

Z Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

HISTORYCZNY I KRYTYCZNY POGLĄD NA OPERACJĘ RESEKCJI KORZENIA PO 23-LETNIEM DOŚWIADCZENIU. LECZENIE ZĘBÓW ZGORZELINOWYCH ¹⁾.

Résections apicales. Aperçu historique et critique après 23 années d'expérience. Traitement des dents gangréneuses.

Geschichtlicher und kritischer Ueberblick auf Grund dreiundzwanzig-jähriger Erfahrung mit der Wurzelspitzenresektion. — Behandlung gangraenöser Zähne.

Doc. pol. 50.21

Doc. int. 616.314.16.5 089.87.

Przegląd historyczny.

Stosowana już w końcu zeszłego stulecia przez szereg autorów francuskich i amerykańskich resekcja korzenia przy chorobach wkołoszczytowych ozębnej, a wprowadzona do Niemiec przez Partscha w r. 1896, znalazła swe uzasadnienie teoretyczne i swe wskazania z rozwojem roentgenodjagnostyki ²⁾.

Jakkolwiek resekcja korzenia została stosowana poraz pierwszy we Francji i w Ameryce — bo już w ostatniem trzydziestoleciu poprzedniego stulecia — deznała ona dopiero później szczegółowego opracowania przez autorów europejskich a przedewszystkiem przez Partscha i cały szereg autorów niemieckich. Do roku 1905 istnieją jeszcze rozbieżności co do sposobu otwarcia pola operacyjnego, wskazań, a jeszcze co do czasów ostatnich istnieje rozbieżność zdań, kiedy należy wypełniać ostatecznie przewód korzeniowy. (Ciąg dalszy na str. 302).

¹⁾ w znacznem skróceniu wygłoszony jako referat na IV Pol. Zjeździe Stomatol. w Wilnie 27 września 1929.

²⁾ Pogląd historyczny na rozwój operacji korzenia.

1718. Heister Lorenz opisuje leczenie przetok, pochodzących od zębów zapomocą żegadła; lecz on w ten sposób „próchnicę kości“. Jeżeli zniszczony ząb jest powodem przetoki, należy go najprzód usunąć, a potem leczyć przetokę (cytowane według Wolfa).

Francja.

1872. Péan odciał szczyt korzenia, który powodował przetokę (według Lacronique'a 1929).

1879. Magitot. (Société de chirurgie de Paris). Wnioski: 1) La périostite chronique du sommet de la racine des dents, compliquée de lésions du voisinage, phlegmons, abcès, dénudation et de nécrose des maxillaires, fistules simples ou multiples, jusqu'ici traitée par l'ablation pure et simple, n'est pas au dessus des ressources de la thérapeutique conservatrice. (Ciąg dalszy na str. 300).

2) Le traitement consiste dans la résection de la portion affectée de la racine, après ablation temporaire de la dent, et suivie de la réimplantation immédiate ou greffe de restitution.

3) La guérison a pour résultat la cessation de tous les accidents, la consolidation de ses connexions vasculaires et le rétablissement complet de ses usages“.

Magitot wychodzi z założenia, że sprawy zapalne kości szczękowej umieszczone poza szczytem korzenia nie mogą być wyleczone tylko drogą zachowawczą, tylko chirurgiczną przez odcięcie części korzenia, wykonane po wyjęciu zęba, który z powrotem się replantuje.

Wynikiem wyleczenia jest ustąpienie wszelkich objawów, zupełne umocnienie narządu przez powrót połączeń naczyniowych i zupełne przywrócenie funkcji.

1881. Claude Martin usuwał obumarły szczyt korzenia, sięgający do przetoki „en conservant la dent, attaquer le mal dans sa racine“. Martin udoskonalił metodę Magitota. Wywiercał otwór w szczęce i odcinał szczyt korzenia przy pomocy trepana popędzanego wiertarką. Wyleczenie następowało po 25—30 dniach, w którym to czasie leczył ząb, wypełniał przewód. W ten sposób wyleczył 6 zębów siecznych, kłów i przedtrzonowców górnych.

Z początkiem tego stulecia polecają resekcję korzenia: Cruet i Frey podczas swoich kursów (cf. Lacrolique 1929). Rodier poleca tylko wyłączenie ogniska.

1903. Amoedo poleca resekcję korzenia na kongresie w Madrycie. Otwiera ognisko żegadłem, wydrąża okrągłym wiertłem i łyżeczką. Przestrzyknięcie przez kanał ma wychodzić otworem operacyjnym. Opatrunki z eteru i jodoformu, wypełnienie przewodu gutaperką.

1903. Béal (na Kongresie stomatol. w Paryżu). Najważniejsza publikacja francuska po Claude Martinie (5 przypadków, w tem 1 zęba trzonowego górnego).

1903. Roy Maurice wspomina o leczeniu chirurgicznym (Odontologie 1903 1 p. 13).

1909. Roy Maurice. Wykład obszerny na kongresie międzynarodowym w Berlinie. Roy jest zwolennikiem cięcia pionowego; o ile prowadzi cięcie poziome, odkrywa płat ku górze; wypełnia ząb po operacji w następnych 8-miu dniach. Ranę tamponuje w tymże czasie.

Podczas wojny światowej zastój, nowsze publikacje od r. 1919 (cf. Lacrolique 1929 Rev. de Stom.).

Ameryka:

1889 wspomina Smith, że już w r. 1871 zastosował amputację szczytu korzenia przy neuralgii twarzowej z dobrym skutkiem.

1880 poleca Farrar (Francuz) operację tę przy przewlekłym ropocięku zębodołowym. W r. 1884 pisze: że posiada doświadczenia 9-cio letnie.

1885 Kells C. E. (Anglja).

1886 Dunn postępuje podobnie jak Farrar.

1887 Graystin wciąga w zakres wskazań nie tylko zęby przednie ale i przedtrzonowe a nawet trzonowe.

1890 podobnie Rhein (Dent. Cosmos) „Amputation of roots as a radical cure in chronic alveolar abscess“).

1893 Hern, Woodhouse. — White odcina u zębów trzonowych cały korzeń.

(Według listu prywatnego, przysłanego mi przez ś. p. Dra Franciszka Chłapowskiego z Poznania, poddała się już około r. 1888 nasza sławna artystka dramatyczna Helena Modrzejewska w Ameryce amputacji korzenia przy ropniu, wychodzącym od szczytu korzenia).

Niemcy.

Jako pierwszy zastosował resekcję korzenia w Niemczech Prof. Partsch z Wrocławia 1896.

1896, 1899, 1904, 1905 publikacje Partscha. — Początkowo prowadzi Partsch cięcie pionowe przez dziąsło i odchyła w ten sposób płat dziąsłowy; odcięcie szczytu korzenia wykonuje wiertłem. — 1899 poleca wyplókanie rany i tamponadę rany przez 5 dni. Cięcie pionowe przez dziąsło zamienia na łukowe; poleca wiertło szczelinowe do odcięcia wierzchołka korzenia. Należy radykalnie usunąć ziarninę ostrą łyżeczką. P. zaopatruje ranę rozpylonym jodoformem lub izoformem. W późniejszych publikacjach wspomina, że zaprzestał tamponowania rany gazą i uważa skrzep krwi za najlepszy opatrunek, skoro się odpreparowany płat dziąsłowy przyszyje na swoje miejsce.

1901. Weiser (Wiedeń — Oest. ung. Viert. f. Zahn.) prowadzi cięcie pionowe w kierunku osi zęba przez dziąsło 1—1½ cm długie. — Cięcie to zamienił później na poziome. Ranę setonuje. Co 3-ci dzień przestrzykuje ranę przez przewód korzeniowy. Korzeń wypełnia później. (Następna publikacja Weisera w r. 1905).

1904. Mayrhofer (Innsbruck) wypełnia przewód przed operacją. Poleca wypełnienie rany plombą kostną Moseitiga.

1905. Luniatschek; Partsch; Weiser.

1906. Fischer Guido — Masur używa trepanu o kształcie walcowatym do otwarcia kości szczękowej i odcięcia szczytu korzenia. — Trauner (Graz) odcina zęby w pobliżu jamy szczękowej i kanału żuchwowego na wysokości ostatniej trzeciej długości a stamtąd dopiero dochodzi do szczytu, ażeby uniknąć obrażenia kanału żuchwowego wzgl. dna jamy szczękowej.

1907. Cohn (Berlin); Greve (Monachjum); Metz.

1908. Partsch: pierwsza niemiecka monografia (Deut. Zahnh. in Vorträgen, zeszyt 6).

Inni autorowie niemieccy z okresu 1904—1912.

Frey usuwa ziarninę frezami okrągłymi o kształcie walca, wypełnia korzeń dopiero po operacji gutaperką, włożoną w wypełnienie z Ames'a cementu. Wyjątkowo wypełnia korzeń poprzednio a wówczas zaszywa ranę; zazwyczaj jednak wtfacza do rany odpreparowany płat i przytrzymuje go na miejscu tamponem z gazy jodoformowej przez 5—7 dni.

Fryd przecina dziąsło wraz z kością nożem cyrkularnym, osadzonym w wiertarce albo prowadzi cięcie pionowe 1 cm długie i 2 poziome krzyżujące, pierwsze przez błonę śluzową i ozębną i odkrywa sobie pole operacyjne, poczem otwiera dłutem kość. Ranę leczy otwarcie, setonując gazą. Po 14 dniach wyczyszcza kanał i wypełnia cementem z domieszką jodoformu i tymolu. — W czasach ostatnich wypełniał korzeń przed operacją.

Port wykonuje resekcję w dwóch dniach. Pierwszego dnia nacina dziąsło cięciem krzyżowym, odsuwa okostną i tamponuje ją gazą jodoformową, w ten sposób chce uzyskać większą przejrzystość pola operacyjnego.

Sachse rozszerza przetokę żegadłem i tamponuje ją, ażeby uzyskać lepszy przegląd pola operacyjnego. Po 2 dniach odcina wierzchołek wiertłem szczelinowym.

Jeszcze w latach ostatnich pojawiają się głosy przeciw resekcji korzenia tych autorów, którzy na czele z Walkhoffem chcą wyleczyć zęby z przetokami i ziarniniakami przestrzykiwaniem płynów przeciwgnilnych. Inni autorowie twierdzą, że wystarczy mechaniczne oczyszczenie, antyseptyczne leczenie przewodów i hermetyczne ich wypełnienie, do czego najczęściej używają gutaperki, ażeby uzyskać wygojenie się ziarniniaków. Autorowie ci popierają swe twierdzenia roentgenogramami, które wykazują wygojenie się sprawy szczytowej w kości i wypełnienie odwapnionego ogniska w kości istotą gąbczastą kostną. Spotykamy nawet autorów, którzy metodą wstrzykiwań środków antyseptycznych starają się uzyskać wyleczenie torbieli (Walkhoff, Heinrich)

Wszystkie metody wyłącznie zachowawcze wymagają zawsze bardzo długiego czasu leczenia, trwają do kilku miesięcy, wymagają wielkiej cierpliwości ze strony chorego jako i lekarza, a przy torbielach są co najmniej bardzo wątpliwe.

Przy sprawach ostrych nie liczą się autorowie ci dostatecznie z złośliwością drobnoustrojów, możliwością zakażenia ustnego, niebezpieczeństwem grożącym ustrojowi i możliwością reinfekcji z pobocznych kanalików szczytowych, które spotykamy zarówno przy zębach jednokorzeniowych jak i przy dwuguzkowcach i zębach trzonowych. Już w r. 1908 przeprowadziłem dowód w dyskusji z Prof. Walkhoffem, że wiele przypadków,

Williger dąży do wyleczenia i wypełnienia korzenia przed operacją. Ściany kostne ubytku wygładza wiertłem.

1912. Faulhaber i Neumann. Die chirurgische Behandlung der Wurzelhafterkrankungen. Berlin. Druga z rzędu monografia niemiecka.

Polska.

1906. Cieszyński Antoni wykonuje pierwszą resekcję w Monachjum metodą Partscha.

1906—1911. Cieszyński wprowadza szereg ulepszeń metody operacyjnej, podanych w niniejszej pracy. W czasie tym operował 54 przypadków, kontrolując wyniki przed, po operacji jako i w czasie gojenia się rany na zdjęciach roentgenowskich. Wypełnienie szczytu korzenia kontroluje lusterkiem od rany operacyjnej. — Kontrola roentgenowska wypełnienia szczelnego przewodu do szczytu nie wystarcza wskutek ukośnej projekcji. — Topografię ziarniniaków i torbieli oznacza własną metodą roentgenowską na podstawie 2 zdjęć wśródustnych.

1911. Wykład Cieszyńskiego na zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie. Podaje dokładny opis metody i wyniki kontroli gojenia się ran kostnych na podstawie roentgenogramów.

1912. Wykład powyższy ukazuje się jako pierwsza polska monografia w Kwart. Stomatologicznym Kraków 1912. nr. 1. i 2.

1917. Cieszyński: Praktische Winke. Oest. ung. Viert. nr. 2. rozdział: Zur Technik der Wurzelspitzenresektion.

1926. Cieszyński. Zahnärztl. Roentgenologie. Rozdział: Die Wurzelspitzenresektion str. 365—374.

uważanych przez niego za wyleczone metodą iniekcyjną na zachowawczym oddziale Instytutu dentystycznego monachijskiego, zgłaszało się na oddział chirurgiczny tegoż Zakładu, gdzie wobec niepowodzenia dotychczasowego leczenia i wystąpienia ostrych objawów zostały przezemnie wyleczone drogą resekcji. Jako asystent Prof. Walkhoffa próbowałem także jego metodę, nie byłem jednak tak bardzo zachwycony osiągniętymi wynikami.

Jeżeliby ci autorowie, którzy gorliwie propagują metodę zachowawczego leczenia, badali stale swoich chorych z ogólniejszego stanowiska lekarskiego i stwierdzali ciepotę ciała termometrem, którego się niestety dotychczas w dentystyce prawie że nie używa, a zarazem mieli sposobność przekonania się o tem, jak szybko i jak skutecznie usuwa się tak objawy miejscowe jak i ogólne drogą operatywną, to zapewne zmieniliby swe zdanie na korzyść zabiegu operacyjnego.

Resekcja korzenia znalazła szersze zastosowanie w Europie dopiero od czasu dokładniejszego rozpoznawania spraw chorobowych w okolicy szczytu korzenia na zdjęciach roentgenowskich.

Do roku 1908 stosowano roentgenodjagnostykę tylko w zakładach uniwersyteckich; szerszego rozpowszechnienia doznał ten znakomity sposób rozpoznawczy dopiero po r. 1912. Również wielkie usługi oddała w celach rozpoznawczych zębów zgorzelinowych metoda Schrödera: badanie żywotności miazgi zapomocą prądu faradycznego, która pojawiła się około r. 1907.

Ponieważ wykonanie resekcji korzenia wymaga zawsze dłuższego czasu i jest zabiegiem bolesnym a znowu zbyt małym, by do niego stosowano znieczulenie ogólne w uśpieniu, dlatego mogła operacja ta zyskać dopiero szersze zastosowanie od chwili, jak pojawiły się doskonałe środki, umożliwiające znieczulenie miejscowe pola operacyjnego. Wynalazek genialnego Brauna: dodatek adrenaliny do kokainy, lub do środków syntetycznych, zastępujących kokainę, jak nowokaina, alypina, stowaina i in., pogłębił działanie środka znieczulającego, przedłużył czas trwania znieczulenia i obniżył koncentrację alkaloidu, używanego do znieczulania a tem samem i zmniejszył toksyczne działanie tego środka.

Rozpowszechnienie tychże metod przypada na czas między r. 1904 a 1908¹⁾. Podczas gdy w Europie znieczulenie miejscowe jako i technika iniekcyjna były szeroko rozwinięte i ogólnie już stosowane, w Ameryce używano jeszcze przeważnie gazu rozweselającego do znieczulania.

¹⁾ Prace nad znieczuleniem miejscowem we Francji (przed wprowadzeniem suprareniny).

1892 Doestre: o kokainie.

1893 Reclus et Isch Wall o kokainie i znieczuleniu miejscowem.

1893 Sauvez.

Dopiero w czasie między 1910 — 1920 poczyna tamże znieczulenie miejscowe skutecznie konkurować z uśpieniem ogólnem a równocześnie rozpoczyna się za oceanem propaganda za resekcją korzenia. Widzimy więc jak wiele czynników złożyło się na to, by resekcja korzenia znaleźć mogła szersze zastosowanie.

Do r. 1905 była stosowana tylko sporadycznie. Technika operacyjna nie była ustalona. Pierwszą resekcję korzenia widziałem wówczas demonstrowaną przez Grevego w Monachjum. Po usunięciu płatu dziąsłowego miażdżył Greve szczyt i okolice apikalną wielkim wiertłem różyczkowem. Nie było ustalonego jeszcze sposobu przygotowania korzeni do resekcji. Systematycznym opracowaniem wskazań i techniki operacyjnej zająłem się w latach 1906—1911. W r. 1911 przedstawiłem na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie swe wyniki na 54 przypadkach operowanych, kontrolowanych roetgenologicznie przed, zaraz i po operacji i w ciągu późniejszego leczenia.

W r. 1912 ogłosiłem wykład swój wygłoszony w Krakowie w formie obszerniejszej jako pierwszą polską monografię o resekcjach korzeni³⁾.

Przed tą pracą ogłosił Partsch swoją monografię w r. 1908 w Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen. Z francuskich autorów wygłosił jako jeden z pierwszych referat na ten temat Maurice Roy na Międzynarodowym Kongresie dentystycznym w Berlinie w r. 1909. Drugą najbardziej znaną monografią o odcięciu szczytu korzenia w języku niemieckim jest monografia Falhabera i Neumanna z r. 1912.

W swej publikacji z r. 1912 kładłem szczególny nacisk na szczegóły zabiegu i poddałem krytyce metody innych autorów. Zasadnicze poglądy ogłoszone w tej pracy nie doznały zmian. Mogę jedynie obecnie rozprawić obszerniej uzasadnienie metody operacyjnej oraz dodać kilka szczegółów, które wpłynęły na udoskonalenie postępowania.

Ważniejsze zagadnienia odnoszące się do tego zabiegu podają więc w rozdziałach następnych obszerniej a na szeregu tablic podam w krótkości sposoby leczenia przygotowawczego zębów zgorzelinowych swoim sposobem oraz przebieg operacji, ażeby w ten sposób uprzystępnąć ją tym kolegom, którzy dotychczas sposobu tego nie stosowali.

Ważniejsze zagadnienia odnoszące się do szczegółów operacji.

Celem operacji jest usunięcie ogniska zapalnego znajdującego się ponad szczytem korzenia a zatem i usunięcie szczytu korzenia, ponieważ znajdują się tamże drobne odgałęzienia głównego przewodu, których nawet przy najstaranniejszem leczeniu nie

³⁾ Kwartalnik stomatologiczny 1912 nr. 1. i 2.

zawsze można odkazić i wypełnić, a które stają się przyczyną ponownego zakażenia okolicy pozaszczytowej.

Jak wykazały badania przede wszystkim amerykańskich autorów (zob. pracę Allera: „O zakażeniu ustnym“ Pol. Dent. 1923) zęby z ziarniniakami mogą się stać ogniskiem zakażenia ustnego i wywołać zmiany chorobowe w innych narządach. Ponieważ obecnie jeszcze nie możemy z całą pewnością odgraniczyć tych przypadków, w których to nastąpić może od tych, które nie są niebezpieczne dla ustroju, postępowanie radykalniejsze jest wskazane i bardziej na miejscu, aniżeli zbyt wielki optymizm i zbyt wielka ufność w wyniki wyłącznie zachowawczego leczenia korzeni.

Jeżeli istniała poprzednio przetoka, prowadząca do ogniska ropnego, dążymy do wyleczenia źródła zakażenia. Ognisko zapalne, będące siedliskiem drobnoustrojów chorobowych ma być usunięte, ażeby nie tworzyło źródła utajonego zakażenia.

Następnie chodzi nam o to, ażeby miejsce w kości szczękowej, w której znajduje się ziarniniak lub torbiel zastąpione zostało tkanką zdrową, ile możliwości kostną.

Ząb z zapaleniem przewlekłym lub ostrym ozębnej szczytowej ma uzyskać na nowo pełną funkcję. Dolegliwości i ból powinny być jak najskuteczniej i w czasie najkrótszym usunięte i to przy zachowaniu pełnej funkcji zęba.

Racjonalność zabiegu.

Przyczyna zmian wkołoszczytowych leży w zakażeniu, wychodzącym od zgorzelinowej miazgi. Wyleczenie więc korzenia zgorzelinowego jest „conditio sine qua non“ wyleczenia sprawy wkołoszczytowej. Następnie: radykalne usunięcie ogniska poza szczytem korzenia zapewnia najlepsze warunki wygojenia się sprawy chorobowej i regeneracji kości. Ponieważ w okolicy szczytowej korzenia znajdują się liczne rozgałęzienia boczne głównego przewodu korzeniowego, których ani wyjąłować ani wypełnić hermetycznie nie możemy, przeto wskazane jest odcięcie szczytu korzenia, ażeby zapobiec wtórnemu zakażeniu, które wyjść może od odgałęzień szczytowych głównego przewodu. O ile zostały przepchnięte poza otwór szczytowy ciała obce, jak złamane miazgociągi lub czopki gutaperkowe, usunięcie tychże ciał obcych jest tylko możliwe drogą resekcji korzenia. Przy sprawach ostrych otwarcie ropnia nad szczytem korzenia pozbawi chorego jak najszybciej bólu, stworzy odpływ ropy, uchroni ustrój przed zakażeniem a zarazem wpłynie na obniżenie ciepłoty ciała.

Kiedy należy przystąpić do zabiegu operacyjnego.

W stanach ostrych zapalnych odznaczają się drobnoustroje chorobotwórcze bardzo wielką złośliwością. Dlatego też wskazaniem jest wykonanie zabiegu ile możności w stanie przewlekłego zapalenia, gdy jadowitość drobnoustrojów jest mniejszą, względnie gdy odporność ustroju jest silniejszą. Im większa jest gorączka, która świadczy o zakażeniu, tem większa jest złośliwość drobnoustrojów. Ciepłota ciała jest więc dla nas wskaźnikiem dla ocenienia złośliwości sprawy chorobowej. Mamy przytem do czynienia przeważnie z zakażeniem mieszanem, przy którym wielką rolę odgrywają gronkowce i paciorkowce, przeważnie niehemolityczne, Gram — dodatnie, Gram — ujemne — koki, pneumokoki i prątki. Przy wysokich temperaturach 38° do 40° spotykamy także hemolityczne paciorkowce i gronkowca złocistego. Możemy spotkać także i paciorkowca zieleniejącego, najczęściej w współzyciu z innymi drobnoustrojami. Zachodzi on jednakowoż i u osobników, które mają dłuższy czas stan podgorączkowy, wywołany źródłem zakażenia w sprawach wkołoszczytowych o charakterze przewlekłym.

Kliniczne zbadanie zębów, badanie prądem faradycznym i promieniami roentgenowskimi wykaże nam ząb zgorzelinowy, względnie ząb, który przeszedł poprzednio leczenie korzenia, z którego jednak mimo wypełnienia przewodu przyszło do wtórnego zakażenia.

Postępowanie przy zapaleniu ostrem.

O ile mamy sprawę ostrą przed sobą, mamy w głębi w kości szczękowej ropień nad szczytem korzenia albo już widoczny podokostnowy ropień. Przez przetrepanowanie korony zęba w miejscu położonem w kierunku osi zęba otwieramy naprzód źródło zakażenia i usuwamy miazgę zgorzelinową mechanicznie aż do szczytu korzenia lub też usuwamy wypełnienie korzeniowe, jeżeli poprzednio dany ząb przeszedł leczenie chorej miazgi. Najczęściej po przewierceniu korony zęba i dojściu do korony miazgi wypływa już kropla płynnej ropy sama przez się. O ile mamy ropień podokostnowy należy go naciąć, znieczulając pole operacyjne zamrożeniem chlorkiem etylu. W jednym i drugim przypadku musi się znajdować już ognisko ropne poza szczytem korzenia. Dlatego nie potrzeba się obawiać przepięnięcia materiału zakaźnego poza szczyt korzenia i można spokojnie narzędziami wyjałowionemi oczyścić przewód i uczynić go drożnym. Stworzenie odpływu ropy stanowi więc pierwszy akt zabiegu. Ażeby zapobiec zasklepieniu się ponownemu ropnia podokostnowego należy go przeciąć i włożyć seton z gazy przepojonej fenolem kamforowym w miejsce nacięcia. Już po tym zabiegu odczuwa chory znaczną ulgę, ból ustaje do kilku godzin. O ile ząb był przed zabiegiem już przy dotyku najmniejszym bolesnym, do 24 godzin ustępuje wrażliwość zęba na nacisk. Dnia następnego zmienia się

seton, oczyszcza się przewód, czyniąc go drożnym, a z chwilą ustąpienia ostrych objawów zapalnych przystępuje się po kilku dniach do wyjąłowania zgorzelinowego przewodu.

Zęby zgorzelinowe, pokryte koronami lub stanowiące filarki mostków.

Sprawa jest znacznie utrudniona jeżeli ząb chory pokryty jest koroną lub korzeń uzupełniony zębem ćwiekowym lub stanowi filarek mostka. Ile możliwości dążyć powinniśmy do tego, ażeby zdjąć przed leczeniem mostek z chorego zęba. Napotykamy tutaj jednak na pewne trudności. Może być bowiem mostek dany osadzony na kilku filarkach, z których jeden lub więcej zębów stanowią zęby ćwiekowe. Usunięcie zaś zębów ćwiekowych już samo przez się nie jest rzeczą łatwą, a w stanach ostrego zapalenia jest przeciwwskazane, gdyż wszelkie silniejsze wstrząsy ozębnej mogą tylko wpłynąć na pogorszenie stanu chorobowego i utrudnić a nawet uniemożliwić jego wyleczenie. Zdjęcie mostka jest często równoznaczne z częściowym lub zupełnym zniszczeniem przedmiotu kosztownego a nawet w razie możliwej naprawy mostka narazi chorego na bardzo znaczne koszty, które kilkakrotnie nawet przewyższyć mogą koszty zabiegu operacyjnego. Dlatego też pierwszym pytaniem chorego jest zazwyczaj, czy dany mostek w razie zdjęcia będzie mógł być założony ponownie. Wprawdzie możemy także otworzyć przewód przewiercając koronę złotą, którą możemy później po wyleczeniu przewodu wypełnić cementem albo wypełnieniem krzemieniowem. W tym wypadku staramy się jednak przedostać się do komory miazgowej przez otwór stosunkowo jak najmniejszy, co utrudnia znacznie wyraźny pogląd podczas leczenia przewodu. Często przekonujemy się po rozwierceniu korony, że korona złota wypełniona jest cuchnącym cementem, albo że znajduje się pod koroną nawet zupełnie spróchniała korona zęba. Oczyszczanie próchnicy poprzez mały otwór w koronie złotej nastąpić musi na ślepo i nie gwarantuje nigdy gruntownego oczyszczenia wejścia do przewodu. Wiadomem jest, że z cementu, który służył do osadzenia korony złotej można wyhodować najróżniejsze drobnoustroje, co świadczy o tem, że materiał ten jest zakażony. Według doświadczeń robionych w naszym zakładzie przez J a r z ą b a tylko cement z domieszką tymolu, używany przez nas od lat 20-tu okazał się nieprzenikliwym dla drobnoustrojów i okazał się na pożywkach jałowych. Już po rozwierceniu korony złotej możemy się powonieniem przekonać, czy dany cement cuchnie lub nie, co z grubsza orientuje nas co do jałowości tego materiału. Pozostawienie więc koron na zębach i odkazanie przewodu przez otwór trepanowany mieści w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo zakażenia przewodu, nawet po jego poprzedniem odkazaniu. Wspomnieć jeszcze mi należy o trudnościach, na które napoty-

kamy podczas odszukiwania przewodów zębów o wielu przewodach jak n. p. przy pierwszym i drugim górnym dwuguzkowcu, które także wchodzi w rachubę przy resekcji korzenia.

Ziarniniaki, które się tworzą nad korzeniami, na których osadzono zęby *ćwiekowe* powstały przeważnie dlatego, że nie wyleczono poprzednio zupełnie przewodu, albo że zaszło zakażenie podczas wykonania zęba *ćwiekowego* przed jego osadzeniem. Przeważnie widzimy też na roentgenogramach, że przewód jest zaledwie do $\frac{2}{3}$ wypełniony. Jak już wspomnieliśmy powyżej, nie możemy usuwać zębów *ćwiekowych* przy sprawach zapalnych ozębnej. Stoimy więc wobec niemożliwości odkażenia przewodu drogą normalną. Jeżeli mimo tego decydujemy się na utrzymanie zęba drogą resekcji, to uczynić to możemy tylko na odpowiedzialność chorego, oświadczając mu, że istnieje tylko około 70% możliwości powodzenia dlatego, że przewodu od dołu od korony zęba wyjąłować nie możemy. Nie pozostaje nam nic innego jak tylko odciąć ząb stosunkowo nisko ile możności w pobliżu *ćwieka*, polegać tylko na doraźnym odkażeniu podczas zabiegu operacyjnego i na wypełnieniu hermetycznym od szczytu korzenia.

Jeżeli mamy przed sobą sprawę ostrą i ropień kostny, który się nie przebił jeszcze nazewnątrz, powinno się w takim razie zaraz na pierwszym posiedzeniu po nacięciu zewnętrznym przetrepanować kość wiertłem i utorować wypływ ropy. Jeżeli zaś istnieje już ropień podokostnowy, wystarczy zazwyczaj jego nacięcie i zasetonowanie.

Postępowanie przy stanach przewlekłych. Tabl. I.

Przeszło trzy czwarte przypadków, kwalifikujących się do resekcji korzenia, stanowią sprawy wkołoszczytowe w stanie przewlekłego zapalenia, przy których nacisk na wyrostek zębodołowy w okolicy wkołoszczytowej jest bolesny, albo przy których spotykamy przetokę. Stan przewlekły choroby, przy którym możemy spotkać także i stany podgorączkowe, świadczy o tem, że mamy przed sobą pewną równowagę między odpornością miejscową a jadowitością drobnoustrojów. Stan ten jednakowoż może się każdej chwili zmienić, skoro tylko jadowitość drobnoustrojów z nieznanых nam przyczyn wzrośnie, odporność tkanek miejscowa najczęściej z powodu bodźców mechanicznych albo chemicznych się zmniejszy, albo też ogólna odporność organizmu osłabnie. Praktyczny stąd należy wyciągnąć wniosek, że należy unikać wszelkich niepotrzebnych wstrząsów przy rozwierceniach zęba i oczyszczaniu przewodu jak też unikać nadmiernie drażniących przetworów chemicznych a zarazem wystrzegać się przepchnięcia poza szczyt korzenia części zgorzelinowej miazgi lub też obrażenia miazgociałem lub igłą gładką okolicy

pozaszczytowej. Już podczas rozwiercenia korony celem otwarcia korony miazgowej należy podeprzeć koronę palcem lewej ręki, opierając go równocześnie na zębach sąsiednich, ażeby zredukować wstrząs, udzielający się przez wiertło zębowi. Podczas oczyszczenia mechanicznego należy tylko do połowy przewód oczyścić miazgociągiem. Tabl. 1. Dążeniem naszym jest osłabić najpierw żywotność drobnoustrojów a tem samym zmniejszyć ich jadowitość, co uzyskujemy przez założenie wkładki antyseptycznej na wacie przepojonej fenolem kamforowym, którą zalepiamy zalepką Fletchera. Ażeby działanie środka chemicznego nie było zbyt drażniące, a równocześnie ażeby umożliwić odpływ tworzących się w przewodzie gazów przekłuwamy sondą Witzla prowizoryczną zalepkę. Sposób ten zamknięcia stosowany przezemnie od przeszło 20 lat a ogłoszony drukiem w r. 1917 okazał się nader praktycznym, chroni on nas bowiem od wystąpienia objawów zapalnych po pierwszej wkładce antyseptycznej. Zamknięcie to nazywam zamknięciem wentylowem, względnie półhermetycznem. Pozostawienie wkładki przeciwnilnej w przewodzie, którego otwór zamknięty zostaje watą przepojoną mastyksem, sandarakiem, albo pozostawiony zupełnie otwarty, przedłuża w nieskończoność leczenie i nie prowadzi do celu. Zamknięcie zaś hermetyczne zęba naraża nas na wystąpienie objawów ostrych (w przeszło 60% wypadków), które tylko przy zębach z przetokami zazwyczaj nie występują. (Tabl. 1. ryc. 1.). Dalszy przebieg leczenia zęba zgorzelinowego podany jest w opisie załączonym pod tablicą 1.

Zabieg operacyjny, wykonany w stanie przewlekłym, przeprowadzony jest przeważnie w polu, w którym drobnoustroje mniejszą się już odznaczają jadowitością, a odporność miejscowa jest stosunkowo wysoka. Przebieg gojenia się sprawy po zabiegu operacyjnym jest stosunkowo najlepszy i najczęściej liczyć można na to, że rana operacyjna wygoi się „per primam“.

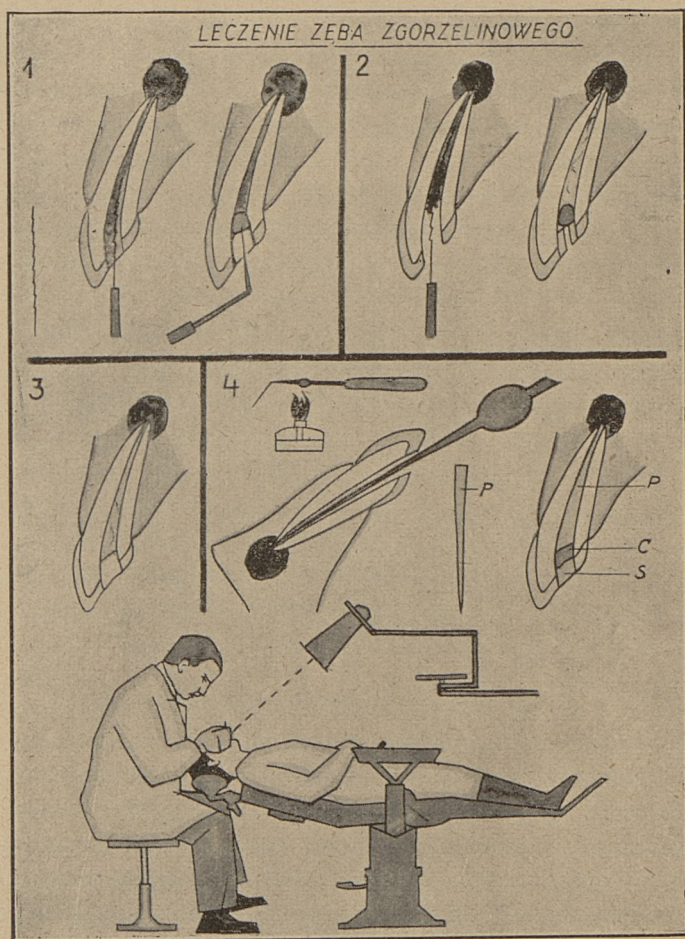
Kiedy operujemy w stanach ostrych?

Najgorzej przedstawia się przebieg operacji i gojenia się w stanach ostrych. Do operacji zmuszeni być możemy przy resekcjach zębów, na których osadzone są zęby ćwiekowe albo u chorych, u których bardzo wysoka gorączka świadczy o ogólnem zakażeniu ustroju. Już podczas operacji napotykaemy na trudności podczas znieczulania, gdyż nie możemy wstrzykiwać miejscowo, tylko skazani jesteśmy na znieczulenie z przerwaniem przewodnictwa nerwu. Krwawienie podczas operacji w stanach ostrych jest zazwyczaj bardzo silne, utrudnia nam pogląd w czasie pracy, chory jest przytem zazwyczaj bardzo niespokojny, gdyż przebył zazwyczaj już kilka nocy nieprzespanych, system jego nerwowy jest osłabiony a wrażliwość ogólna i miejscowa znacznie zwiększona. Wskazaniem jest

dlatego przed zabiegiem wstrzyknąć choremu morfinę; nawet dawki bromuralu w danych przypadkach nie odnoszą skutku. Podczas operacji mamy jeszcze za zadanie odkażenie szczytu korzenia po jego odcięciu i zazwyczaj wypełnienie go od góry. Często zmuszeni jesteśmy do szybkiej interwencji u chorych przyjezdnych. Jeżeli jednak tylko można, należy

Tabl. 1.

Leczenie zęba zgorzelinowego i przygotowanie go do resekcji korzenia (według Cieszyńskiego. — Postępowanie typowe przy stanach przewlekłych.



I. Posiedzenie:

Otwarcie zęba od otworu ślepego (foramen caecum). Usunięcie mechaniczne miazgi zgorzelinowej z koronowej połowy przewodu.

Nie wolno sondować całego przewodu!

Założenie kuleczki waty przepojonej fenolem kamforowym. — Zalepienie ubytku hermetycznie Fletcherem. — Przekłucie zalepki zgłębnikiem; Zamknięcie wentylowe (wzgl. 1/2 hermetyczne według Cieszyńskiego).

U w a g a. Jeżeli przy ostrem zapaleniu ozębnej po otwarciu wiertłem komory miążgowej ukaże się kropla ropy u wylotu, przestrzykuje się tylko przewód 2% wodą utlenioną, zostawia się ząb otwarty przez kilka dni i przystępuje się do leczenia dalszego dopiero po ustąpieniu objawów ostrych. Jeżeli przewód jest mało drożny, można go w tym przypadku rozszerzyć cokolwiek rozszerzaczem Schrödera lub wiertłem Beutelrocka i przewiercić otwór szczytowy aż do ropnia, znajdującego się ponad szczytem. Jeżeli jest już ropień podokostnowy, przecina się go po zamrożeniu działą chloretylem.

II. Posiedzenie.

Uzyskawszy zmniejszenie się żywotności drobnoustrojów pierwszą wkładką oczyszczamy mechanicznie wyjałowionym miążgociągiem resztę przewodu, wystrzykujemy następnie przewód 2% H_2O_2 lub 1% Chloraminem i wkładamy na igłę gładkiej wkładkę z kamfenolem, na wierzch zaś kuleczkę waty z trójkrezol-formaliną (nadmiar należy odsączyć kawałkiem waty). Przewód zamyka się jak na I. posiedzeniu zalepką wentylową.

U w a g a. Unikać należy przemywania przewodu wkładkami waty nawiniętymi na igłę gładką.

III. Posiedzenie.

Usunięcie wkładki, wystrzyknięcie przewodu, założenie wkładki z fenolem kamforowym i zamknięcie hermetyczne Fletcherem.

U w a g a. To samo powtarza się jeszcze raz, jeżeli wkładka na następnym posiedzeniu jeszcze wykazuje zapach gnilny lub jeżeli nie jest czysta).

IV. Posiedzenie. (Dzień operacyjny).

Wkładka wychodzi czysta; czubek wkładki niezabarwiony. Przemywa się przewód zwitkiem waty na gładkiej igle (wszystko jest poprzednio przygotowane i wyjałowione; nie nawija się waty doraźnie palcami na igłę) 4—10% H_2O_2 , następnie alkoholem z dodatkiem 10% tymolu, wysusza się przewód gorącym powietrzem a następnie rozpaloną igłą Rumpla (zob. ryc.).

Chorego przechyla się na fotelu operacyjnym do pozycji poziomej tak dalece pochyliwszy jego głowę, ażeby szczyt korzenia leżał niżej, aniżeli wylot w koronie zębów.

Szczypczykami wprowadza się czopki parafinowe z tymolem Rumpla albo kontrastowe Kneschaurka i stapia w przewodzie igłę rozpaloną Rumpla.

Po wypełnieniu przewodu parafiną oczyszcza się nadmiar wydrążaczem (ekskawatorem) i zalepia otwór zewnętrzny cementem z dodatkiem tymolu; wierzchnią warstwę tworzy cement krzemianowy (Silikat). Wypełnia się przewody zazwyczaj w czasie między znieczuleniem a operacją, w czasie, który odczekać trzeba aż znieczulenie głębsze nie wystąpi.

Objaśnienie.

P = czopek parafinowy. C = cement z dodatkiem tymolu, S = silikat.

przeczekać stan ostry i dopiero później operować, ażeby uzyskać lepsze warunki dla operacji samej jako i dla wygojenia się rany.

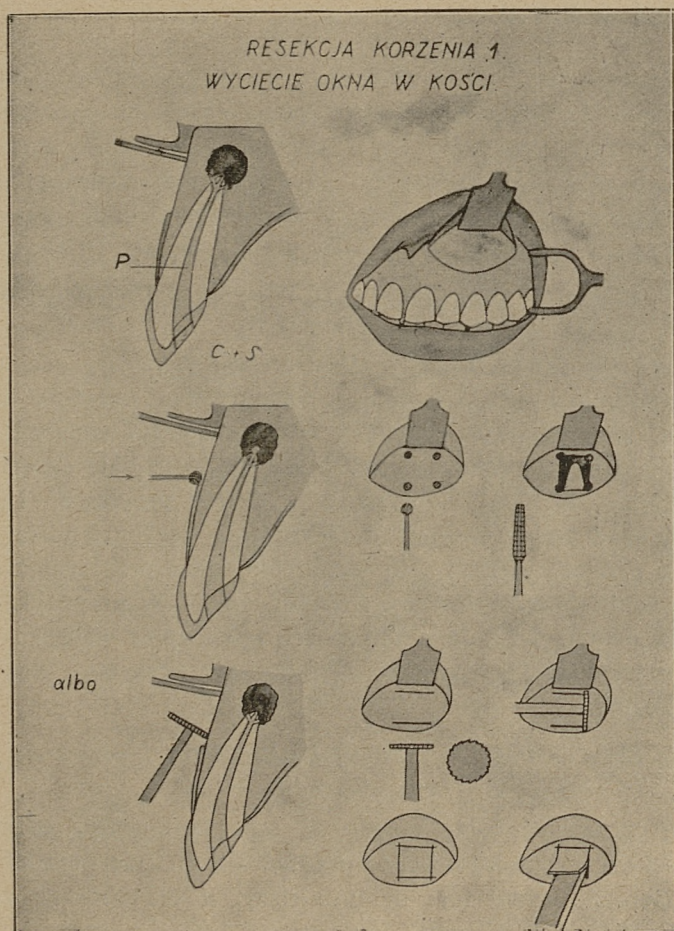
Uwagi dotyczące techniki operacyjnej.

Prowadzenie cięcia. Tabl. 2.

Jak już widzieliśmy w rozdziale, przedstawiającym historycznie rozwój operacji resekcji korzenia, zdania autorów odnośnie co do prowadzenia cięcia, mającego nam uprzystępnąć pole operacyjne, były początkowo bardzo podzielone. Mieliśmy zwolenników cięcia pionowego, krzyżowego, łukowego i poziomego. Z tych wszystkich sposobów otwarcia pozostały tylko 2 sposoby: cięcie łukowe i poziome. Cięcie łukowe wprowadził *Partsch*, wychodząc z założenia, że tylko tym sposobem można uzyskać szeroki pogląd na pole operacyjne. Cięcie zaś poziome powyżej szczytu lub też na wysokości połowy korzenia stanowią tylko odmiany cięcia łukowego. O ile cięcie prowadzi się wysoko ponad szczytem korzenia trzeba płat rozchylić ku dołowi, prowadząc zaś je poniżej szczytu trzeba go uchylić ku górze. Na podstawie swego doświadczenia prowadzę cięcie łukowe tylko przy bardzo wysokim przedsionku jamy ustnej. Dolna część łukowego cięcia przechodzi na wysokości ostatniej $\frac{1}{3}$ korzenia, podstawowe zaś nacięcia boczne dochodzą do wysokości przedsionka, a więc już do obrębu wiotkiej błony śluzowej. Jak wiadomo rozróżniamy dziąsło właściwe (*gingiva propria*) i dziąsło przedsionka jamy ustnej (*gingiva vestibuli*). Dziąsło właściwe przylega silnie do okostnej i odpreparowanie go, oddzielnie od okostnej, napotyka na znaczniejsze trudności. Dziąsło zaś przedsionka, w którym już znajdują się przyczepy mięśni, jest oddzielone tkanką wiotką od okostnej. Przy niskim przedsionku jamy ustnej leży ostatnia trzecia korzenia już w obrębie *gingiva vestibuli*, czyli wiotkiego dziąsła przedsionka. W tym przypadku prowadzę cięcia poziome na wysokości przedsionka. Cięcie powinno być zawsze przynajmniej na $1\frac{1}{2}$ lub 2 centymetry długie, ażeby można było otrzymać wygodny pogląd. Cięcie ponad górnymi środkowymi zębami siecznymi prowadzę poprzez frenulum, przecinając je. Zazwyczaj należy odciąć 3 do 4 milimetry długi szczyt korzenia, to odpowiadałoby mniejwięcej $\frac{1}{3}$ korzenia. Jeżeli więc $\frac{2}{3}$ korzenia odpowiadają mniejwięcej wysokości korony zęba to dolny brzeg cięcia należy prowadzić w odległości opowiadającej wysokości korony a o 4 i 5 mm. powyżej przy kłach, zależnie od tego, jak długim okazał się przewód podczas jego leczenia. Jeżeli się prowadzi zawsze cięcie poziome także przy wysokim przedsionku jamy ustnej, trzeba odsłonić płat dziąsłowy ku dołowi i ranę rozchylić także ku górze. Wymaga to zazwyczaj dwóch rąk asystenta. Odsuwanie dolnego płata hakiem maltretuje niepotrzebnie

Tablica 2.

Technika resekcji korzenia według Cieszyńskiego. Akt I.



Rząd 1. Cięcie łukowe przy wysokim przedsiönku, poziome na wysokości zakładki błony śluzowej przy niskim. Dolny brzeg cięcia przechodzi w odległości odpowiadającej cokolwiek powyżej wysokości korony zęba. Okostną odpreparowuje się nożem od błony śluzowej. Skrobaczką podsuwa się powoli okostną ku górze.

Przetoki wycina się i nadmierne przerosty okostnej jednak tylko w obrębie rany kostnej.

P = parafinowe wypełnienie w korzeniu.

C + S = Wypełnienie wierzchnie.

Rząd 2. Wycięcie okna przy pomocy wiertła i dłuta. Wywierca się otwory na grubość blaszki kostnej zewnętrznej w czterech narożnikach. Otwory te służą jako zaczepienia dla dłuta, którein się blaszkę kostną usuwa.

Modyfikacja I.: otwory można połączyć ze sobą także wiertłem szczelinowym a blaszkę kostną wyważyć dłutem.

Rząd 3. Modyfikacja II. Okno wycina się małą okrężną piłką a blaszkę odcięta wyważa się dłutem.

dziaśło, znajdujące się już w stosunkowo złych warunkach odżywczych, gdyż płat ten połączony jest podstawą swoją z właściwym działem, przylegającym ściśle do okostnej. Płat uchylony do dołu umożliwia nam wprawdzie po zakończeniu operacji przykrycie nim odciętego szczytu, co można uważać za stronę dodatnią tego sposobu, o ile przewód został wypełniony przed lub podczas operacji hermetycznie.

Cięcia krzyżowe, t. j. pionowe i poziome z rozchyleniem 4 rogów nazewnętrz nie mają żadnego uzasadnienia.

Beavis (1928) prowadzi cięcie trójkątne; pionowy odcinek trójkąta przebiega wzdłuż osi zęba sąsiedniego, poziomy w odległości 3 mm od szyjek zębowych na przestrzeni jakich 2 cm; w ten sposób odcięty płat działowy uchyla hakiem ku górze. — Jakkolwiek cięcie to daje dobry pogląd na pole operacyjne, nie mogę go zalecić z dwóch przyczyn. Po pierwsze stwarza ono niedogodne warunki do wygojenia się rany, odślania bowiem na szerokiej przestrzeni kość i to w obrębie ściśle przylegającego działu, powtórnie utrudnia gojenie się rany „per secundam“ w przypadkach, w których właśnie gojenie się rany w ten sposób jest jedynie wskazane. Beavis jest zwolennikiem zupełnego zaszcucia rany i przyszywa płat działowy czterema szwami.

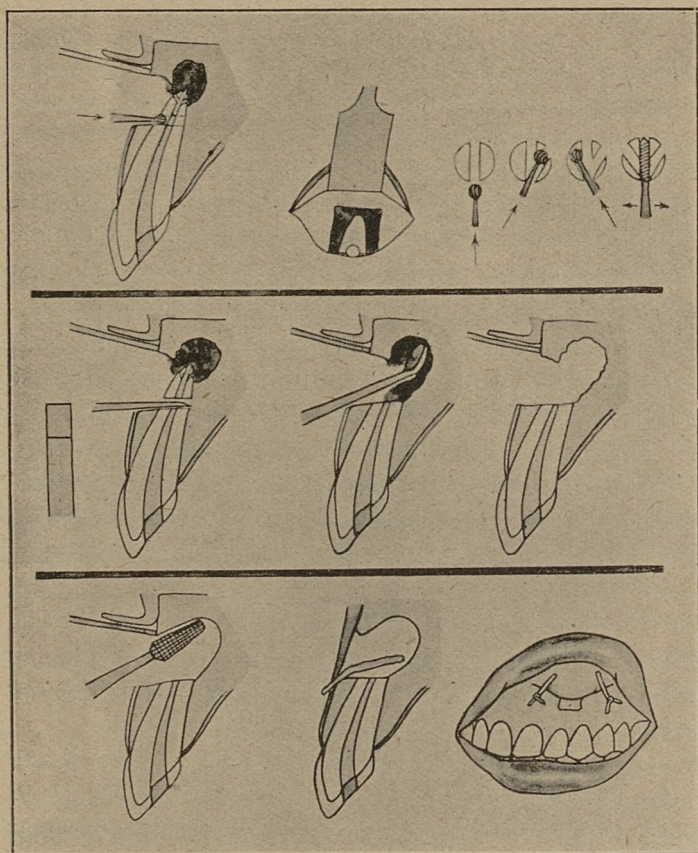
Otwarcie okna w kości szczękowej i utworzenie dostępu do szczytu korzenia. Tabl. 3.

Ażeby utworzyć sobie dostęp do szczytu korzenia należy wyciąć okno w kości szczękowej. Można to uczynić dłutem, wiertłem lub trepanem. Przebieg operacji będzie tem pomyślniejszy, a dla chorego znośniejszy, jeżeli mu zaoszczędzimy gwałtownych urazów, a zarazem i przykrych wrażeń akustycznych, spowodowanych uderzeniami młotka podczas dłutowania, dlatego też będziemy musieli oddać pierwszeństwo tym sposobom, przy których się albo wcale nie używa młotka, albo przy których użycie młotka jest ograniczone. Odbicie blaszki zewnętrznej kostnej przedstawia w szczęce górnej mniejsze trudności, aniżeli w szczęce dolnej, gdzie corticalis odznacza się zazwyczaj znaczną grubością. Ale i w okolicy 2. i 3. górnego zęba może być blaszka kostna dosyć grubą i wymagać znacznego urazu podczas jej usunięcia.

Dolna część okienka kostnego powinna przebiegać na wysokości odcięcia szczytu korzenia.

Tablica 3.

Technika resekcji korzenia według Cieszyńskiego. Akt II.



Rząd I. Po usunięciu blaszki kostnej zewnętrznej widoczny jest w głębi szczyt korzenia. Odcina się go wiertłem różyczkowym, prowadząc je w kierunkach podanych w rycinie.

Po nawierceniu szczytu korzenia w kierunku strzałkowym i ukośnym jest wierzchołek korzenia tak dalece osłabionym, że bardzo łatwo go odciąć wiertłem szczelinowym.

(Technika ta ma na celu uniknięcie urazów silnych na korzeń przy użyciu dłuta i młotka).

Rząd II. Odcięty szczyt korzenia wyważa się dłućkiem płaskim lub wyskiewiczem Beina. — Następnie wyskrobuje się ziarninę i wypłukuje ranę.

Rząd III. Brzegi kostne wygładza się frezą, tworząc lejowate wejścia. Wypłukuje się ponownie ranę. — Wszelkie wióry usuwa się przytem bardzo starannie z pod okostnej i błony śluzowej. Ranę kostną pociera się 5% nalewką jodową. Okostną i błonę śluzową opuszcza się w dół. Istniejące przetoki wycina się i ew. znaczne przerosty zapalne ożębnej ale tylko tuż nad raną kostną.

Ranę zaszywa się dwoma szwami, między które wkłada się na 24 godziny sącdek z gazy. Następnego dnia usuwa się sącdek, pociera ranę nalewką jodową, wystrzykuje się 2% H_2O_2 i doprowadza do krwawienia. Skrzep krwi tworzy najlepszy opatrunek. Rana goi się następnie „per primam“.

U w a g a. Jeżeli operowało się w stanie ostrym, wskazane jest setonowanie jeszcze rany 2—3 razy a później polecić choremu wypłukiwanie rany. Rana goi się wówczas „per secundam“.

Metody dokładnego oznaczenia długości korzenia na podstawie roentgenogramu podałem już w swoim podręczniku roentgenologicznym z r. 1913 i 1926 (str. 82), które polegają na obliczeniu długości z proporcji długości zęba do długości wprowadzonej do przewodu igły gładkiej o znanej długości *).

Założenie okna zbyt wysoko utrudni nam pogląd operacyjny i zmusi nas do rozszerzenia go ku dołowi przed przystąpieniem do odcięcia szczytu korzenia. Założenie natomiast okna zbyt nisko osłabi zanadto blaszkę kostną zewnętrzną, która przy zębach resekowanych posiada wielkie znaczenie statyczne. Przy ogniskach położonych blisko zewnętrznej blaszki kostnej miejsce wycięcia okna zaznaczają już zmiany patologiczne, mianowicie przedziurawienia kości, przez które jest widoczna w głębi tkanka granulacyjna.

Trudności istnieją przy założeniu okna tylko właściwie wówczas, jeżeli ognisko chorobowe położone jest głębiej lub sięga ku stronie językowej, wtedy to należy układ wierzchołka korzenia odpowiednio ocenić. Przytem należy się liczyć z tem, że naogół korzenie nie przebiegają zupełnie pionowo tylko zbaczają cokolwiek odśrodkowo. Jednakowoż na tej znajomości anatomicznej nie możemy zawsze polegać, gdyż zachodzą także niekiedy odmiany, które są widoczne na roentgenogramach. Dlatego też należy operować zawsze dopiero po zorientowaniu się co do przebiegu osi korzeni i ile możności też co do ich długości na podstawie precyzyjnie wykonanych zdjęć roentgenowskich.

Sposób oznaczenia topograficznego ziarniniaków i torbieli na podstawie roentgenogramu, podałem już w r. 1911 w osobnych publikacjach, które są streszczone także w ostatnim moim podręczniku roentgenologicznym z r. 1926, na str. 259. Sprawy tej więc w pracy niniejszej poruszać nie będę i odsyłam interesujących się tą sprawą do tychże prac.

Założenie okna w kości szczękowej ułatwiam sobie w ten sposób, że wiertłem różyczkowym naznaczam sobie 4 narożniki okienka (tabl. 3,

*) Cieszyński: Zahnärztliche Roentgenologie. II Aufl. Leipzig 1926. (Ambrosius Barth).

rząd 2.), które łączę potem ze sobą wiertłem szczelinowem, a blaszkę kostną wyważam ręką przy pomocy dłutka. W czasach ostatnich posługuję się zamiast wiertła celem wykrojenia okienka okrężną piłką popędzaną wiertarką (Tabl. 3, rząd 3).

Po odchyleniu blaszki kostnej staje nam się widocznym szczyt korzenia. Jeżeliby przypadkowo wycięcie okna nie nastąpiło w miejscu odpowiednim, a szczyt by się nie ukazał, należy go odszukać zgłębnikiem, wprowadzonym przez wykrojony otwór, i odpowiednio rozszerzyć okienko.

Mając dopiero wyraźny pogląd na szczyt korzenia, należy przystąpić do jego odcięcia. Należy przytem unikać wszelkich wstrząsów, mogących osłabić odporność aparatu suspensyjnego zęba; dlatego też unikam podczas odcięcia szczytu korzenia wszelkich uderzeń młotkiem i staram się przez odpowiednie nawiercenie korzenia w kierunku strzałkowym i ukośnym wiertłem różyczkowem, a następnie wiertłem szczelinowem, odciąć wierzchołek korzenia, (Tabl. 3, rząd 1). Wyważenie wierzchołka korzenia następuje płaskim dłutkiem lub wyłuskiwaczem Beina. Przy odwierceniu szczytu korzenia należy unikać niepotrzebnego obrażenia tylnej ściany kości szczękowej. Tylko przy dwukorzeniowych dwuguzkowcach lepiej przeprowadzić odcięcie poziome korzenia głębiej aniżeli zbyt powierzchownie, gdyż inaczej mamy trudności podczas usunięcia podniebiennego korzenia.

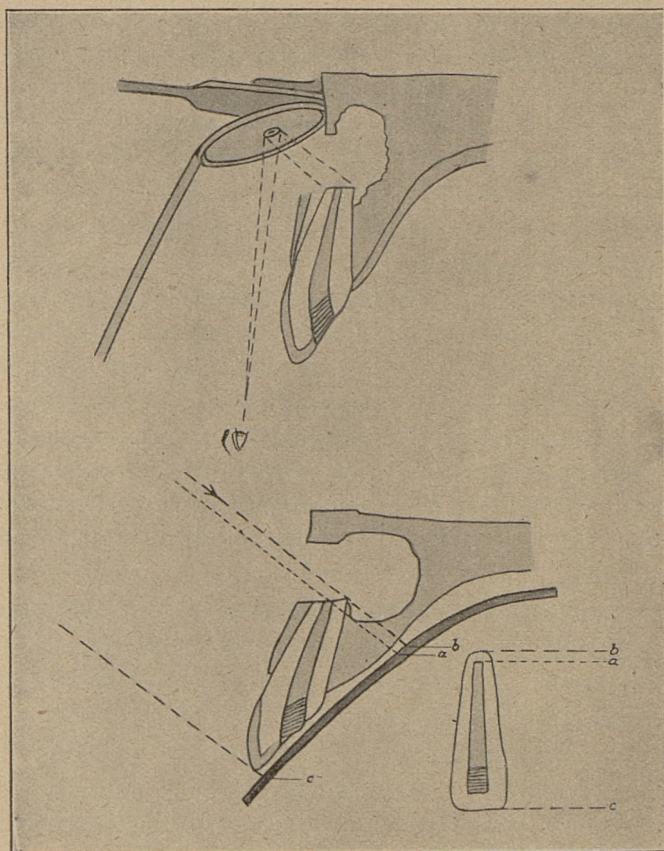
Przy dolnych zębach należy uważać na to, by podczas wyważenia szczytu korzenia nie zesunął się tenże w głąb ubytku wytworzonego przez ziarninę lub torbiel. Tak samo należy i uważać na zesunięcie się w głąb przy dwuguzkowcach górnych, położonych tuż u dna jamy szczękowej. Zesunięciu się w głąb szczytu korzenia możemy zapobiec przez podłożenie u szczytu korzenia wklęsłej strony wyłuskiwacza Beina, która stanowić będzie podstawę, po której wyważenie szczytu nastąpić może zapomocą wydrążacza łyżeczkowego.

Po usunięciu szczytu korzenia przystępujemy do gruntownego wyłuszczenia ogniska w kości szczękowej i wypłukania go przestrzyknięciem roztworu chloraminy albo wody utlenionej.

Wyglądanie brzegów kostnych (Tabl. 3)

posiada wielkie znaczenie na dalszy przebieg operacji, jeżeli chodzi o wypełnienie odciętego szczytu korzenia od góry, a następnie na gojenie się rany. Przez wycięcie okna wytworzyły się ostre i chropowate ściany u wejścia rany kostnej, które należy wygładzić frezą w ten sposób, ażeby wejście do rany kostnej miało kształt lejowaty i wykazywało łagodne brzegi. Przy tej sposobności wyrównuje się frezą odcięty szczyt korzenia. Jeżeli ma się wypełnić szczyt korzenia z góry podczas zabiegu amalgamem,

należy nadać odciętemu szczytowi cokolwiek ukośny przebieg powierzchni ściętej niejako daszkowato pochylonej ku przodowi, tak że tylnia ściana korzenia stoi wyżej aniżeli przednia.



Tabl. 4. Ryc. 1. Kontrola wypełnionego szczytu korzenia zapomocą laryngologicznego lusterka (według Cieszyńskiego 1912).¹⁾

Ryc. 2. Kontrola zapomocą zdjęcia roentgenowskiego jest niedokładna. Nawet zupełnie wypełniony a odcięty szczyt korzenia wygląda na roentgenogramie zawsze jak niezupełnie wypełniony wskutek ukośnej projekcji przy zdjęciach wśródustnych (Cieszyński 1912).

Jeżeli teraz po wygładzeniu brzegów kostnych wypłuczemy ranę, otrzymujemy jasny pogląd na dno zagłębienia w kości, na odcięty szczyt

¹⁾ Wolf (Zeitschrift f. Stom. 1929/2) podaje tę samą metodę, ale zapomina podać autora tejże. Skutkiem tego cytuje tę metodę Lacronique (1929 Rev. de Stom.) jako metodę Wolfa. Omyłkę tę prostuję przy tej sposobności, rezerwując dla siebie prawo pierwszeństwa.

możemy jeszcze raz bardzo skrupulatnie usunąć łyżeczką te części ziarniny, które nie były nam przedtem dostępne, a które często sięgają wzdłuż językowej ściany korzenia. Zaznaczyć mi należy przytem, że absolutnie nie jest konieczne ścięcie korzenia tak nisko jak daleko sięga ubytek kostny wypełniony ziarniną lub torbielą. Jeżeli mamy przed sobą ziarninę wystarczy gruntowne wyskrobanie ściany tylnej i dolnej wydrążaczem łyżeczkowym, jeżeli zaś mamy przed sobą torbiel, którą zazwyczaj operujemy metodą Partscha, to pozostawiamy wyściółkę na dnie jamy kostnej. Tylko torbiele poniżej wielkości fasoli wyłuszczamy doszczętnie.

Po wyplukaniu rany w tem stadium operacji i wysuszeniu jej tamponem, przeprowadzamy ostateczną kontrolę wyniku operacji. Po wyłyżeczkowaniu ściany powinny być gładkie i czyste, gładkim powinien być również odcięty szczyt korzenia i widocznem powinno być w środku szczytu wypełnienie przewodu, o ile wykonaliśmy je przed zabiegiem. Kontrolę wypełnienia przeprowadzamy przy pomocy małego lusterka (laryngologicznego) (Tabl. 4, ryc. 1).

Na zdjęciu roentgenowskim późniejszym nie możemy nigdy skontrolować, czy wypełnienie szczytowe było dokładne, ze względu na ukośną projekcję przy zdjęciach wśródustnych (Tabl. 4, ryc 2).

Wypełnienie przewodu od szczytu korzenia. Tabl. 5.

O ile podczas leczenia przewodu nie mogliśmy go doszczętnie wysuszyć wskutek wysięku z ogniska pozaszczytowego jak to n. p. ma miejsce przy torbielach, lub też jeżeli zmuszeni byliśmy wykonać zabieg operacyjny w stanie ostrym, wypełniamy zazwyczaj przez ranę operacyjną odcięty szczyt, podczas zabiegu amalgamem, a więc przed wypełnieniem i ostatecznem wyjałowieniem przewodu, tworząc tem samem zamknięcie hermetyczne w odciętym szczycie korzenia i uniemożliwiamy w ten sposób zanieczyszczanie przewodu wysiękiem, pochodzącym z góry ogniska. Sposób ten okazał nam się po 18-letniem doświadczeniu znacznie praktyczniejszy aniżeli samo wypełnianie przewodu od dołu w kilka dni po już dokonanej operacji.

Pichler (1925) zajmuje stanowisko sceptyczne wobec wypełnienia korzenia od szczytu i na uzasadnienie swego stanowisko przytacza obserwowany przypadek resekowanego zęba trzonowego, który kontrolował zdjęciami roentgenowskimi po 3, 6 i 7 latach. Po 3 latach wykazywała kość w okolicy odciętego szczytu dośrodkowego korzenia górnego trzonowego zęba, który został wypełniony od szczytu korzenia amalgamem, prawidłowe wygojenie; po 6-ciu latach stwierdził roentgenologicznie rozszerzenie szpary szczytowej zębodołu i objawy resorpcji szczytu korzenia, a po 7-miu latach pole odwapnione wielkości soczewicy. Wiemy z praktyki jak mało dostępne są przewody dośrodkowe u górnych zębów trzonowych i jak

Tablica 5.

Wypełnienie przewodu korzeniowego od szczytu.

Wysięk z przewodu; wkładka na 3, wzgl. 4. posiedzeniu nie wychodzi czysta; przewód nie jest zupełnie jałowy, gdyż zostaje zawsze od nowa zakażany wysiękiem z ogniska szczytowego. Zdarza się to zazwyczaj przy torbielach lub przy ostrych sprawach zapalnych. Jeżeli jest wysięk, nie zalepia się ubytku hermetycznie, tylko rezygnuje się po pierwszych 2 próbach z wypełnienia przewodu przed operacją i zmierza się najprzód:

a) do wypełnienia hermetycznego otworu szczytowego podczas operacji amalgamem,

b) do odkażenia przewodu definitywnego dopiero po operacji i do jego wypełnienia.

Przebieg. Typowy zabieg resekcji korzenia (zob. tabl. 3 i 4). Ząb ścina się przytem cokolwiek ukośnie, tak, że tylna część korzenia leży wyżej, aniżeli przednia. Wyrównuje się ściany frezą i rozszerza ubytek w kości — usuwa się ziarninę, wystrzykuje się ranę 2% H_2O_2 lub roztworem chloraminu. Jeżeli się postąpiło poprawnie, widać wyraźnie odcięty szczyt korzenia a w pośrodku ciemniejszy punkt: wylot przewodu korzeniowego. Odnajdujemy wylot górny przewodu, wkładając do przewodu gładką igłę, która przechodzi przez odcięty szczyt. Pozostawia się w ten sposób igłę aż do chwili przyłożenia wiertła różyczkowego osadzonego w kątnicy.

Ryc. 1. Małą różyczką wywierca się otwór na 2 mm głęboki, starając się ile możliwości skierować wiertło w kierunku osi zęba t. j. przewodu korzeniowego.

Ryc. 2. Małym kółeczkiem podcina się wywiercony ubytek w szczycie korzenia, ażeby dno było szersze, aniżeli wylot. Wystrzykuje się jamę kostną, osusza skrawkiem gazy. Praktycznie jest wysetonować ubytek mocno gazą, ażeby powstrzymać krwawienie; przytrzymujemy ją na miejscu płaskim narzędziem, (n. p. dłutkiem) opierając jego koniec o tylny brzeg ściętego szczytu. **Ryc. 3.**

Po odkażeniu wylotu fenolem kamforowym lub trójkrezol-formaliną na małej kuleczce (po odsączeniu leku, ażeby nie uszkodzić tkanek rany) albo po bardzo ostrożnem odkażeniu ubytku metodą Howe'a i jego osuszeniu kawałeczkiem gazy i suchem, jałowem powietrzem (dmuchadłem wciąga się trzykrotnie gorący płomień lampki spirytusowej) wprowadza się amalgam (A) przemyty alkoholem.

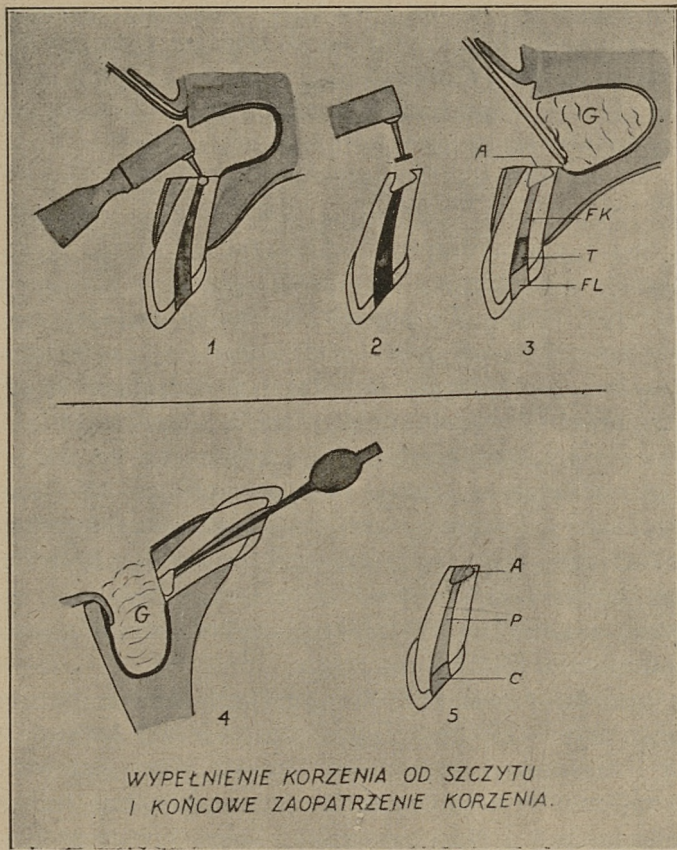
Nadmiar trzeba bardzo dokładnie usunąć szczególnie z pod odpreparowanego dziaśła.

Wystrzykuje się następnie ranę chloraminem (dogodniejszy, aniżeli H_2O_2 albowiem nie pozostawia szumowin, utrudniających pogląd), wyjmując się dopiero teraz seton (gazę), wystrzykuje jeszcze raz ranę kostną całą silnym prądem płynu; odkaża się ranę nalewką jodową i zaszywa. Między dwa szwy wkłada się mały sączek z gazy (cf. Tabl. 4).

Ryc. 3. Do przewodu wkłada się ostrożnie wkładkę waty z fenolem kamforowym, (w dolnej części napojoną cokolwiek trikrezolem z formaliną), i zamyka ubytek hermetycznie.

U w a g a. Zważać należy, ażeby nie wypchnąć amalgamu poza szczyt, zakładając wkładkę do przewodu!

Następnego dnia zmienia się podczas opatrunku rany także wkładkę w przewodzie. Po usunięciu pierwszej wystrzykuje się przewód kilkakrotnie wodą,



Tabl. 5.

ażeby usunąć wszelkie skrzepy krwi, które pozostały w przewodzie i jeszcze raz wkłada się wkładkę z fenolem kamforowym i z trójkrezolem z formaliną na 24 godzin, hermetycznie ją zamykając.

Zazwyczaj już po pierwszej wkładce przewód jest jałowy — tak, że można przystąpić do wypełnienia przewodu parafiną. Druga wkładka jest tylko asekuracją przed ew. zakażeniem z przewodników bocznych.

Na następnym posiedzeniu wypełnia się hermetycznie przewód parafiną w sposób podany w Tabl. 2. ryc. 4.

Ryc. 4. przedstawia wypełnienie przewodu parafiną w przypadku torbieni — która w pierwszych 3 dniach po operacji jest luźno zasetonowana gazą lekko zwilżoną fenolem kamforowym.

Ryc. 5. przedstawia resekowany ząb po wypełnieniu zupełnym. (A) amalgam, (P) = parafina, (C) = cement z warstwą powierzchnią silikatową.

trudno je hermetycznie wypełnić. Wypełnienie od szczytu właśnie korzenia dośrodkowego zęba trzonowego jest technicznie bardzo trudne i dziwić nas nie będzie, że w opisanym przypadku nie mogło być wykonane dostatecznie

dokładnie. W danym przypadku było lepiej wykonać amputację korzenia na wysokości rozwidlenia korzenia, aniżeli odcinać tylko wierzchołek korzenia dośrodkowego. Przypadek opisany przez Pichlera nie może więc uchodzić jako dowód dostateczny, przemawiający przeciw wypełnianiu resekowanych zębów od szczytu korzenia amalgamem.

Przy tej sposobności poruszę także temat kiedy należy wypełniać przewód. Sprawa ta jest ciągłym tematem dyskusyj i stanowiła jeden z najważniejszych problemów w pierwszej erze operacji. Nie ulega żadnej wątpliwości, że zabieg operacyjny jest nadzwyczaj uproszczony, jeżeli wypełni się przewód już przed operacją, a możemy to zawsze wtedy uczynić, jeżeli nam się uda odkazić go zupełnie, nie wywołując podczas leczenia korzenia niepożądanego reakcji ze strony ozębnej i okolicy szczytowej. Następnie, jeżeli ostatnia wkładka zrobiona podczas leczenia przewodu wychodzi bez zapachu cuchnącego i nie jest przesączona wysiękiem, pochodzącym z ogniska pozaszczytowego. W ostatnim razie nie wystarczy nam kilkakrotne wysuszanie przewodu i przemywanie go, ażeby go w końcu osuszyć, gdyż przewód nawet wyjałowiony ostatnią wkładką zostanie ponownie zakażony spływającą z góry ropa, a wypełnienie hermetyczne w takich warunkach zrobione nie ustrzeże nas nigdy przed ponownym zakażeniem okolicy szczytowej.

Wielu autorów poleca w tych wypadkach dopiero po oczyszczeniu ogniska szczytowego z ziarniny i po odcięciu szczytu korzenia przystąpić do wymycia i osuszenia i wypełnienia hermetycznego przewodu podczas zabiegu i to od dołu, t. j. od strony koronowej. Uważam jednakowoż ten sposób za niewłaściwy i niegwarantujący nam dostatecznego odkażenia przewodu. Leczenie i wypełnienie przewodu dopiero po kilku dniach po resekcji korzenia może dać wprawdzie lepsze wyniki ale osuszenie przewodu wymaga bardzo szczelnego wysetonowania rany operacyjnej, co jest cokolwiek bolesnem.

W tych to przypadkach ułatwia nam bardzo leczenie korzenia wypełnienie z góry odciętego szczytu korzenia amalgamem. Technike zabiegu podaje tabl. 5 i poniżej umieszczony opis. Przed wypełnieniem wywierconego ubytku odkażamy go albo metodą Howe'a, tak zwanem srebrzeniem szczytów (zob. Polska Dentystyka r. 1925 str. 33.), albo odkażamy go przez 2 minuty fenolem kamforowym po poprzednim wypłukaniu wiórów. Nadmienić chcę przy tej sposobności, że azotan srebra i amoniak względnie goździkowy olejek, używany przy metodzie Howe'a albo przy jej modyfikacji niekorzystnie wpłynąć musi na tkankę kostną. Udowodniłem bowiem na roentgenogramach (zob. mój podręcznik roentgenologii str. 207, ryc. 288 a — C), że zredukowane srebro stracone zostaje nie tylko w obrębie

odciętego szczytu korzenia i wylotu przewodu, ale także w graniczącej istocie gąbczastej kości, a więc w ścianach ubytku kostnego.

Hippel i Goldmann wypełniają szczyt korzenia amalgamem w ten sposób, że wywiercają rowek sięgający do przewodu korzeniowego wzdłuż przedniej ściany korzenia, rozpoczynając go od ściętego szczytu; w ten sposób uzyskują dostęp do szczytowego odcinka przewodu. Sposobu tego nie zalecam, gdyż musimy przy tem postępowaniu usunąć na przestrzeni kilku milimetrów zewnętrzną blaszkę kostną, posiadającą wielkie znaczenie statyczne dla operowanego zęba. Tylko przy dolnych zębach okaże się ten sposób praktycznym, przy których wypełnienie w sposób podany w tabl. 5. napotyka na trudności techniczne.

Zanim przystąpimy do wypełnienia wywierconego ubytku w szczycie korzenia, musimy się zabezpieczyć przed dopływem krwi, ażeby w możliwie najodpowiedniejszych warunkach wyjałowić szczyt korzenia i założyć amalgam. W tymże celu można w razie większego krwawienia wymyć ubytek w kości 4%-ym roztworem H_2O_2 , a następnie po wyplukaniu szumowin setonuje się gazą o szerokości jednego centymetra ubytek szczelnie tak dalece, że tylko widoczny pozostaje odcięty szczyt korzenia. Płaskim dłutkiem przytrzymując sobie gazę na miejscu, mamy przed sobą widoczny wywiercony ubytek w szczycie korzenia, który powinien posiadać dno szersze aniżeli wejście, ażeby wypełnienie amalgamowe posiadało dostateczną retencję. Przygotowany do wypełnienia przewodu amalgam wymywa się przed założeniem alkoholem. Należy unikać zanieczyszczenia okolicy amalgamem podczas wypełnienia szczytu, gdyż szczątki amalgamu ogromnie trudno usunąć. Po wypełnieniu usuwamy wszelki nadmiar oraz rozproszone resztki amalgamu z okolicy dokładnie wydrażaczem łyżeczkowym, następnie wyplukujemy jamę kostną silnym prądem płynu przeciwnilnego jeszcze zanim usuniemy z głębi włożoną gazę, dopiero po pierwszym przepłukaniu usuwamy gazę i przepłukujemy ranę ponownie.

Po ukończeniu operacji przepłukujemy przewód i wkładamy ostrożnie wkładkę z fenolem kamforowym i trójkrezol-formaliną, którą zamykamy hermetycznie. Podczas założenia wkładki należy tylko zważać na to, ażeby wkładka wprowadzona do przewodu nie wypchnęła wypełnienia amalgamowego. Lepiej ją założyć niżej aniżeli za wysoko, ażeby nie narazić się na tą ewentualność. Na drugi dzień wyjmujemy wkładkę, wyplukujemy i wymywamy przewód gruntownie z ewentualnych skrzepów krwi i zakładamy ponownie wkładkę hermetyczną, zamykając ją szczelnie. Zazwyczaj już ta pierwsza wkładka wyjałowiła dostatecznie przewód tak, że możnaby nawet przystąpić do hermetycznego napełnienia przewodu.

Zaszycie rany i jej zaopatrzenie. Tabl. 3.

Po wygładzeniu brzegów kostnych i po wyskrobaniu ziarniny oraz ewentualnem wypełnieniu szczytu korzenia przystępujemy do ostatecznego oczyszczenia pola operacyjnego, a mianowicie podstawy i brzegu odcię-

tego płatu, gdzie się podczas zabiegu nagromadzić mogły wióry i ewentualnie resztki amalgamu. Jeżeli istniała przetoka wycinamy przetokę, jeżeli okostna wykazywała nadmierne zgrubienia patologiczne z powodu długotrwałego stanu zapalnego, wycinamy ją w obrębie wyciętego okna, pozostawiając ją jednakowoż w okolicy. Niewątpliwie mieści ona w sobie drobnoustroje, ale liczyć możemy na to, że tkanka ta, o ile nie została zanadto maltretowana hakami podczas operacji, przyjdzie do siebie i załatwi się z materiałem zakaźnym w niej zawartym. Przecież i przy ropowicach mamy części miękkie wykazujące wybitne zmiany zapalne, przesiąknięte wprost drobnoustrojami i ich jadami, a pomimo to nie usuwamy ich zupełnie, gdyż jak praktyka wykazuje — przychodzą one ogromnie szybko do siebie skoro tylko zostanie usunięte pierwotne ognisko zakaźne i utworzy się dogodny odpływ ropy.

W bardzo gruntownej pracy¹⁾ wykazał Stanisław Nowicki, że największe zmiany wytwarzają się po zniszczeniu okostnej oraz, że okostna posiada wybitne znaczenie w regeneracji kości. W pracy swej eksperymentalnej stwierdził również, że od strony szpiku wytwarzało się na ogół znacznie mniej młodej kości, niż okostnej. Wyjątkowo tylko, gdy właściwości kostnotwórcze okostnej były upośledzone, rozwijała się czasem żywej kość od strony szpiku. Istnienie sprawy ropnej w szpiku nie było przeszkodą wytwarzania się młodej kości. Z okostnej, która uległa zbliznowaceniowi nie wytwarzała się nowa kość.

Do odsłaniania płatu dziąsłowego używam płaskiej skrobaczki prostokątnej, a nie haka, ażeby uniknąć uszkodzenia tak okostnej jak i odciętego płatu dziąsłowego.

Wszelkie wióry i zanieczyszczenia znajdujące się u podstawy płata dziąsłowego usuwa się naprzód mechanicznie wydrążaczem łyżeczkowym a następnie wypłukaniem.

Po zakończeniu zabiegu operacyjnego przyszywamy odcięty płat na miejscu dwoma szwami bocznymi ściągawszy poprzednio okostną ku dołowi. Pomiędzy dwa szwy wsuwamy krótki sącdek jednocentymetrowej gazy zwilżonej fenolem kamforowym (Tabl. 3, rząd 3).

Jeżeli się możemy spodziewać zagojenia rany „per primam“, wyjmujemy sącdek dnia następnego, odkażamy ranę zewnętrzną nalewką jodową, a wywołując krwawienie dotykiem zgłębnika wyjąłwionego doprowadzamy do wytworzenia się skrzepu krwi, który przemienia się najprzód w tkankę włóknistą, a później w tkankę kostną.

¹⁾ Stanisław Nowicki: O patogenie zakaźnego zapalenia kości na podstawie badań doświadczalnych. Kraków 1926. Chirurgia kliniczna. Tom I. (1).

Jeżeli wygojenie się rany zewnętrznej następuje „per secundam“, trwa to od 6—15 dni, w którym to czasie w pierwszych 3 dniach setonuje się ranę, a później się ją tylko wystrzykuje. Setonowanie rany ponad 3 dni powoduje tylko opóźnienie w wygojeniu się rany. Wystarczy tylko ranę wystrzykiwać jakimkolwiek płynem o słabem działaniu antyseptycznym po każdym jedzeniu. Może to skutecznić sam chory, posługując się gruszkowym balonikiem i nie potrzebuje w tym celu pomocy lekarza.

Wygojenie się rany i powikłania.

O ile nastąpiło wygojenie się rany zewnętrznej „per primam“ stwierdzić to możemy już dnia trzeciego lub czwartego po operacji, w którym to dniu następuje wyjęcie szwów.

W razie ew. powikłań, należy unieść tępym zgłębnikiem środkową część płata, stworzyć upust ropy, wystrzyknąć ranę środkiem przeciwnilnym i założyć seton i zmienić go dnia następnego. Wygojenie się rany nastąpi wówczas „per secundam“.

Według Lehnerd't'a wpływa *Strontium lacticum* dodatnio na rozrost tkanki kostnej, pobudzając do wytwarzania tkanki kostninowej, w której sole wapnia nasiakają, odkładając się w niej jako sole nierozpuszczalne. *Strontium lacticum* aż do 6 gr per os dziennie można podawać przez 4—6 tygodni, najlepiej łącznie z wapniem i fosforem i to w formie emulsji tranowej. (Polski preparat Barcikowskiego „Vit-Emulsio“).

Powikłania te występują częściej, jeżeli jama ustna nie jest utrzymana w stanie higienicznym, a przeważnie wówczas, jeżeli okolica szyjkowa operowanego zęba lub zębów sąsiednich wykazuje zmiany parodontalne z ropieniem.

Ustrzec się można przed tem powikłaniem, jeżeli istnieją zmiany w okolicy przyzębnej I. stopnia t. zn. słabe, jeżeli już przed operacją osłabimy żywotność drobnoustrojów w okolicy marginalnej przez wkroplenie fenolu kamforowego dnia poprzedniego a podczas operacji zarazem wykonamy gingiwoektomję.

Jak już wspomniałem powyżej stanowi zapalenie okolicy przyzębnej w zasadzie przeciwwskazanie do resekcji korzenia.

Powikłania nastąpić także mogą jeżeli chory po zabiegu tydzień lub dłużej wogóle zęba danego nie używa do jedzenia i pozbawia go mechanicznego oczyszczania przez odgryzanie pokarmów. Dlatego też należy zwrócić uwagę chorego, że zęba operowanego używać należy do jedzenia, gdyż po operacji powinien wszelki ból ustać. Jeżeli zabieg był prawidłowo wykonany, to niema też obawy, ażeby się ząb rozchwiał lub też nie mógł pełnić funkcji.

Wiadomem jest, że przy sprawach zapalnych ozębnej zęby się wydłużają cokolwiek i spotykają się wcześniej ze zgryzem przeciwnym, co sprawę zapalną zazwyczaj pogarsza. Dlatego też należy zbadać już na wstępie leczenia przygotowawczego, czy ząb nie spotyka się wcześniej aniżeli inne ze zgryzem zębów przeciwległych; wówczas należy odpowiednio zeszlifować stronę językową korony zęba operowanego, wzgl. zęby przeciwległe. Jeżeli się tego zaniecha, wydłużenie się zęba — nawet gdyby chory po zabiegu operacyjnym bólu nie odczuwał — wpłynie na obluźnienie zęba operowanego i zły przebieg wygojenia się sprawy.

Wcześniejszy kontakt zęba chorego z zębami przeciwległymi bada się przez położenie opuszki palca na koronę danego zęba i zębów sąsiednich. Podczas zwarcia szczęk odczuwa się drgnięcia korony o ile ząb jest za długi.

Z piśmiennictwa przytoczę kilka powikłań obserwowanych przez innych autorów. Przeważnie mamy tu do czynienia z fałszywymi wskazaniami do zabiegu lub błędami operacyjnymi i niedostateczną czystością. Proell (1925) opisuje przypadek o wyniku ujemnym, który — jak stwierdzono później — miał swą przyczynę w niespostrzeżonych przed zabiegiem bocznych przedziurawieniach przewodu. Następnie podaje Proell opis powikłania, które wynikło najprawdopodobniej z powodu nieprzestrzeżenia aseptyki operacyjnej.

U osoby 22-letniej, chorej na gruźlicę, resekowano 2 górne zęby sieczne przy silnych objawach ropnych. Trzy dni po zabiegu odczuła chora dolegliwości w nogach. Stwierdzono zakrzepowe zapalenie żył, które wymagało kilkutygodniowego pobytu w łóżku. Proell przypuszcza, że zapalenie zaskrzepowe żył stoi prawdopodobnie w związku z przebycią resekcją zęba i spowodowane zostało brakiem czystości podczas zabiegu.

Wygojenie się rany w kości, wytworzenie tkanki bliznowatej i kostnej ponad szczytem korzenia trwa znacznie dłużej, jak to wykazałem na Zjeździe krakowskim przyrodników i lekarzy polskich już w r. 1911 na zdjęciach roentgenowskich, robionych w różnych odstępach czasu. Rana zewnętrzna wykazuje tylko prostą bliznę, a wewnątrz kości odbywa się organizacja skrzepu od obwodu do środka ubytku. Pierwsze zwapnienie obwodowych stref można stwierdzić już w 3-cim tygodniu gojenia się rany. Małe ubytki wygajają się do 3 miesięcy, wielkie potrzebują więcej czasu, jak przy torbielach, przy których redukcja ubytku następuje również od obwodu do środka, wzgl. zewnątrz. Jeszcze po 3 kwartałach można stwierdzić niezwapniałe obszary. Dopiero po roku a nawet 1½ dochodzi nowo wytworzona kość aż do szczytu korzenia. Niekiedy pozostaje tylko cienka czapeczka o grubości 1—1½ mm niezwapniałej bliznowatej tkanki, pokrywająca szczyt korzenia. Tkanka ta nie jest identyczna z ziarniną, tylko ma charakter zbitej łącznej tkanki bliznowatej. Spotkać ją możemy częściej

nad szczytem odciętym, który wypełniony został z góry amalgamem, aniżeli nad wypełnionem tylko od dołu parafiną lub cementem z dodatkiem tymolu.

Ale i ten sposób wygojenia się rany kostnej należy uważać za prawidłowy. Świadczy o tem funkcja zęba i brak wrażliwości na ucisk oraz brak innych objawów zapalnych. Na powikłania podczas gojenia się rany w okresach późniejszych i ew. zakażenie wtórne, wskazują tylko objawy zapalne, wrażliwość na ucisk i ew. wystąpienie przetoki; wówczas zachodzi potrzeba ponownego przeleczenia korzeni i ponownego wyłóżczkowania okolicy szczytowej.

Black twierdzi, że kość w pierwszych latach po resekcji się regeneruje, a potem po 5—10 latach ulega resorpcji. Temu twierdzeniu muszę zaoponować, gdyż nawet po 20 i 16 latach stwierdziłem kompletną funkcję zęba w stosunku do analogicznego zęba zdrowego po stronie przeciwnej, a na roentgenogramie zupełne wygojenie się rany kostnej, wypełnionej istotą gąbczastą kości. Spostrzeżenie Blacka odnosi się prawdopodobnie do przypadku, w którym nie wyjąłowiono dostatecznie przewodu, albo w którym nastąpiło wtórne zakażenie z bocznych przewodów szczytowych głównego kanału.

Co zaś dotyczy histologicznego obrazu wygojenia się ran pooperacyjnych, wykazał Euler, że także i ozębna bierze udział w procesie regeneracji, wytwarzając warstwę wtórnego cementu, który otacza także odcięty szczyt korzenia.

O anatomo-patologicznem zachowaniu się ran kostnych przy ew. powikłaniach i o zachowaniu się ich pod względem bakterjologicznym mówić w tej pracy nie będę. Było to na Zjeździe stomatologicznym w Wilnie tematem referatu mego asystenta, Józefa J a r z a b a.

Podmiotowe wrażenie chorego po resekcji i ew. dolegliwości.

Po odcięciu szczytu korzenia wydaje się choremu jakoby ząb operowany stanowił ciało obce i był bez czucia. Dochodzące bowiem przez szczyt korzenia nerwy do ozębnej zostały przecięte. Wrażenie to jest początkowo niezwykle ale po krótkim czasie zapomina się o niem. Po kilku miesiącach odrastają znowu nerwy czuciowe i wrażliwość powraca. Przykrem jednak staje się owe znieczulenie miejscowe, jeżeli obejmuje również wargę dolną. Występuje ono, jeżeli z powodów mechanicznych uszkodzono nerw bródkowy podczas resekcji 1 lub 2-giego dwuguzkowca dolnego. Otwór bródkowy leży bowiem najczęściej w okolicy szczytów korzeni 1-go i 2-go przedtrzonowca. Ażeby uniknąć nieporozumienia z pacjentem, wskazanem jest na tą ewentualność przygotować chorego. Anestezję w bródkowej okolicy wargi dolnej stwierdziłem dwa razy, raz po odcięciu

szczytu 2-go dwuguzkowca dolnego, drugi raz po operacji torbieli w tejże okolicy, w których to 2 przypadkach chorzy uważali to za bardzo przykre. Uniknąć można do pewnego stopnia tego wypadku, jeżeli się cokolwiek dłuższy szczyt amputuje, oszczędza otwór bródkowy, już spostrzeżony na roentgenogramie, a nie zbyt nisko schodzi z okienkiem w blaszce zewnętrznej.

Ból po operacji i opóźnienie w wygojeniu się rany a roentgenoterapia.

Ból po resekcji może się wyjątkowo utrzymać jeszcze 2—4 dni po operacjach wykonywanych w stanie ostrym. Doskonale możemy go jednak opanować przez roentgenoterapię, stosując stale dawki małe na jednym lub 2 posiedzeniach.

Sposób ten okazał się także praktycznym, jeżeli wygojenie się rany doznaje opóźnienia. Opóźnienie w wygojeniu się rany operacyjnej spotykamy przy gruźlicy i u osób z wadliwą przemianą materji. Jeżeli nawet w ziarniniakach stwierdzonoby prątki gruźlicze (zdarza się to bardzo rzadko), to i w tych przypadkach roentgenoterapia jest wskazana; promienie roentgenowskie okazały się bowiem doskonałym środkiem leczniczym przy zmianach gruźliczych kostnych.

Znaczenie ciepłoty ciała.

Jak już wspomnieliśmy kilkakrotnie, ciepłota ciała jest dla nas bardzo ważną wskazówką dla oceny złośliwości sprawy chorobowej i oddziaływania zakażenia na ustrój. Dlatego też należy przy każdej sprawie zapalnej, wychodzącej od ozębnej wzgl. od kości szczękowej posługiwać się termometrem i już przed rozpoczęciem leczenia zorientować się, czy sprawa ma charakter wyłącznie miejscowy, czy też pobudziła już ustrój do obrony przed istniejącem zakażeniem.

Zdanie niektórych autorów, że ziarniniaki stanowią aparat ochronny przed szerzeniem się zakażenia z miazgi zgorzelinowej, nie jest uzasadnione, gdyż w razie obecności ziarniniaków nawet w stanach przewlekłych możemy stwierdzić stany podgorączkowe od 36,7°—37,5°. Podwyżka ciepłoty występuje przeważnie wieczorem. W stanach ostrych mamy temperaturę zazwyczaj powyżej 37°, która niekiedy dochodzić może do 40°. Ciepłota powyżej 38° świadczy o wielkiej złośliwości drobnoustrojów i silnej reakcji organizmu i zmusza do szybkiej interwencji chirurgicznej.

Nie trzeba się tylko zadowolić zbadaniem klinicznym tego zęba, na który się właśnie chory skarży, tylko zarazem poddać dokładnemu zbadaniu klinicznemu i inne zęby podejrzane, badając tylko uciskiem palca na okolice szczytową, jakkolwiek lepiej jest podejrzane zęby zbadać promieniami Roentgena.

Po nacięciu ropnia podokostnego podwyższona ciepłota spada zazwyczaj poniżej 37°; jeżeli zaś jest ognisko w kości szczękowej, które się jeszcze nie przebiło na zewnątrz, następuje zniżka ciepłoty dopiero po otwarciu zęba lub też po otwarciu ropnia w kości.

U chorych, którzy wykazują już zakażenie ustne, lub u operowanych w stanach ostrych może się nawet podnieść ciepłota ciała po każdym zabiegu w kości szczękowej jeszcze w następnych 24 godzinach o 1—1½ stopnia; przez otwarcie ogniska bowiem zostaną otwarte jeszcze liczne naczynia limfatyczne i krwionośne i nastąpi rozsianie szersze drobno-ustrojów. Objaw ten wskazuje jednak tylko na to, jak niebezpiecznym dla ustroju jest dane ognisko. Jednak już w kilkanaście godzin później ciepłota opada i zbliża się do normy, a stan podmiotowy chorego znacznie się poprawia.

Jeżeli stwierdzimy podwyższoną ciepłotę powyżej 38°, wskazane jest zadziałanie na ustrój ogólny i pobudzenie istniejących zasobów sił obronnych organizmu przez wstrzykiwanie wielowartościowej szczepionki „O m n a d y n y“ 2 cm³.¹⁾

Szczepionka ta działa bardzo łagodnie i nie wywołuje zazwyczaj żadnych powikłań. Możemy niekiedy już drugiego dnia stwierdzić zniżkę ciepłoty, nawet gdyby się żadnego zabiegu nie wykonało. Tak mogłem n. p. kilkakrotnie stwierdzić poprawę podmiotową i przedmiotową przy „eruptio difficilis dentis sapientiae“, przyczem wrażliwość na dotyk okolicy podszczękowej do dnia następnego ustąpiła.

Przygotowanie w ten sposób chorego do zabiegu operacyjnego także przed resekcją korzenia przy sprawach ostrych ma korzystny wpływ na dalszy przebieg leczenia.

Intenzywniej aniżeli „Omnadyna“ działa wielowartościowa szczepionka „Propidon“²⁾. Przy teźże szczepionce jednak częściej można się spodziewać nieprzewidzianych skutków anafilaktycznych, aniżeli przy omnadynie.

Po odcięciu szczytu korzenia przy sprawach ostrych, gorączka spada szybko, chyba że już poprzednio dały się we znaki objawy ogólne; poprawa stanu ogólnego i miejscowego wymaga bowiem 2—4 dni. Jeżeli jeszcze wówczas możemy stwierdzić stany podgorączkowe, należy szukać w jamie ustnej, gardle lub gdzie indziej w organizmie innych źródeł zakażenia.

Podczas gojenia się rany podwyższona ciepłota ciała będzie wskazywała na ew. powikłania. Jeżeli n. p. spodziewaliśmy się uzyskać zago-

¹⁾ Farbenindustrie Act-Ges. „Meister, Lucius“ — Leverkusen.

²⁾ Skutecka: Stosowanie środków leczniczych wewnętrznych. Pol. Dent. 1928, str. 292.

jenie się rany „per primam“ i zaszyli ranę, to podwyżka o 3—4 kreski powyżej normy wskazywać będzie na zakażenie skrzepu znajdującego się pod przyszytym płatem dziąsłowym. Należy unieść wówczas płat w części środkowej rany, o ile stwierdzi się ropę, zasetonować ranę i wyleczyć ją „per secundam“.

Funkcja operowanych zębów z uwzględnieniem statyki.

Przy nacisku na koronę od strony wargowej lub językowej reaguje ząb przedni jak dwuramienna dźwignia z punktem obrotowym, leżącym między dwoma trzecimi szyjkowemi a jedną trzecią wierzchołkową korzenia. Dłuższy odcinek tejże dwuramiennej dźwigni, wykazujący ruchy silniejsze, odpowiada części szyjkowej korzenia, krótszy odcinek natomiast, wykonujący tylko znacznie mniejsze ruchy kompensacyjne w kierunku odwrotnym, przedstawia część wierzchołka korzenia. Ponieważ punkt obrotowy leży przy prawidłowo wykonanej resekcji szczytu poniżej odciętej powierzchni nie nastąpi skutek operacji znaczniejsze osłabienie korzenia podczas odgryzania lub żucia pod względem statycznym, gdyż ząb znajduje główne oparcie w dolnej części zębodołu, odpowiadającej dłuższemu ramieniu dźwigni.

Najgorzej pod względem statycznym zachowywać się będą te zęby, które utraciły wskutek sprawy zapalnej częściowo przednią blaszkę kostną, stanowiącą główne podparcie przeciw bocznie działającym urazom. Jeżeli proces ropny zniszczył zupełnie przednią blaszkę jeszcze przed przystąpieniem do przygotowawczego leczenia zęba, rokowanie danego zęba pod względem funkcji jest niepomysłne i tylko w wyjątkowych przypadkach — o ile dane zęby są związane z innymi zębami, można je poddać resekcji.

Pierwsze dwa dni po operacji siła zgryzu jest słabsza w porównaniu ze sąsiednimi, ale już dnia trzeciego wzmacnia się i już po trzech tygodniach zbliża się do pełnej funkcji, o ile nie nastąpiły powikłania w wygojeniu się rany. Ząb operowany może nie tylko pełnić funkcję za siebie samego ale może być nawet użyty za filarek pod mostek i pełnić funkcje za brakujące sąsiednie zęby. Nie wolno go jednak przeciążać albo obciążać fałszywie, jak n. p. widzi się w źle skonstruowanych mostkach z dowieszka boczną albo ze źle rozłożoną siłą zgryzu. Przy długich przęsłach mostkowych należy ząb operowany złączyć jeszcze z zębem sąsiednim i w dwóch zębach granicznych z jednej strony mostka szukać dla niego oparcia. — Przy rozważaniach statycznych należy na ząb resekowany liczyć $\frac{2}{3}$ normalnej wytrzymałości.

Jeżeli ma się na ząb resekowany osadzić ząb świeżowy lub mostek należy robotę techniczną przygo-

tować poprzednio, bardzo dokładnie ją zartykułować i osadzić ją podczas operacji.

Jak widzimy na powodzenie zabiegu operacyjnego składa się cały szereg drobniejszych rękoczynów, które powinny być zastosowane w chwili odpowiedniej a oparte są na rozważaniach teoretycznych. Dlatego też poświęciłem stosunkowo wiele miejsca zasadniczym zagadnieniom, które tworzą podstawę racjonalnego postępowania.

Współdział autor przy opracowaniu szczegółów operacji odcięcia szczytu korzenia.

Ponieważ sam brałem udział w opracowaniu pewnych szczegółów, dotyczących tejże operacji podaję poniżej krótkie zestawienia sposobów, przemień używanych, uzupełniając tem samym zarys historyczny.

Przezemnie zostały zastosowane — jeśli się nie mylę — poraz pierwszy następujące metody, tworzące szczegóły zabiegu:

1) Półhermetyczna wkładka, albo t. zw. wentylowe zamknięcie podczas odkażania (zastosowane poraz pierwszy w r. 1906, ogłoszone w r. 1917).

2) Wypełnienie hermetyczne parafiną przewodów górnych zębów w położeniu poziomem chorego; szczyt korzenia leży niżej, aniżeli wejście do przewodu: stosuję tę technikę od r. 1912.

3) Wypełnienie przewodu z góry podczas operacji; używany na-przód cement zamieniłem później na amalgam. (Od r. 1908, ogłoszone 1911)¹⁾.

4) Wypełnienie z góry stosuje się wówczas, jeżeli kanału przed operacją osuszyć nie można. Dopiero po operacji kontynuuje się wyjaławianie przewodów środkami antyseptycznymi z zamknięciem hermetycznym.

5) Jeżeli zakładka błony śluzowej przedsionka (fornix vestibuli) przebiega nisko, nie należy prowadzić cięcia łukowego ale poziome. (Od r. 1907 ogł. 1911).

6) Szczególny sposób wycięcia okna w kości szczękowej zapomocą wiertła i dłuta (od r. 1906); metoda ta została częściowo zmodyfikowana przez używanie piłki okrężnej o średnicy 4 mm celem uniknięcia nieprzyjemnych dla chorego uderzeń młotkiem (1927).

7) Nawiercenie szczytu korzenia wiertłem różyczkowym przed odcięciem go wiertłem szczelinowym (od r. 1907, ogłoszone w r. 1911).

8) Kontrola wypełnienia szczytu zapomocą laryngologicznego lusterka (od r. 1910, ogł. 1912). Tabl. 4.

¹⁾ Rosenstein (1922) wspomina, że już w r. 1910 wypełniał Hübner podczas operacji wykonanej przez Partscha ząb resekowany od szczytu amalgamem.

9) Diagnostyka obrazu roentgenologicznego wypełnionego szczytu. (ogł. 1912). Tabl. 4.

10) Pierwszy opis wygojenia się ran poresekcyjnych na podstawie obrazu roentgenowskiego (ogł. w r. 1911. Pokaz w Krakowie na Zjeździe).

11) Użycie zębów jako filarków pod mostki. (Od r. 1907, ogł. 1911).

12) Ustalenie tezy: zębów sięgających w torbiele nie potrzeba resekować aż do granicy torbieli, jeżeli wysoko sterczą do worka torbielowego; wystarczy usunąć szczyt jak daleko sięgają ramifikacje miazgi (ogłoszono 1911).

13) Kontrola funkcji resekowanych zębów zapomocą zgryzomierza Habera (1927).

14) Rychłe wprowadzenie normalnej cyrkulacji po operacji przez termoterapię świetlną (1923).

15) W razie opóźnienia się gojenia rany, stosowanie roentgenoterapii (1923).

Kontrola przypadków drogą ankiety.

Na podstawie istniejących zapisków i odpowiedniego rozliczenia na cały okres 23 lat, przyjąć mogę, że w czasie tym resekowałem 970—1020 zębów.

Ciekawem jest stwierdzenie faktu, że jakkolwiek stosuje się od przeszło lat trzydziestu resekację korzeni, to brak jeszcze ściślejszych danych opartych na ankietach i badaniach kontrolnych co do trwałości wyników tegoż zabiegu operacyjnego. Opublikowane wyniki dotyczą przeważnie tylko kilkunastu przypadków, lub też polegają tylko na ocenie indywidualnej. Tak ocenia Williger stosunek dodatnich wyników na 80—90%. Moorehead (1927) ocenia niepowodzenie na 5% na podstawie około 1.000 operowanych przypadków, nie podaje jednak iletniem dysponuje doświadczeniem.

Co się tyczy dłuższego czasu kontroli po operacji znajdujemy w piśmiennictwie wymienione tylko sporadyczne przypadki. Tak n. p. stwierdził Rosenstein wynik dodatni u chorego operowanego przez Partscha po 17 latach, Hartzell po 15 latach, Neumann po $4\frac{1}{2}$ latach, Proell opisuje szereg ujemnych wyników po 13-letnim doświadczeniu.

Chcąc przeprowadzić kontrolę odnoszącą się do wyników operacji zrobiłem ankietę rozsyłając do operowanych pacjentów cyrkularze zawierające kilkanaście pytań odnoszących się do zachowania funkcji zębów operowanych i ich dalszych losów.

W ten sposób poddałem kontroli przypadki z praktyki prywatnej sięgające wstecz do 17, a nawet 21 lat, ponieważ wiele chorych operowanych widziałem w międzyczasie kilkakrotnie a i sprawa adresów tychże chorych na mniejsze napotykała trudności.

Materiał kliniczny zaś ograniczyłem tylko do ostatnich 4 lat ze względu na charakter wędrowny chorych i niestałość adresów.

Na podstawie notatek zestawilem statystykę:

a) z materiału klinicznego 185 przypadków operowanych górnych + 18 dolnych = **203**, w ostatnich 4 latach;

b) z praktyki prywatnej 164 przypadków górnych + 32 dolnych = **196** operowanych w ostatnich 16 latach;

c) z praktyki prywatnej 45 przypadków górnych + 9 dolnych = **54** operowanych w latach 1901—1911, t. j. **21** do **17** lat wstecz.

Przypadki te dotyczą (tabl. 6 cyfrowa i ryc. 1):

Tablica 6.

Zębów górnych operowanych	razem	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	
a) Klin. przyp. 1924—28	185	80	47	28	20	10	
b) prywat. przyp. 1912—28	164	62	50	26	19	7	
c) „ „ 1908—1911	45	16	12	5	10	2	
<i>Razem górnych zębów</i>	394	158	109	59	49	19	
Na 100 górnych zębów	100	40,1	27,6	15,0	12,4	4,9	<i>Ryc 1.</i>
Zębów dolnych operowanych		1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6
a) klin. przyp. 1924—28	18	4	6	6	1	1	—
b) prywat. cho. ych 1912—28	32	14	6	7	3	1	1
c) prywatnych 1908—1911	9	4	1	2	1	1	—
<i>Razem</i>	59	22	13	15	5	3	1
Na 100 dolnych zębów	100	37,2	22,0	25,4	9,3	4,5	1,6
<i>Górnych i dolnych</i>	<i>razem</i>	453	180	122	74	54	1
Na 100 górn. i dol. zębów	100	39,7	27,0	16,3	12,0	4,9	0,2

Rozdzielono osobno chorych klinicznych od chorych prywatnych, gdyż leczenie wstępne korzeni, które ma decydujący wpływ na wynik operacji jak i przeważnie liczba wypełnień korzeni danych zębów robiona była w Zakładzie przez uczących się specjalistów, podczas gdy prywatni chorzy byli leczeni wyłącznie przezemnie.

Co do czasu, który upłynął od operacji:

grupa **a** obejmuje przypadki do 4 lat wstecz;

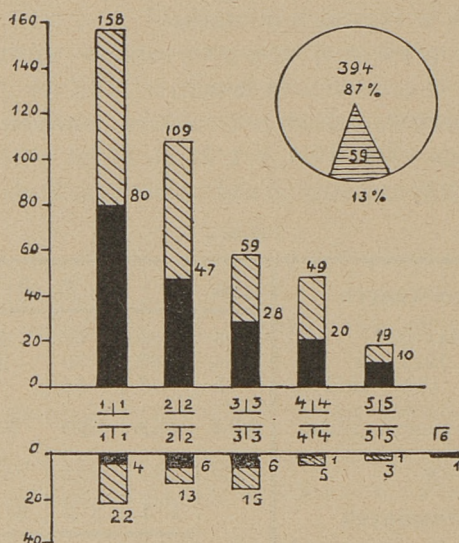
grupa **b** obejmuje przypadki do 16 lat wstecz;

grupa **c** obejmuje przypadki operowane przed 18—20 laty.

Na 250 przypadków z praktyki prywatnej objętych ankietą, a operowanych podczas 20 lat zostało skontrolowanych 42, czyli 16,8%, w tem 1 przypadek z przed 20 lat, 2 przypadki z przed 18 lat i 5 przypadków z przed 16 lat oraz 4 przypadki z przed 14 lat. Z 203 przypadków klinicznych otrzymałem 56 odpowiedzi t. j. 28,6%.

Kontrola więc dotyczyła mniejwięcej 1/4 przypadków dokładnie zarejestrowanych¹⁾. Ryc. 2.

Materiał ten pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków.



Ryc. 1. Górny rząd przedstawia zęby górne objęte ankietą, dolny zaś zęby dolne. Pełna część słupka oznacza liczbę odpowiedzi, które na rozesłaną ankietę nadeszły. W kole oznaczony jest stosunek górnych zębów do dolnych, objętych ankietą.

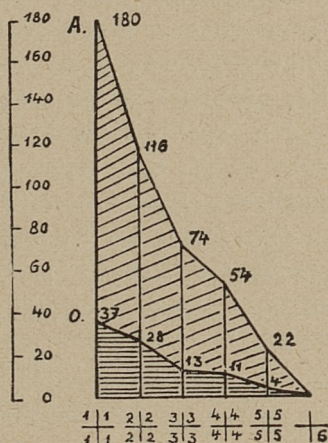
Tablica 7. Poddano kontroli:

Po latach	20	18	16	14	12	11	10	9	8	7	6	4	3	2	1	Razem
Zęby górne i dolne:																
1. sieczne						3	1	2	2	3	2	1		2		16
2. sieczne				1	1	2				1	1	1		1	1	9
Kły	1	1	3	2				1						1		9
1. przedtr.			1			1	1			1				1		5
2. przedtr.		1	1	1												3
Razem	1	2	5	4	1	6	2	3	2	5	3	2	2	3	1	42

Kontrola przypadków z praktyki prywatnej jest dlatego cenna, że obejmuje ona stosunkowo bardzo wielki okres czasu wstecz; z zębów resekowanych było około 20% operowanych w stanie ostrym u chorych, których

¹⁾ Po wykończeniu pracy nadeszło jeszcze 7 odpowiedzi wyłącznie z wynikiem dodatnim.

ciepłota wynosiła 38° — 40°. Około 70% przypadków obejmuje chorych przyjezdnych, którzy pozostawali w leczeniu od 4—7 dni, pomimo że wielka ich liczba przybyła z objawami ostreimi i nie było czasu na odczekanie stanu przewlekłego. Operowało się więc w warunkach niekorzystnych. U około 30% nie było można wypełnić korzeni przed operacją bądź to z powodu objawów ostrych, bądź też z powodu wysięku z torbieli. U tychże chorych po 1 wzgl. 2 wkładkach antyseptycznych, półhermetycznych przystąpiono do zabiegu operacyjnego i wypełniono z góry otwór szczytowy amalgamem i dopiero wypełniono przewód parafiną po resekcji korzenia najczęściej na 2-gim posiedzeniu opatrunkowym.



Ryc. 2.

Ryc. 2. Kontrola przypadków operowanych. A. Przypadki objęte ankietą. B. Ilość przypadków, na które nadeszły odpowiedzi na ankietę. (Odcinek dolny kreskowany poziomo).

Około 30% zębów operowanych tejże grupy były filarkami mostków. Na 100 zębów będących filarkami mostka u 30 zdjęłem mostek, u siedmiesięciu pozostawiłem go bądź dlatego, że zdjęcie całego mostka było niemożliwe, gdyż osadzony był na 2 lub 3 zębach ćwiekowych, lub też dlatego, że zdjęcie mostka, naprawa, wzgl. przerobienie go i osadzenie go z powrotem przenosiło możliwość finansową chorego. Dira necessitata coactus musiałem więc zęby resekować w niedogodnych warunkach, albo trepanując ząb przez koronę, albo nawet tylko odkażając ząb podczas operacji z góry—jak n. p. przy pieńkach z zębami ćwiekowymi. Wyniki przy tychże ostatnich są zazwyczaj problematyczne, ścina się bowiem ząb nisko, ile możliwości blisko końca ćwieka, rozszerza się szczyt z góry aż do ćwieka, odkaża się doraźnie albo kamfenolem albo sposobem Howe'a i wypełnia po kilku minutach z góry amalgamem.

Także i te zęby, u których wykonuje się trepanację przez przewierconą koronę trudno jest wyjałowić gruntownie. Często się bowiem stwierdza, że już korona sama zęba pokryta koroną złotą jest przeważnie zupełnie przegniła, dostęp do kanałów jest często bardzo trudny, jak n. p. przy 1. i 2. dwuguzkowcu górnym. U jakich 5% spotkałem się jeszcze z perforacją boczną zęba, tak że prócz resekcji należało się zająć wyleczeniem trepanacji bocznej korzenia. Przedziurawienie boczne wypełniam zazwyczaj amalgamem.

Z powyższego przedstawienia sprawy wynika, że właśnie ta grupa często powodowała trudności niezwykle i wymagała wielkiej zręczności i uwagi podczas wstępnego leczenia. Jeżeli więc później pojawiały się w około 10% przypadków przetoki, to przeważnie z tego powodu, że warunki, w których przygotowało się zęby do resekcji były w wysokim stopniu niekorzystne i mimo wszelkich starań odkażenie przewodu nie było wystarczające. W tych zaś przypadkach, w których odkażenie przewodu nie napotykało na trudności, wyniki wszystkich były bezwzględnie dobre. Około 8% przypadków dotyczyło chorych, mających parodontitis lub parodontosis. Są to zęby, które właściwie jak najmniej nadają się do resekcji, gdyż choroba okolicy przyzębnej stanowi przeciwwskazanie względne a niekiedy i bezwzględne. Od ropienia w okolicy szyjkowej może przyjść do zakażenia rany operacyjnej¹⁾.

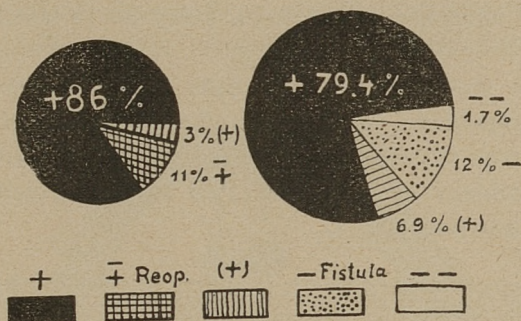
Ryc. 3. przedstawia wyniki operacyjnie graficznie, tabl. 8. zaś cyfrowo. W mniejszym kole w ryc. 3. przedstawione są wyniki przypadków z praktyki prywatnej, w większym kole przypadków klinicznych. Do tabl. 8. muszę dodać następujący komentarz:

Grupę C, w której ząb usunięto dlatego, że się złamała korona, pomimo że nie było żadnych objawów ze strony korzeni, należy uważać za dodatnią, gdyż ułamanie się korony niema nic wspólnego z wynikiem zabiegu operacyjnego. Ząb tego rodzaju mógłby być przy pewnych staraniach, w cementowaniu ćwieka do korzenia, nadal utrzymany, pełnić funkcje i być użyty nawet za filarek pod mostek.

Najstarszy przypadek, który mogłem poddać kontroli, dotyczy kolegi, który był operowany przed 20 laty i u którego poraz pierwszy wypełniałem szczyt od góry korzenia.

Na wyszczególnienie zasługuje także przypadek, który był operowany przed 18 laty. Dotyczy on 1-go przedtrzonowca, który jak stwierdzono roentgenologicznie w d. 18. IX. 1929, wykazuje zupełnie prawidłowe ubeleczkowanie i zwapnienie rany w kości; operowany przedtrzonowiec wytrzymuje obecnie obciążenie 35 kg., podczas gdy po stronie przeciwnej

¹⁾ Ażeby tego uniknąć wskazaniem jest równocześnie przeprowadzić gingiwektomję.



Ryc. 3.

Tablica 8. Wyniki kontrolne. (Ryc. 3).

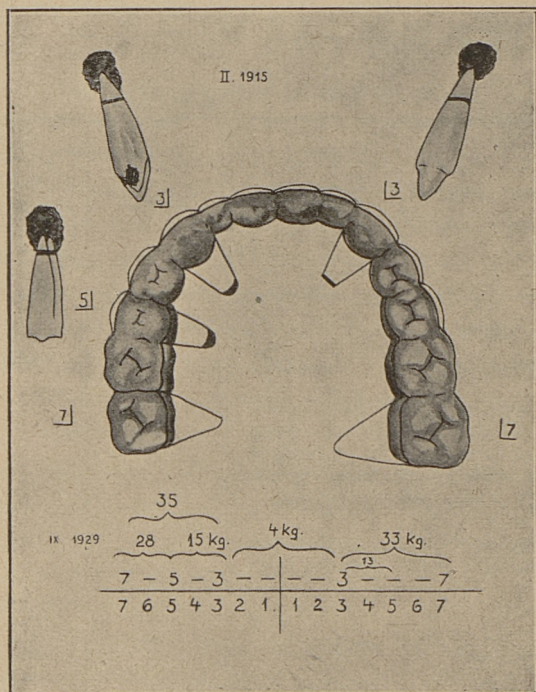
	Wynik	U ch o r y c h	
		z praktyki prywatnej okres kontrolny 2-20 lat	klinicznych okres kontrolny 2-4 lat
Wyniki dodatnie :			
A. Ząb funkcjonuje nadal	++	86%	79,4%
B. Ząb funkcjonuje; po 1-szej operacji pojawiła się po pewnym czasie przetoka; po pewnym przeleczeniu korzenia wykonano wyłęczekowanie rany operacyjnej ponownie; nastąpiło wyleczenie	+	11%	0%
C. Ząb funkcjonował dłużej aniżeli 1½ roku, ale go usunięto, gdyż korona zęba się złamała	+	3%	6,9%
		100%	86,3%
Wyniki ujemne :			
D. Ząb funkcjonuje i ma przetokę	-	0%	12%
E. Ząb usunięto po pewnym czasie, gdyż bolał lub począł się chwiać	-	0%	1,7%
		0%	13,7%

wykazuje ząb zdrowy tylko 30 kg. Ząb ten i z tego względu zastręga jeszcze na wzmiankę, że podczas operacji przed 18 laty przyszło z powodu bliskości jamy szczękowej do jej otwarcia. Pomimo tego wydarzenia wynikłego z anatomicznych warunków, nie przyszło do powikłania ze strony jamy szczękowej, pomimo że ząb wspomniany był operowany w stanie ostrym.

Z przypadków operowanych przed 14½ laty przytaczam przypadek, który dotyczył pacjentki, która miała tylko ząb 7 i 7 i korzenie zgorzeli-nowe zębów 5 3 3 z ziarninami; zęby te zostały wyleczone i reseko-

wane i osadzono mostek o 14 członach, który po 18 latach funkcjonuje doskonale. Ryc. 4.

Na 6 zębów służących za filarki, były 3 zęby resekowane. Nad 5 i 1 nie przyszło do zupełnego zwapnienia, tylko do wytworzenia tkanki bliznowatej a pomimo tego mostek pracę swą pełni doskonale, jak świadczy o tem pomiar funkcji zrobiony w dn. 19. IX. 1929 zgrzymierzem Habera. Wynik badania podany jest pod ryc. 4.

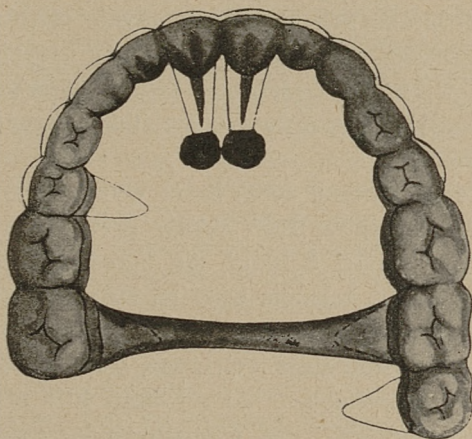


Ryc. 4.

Siła zgryzu po stronie prawej, po której mamy 2 zęby operowane jest nawet o 2 kg silniejsza; aniżeli po stronie lewej, po której stoi ząb jeden resekowany z zupełnym zwapnieniem kości w okolicy szczytowej operowanej. Po stronie prawej 3 i 5 wykazują w okolicy operowanej szczytowej tylko bliznowatą tkankę 1—1½ mm grubą. — Mostków opartych na filarkach resekowanych sporządzonych przezemnie będę miał około 60, które pełnią dotychczas funkcję należytą, wzgl. które pełniły funkcję do śmierci pacjenta.

Z większych mostków, osadzonych na zębach resekowanych opiszę jeszcze jeden o 15 członach, który osadziłem na sześciu filarkach (ryc. 5). Ze zębów służących za filarki dwa zęby sieczne wykazywały ziarniniaki i przetoki, dlatego też poddane zostały odcięciu wierzchołka korzenia. Zabieg

został wykonany przed siedmiu laty; mostek osadzony na tychże zębach funkcjonuje doskonale jeszcze obecnie, jak stwierdziłem przed dwoma miesiącami.



Ryc. 5. Mostek o 15 stanach osadzony na sześciu zębach, służących za filarki, z których 3 poddane zostały resekcji korzenia przed 7 laty w dniu osadzenia mostka.

W końcu podaję jeszcze tablicę dotyczącą wieku operowanych przypadków:

Tablica 9.

Wiek operowanych chorych (na podstawie 95 przypadków).

	Pryw.	Klin.	Razem	
Od 14—15 roku	—	1	1	od 14—15 r. 1%
„ 15—20 „	7	13	20	
„ 20—25 „	9	13	22	od 15—35 r. 78.5%
„ 25—30 „	4	11	15	
„ 30—35 „	5	13	18	
„ 35—40 „	5	2	7	od 35—45 r. 13.3%
„ 40—45 „	2	3	5	
„ 45—50 „	4	—	4	od 45—65 r. 7.5%
„ 55—60 „	—	2	2	
„ 60—65 „	1	—	1	
Razem	37	58	95	

Największy odsetek przypada na chorych od 15 — 35 roku życia (78.5%).

Poniżej 15 roku życia operowaliśmy 1%; między 35 a 65 rokiem życia 20,8%, w tem między 55 a 63 rokiem życia 3%.

O wyniku operacji decyduje w wielkiej mierze stan zdrowia i uzębienia chorego. U chorych źle odżywianych, cierpiących na złą przemianę materji lub gruźlicę, spotykamy wolniejszy przebieg gojenia się ran. W 2 przypadkach wpłynęło dodatnio 2-krotne naświetlanie Roentgenem.

Tak samo korzystnie wpływa naświetlanie promieniami Roentgena na bóle pooperacyjne.

Nie nadają się do resekcji zęby, które wykazują zmiany parodontalne i ropienie marginalne. Z około 1000 zębów przezemnie operowanych, nie ekstrakowałem więcej aniżeli 5, gdyż nie pełniły należycie swej funkcji. Zęby, które musiały zostać usunięte były te, które z góry miały wskazanie względne, t. zn. że miały marginalne objawy w okolicy przyzębnej, albo które nie mogły być dostatecznie odkazane, gdyż miały zęby ćwiekowe, a które tylko zostały wypełnione z góry. Około 10% przypadków wymaga ponownego wyłyżeczkowania i ew. ponownego leczenia korzeni, o ile zagojenie nie nastąpiło prawidłowo. Znacznie wolniejsze gojenie po resekcji następuje u osób, u których istnieje mniejsza odporność organizmu, u których wykonano operację w ostrym stanie zapalenia a nie w okresie przewlekłego stanu choroby. Wyniki resekcji są zadowalające. Operacja powinna trwać krótko (6—16 minut). Zęby nie powinny stać w fałszywej artykulacji. Jeżeli odzywają się głosy przeciwne resekcji korzeni to tylko ze strony osób, które nie opanowały doskonale techniki przygotowania przewodów i techniki operacyjnej. Zęby resekowane pełnią funkcję nietylko za siebie ale także mogą być bardziej obciążone i służyć za filarki pod mostki. Resekcja korzeni wraz z wyłyżeczkowaniem ogniska gwarantuje pewniej usunięcie ziarniniaka i ogniska wkołoszczytowego, mogącego być źródłem zakażenia ustnego, aniżeli metody zachowawcze z hermetycznym wypełnieniem korzeni lub przestrzykiwanie przetoki. Czy roentgenoterapia zdoła wyrugować resekcję korzeni, okaże przyszłość.

Prof. A. Cieszyński — Lwów. Geschichtlicher und kritischer Ueberblick auf Grund 23-jähriger Erfahrung mit der Wurzelspitzenresektion. — Behandlung gangraenöser Zähne.

ZUSAMMENFASSUNG. Die ersten Publikationen über die Wurzelspitzenresektion erschienen von französischen Autoren Péan (1872), Magitot (1879) u. Claude Martin (1881) in Amerika von Smith im Jahre 1889, welcher erwähnt, dass er die Wurzelspitzenresektion bereits im Jahre 1871 ausgeführt habe. — An der Ausarbeitung dieser Operationsmethode haben sich Autoren der verschiedenen Kulturländer beteiligt. Vor allem werden die Verdienste Partsch's hervorgehoben. — Die wichtigsten Einzelfragen, welche für den Erfolg der Wurzelspitzenre-

sektion von Wichtigkeit sind, werden eingehend und kritisch besprochen. Die Zweckmässigkeit der Operation wird begründet. Nach Möglichkeit soll im chronischen Stadium operiert werden. Wurzeln, die als Brückenpfeiler dienen und mit Stützähnen versehen sind, bieten besondere Schwierigkeiten. Grundbedingung für das Gelingen der Operation ist die Durchführung einer gründlichen Wurzelbehandlung. Der Autor führt dieselbe meist in 4 Tagen durch, die ersten 2 Einlagen werden halbhermetisch verschlossen, d. h. der Fletcherverschluss wird mit einer Sonde durchstochen (Ventil-Verschluss nach Cieszyński 1917). Taf. 1. Bei Sekretion aus dem retroapikalen Gebiete und Stützähnwurzeln wird die resezierte Wurzelspitze von der Operationswunde aus verschlossen. Der Autor führte dies bereits im J. 1908 aus; Hübner — Partsch im. J. 1910. Die Technik der Füllung der Wurzelspitze wird schematisch dargestellt. (Taf. 5). — Die exakte Wurzelfüllung kann von der resezierten Wurzelspitze aus mit einem kleinen laryngologischen Spiegel mit dem Auge kontrolliert werden (Cieszyński 1912). Die Roentgenkontrolle versagt zu diesem Zwecke (Taf. 4). Diejenigen Wurzeln, die tief in eine Zyste hineinragen, brauchen nicht bis zum Zystenboden reseziert werden, es genügt die Resektion des Apex allein. — Als Wurzelfüllungsmaterial empfiehlt der Autor Thymol-Paraffinspitzen nach Rumpel oder kontrastgebendes Wismuthparaffin nach Kneschaurek. Obere Zähne füllt man mit Paraffin bei hängendem Kopf des Patienten (Cieszyński) Taf. 1. Die Wurzel soll womöglich vor der Operation gefüllt werden; falls dieses nicht möglich ist, wird zunächst die resezierte Wurzelspitze während der Operation mit Amalgam verschlossen. Hierdurch erreicht man eine Abkürzung der Behandlung und eine gründliche Sterilisierung des Kanals. Bei der Operation ist darauf zu achten, dass der Suspensionsapparat des Zahnes möglichst geschont werde. Eine Reihe kleiner technischer Modifikationen des Autors werden in schematischer Zeichnung dargestellt (Taf. 3). — Hierauf folgt die Besprechung der Nachbehandlung und des Heilverlaufes. Die Messung der Körpertemperatur vor und während der Behandlung dient zur Abschätzung der Virulenz der Mikroorganismen und der Abwehrfähigkeit des Organismus. Diese Mehtode, die für jede chirurgische Behandlung von grosser Wichtigkeit ist, wird im allgemeinen vernachlässigt. — Von ca. 1.000 operierten Fällen wurden 493 Fälle teils durch ein Rundschreiben mit exakter Fragestellung, teils durch Nachuntersung nachkontrolliert. Es gelang bei 23% dieser Fälle die Erfolge bis auf 20 Jahre zurück festzustellen. Positiv ist das Resultat bei 89% der Fälle aus der Privatpraxis und 86.3% des klinischen Materials, bei dem die Wurzelbehandlung durch Studierende ausgeführt worden ist. Bei den missglückten Fällen kann noch durch nachträgliche Exochleation und nochmalige Wurzelfüllung Heilung erzielt werden; dadurch verbessert sich die Zahl der positiven Resultate um 11%. Die Roentgenkontrolle gibt nicht einen vollständigen Aufschluss über den Erfolg der Behandlung. Zuweilen wird die Operationswunde nur teilweise durch Spongiosa ausgefüllt, indem eine 1—1½ mm dicke, unverkalkte Kappe von Narbengewebe in der Gegend der resezierten Wurzelspitze zurückbleibt. Diese Fälle zeigen roentgenologisch einen schmalen unverkalkten Hof oberhalb der Wurzelspitze. Aber auch diese Fälle sind als positiver Erfolg zu bezeichnen, wenn die Funktion durch Kaudruckmessung sich als fast normal erweist und keinerlei klinische Reaktion festgestellt wird. Für einen Misserfolg spricht Auftreten einer Fistel, Druckempfindlichkeit in der apikalen Gegend und herabgesetzte Funktion. — Resezierte Wurzeln, die als Träger grosser Brücken verwendet worden sind, haben noch nach 14 Jahren ihre Funktion bewiesen.

Piśmiennictwo dotyczące resekcji korzenia w porządku chronologicznym.

- 1879 Magitot. Wykład w Société de chirurgie de Paris.
- 1881 Martin Claude. De la trépanation des extrémités radiculaires des dents au traitement de la périostite chronique alvéodentaire — Lyon médical 1881/19.
- 1884 Farrar: Radical and Heroic Treatment of Alveolar Abscess by Amputation of Roots of Teeth, with Description and Application of the Cantalever Crown-Dent. Cos 1884. March.
- 1886 Dunn. Alveolarabscess behandelt durch Amputation der Wurzeln. Brit. Journ. of. Dent. Nr. 338. Ref. D. M. f. Z. 1886. pag. 32.
- 1890 Rhein M. L. New-York. Amputation der Zahnwurzeln. Review 1890. Nr. 10. Ref. Oe. u. V. f. Z. 1891. p. 102.
- 1898 Lloyd Williams. Excision von Zahnwurzeln. Korr. f. Z. 1898 p. 281.
- 1899 Partsch. Ueber Wurzelresektion. D. M. f. Z. 1899. p. 348.
- 1901 Weiser. Studien und Beiträge zur Technik der Mundchirurgie, część II. Behandlung des chronischen Alveolarabscesses. Ref. D. M. f. Z. 1901. p. 316. Oe. ung. V. 1901. p. 360.
- 1903 Amoedo. Wykład na Kongresie w Madrycie.
Béal. Wykład na Kongresie w Paryżu.
Roy Maurice. — Odontologie. 1903. p. 13.
- 1904 Mayrhofer. Die Radikaloperation der Zahnfistel mit Erhaltung des Zahnes. Aerztl. Reform-Žtg. 1904. Nr. 24 i 34. Ref. D. M. f. Z. 1906. p. 282.
Partsch. Ueber chronische Periodontitis und ihre Folgezustände. Oe. Z. f. Stomat. 1904.
- 1905 Kunert. Ueber Wurzelresection. D. M. f. Z. 1905. p. 363.
Luniatschek Fr. Die Resection der Wurzelspitze (Maxillotomie). Oe. ung. V. 1905. p. 557.
Partsch. Die Aufklappung der Schleimhautbedeckung der Kiefer. D. M. f. Z. 1905.
Weiser. Meine Stellungnahme zu der Adolph Witzel'schen Methode und zur Wurzelspitzenresektion. Corr. f. Z. 1905. p. 193.
- 1906 Fischer Guido. Ueber Wurzelspitzenresektion. D. z. W. 1906. p. 334.
Fischer G. Die chirurgische Wurzelbehandlung. Maxillotomie und Wurzelresection. D. M. f. Z. 1906, p. 419 — 433.
Masur A. Zur Wurzelresektion. D. M. f. Z. 1906, p. 129.
Trauner. Wurzelspitzenresektion an unteren Mahlzähnen. Oe. ung. V. f. Z. 1906. str. 45.
- 1907 Cohn Conrad. Praktische Erfahrungen bei der Wurzelspitzenresektion. D. Z. W. 1907. p. 640.
Greve Chr. Ueber Wurzelspitzenresection. D. z. W. 1907. p. 946.
Metz. Indikationsstellung zur Wurzelresektion. D. M. f. Z. 1907. p. 182.
Witzel Prof. Erwiderung auf den Artikel des Herrn Fr. Luniatschek: „Ueber Maxillotomie“. Ref. D. z. W. 1907. p. 254.
- 1908 Partsch. Die chronische Wurzelhautentzündung. Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen. 1908. (Pierwsza monografia niemiecka).
- 1909 Roy Maurice. Le curattage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques. Verh. d. V. i z. K. 1909. Vol. I., p. 575.
Williger. Die chirurgische Behandlung der chronischen Wurzelhautentzündung. Verh. d. V. int. z Kongr. 1909. Vol. I. p. 571.

- 1911 Cieszyński A. „O odcinaniu wierzchołka korzenia“. Wykład wygłoszony w Sekcji Stomat. na Zjeździe przyrod. i Lek. pol. w Krakowie.
Hahn. Die Zahnfistel u. ihre Behandlung. Corr. f. Z. 1911. p. 324.
Lartschneider Josef. Beiträge zur Pathologie und Therapie der von den oberen seitlichen Schneidezähnen ausgehenden Kiefererkrankungen. Oe. ung. V. 1911. p. 241.
- 1912 Cieszyński A. O odcinaniu wierzchołka korzenia. Kwartalnik Stomatolog. Kraków 1912. Nr. 1 i 2. — Str. 51, ryc. 6. — Pierwsza monografia polska.
Dependorf. Die Wurzelresektion, ihre Indication u. Operationstechnik. Zahnärztl. Kalender 1912. p. 17.
Faulhaber u. Neumann. Die chirurg. Behandlung der Wurzelhautrekrankungen. Berlin 1912. — (Druga monografia niemiecka).
- 1915—1919 Knoche. Zur Wurzelresektion an Molaren. D. M. f. Z. 1915. p. 33.
Petsch. Ueber Wurzelspitzenresektion an Prämolaren und Molaren. D. M. f. Z. 1918. p. 115.
Lyons. Indication and Contraindication zur Root Resection. J. of the Nat. Dent. Ass. 1919. p. 190.
Wehla u. Die Wurzelspitzenresektion an den Molaren. Zft. f. Stom. 1921. p. 234.
- 1921—1925 Bercher. Abcès péri-apical, guérison clinique et anatomique contrôlée par la radiographie. Rev. de Stom. 1921/9 p. 507.
Burns. Retrospektywny pogląd (resectio apicalis), Dent. Cos. 43. 1921. p. 814.
Bauer u. Riha. Ein überraschender Befund bei einem wurzelreseziertem Eckzahn. Zft. f. Stom. 1922/7.
Lartschneider. Beiträge zur Technik der Wurzelspitzenresektion bei unteren Backenzähnen. Zft. f. Stom. 1922/2.
Rosenstein P. Das Schicksal der Zähne nach Wurzelspitzenresektion. V. f. Z. 1922/3. p. 324.
Lacronique. Controle radiographique de guérison d'une resection apicale. Rev. d. Stom. 1923.
Riha. Chirurgische Wurzelbehandlung. Zft. f. Stom. 1923/9. — Ref. Pol. Dent. 1924. p. 69.
Kostečka. Nezdařy při amputaci kořenového hrotu a jejich příčiny. Zubní Lékařství 1924. p. 239.
Proell. Beobachtete Misserfolge nach Wurzelspitzenresektion und ihre Lehren für die Praxis. D. M. f. Z. 1925/5.
- 1926—1929 Pichler. Zur Wurzelfüllung vom Apex her. Zft. f. Stom. 1925, p. 936. Ref. Pol. Dent. 1926. p. 96.
Weinländer. Zur Technik der Wurzelspitzenresektion Zft. f. Stom. 1925. p. 938. — Ref. Pol. Dent. 1926, p. 96.
Tögel. Zur Wurzelresektion am zweiten Molaren. Zft. f. Stom. 1927, p. 26.
Nyman. The Surg. Elimination of granulomatous Areas. Dent. Cos. 1927. p. 526.
Moorehead. Root — End Resection. Dent. Cos. 1927/5.
Lacronique. Faits clinique à propos du curettage périapical avec amputation de l'appex. Rev. de Stom. 1927. p. 200.
Beavis. Surgical Modifications for Apicoectomy. Dent. Cos. 1928/7.
Lacronique G. Le traitement chirurgical des infections apexiennes. — Indications, technique et résultats éloignés. — Revue Stom. 1929/10. p. 617—740.
Wolf, Herman. Geschichte u. Praxis der Wurzelspitzenresektion. Zft. f. Stom. 1929/2.

Oceny książek.

Prof. Dr. med. Antoni Cieszyński. „Zahnärztliche Röntgenologie und klinische Zahnheilkunde im Röntgenbild“. (Podręcznik roentgenologii dentystycznej i stomatologia kliniczna w obrazach roentgenowskich). Wydanie II. Lipsk 1926 (Ambrosius Earth), stron 448, ryc. 643, oraz 9 tablic, w tem 2 barwne. Cena 43 marek niem.

Przed trzema laty ukazało się drugie wydanie powyższego wielkiego dzieła naszego rodaka, otwierające nam dzięki niespożytej wiedzy i energii jego autora nowe horyzonty. — Od tego czasu pojawiło się w piśmiennictwie zagranicznym kilkadziesiąt krytyk, wskazujących na pierwszorzędną wartość i znaczenie tego dzieła, opracowanego przez autora, który dał podwaliny naukowe roentgenologii stomatologicznej a od r. 1906 — 1926 opracował technikę roentgenowską, tak wśród- jak i pozaustną teoretycznie aż do najdrobniejszych szczegółów w szeregu publikacji, które się ukazały w języku niemieckim, polskim, francuskim i angielskim.

W polskim piśmiennictwie doznała ta książka oceny w piśmiennictwie lekarskim, z stomatologicznych czasopism znajdujemy tylko ocenę w „Przeglądzie dentystycznym“. Ponieważ nie ukazała się jeszcze w „Polskiej Dentystyce“, pragnę tę lukę wypełnić.

Należałoby poprzestać tylko na podaniu tytułu dzieła, gdyż imię autora, twórcy roentgenologii stomatologicznej, mówi nam więcej, niż najszczególwszy opis jego dzieła.

Treść jego to nieprzebrane skarby wiedzy tej nowej gałęzi stomatologii. Początek książki stanowi fizyka roentgenowska i opis aparatów, statywów, lamp, i t. p. — Już tu spotykamy się z pierwszymi udoskonaleniami autora w dziedzinie choćby urządzeń do nastawiania i statywów — dość przypomnieć n. p. statyw Rosenthal-Cieszyńskiego, wskaźnik promienia głównego, kątomierze i przytrzymywacze do filmów. Z kolei przechodzimy do teorii rzutu i techniki zdjęć. Podane jest *p r a w o i z o m e t r j i* Cieszyńskiego oraz wzory obliczania kątów; słynne dziś już na cały świat wzory Profesora Cieszyńskiego, oparte są na wyliczeniach z układu osi szkieletowych do płaszczyzny frankfurckiej poziomej — wzory tak proste, jak wszystko, co genialne. Dalej idzie opis aparatów pomocniczych i technika zdjęć stereoskopowych, mających wielkie znaczenie przy wydobywaniu efektu plastyki roentgenogramów. Na zakończenie dział lekarski, gdzie autor wprowadza nas w świat schorzeń, obserwowanych przez nas w praktyce codziennej, jednakże w swoim oświetleniu. Niema tam ani jednego schorzenia, ani jednego zagadnienia, któreby nie było wszechstronnie „pokazane“ na mistrzowsko sporządzonych roentgenogramach i do ostatka omówione z punktu widzenia lekarskiego. Zupełnie odrębny dział stanowi roentgoterapia opracowana wszechstronnie i wyczerpująco.

Tekst napisany jest językiem żywym i łatwo zrozumiałym nawet dla średnio władającego językiem niemieckim czytelnika. Liczne rysunki w ilości 643 i 9 tablic, w tem 2 barwne, ułatwiają zrozumienie treści. Książka jest wydana, jak zresztą wszystkie książki w Niemczech, nadzwyczaj starannie na papierze pierwszorzędnym. Dzieło to z zakresu roentgenologii stomatologicznej jest najobszerniejszem, które się z tego przedmiotu wogóle ukazało w piśmiennictwie w kraju i zagranicą.

Dr. med. Szepelski (Warszawa).

E. Kiefer. Szyny utwierdzające i odciążające (Befestigungs- und Entlastungsschienen), wyd. Hermann Meusser, Berlin 1927 stron 54, rycin 57, cena 6.50 mk. niem.

Z powodu ciasnych ram tej książki nie może autor opisać wszystkich metod najczęściej w praktyce dziś używanych. W pierwszych dwóch rozdziałach omawia warunki statyczne, higieniczne i kosmetyczne, konieczne do uwzględnienia przy zakładaniu szyn, oraz wskazania, trzymając się tej zasady w odróżnieniu od innych autorów, że nie tylko stopień chwiania się zębów jest wskazaniem do tego zabiegu, ale przede wszystkim zmiana warunków artykulacji, która spowodowała rozchwianie się zębów. Omówiwszy krótko prowizoryczne wzmacnianie się zębów, przechodzi do opisywania różnych metod zakładania szyn na zębach przednich, następnie przedtrzonowcach i trzonowcach. Autor dzieli szyny na dwie grupy: 1) Szyny na zębach z zachowaniem miazgi, 2) Szyny na zębach dewitalizowanych.

W rozdziale czwartym opisuje szeroko metodę Witkowskiego i Wolfa, rozpowszechnioną bardzo dziś w Niemczech.

Na szczególną uwagę zasługuje tu opis zastosowania wiertła Weigle'go o dwóch głowach do wkręcania śrubek do zębów. — Dalej następuje krótki opis szyny, zbudowanej z półkoron furnirowych, której autor oddaje pierwszeństwo ze względów kosmetycznych przed podobną szyną zbudowaną według Hruški. — Z kolei przechodzi do dokładnego i dość szerokiego opisu szyny Mamloka, składającej się z szeregu wkładów złotych, może najciekawszego w całej książce. W dalszych częściach następują opisy zakładania szyn na przedtrzonowcach i trzonowcach, zbudowanych bądźto z wkładów, bądź też ze zmodyfikowanych półkoron Carmichaela lub furnirowych. Ostatnie rozdziały poświęcone są opisowi szyn dla większej ilości zębów, składających się przeważnie z 2 mostków i szyny łączącej je, oraz szyn, połączonych z dostawkami.

Dziełko to mimo szczupłych ram, bogate jest w treść dzięki licznym i dobrym rycinom, które dostatecznie uzupełniają niektóre krótkie opisy. Omawiając metody dziś najbardziej rozpowszechnione, wystarczające przeważnie w zwykłej codziennej praktyce książka ta oddać może wielkie przysługi i dlatego godna jest polecenia.

Kwiatkowski (Lwów).

Hermann Kirsten. Die Jacketkrone. (Korona Jacket'a) Berlin 1929. nakładem Hermann Meussera, 63 stron, 125 rycin, cena 12 mk. niem.

Mała, (63 stron) ale doskonale ułożona książka, przeznaczona w pierwszym rzędzie dla praktyka. Bez balastu teoretycznego podaje skrupulatnie przebieg preparacji zęba u pacjenta, jakoteż wykonanie techniczne w laboratorium. Przedstawienie przedmiotu jasne, poparte znacznym doświadczeniem praktycznym autora. Wielka ilość udatnych rycin (125) umożliwia nawet początkującemu lekarzowi wykonanie korony Jacket'a. Wprowadzenie licówki (Schröder — Wienand), celem ułatwienia wykonania porcelanowej korony przyczyni się bezwzględnie do większego rozpowszechnienia tej idealnej pod względem kosmetycznym korony. Wyciąg literatury obejmuje zaledwie 5 autorów. Wydanie, — jak zwykle u Meussera — doskonałe.

Atlas (Lwów).

S. Neubaur. Eldentog-Press-Porzellan. Eerlin 1928, nakładem Hermann Meussera. stron 37, rycin 27. cena 3. mk. niem.

Fabryka Kunstzahn G. m. b. H. Wiesbaden, wyprodukowała masę porcelanową do lania, Eldentog, chcąc w ten sposób uprościć dość skomplikowany i kosztowny proceder przy wypalaniu wypełnień i koron porcelanowych. Pomysł bardzo dobry, o ile rezultat choć w przybliżeniu dorówna jakości wypełnień porcelanowych. Bliższe dane o Eldentogu podane są w Polskiej Dentystyce 1929 Nr. 1. str. 43. — Broszura Neubaury'a podaje dość szczegółowo sposób pracy przy użyciu Eldentogu, podkreśla łatwość wykonania, zwłaszcza przy użyciu ręcznego aparatu do lania, podanego przez autora i wykazuje błędy techniczne, mogące łatwo zdyskredytować najlepszą nawet metodę. Dla każdego dentysty, interesującego się Eldentogiem jest praca Neubaury'a poważną pomocą w osiągnięciu korzystnych rezultatów. Zreprodukowane modele autora nie stoją na wysokości.

Atlas (Lwów).

Max Lewin. Die Jacketkrone (Korona Jacket'a). Berlin 1929, nakładem Hermann Meussera, 106 stron, 104 rycin, cena 14.50 mk. niem. 4. wydanie.

Praca znanego popularyzatora korony Jacket'a w Niemczech, okazała się w ciągu 5-ciu lat w czwartym wydaniu. Świadczy to najdobitniej o coraz bardziej wzrastającym zainteresowaniu pracami ceramicznymi w dentystyce. Omówienie dokładniejsze wydaje się wobec ogólnego rozpowszechnienia książki Lewina, zbyteczne. W czwartym wydaniu dodane zostały dwa rozdziały: „O zastosowaniu ceramiki w ortodoncji i o umocnieniu rozchwianych zębów porcelanowymi koronami“. Ponadto ilość rycin została powiększona. Wydanie równie staranne jak poprzednie.

Atlas (Lwów).

Weikart. Praktikum der zahnärztlichen Materialkunde nebst Anleitung zur chemischen Analyse. (Praktyczne wiadomości z zakresu materiałów używanych w dentystyce wraz z wstępem do analizy chemicznej). Nakładem Hermann Meussera, Berlin 1929, 2-gie wydanie, cena 4,50 m. n.

Niniejsza broszura zaznajamia czytelnika z pochodzeniem, składem i własnościami materiałów, używanych w technice dentystycznej a więc mas wyciskowych jak gips, masy plastyczne, wosk, kauczuk, dalej z własnościami materiałów używanych do wypełnień zębów jak cementy, amalgamy, metale szlachetne i nieszlachetne, i środków używanych do pielęgnowania zębów i jamy ustnej. Broszura nie przekracza zakresu potrzebnego praktykującemu lekarzowi-dentyście. Uzupełnia ją wstęp do analizy chemicznej jakościowej wraz z ogólnymi prawidłami pracy laboratoryjnej. Całość napisana jasno i przejrzysto i jak wynika z przedmowy celem jej jest dać wgląd w zachowanie się rozmaitych materiałów, z punktu zastosowania ich w stomatologii.

Bardaszówna (Lwów).

Haber (Berlin). *Die Zahnwurzel als Stützpunkt der Prothese. (Korzeń zębowy, jako filar dostawek. Przedstawienie obrazowe praktycznych wskazówek i kwestyj aktualnych z zakresu dentystryki zachowawczej, chirurgicznej, technicznej i odontoplastycznej 1926)*. Nakładem własnym autora: Dr. Haber. Berlin. W. 62. Keithsr. 14.

Praca omawiana składa się z dwóch głównych części: z tekstu i z atlasu, przyczem trzeba wyznać, że połączenie jednego z drugim jest bardzo udatne i że tekst objaśniający i obrazy atlasu, tekstem objaśnione, doskonale się uzupełniają. Praca sama powstała z chęci podania czytelnikowi doświadczeń swych zebranych zarówno w praktyce prywatnej jak i w czasie wojennej służby wojskowej. A pozatem z powodu spostrzeżenia, że podręczniki, które się ukazały w ostatnich czasach, zbyt mało uwzględniają defekty korzeni. Zadaniem autora było przedstawienie sposobów leczenia rozmaitych wad kształtu korzenia w piśmie i w obrazie możliwie krótko i systematycznie. Udało się to przez przyłączenie atlasu do tekstu w ten sposób, że może być rozkładany, przez co umożliwiające jest równoczesne oglądanie rycin bez niepotrzebnego przewracania tekstu. Każda tablica atlasu stanowi również całość dla siebie nawet bez pierwszej części tekstowej. Układ pracy jest następujący: Ocena kliniczna i leczenie mechaniczne wadliwych kształtem korzeni dla przysposobienia ich pod korony, złamania, przedziurawienia, ubytki resorpcyjne, jak ubytki próchnicze, ubytki brzeżne, ubytki środkowe, technika według Müllera, Preiswerka, Peeso. Technika zapomocą wypełniania i technika zapomocą odlewania. Wewnętrzne ubytki kształtu korzeni, podział ubytków kształtu korzeni, stan stwierdzalny klinicznie, ocena, roentgenologiczne i praktyczne wykonanie metod leczenia, a mianowicie metody leczenia złamań w odcinku szczytowym, w środku korzenia, a mianowicie sposobem technicznym i chirurgicznym, sposobem odontoplastycznym w odcinku szyjkowym. Obszernie omówiony jest sposób użytkowania poprawionych ubytków korzeniowych dla koron i zębów świeżowych, tudzież dla dostawek stałych oraz dla dostawek do zdejmowania, jako filarów dla stałych mostków, jako uzupełnienie korzeni do przyśrubowania, jako filarów do przyśrubowania dla dostawek opartych, jako stałych filarów dla mostków na śrubkach i sprężynach. Następują opisy złamań podłużnych ubytków skombinowanych, niepowodzeń i ich przyczyn. Grupę następną stanowią przedziurawienia urazowe przedstawione zarówno schematycznie, jak i w obrazie roentgenowskim; leczenie ich omówione jest osobno w trzeciej części wierzchołkowej i w trzeciej części środkowej odontoplastycznie i chirurgicznie zarówno w zębach przednich, jak i w zębach trzonowych, u tych ostatnich w miejscu rozwidlenia korzeni jak i w środku, przyczem przy rozwidleniu polecony jest sposób chirurgiczny, a przy środku sposób odontoplastyczny. Omówione jest też leczenie chirurgiczne i wyzyskanie techniczne pojedynczych korzeni na dużych i małych trzonowcach. Grupę ostatnią stanowią sposoby lecznicze przedziurawień resorpcyjnych, przyczem przedstawione są dokładnie przykłady nieprawidłowych otworów korzeniowych zależnie od wzrostu fizjologicznego i od oceny roentgenologicznej ich zdatności do leczenia mechanicznego, tudzież przykłady przedziurawień resorpcyjnych niezależnie od wzrostu fizjologicznego a pozostających w zależności od chemicznych i dynamicznych przyczyn. Wreszcie nieprawidłowe otwory ko-

rzeniowe zębów zależne od wzrostu fizjologicznego. Zakończenie stanowi schematyczne przedstawienie defektów korzeniowych i ich ugrupowanie systematyczne. Bardzo obszerne zestawienie piśmiennictwa obejmuje piśmiennictwo dotyczące złamań, przedziurawień, techniki roentgenologicznej, chirurgii, protetyki, resorpcji, metaplazji miazgi, idiopatycznego (niezapalnego) bujania ozębnej, zębów zatrzymanych, odontoplastyki.

Całość pracy przedstawia się nader dodatnio. Wprawdzie w świetle nowszych poglądów o zakażeniu ustnym i o ogniskach zakaźnych w obrębie jamy ustnej zwłaszcza u wierzchołków korzeniowych, niektóre poglądy autora zdają się wyzywać dyskusję co do preponderancji chęci zabiegów konserwatywno-leczniczych celem utrzymania danego korzenia bez względu na stan jego w odniesieniu bakterjologicznym, to jednak całe dzieło stanowi wzorowy przykład pracowitej monografii, pisanej potoczyscie, przejrzyscie, z właściwą autorowi swadą, przyczem połączenie tekstu z uzupełniającymi przedstawieniami atlasu jest doskonałe, i w wielu miejscach nie ustępuje wzorowemu pod tym względem atlasowi Diecka. Szczególny nacisk kładzie autor na swój ulubiony temat a mianowicie na mierzenie ciśnienia zgryzowego, do czego poleca swój zgryzomierz (Kaudruckmesser). Haber zajmował się ze szczególnem zamiłowaniem kwestją pomiarów ucisku zgryzowego i skonstruował do tego celu trzy modele zgryzomierzy, przyczem pozostał przy ostatnim najbardziej udoskonalonym modelu, który uważa za model definitywny. Zgryzomierz ten uzupełnia i poniekąd zastępuje nawet zdaniem jego twórcy obraz roentgenowski przy djałgnosyce parodontozy, umożliwiając ocenę stopnia ochwiania zębów i dokładniejszą djałgnosykę różniczkową schorzeń ozębnej, tudzież ognisk chorobowych jak n. p. resorpcji i zniszczenia korzeni z powodu zatrzymanych zębów. Byłoby rzeczą wskazaną wypróbowanie zgryzomierza H a b e r a na większym materiale klinicznym celem sprawdzenia zapodań autora co do jego użyteczności tudzież zdań innych autorów, z których jedni przychylają się do entuzjastycznych poglądów H a b e r a na użyteczność zgryzomierza, podczas gdy inni są pod tym względem dość krytycznie usposobieni. W każdym razie jest praca omówiona bardzo pouczająca i ze wszech miar zasługuje na przeczytanie.

Allerhand (Lwów).

Od Redakcji. Ze względów technicznych nastąpiła przerwa w druku pracy oryginalnej Prof. C i e s z y ń s k i e g o: „O zakażeniu ropnym i ropowicach“. Dalszy ciąg pracy ukaże się w najbliższym numerze „Polskiej Dentystyki“.

Zjazdy naukowe.

Sprawozdanie z IV. Zjazdu Lekarzy-Dentystów niemieckich odbytego w Kolonji w dniach od 1—7 września 1929 r.¹⁾

Centralny Związek Lekarzy-Dentystów Niemieckich (Zentralverein Deutscher Zahnärzte), do którego należy wiele zrzeszeń lekarzy-dentystów w Niemczech, jakoteż indywidualnie wiele lekarzy-dentystów z zagranicy, urządza corocznie zjazdy naukowe w coraz to innym mieście niemieckim, W ubiegłym roku odbył się 65-ty zjazd w Dreźnie. Co drugi rok urządza Zentralverein (obecny przewodniczący Prof. Euler) większy zjazd wspólnie z również wielkiem zrzeszeniem: Państwowym Związkiem zawodowym Lekarzy-Dentystów Niemieckich (Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands, obecny przewodniczący Dr. Linnert) pod nazwą: Zahnärzte-Tag, który jako IV. z rzędu odbył się we wrześniu 1929 r. w Kolonji. W tem mieście odbył się ten zjazd głównie dlatego, aby w ten sposób uczcić 50-letni jubileusz Towarzystwa Lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji, którego obecny prezes Prof. Zilkens, kierownik kliniki dentystycznej szkolnej w Kolonji, stał na czele komitetu zjazdowego.

Organizacja zjazdu, część towarzyska, a w wielkiej mierze i naukowa były doskonałe. W rękę kierownika biura prasowego zjazdu znajdowały się streszczenia wykładów i referatów, zanim jeszcze były wygłaszane; w ten sposób ułatwiono zadanie prasie codziennej i naukowej — a cel był osiągnięty.

W czasie zjazdu obradowały nietylko zarządy wymienionych zrzeszeń, ale także zrzeszenie docentów dentystyki, następnie „Arpa“ (Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung) nad aktualnemi zagadnieniami etjologicznemi paradentozji i nad jej leczeniem w wojsku, związek lekarzy-dentystów urzędowych (Reichsunterverband beamteter Zahnärzte) nad sprawami naukowemi i zawodowemi w ich zakresie działania, ponadto pruska Izba lekarzy-dent. i zjednoczenie wszystkich lekarzy-dentystów niemieckich.

Z Holandji, Austrii i Czechosłowacji była pokaźniejsza ilość kolegów. Z Polski było tylko 4, (z powodu trudności paszportowych). Z Ameryki Anglii i Włoch było też niewielu uczestników. Ogółem było około 1300 lekarzy-dentystów. Zjazd odbywał się w ogromnych, przepięknych zabudowaniach wystawy; potrójna ilość uczestników mogłaby się tam z łatwością wygodnie pomieścić. W tym samym budynku była bardzo ładna wystawa dentystyczna i wielka hala na demonstracje techniczno-dentystyczne.

Na wystawie było bardzo wiele fabrykatów niemieckiego przemysłu farmaceutycznego i urządzeń wewnętrznych dentystycznych. Na szczególne wyróżnienie zasługuje wystawa mufaży najrozmaitszych chorób jamy ustnej kliniki dermatologicznej Prof. Zinssera i Prof. dentystyki Zilkensa. Prof. Zilkens oprowadzał osobiście po wystawie w dniu jej otwarcia, a pod koniec kongresu objaśniał i różniczkował rozpoznanie chorób jamy ustnej na podstawie wystawionych mufaży. Przedstawiciele

¹⁾ Wygłoszone na zebraniu naukowem Sekcji stomatologicznej lekarzy Kasy Chorych m. Lwowa dnia 17. XI. 1929.

firm rozdzielali hojnie próbki swoich fabrykatów, wzgl. broszury i fotografie, dotyczące ich wyrobów.

Przed wejściem do sali obrad zwracały ogólną uwagę dwa auta, każde z kompletnem komfortowem urządzeniem szkolnej przychodni dentystycznej.

Część naukowa trwała — ściśle biorąc — tylko 3 dni, resztę czasu poświęcono uroczystościom otwarcia i jubileuszowi towarzystwa lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji, zwiedzeniu zakładów fabrycznych I. G. Farbenindustrie (Bayer, Meister Lucius, Agfa) w Leverkusen, wycieczce po Renie, walnemu zebraniu centralnego związku lekarzy-dentystów i państwowego Związku zawodowego lekarzy-dentystów niemieckich.

Na posiedzeniu wspomnianego ostatnio związku była bardzo ożywiona, miejscami burzliwa dyskusja na temat: „**Nauczania i przeludnienia w zawodzie dentystycznym**“. Jeden ze studentów żądał w imieniu swego zrzeszenia wprowadzenia numerus clausus, wobec tego, że obecnie studjuje 4.600 osób dentystykę.

Najważniejsze rezolucje powzięte na tem zebraniu dadzą się streścić w tem, że w programie nauki dentystyki należy przeprowadzić gruntowną reformę w kierunku lekarskiego i praktycznego pogłębienia tego studjum przez rozszerzenie czasu nauczania (Euler żądał 9 półroczy), wprowadzenie ortodoncji, higieny społecznej, i socjalnej do programu nauczania.

Zasadniczo wypowiedział się związek przeciw numerus clausus, wychodząc z założenia, że należy dać społeczeństwu możliwość korzystania z kwalifikowanych sił lekarsko-dentystycznych, ale tymczasowo należy ograniczyć liczbę słuchaczy obcych narodowości, dopóki wszyscy niemieccy słuchacze nie zostaną przyjęci, i ogólnie wyraził życzenie, że nie należy dopuszczać większej liczby słuchaczy, aniżeli jest faktycznych miejsc do pracy.

Serję wykładów i referatów otworzył Axhausen (Berlin) omawiając: „**Plastyczne operacje w jamie ustnej**“. Referentowi chodzi o zamknięcie komunikacji między jamą szczękową a jamą ustną. Operował on w ostatnim roku 24 pacjentów i uzyskał w 23 wypadkach zupełnie dobry wynik. Axhausen wycina płat śluzówki policzkowej, nakrywa nią otwór, zakładając kilka szwów. Przy większych otworach zakłada przy operacji opatrunek celluloidowy na 8—10 dni a bardzo rzadko — o ile potrzeba — prowadzi przez kość srebrny drut. Pacjenci sami skłonili go do przeprowadzenia tych operacji, gdyż leczenie zatyczką jest zbyt powolne i niepewne. W dyskusji zwrócił uwagę Peter z Wiednia na metodę Pichlera, który przy operacjach większych n. p. sarkoma wszczepia kość w miejsce wyciętych części kostnych.

Christiani (Hanower) mówił: „**O usunięciu głęboko złamanych korzeni wedle Hoelkera**“ przy pomocy kilku narzędzi t. zw. Radex, które w specjalnych wypadkach mogą oddać dobre usługi.

Celem instrumentarium Radex jest zapobieganie stosowania dłuta i niszczenia substancyj kostnych i części miękkich wokoło głęboko złamanego korzenia w czasie usuwania tegoż. Sposób postępowania polega na tem, że miejscem zaczepienia odłamku korzenia nie jest obwód jego, wzgl.

zębodołu, lecz tylko centrum odłamka. Specjalnem wiertłem różyczkowym wywierca się otwór w kanale korzeniowym odłamka, następnie wśrubowuje się wiertło, wyglądające jak korkociąg, i przy pomocy specjalnej dźwigni wyważa się, bez niszczenia okolicznych tkanek, odłamek korzenia z zębodołu. Metoda na pozór bardzo prosta i ujmująca, w praktyce jednak — sędzę — nie jest taką w trudnych przypadkach, gdzie nastąpiło zgrubienie okolicy szczytowej lub mocne zakrzywienie szczytu korzenia; wtedy bowiem łatwo można odłamać korzeń nawet przy należytej technice. Instrumentarium to nie odda nam prawdopodobnie spodziewanej usługi.

W dyskusji zabierali głos: Loos, Peter i Hofer, którzy wykazywali bezcelowość tych instrumentów. Również nie polecali używania dłut; w szczególności radził Hofer usuwać tę część gąbczastą szczęki, gdzie tkwi odłamek korzenia zapomocą wiertła różyczkowego, a następnie wyważyć korzeń znanymi dźwigniami.

Euler (Wrocław) mówił: „**O patologii przegrody międzykorzeniowej**“. Na podstawie badania klinicznego i roentgenologicznego dochodzi Euler do wniosku, że przegroda międzykorzeniowa dolnych zębów trzonowych jest rzadziej patologicznie zmieniona, aniżeli górnych zębów. Można to wyrazić cyfrowo w stosunku jak 1:7. Podczas gdy sprawa chorobowa górnych trzonowców przebiega powierzchownie, przewlekłe i lekko, to u dolnych trzonowców jest ta sprawa chorobowa — podostra, centralna, często z wytworzeniem się ropnia i z wybitnem podmiotowem uczuciem ciężkiej choroby, przyczem zęby są mniej rozchwiane, aniżeli górne. Jeżeli oba korzenie dolnego zęba wykazują ziarniniaki, to przegroda międzykorzeniowa jest prawie zawsze patologicznie zmieniona, a ząb jest stracony; u górnych trzonowców natomiast nie wpływa sprawa okołoszczytowa tak bardzo na przegrodę międzyzębową, a ząb mimo ziarniniaków można jeszcze utrzymać.

Jirka (Saaz) mówił: „**O technice stosowania gazu rozwesalającego z domieszką tlenu**“ nowym typem aparatu. Mała maska gumowa jest tylko na nosie. Pacjenci są po zabiegu natychmiast zdolni do pracy. Przy lekkiej narkozie widzą wszystko, czują dotykanie się instrumentów, ale nie odczuwają bólu. W sali przeznaczonej na demonstrację demonstrował Jirka działanie gazu tym aparatem na kolegach. Aparat kosztuje około 3.000 złotych.

W dyskusji zajęli prawie wszyscy mowcy stanowisko negatywne, utrzymując, że stosowanie nowokainy i chloretylu jest zupełnie wystarczające, a szkoda tyle pieniędzy wydawać na aparat. Prinz oświadczył, że obecnie stosują w Ameryce więcej znieczuleń, aniżeli gazu rozwesalającego.

Abraham (Berlin) doszedł przy **badaniach cementów** do wniosku, że siła przyczepności zmniejsza się w miarę dodawania cementów krzemianowych, natomiast się powiększa odporność chemiczna i wytrzymałość na opiłowanie.

Prinz (Filadelfja) mówił: „**O Glossitis Moelleri**“ i o jej leczeniu. Obserwował sam 30 przypadków. Choroba ta objawia się ostrem pieczeniem i bólem języka, na którym oprócz kilku czerwonych linii, nic więcej nie widać. Pacjenci sądzą zazwyczaj, że zęby są powodem tego bólu, albo przypuszczają tworzenie się raka na języku. Przeprowadzone badanie krwi w krótki czas potem wykazuje typowy obraz niedokrwii-

stości złośliwej. Często tracili pacjenci z powodu rzekomej przyczyny zębowej kilka zębów lub noszą nawet już dostawki. Rozpoznanie choroby jest więc najważniejszym zadaniem. Stosowanie arszeniku i podawanie wątroby są głównymi środkami leczniczymi. Na wystawie mulaży kliniki dermatologicznej było kilka mulaży glossitis opisanej poraz pierwszy przez Moellera z Królewca.

Dieck i Fehr (Berlin) mówili: „**O uproszczonej metodzie wypalania wypełnień z porcelany**“, a dwaj asystenci demonstrowali nazajutrz ten sposób. Metoda ta jest właściwie bardzo stara. Zapomocą platynowej folii robi się odcisk woskowy wprost w ustach, wytapia się wosk, wysypuje się do foremki uzyskanej z folii platynowej lekko topliwy proszek porcelanowy i nagrzewa się go w pincecie nad płomieniem. Proszek się topi i tworzy się wypełnienie porcelanowe, które się w cementowuje po usunięciu folii platynowej. Nowym jest tylko rodzaj płomienia, który pochodzi z t. zw. Fernholz-Gebläse, który miesza gaz z tlenem, co się przyczynia do wzmocnienia płomienia i do niezabarwiania się porcelany. Zrobienie takiego wypełnienia trwa 15—20 minut. Aparat Fernholza bez bomby tlenu kosztuje 80 marek. Klinika berlińska doświadczeń w tym kierunku nie ukończyła jeszcze. Fehr już od roku nie robi wogóle innych wypełnień, jak tylko z palonej jego sposobem porcelany. Jako proszek porcelanowy stosują masę Jenkinsa, Hilterbrandta, S. S. White'a i Eldentoga. Na audytorjum zrobiło przedstawienie tego sposobu topienia porcelany bardzo wielkie wrażenie, co się też uwydatniło niezwykłą ilością obecnych przy stołach demonstracyjnych. Nie zabrakło też krytyki na podstawie rozważań teoretycznych o kohezji porcelany.

Punktem kulminacyjnym zjazdu był referat Schrödera (Berlin) p. t.: „**Protetyka dentystyczna nauka**“. Referent powiada, że w protetyce odgrywają wielką rolę zagadnienia biologiczne obok technicznych. Nadwrażliwość kobiet w czasie menstruacji, biologiczny stosunek metali do dziąseł lub cała nauka o artykulacji są najwymowniejszym tego dowodem.

Protetyka dentystyczna rozwinęła się podobnie jak inne lekarskie metody leczenia z całego kompleksu intuicyjnie i doświadczalnie znalezionych sposobów. Przy sporządzaniu dostawek nie wystarczają czysto statyczne rozważania; bujanie bowiem i zanik tkanek kostnych jakoteż cała struktura kostna są zależne od ucisku na nie wywieranego.

Wielki aplauz po skończonym referacie świadczył o solidaryzowaniu się wszystkich z wywodami referenta.

Müller (Hanower) mówił: „**O zgryzie i zgryzadle**“. Prelegent zajmował się tylko praktyczną stroną tego problemu. Każdy pacjent stanowi specjalny typ, toteż jest zadaniem naszym dostosowanie indywidualnie sztucznych zębów do ruchów danej szczęki. Bez znajomości innych gałęzi nauki, w szczególności mechaniki, nie można tego problemu rozwiązać.

Greve (Wrocław) omawiał znane rzeczy „**o mostkach**“, powołując się często na klasyczną zresztą pracę Salomona, występował głównie przeciw dowieszonym zębom przy mostkach nawet dwufilarowych.

Rumpel (Berlin) w referacie: „**O dostawce opartej**“ (gestützte) wywodził, że rozmieszczenie ucisku na wyrostek zębodołowy powinno być

nierównomiernie rozłożone, ażeby zapobiec zanikowi wyrostka zębodołowego. Omawia rozmaite sposoby usztywnienia, żadne jednak z dotychczasowych nie jest zupełnie dobre.

Köhler (Köln) występował **przeciw stosowaniu szerokich klamer** i pokazał około 20 pacjentów noszących t. zw. dostawki szkieletowe w ustach dotkniętych paradentozą, gdzie brzegi dostawki są znacznie oddalone od chorych zębów. Mimo, że częściowa dostawka ma zawsze ujemny wpływ na pozostałe zęby, to dostawki szkieletowe przecież to niebezpieczeństwo znacznie zmniejszają.

Linka (Tryest) mówił: „**O uśpieniu komórek**“ i zastosowaniu tegoż w dentystyce. Prawie że humorystycznie brzmiały jego wywody o uśpieniu bakteryj i komórek przy zapaleniu okostnem zapomocą jego środka „penetrin“. On leczy zapalenie okostnej na jednym posiedzeniu, a przy ziarniniakach stosuje nawet pastę arsenikową łącznie z penetrinem. Często wystarcza zewnętrzne posmarowanie okolicy przy zapaleniu okostnem, ażeby ból zupełnie ustąpił. Jeden z dyskutantów potwierdził dobre wyniki osiągnięte penetrinem.

Bardzo ciekawe były wywody Müllera (Münster) „**O djatermji w dentystyce**“. W znieczuleniu stosując djatermję na jednym posiedzeniu wypełnia ząb. Müller stosował djatermję przy szczękościsku, neuralgji, złamaniu szczęki, rozmaitych zapaleniach dziąsła i przy paradentozie. Także jako zimny przyżegacz działa djatermja dobrze przy zapaleniu miazgi, przy leczeniu zgorzeli a nawet przy ziarniniakach. Stosował on również djatermję przy gingivektomji i do otwierania ropni — jednym słowem Müller stosował djatermję we wszystkich prawie dziedzinach stomatologii operatywnej. Kilku dyskutujących potwierdziło nadzwyczajne dobre wyniki leczenia zapomocą djatermji. Cała trudność leży jednak w tem, że aparatura nie stoi jeszcze na wysokości zadania, która w najbliższej jednak przyszłości zapewne się udoskonali.

Proell (Greifswald) przedstawił wielką ilość zdjęć fotograficznych ze swojej podróży po centralnej i południowej Afryce w ubiegłym roku, gdzie badał **wpływ cywilizacji i kultury na uzębienie** dzikich szczepów. Stwierdził u ludzi ponad 50 lat żyjących dziko 31% próchnicy, u mieszkańców miast 86%, następnie, że zęby mleczne później, a zęby stałe wcześniej się wykluwają aniżeli u Europejczyków. Rodzaj pożywienia i środków do czyszczenia zębów powodują u tubylców bardzo znaczne zżucie powierzchni zgrzyzowej zębów. Dzieci niemieckie posiadają bardzo dobre uzębienie, o ile żyją w klimatycznie zdrowych okolicach. Proell snuje z tego wniosku, że w przyszłości będzie możliwem osiągnąć i w Niemczech takie dobre wyniki w walce z próchnicą, o ile warunki społeczne i środki zapobiegawcze będą odpowiednio zastosowane.

Adrion (Berlin) mówił na temat: „**Doświadczenia nad wpływem odżywiania u psów**“. Referent dochodzi do wniosków, że odżywianie w czasie tworzenia się stałych zębów pożywieniem zawierającym mało witamin i wapnia wpływa bardzo ujemnie na rozwój twardych części zębów i szczęk. Najlepiej natomiast rozwijały się zęby i szczęki przy dodawaniu do pożywienia witaminy D równocześnie z wapniem — według mego zdania — n. p. vigantol i calcisan.

Na posiedzeniu ARPY (*Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung*) (*Deutsche Gesellschaft f. dentale Anatomie und Pathologie*), które się odbywały równocześnie z posiedzeniami głównymi wygłosił *Münzsheimer* (Berlin) wykład: „**O naukowych podstawach leczenia odciążającego przy paradentozie**“ (t. zw. ropocięku zębodołowym). Normalnym zgryzem jest zgryz, znajdujący się w równowadze zgryzowej, gdyż tylko wtedy mogą być zrównoważone wszystkie szkodliwe wpływy na siłę nagryzu. Łuk zębowy powinien być zawsze zamknięty, to znaczy zęby muszą być uzupełnione zapomocą szyny, mostków lub opartej dostawki. Zwalczać należy zgryzanie zębami w nocy i silny zgryz, o ile wywiera wielki ucisk. Wielka dyskusja rozwinęła się nad wykładem *Nothmana* (Wrocław): „**O paradentozie i wewnętrznym wydzielaniu**“. Dyskusja wychodziła daleko poza ramy stomatologii.

Ciekawe były również referaty na temat **działania radu w ogólności i przy schorzeniach w jamie ustnej** w szczególności, na posiedzeniu sekcji międzynarodowego towarzystwa radowego. I tak mówił *Rosenberg* (Berlin) o radzie i o radioaktywnych elementach, *Levy* (Berlin) o wskazaniach naświetlania radem w jamie ustnej, *Jugel* (Berlin) o wynikach leczenia radjogenem, *Chaim* (Berlin) o leczeniu radjofanem przy rwie nerwu trójdzielnego i przy paradentozie na tle dny i *Mamlök* (Berlin) o radioaktywnych czynnikach przy biologicznej higienie jamy ustnej. Z tych wszystkich referatów odniosło się wrażenie, że stosowanie radu w najrozmaitszych formach zyskuje coraz więcej zwolenników.

Na posiedzeniu lekarzy-dentystów urzędowych referował *Korkhaus* (Bonn) „**O zapobieganiu nieprawidłowości zgryzowych i o leczeniu ortodontycznym w klinikach szkolnych**“. Referat był prawie identyczny z wygłoszonym w ubiegłym roku w Dreźnie. *Korkhaus* uzasadnia konieczność wprowadzenia ortodontji do klinik szkolnych, gdyż prawie 50% dzieci w wieku od 8—10 lat ma nieprawidłowości zgryzowe, które w tym czasie z łatwością dają się usunąć. Przodozgryz jest wedle *Korkhaus*a nieprawidłowością nabytą w pierwszym roku życia skutkiem przesunięcia w rozrastaniu się podłużnym szczęki, o czym się przekonał na wyciskach branych u dzieci w kilka tygodni po ich urodzeniu się. Przodozgryz się powiększa następnie w czasie II. ząbkowania, gdzie dolne mleczne kły hamują prawidłowe zagryzanie. Należy więc te kły opiliować i dać pierścienie nagryzowe (*Aufbissringe*). Głęboki zgryz istnieje już w uzębieniu mlecznym i z pewnością się ukazuje u tego dziecka potem w uzębieniu stałym, podczas gdy przodozgryz i zwężenie szczęki górnej bardzo często ustępują same z czasem prawidłowemu zgryzowi. *Korkhaus* pokazywał wzory łuku wewnętrznego i wysokiego łuku zewnętrznego i omawiał koszty wprowadzenia tej metody na klinice szkolnej. *Oppler* przestrzegał przed fabrykowaniem ortodontów na kursach 8-dniowych, gdyż ten dział nie jest tak łatwym do opanowania, jak się to na pierwszy rzut oka wydaje.

Filmy wyświetlone w głównej sali obrad były nader pouczające. I tak przedstawił *Kirsten* (Berlin) film „**O sporządzeniu korony jaketowej**“, *Geyer* (Berlin) z ramienia firmy *de Trey* „**O sporządzaniu całej protezy przez i według Prof. Gysi'ego**“, *Haber* (Berlin) z dziedziny nowoczesnej protetyki i *Rotschild* (Berlin) „**korony Jacket'a**“ na żywych

i niemych zębach. Ogólnie mogę powiedzieć, że część naukowa zjazdu nie stała na takim wysokim poziomie jak na zjazdach w Dreźnie lub w Norymberdze, chociaż dużo bodźca mogły dodać do dalszych badań w zapoczątkowanych sprawach.

Z nowszych rzeczy, które na zjeździe były omawiane, zasługują na szczególną wzmiankę wypełnienia porcelanowe według Fehra i Diecka, zastosowanie djatermji w praktyce dentystycznej i referaty o leczeniu radem. Część towarzyska była natomiast bardzo dobrze ułożona i może za dużo czasu jej poświęcono. Całodzienna wycieczka po Renie, półdniowa wycieczka do Leverkusen, jeden oficjalny bankiet, dwa półoficjalne wieczory i jedno przedpołudnie poświęcone otwarciu zjazdu i uczczeniu jubileuszu 50-lecia założenia Towarzystwa Lekarzy-dentystów w Nadrenji i Westfalji zajęły może za dużo czasu.

W uroczystości jubileuszowej brali udział przedstawiciele państwa, miasta, wyższych uczelni i wielka ilość towarzystw krajowych i zagranicznych, których reprezentanci po kolei zabierali głos. W podniosłym nastroju odbyła się tam — odmiennie niż to zazwyczaj jest praktykowane — promocja na doktora honoris causae prof. Prinza z Filadelfji. Promotorem był dziekan wydziału lekarskiego uniwersytetu w Kolonii, który ubrany w togę przemówił do sędziwego Prinza, wręczając mu dyplom uniwersytecki, podniósł jego zasługi na polu naukowem i na polu zbliżania kolegów niemieckich i amerykańskich.

Z okazji jubileuszu towarzystwa lek. dent. Westfalji i Nadrenji zostali mianowani członkami honorowymi towarzystwa profesorowie: Berten Dieck, Euler, Fritsch, Schröder, i Siegmund, w uznaniu ich zasług na polu nauki i towarzystwa.

Na zakończenie tej podniosłej uroczystości, na którą się złożyły także produkcje muzyczne i wokalne, wygłosił Linnert referat „**O stanowisku lekarza-dentysty w ustawodawstwie socjalnem**“, wykazał ciężkie położenie materialne i moralne całego stanu. Przeciętny dochód roczny lekarza-dentysty w Bawarii wynosił w ubiegłym roku 6.300 mk. Dążeniem całego zorganizowanego stanu lekarsko-dentystycznego powinno być utrzymanie wolnej praktyki, za którą się wypowiedział poprzednio również zastępca lekarzy Kas Chorych.

Tak w czasie uroczystości jak i w czasie trwania obrad widocznem było wielkie zainteresowanie mieszkańców miasta, prasy i władz państwowych wszystkimi zagadnieniami wchodzącymi w zakres stomatologii. Dla lekarzy-dentystów Niemiec, gdzie istnieje t. zw. Kurierfreiheit, jest taki kongres wielkim środkiem propagandowym. We wszystkich gałęziach życia dentystycznego widać wyraźną tendencję do konkurencji z Ameryką północną; często się słyszy przeciwstawiane dwóch pojęć: dentystyka niemiecka i amerykańska. Oby szlachetna rywalizacja wyszła na dobro całości sprawy i zawodu.

Dr. M. Brill (Lwów).

Sprawozdanie z naukowych posiedzeń IV Polskiego Zjazdu Stomatologicznego czyli Sekcji Stomatologicznej XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie w dniach od 26 do 29 września 1929 r.

Obrady XXII sekcji stomatologicznej rozpoczęto w pięknej sali Województwa w czwartek dnia 26. IX. 1929 r. o godz. 16-tej. Zebranych powitał prezes miejsc. Komitetu organizacyjnego Dr. Mancewicz, zast. prof. w Wilnie i przedstawił skład prezydium sekcji stomatologicznej na czas trwania zjazdu. Na przewodniczącego obrano Prof. Wilgę z Warszawy, zastępcami Prof. Cieszyńskiego ze Lwowa, Prof. Łepkowski z Krakowa, zastępcę prof. Dra Zeńczaka z Warszawy, Dra Mancewicza z Wilna i lek. dent. Stokowskiego z Warszawy. Sekretarzem generalnym obrano zast. prof. Jarzaba z Poznania oraz zastępcami w poszczególnych obradach lek. dent. Mokrzyckiego, Ujejskiego z Warszawy i Mikulskiego z Wilna.

Na wniosek Prof. Cieszyńskiego zebrani powołali na **honorowych prezesów Zjazdu** przedstawicieli i wybitnie zasłużonych dla stomatologii w kraju i zagranicą. Mianowicie:

Polska:

Prof. Różycki, Poznań, Prof. Zwierzchowski, Warszawa.

Francja:

Prof. Dr. Bozo, Paryż, Prof. Dr. Herpin, Paryż, Prof. Dr. Rousseau-Decelle, Paryż, Prof. Dr. George Villain, Paryż.

Belgia:

Dr. Huet, Bruksela, Dr. Emile Watry, (Anvers) Antwerpja.

Szwajcaria:

Prof. Dr. René Jaccard, Genewa, Prof. Dr. Gysi, Zürich, Prof. Dr. Ernst Jessen, Basel.

Holandja:

Dr. J. S. Bruske, Amsterdam, Dr. Ch. F. L. Nord, Haga.

Hiszpanja:

Prof. Dr. Florestan Cte. Aguilar, Madryt.

Danja:

Dr. Haderup, Kopenhaga, Prof. Dr. Melchior, Kopenhaga.

Anglja:

Prof. Dr. William Guy, Edynburg.

Ameryka:

Prof. Dr. W. H. G. Logan, Chicago, Dr. Asgis, New-York, Dr. K. G. Cieślak, Cleveland, Dr. P. J. Wawrzyński, Cleveland.

Canada:

Prof. Dr. Eudore Dubeau, Montreal.

Szwecja:

Dr. Karl Elander, Gothenburg.

Norwegja:

Prof. Dr. Vigo Andressen, Oslo, Prof. Dr. Immanuel Ottesen, Oslo.

Niemcy:

Prof. Dr. Jacob Berten, Monachjum, Prof. Dr. Otto Walkhoff, Berlin.

Prof. Dr. Wilhelm Dieck, Berlin, Prof. Dr. Alfred Kantorowicz, Bonn, Prof. Dr. Schröder, Berlin, Prof. Dr. Euler, Wrocław.

W i o c h y:

Prof. Dr. A. Chiavaro, Genova, Prof. Dr. Arrigo Piperno, Roma, Prof. Dr. Coen-Cagli, Roma.

C z e c h o s ł o w a c j a:

Prof. Dr. Jan Jesensky, Praga.

J u g o s ł a w j a:

Prof. Dr. Radosević, Zagreb.

Po objęciu godności prezesa przez Prof. Wilgę, wygłosił referat

Prof. Dr. Antoni Cieszyński (Lwów): Choroby okolicy przyzębnej a ustrój.

(Temat główny. — Streszczenie własne.

Pojęcie dawniejsze o ropotoku zębodołowym — Pyorrhoea alveolaris — uległo w ostatnich 15 latach zmianie zasadniczej. Oddzielić należy najsamprzód sprawy mające swój podkład w zaburzeniach ustroju (parodontosis) a wywołujące przedwczesny zanik wyrostka zębodołowego. Tworzenie się kieszonek dziąsłowych następuje na skutek zaniku wyrostka zębodołowego. Torebki dziąsłowe niezakażone nie wykazują ropienia; ropienie następuje zazwyczaj dopiero w okresie późniejszym na skutek zakażenia miejscowego i najczęściej dlatego, że dochodzą inne czynniki usposabiające do rozchwiania się zębów (przeciążenie zgryzu, zanieczyszczenie miejscowe). Mówimy wówczas o: Parodontosis+Parodontitis. Sprawy parodontalne na tle zaburzenia ustroju występują niekiedy już przed 25 rokiem, częściej między 25 a 40 i później. W młodym wieku odgrywają rolę: awitaminoza, niedokrewność, nadmiar kwasu moczowego — w wieku późniejszym najczęściej spotykamy podłoże artretyczne, rzadziej zaburzenia nerek i cukrzyce. Sprawy parodontalne występują bardzo często na tle intoksykacji wskutek przewlekłej obstypacji, przedewszystkiem u kobiet (Cieszyński). Na zdjęciu roentgenowskim przemawia za parodontozą jako jednym z objawów ogólnego zaburzenia ustroju zanik wyrostka zębodołowego mniej więcej o poziomym przebiegu. Odchylenie przebiegu w kierunku pionowym — o kształcie lejkowatym wskazuje przeważnie na miejscowe podrażnienia wskutek przeciążenia danego zęba.

O ile z jednej strony „Parodontosis“ jest wynikiem zaburzeń ogólnych ustroju, o tyle z drugiej strony inne choroby ustroju mogą mieć swą przyczynę w miejscowym zakażeniu okolicy przyzębnej „Parodontitis“, która zazwyczaj występuje z objawami ropienia; ognisko zakażenia w jamie ustnej staje się źródłem, wywołującym objawy toksyczne i infekcyjne w innych odległych narządach ustroju (Oral-sepsis). Często może ropne zapalenie okolicy przyzębnej stanowić utajone źródło objawów artretycznych, chorób nerek oraz zaburzeń przewodu pokarmowego i niedokrewności. Dokładne rozpoznanie etiologii wskaże racjonalny, przyczynowy sposób ogólnego leczenia; miejscowe zaś leczenie tak przy parodontosis jak i parodontitis jest przy obu postaciach choroby analogiczne. W początkowych stadiach zachowawcze: oczyszczenie zębów z kamienia i mechaniczne ustalenie zębów oraz leczenie antyseptyczno-ściągające; w późniejszych stanach choroby: chirurgiczne leczenie polegające na wycięciu kieszonek dziąsłowych, wreszcie przez ekstrakcję zębów, wyłyżeczowanie zębodołów i wycięcie pato-

logicznie zmienionych brodawek dziąsłowych. Wczesne rozpoznanie paradontoz ze strony stomatologa wskaże często internście drogę do racjonalnego ogólnego leczenia, zwracając mu uwagę na będące już w toku zmiany ustroju. Współpraca internisty ze stomatologiem może przyczynić się do wyświeślenia lepszego istoty teje choroby i do wyszukania lepszych jeszcze metod leczenia.

(Referat „in extenso“ ogłoszony zostanie w następnym roczniku „Polskiej Dentystyki“).

Następny referat na temat główny wygłosił

Prof. Dr. Hilary Wilga (Warszawa): Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnej praktyka. (Streszczenie własne wykładu).

Omówiwszy ważność skutecznego leczenia korzeni zgorzelinowych oraz trudności, nadarżające się przy leczeniu tego schorzenia z powodu licznych rozgałęzień przewodów w okolicy szczytowej, przechodzi referent do rozpatrzenia ważniejszych prac z literatury dawniejszej i nowoczesnej. Przyczem okazuje się, że metody leczenia zgorzeli podane w literaturze nowoczesnej niczem zasadniczo nie różnią się od metod leczenia tej choroby, opisanych w ostatnim dziesięcioleciu piśmiennictwa dawniejszego. W literaturze nowoczesnej znajdujemy ulepszenie niektórych dawnych sposobów oraz nowe leki; poleca się bardzo ważną kontrolę rentgenologiczną oraz bakterjologiczną. Następnie opisuje referent najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych na zasadzie własnego doświadczenia.

Tezy tego sposobu są następujące:

1. Stworzenie łatwego dostępu do przewodów przez odpowiednie szerokie otwarcie komory miazgowej.

2. Stopniowe, małemi odcinkami usuwanie z przewodów mas zgorzelinowych w ciągu dwóch lub 3-ich pierwszych posiedzeń. Do tego używa antiforminę, która rozpuszcza organiczne części miazgi, działa odkażająco oraz przeistacza masy zgorzelinowe w emulsję, tę ostatnią zaś wchłania suchą watą, nawiniętą na igielce.

3. Dopóki masy zgorzelinowe nie są całkowicie usunięte, ujścia przewodu pokrywa suchą watą, nad którą do komory wkłada watę z kropelką formaliny i zakrywa niehermetycznie np. watą zmoczoną w rzadkim roztworze sandaraku. Przy zapaleniu ozębnej prowadzi odkryte leczenie.

Formalina strąca białko, formaldehyd zaś nie ma tej własności. Dlatego ujście do przewodów zakrywa autor suchą watą, a watę z formaliną umieszcza w komorze koronowej. Do przewodów wtedy dostanie się formaldehyd — środek lotny, silnie odkażający i neutralizujący toksyny mas zgorzelinowych.

4. Po całkowitem usunięciu mas zgorzelinowych z przewodów przemywa się antiforminą. Autor ustala długość przewodu drucikiem lub igłą oraz rozszerza go mechanicznie (pilniczkami Prinz'a, Kerra, dryłami i t. p.).

Następnie, szczególnie przy wązkich przewodach, wprowadza autor wodę królewską, po której ponownie traktuje przewody antiforminą. Użytkuje w ten sposób rozszerzenie przewodów przez częściowe usunięcie najbardziej zakażonych ścianek przewodu.

Do przewodu zakłada autor następnie wyciśnięty sączek z 1% roztworem tymolu, na ujście suchą watę, do komory z kropelką formaliny. Zakrycie hermetyczne. Zabieg powtarza się 2—3 razy, poczem wypełnia się przewody, o ile kontrolny sączek będzie suchy, niezabarwiony i bez zapachu.

5. Wypełnia się przewody pastą jodoformową z kamfomentofenolem z dodaniem tymolu i kropelki formaliny.

Pasta ta dostatecznie zamyka przewód nie drażni ozębnej i przez długi czas zachowuje własności odkażające.

6. Pożądane jest bardzo, lecz nie jest niezbędne, rentgenowskie zdjęcie przed leczeniem i po leczeniu.

Na tem posiedzenie pierwsze z powodu spóźnionej pory zamknięto a dyskusję na obydwu tematy odłożono na dzień następny.

Drugi dzień obrad, t. j. piątek 27 września 1929 r. rozpoczął

Prof. Dr. Hilary Wilga (Warszawa): O powikłaniach w jamie ustnej po tyfusie plamistym. (Streszczenie własne).

W pierwszej części swojej pracy omawia autor zmiany anatomiczno-patologiczne, prowadzące do wszelkich chirurgicznych powikłań w całym ustroju ludzkim po tyfusie plamistym na zasadzie licznych badań, przeprowadzonych przez wielu uczonych, szczególnie w okresie ostatniej wielkiej epidemii po wojnie światowej i podczas głodu w Rosji (badania Pro w a c e k'a, Albrechta, Dąbrowskiego, Sterling-Okuniewskiego, Dawidowskiego, Abrikosowa, Hercenberga, Zabłudowskiego i wielu innych). Referent uwzględnia powikłania w jamie ustnej, a więc ropne zapalenia śluzówki, prowadzące do jej rozpadu, takie-koż zapalenia ślinianek przyusznych, zapalenia zatok Highmora, zapalenia okostnej oraz zmian ze strony kości szczękowych, mających więcej charakter procesów próchnicznych, wreszcie zgorzel koniuszka języka (Zabłudowski, Hercenberg, Dawidowski i inni).

W drugiej części odczytu przechodzi referent do opisanie własnych 16-tu przypadków powikłań po tyfusie plamistym w jamie ustnej, które różnią się od komplikacji tego rodzaju opisanych przez wyżej wspomnianych autorów. W przypadkach tych zmiany w kościach szczękowych noszą charakter osteomyelitów z zejściem w martwicę kości. W literaturze tego zagadnienia znalazł tylko 6 przypadków, opisanych przez H. Sz a f r a n a, gdzie po tyfusie plamistym okazały się martwiaki kości szczękowych, co jest zgodne z obserwacjami autora. Natomiast nigdzie w literaturze nie znalazł referent obserwowanej przez niego zgorzeli policzka i części nosa obok martwicy kości szczękowych; takich przypadków z liczby opisanych 16-tu miał 4. (Referat „in extenso“ ukaże się drukiem w „Prze-gładzie dentystycznym“).

W dyskusji Kol. S a d o k i e r s k i zapytuje się, czy robiono badania histo-patologiczne, ponieważ obrazy chorobowe policzka wyglądały na nowę a obraz roentgenowski żuchwy był podobny jak przy zapaleniu szpiku kostnego.

Prof. Wilga wyjaśnia, że w badaniach histopatologicznych obraz chorobowy przedstawia się jako martwica na tle zapalnym.

Drugi z kolei odczyt tego dnia wygłosił

Prof. Dr. Antoni Cieszyński (Lwów): „Historja i przegląd krytyczny operacji resekcji korzenia po 25-letniem doświadczeniu“. Referat wygłoszony stanowi część pracy, wydrukowanej w Nr. niniejszym „Polskiej Dentystyki“ (1929 Nr. 6).

Trzeci referat p. t.: **„Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patologiczne i bakterjologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego“** wygłosił dotychczasowy asystent Instytutu dentystycznego U. J. K. **Jarząb.**

Prélegent omówił anatomiczne umocnienie zęba w zębodole przy pomocy włókienek przebiegających w ożębnej od ściany zębodołu do cementu, korzenia i mechanikę zawieszenia zęba w zębodole. Wskazał również na niemożliwość wyjąłowania okolicy pozaszczytowej inną drogą jak tylko resekcją korzenia i usunięcia ziarniny, przez co umocowanie zęba w zębodole nie osłabia się. Właściwe wyniki badań poświęcone były sprawie gojenia się i restytucji tkanki kostnej po resekcji. W preparatach mikroskopowych i roentgenowskich widoczne było, jak początkowo wypełnia się ubytek tkanką włóknistą, w której po dłuższym czasie następuje odkładanie soli wapniowych z powolną zamianą na tkankę kostną. Funkcyjnie zaś ząb taki już po kilku dniach od operacji, gdy tylko znikną objawy zapalne, zachowuje się prawidłowo. Siła zgryzu badana zgrzyzomierzem Habera po 7-miu latach przy zębach resekowanych była zadowalająca.

Zęby resekowane użyte jako filary do mostków nie ustępują ani co do trwałości ani też co do funkcji zębom nieresekowanym. Liczne przezrocza były dowodem wygłoszonych tez.

Pokrewny temat: **„Spostrzeżenia kliniczne i histo-patologiczne nad ziarniniami okołowierzchołkowemi“** wygłosił kol. **Gombiński** z Warszawy.

W definicji podaje, że ziarniniak okołowierzchołkowy jest tworem powstającym w następstwie przewlekłego zapalenia ożębnej około wierzchołka zęba wymiażdżonego lub z chorą miazgą. Kształt może mieć różny. Wewnątrz może ulec zropieniu, w szczęce górnej może wywołać powikłania ze strony jamy szczękowej, a w ogólności może stać się ogniskiem groźnym dla ustroju (oral sepsis). Z 56 ziarniniaków było 38 zwykłych, 12 z komórkami nabłonkowemi, 5 torbielowatych i 1 z komórkami olbrzymiemi. Niektóre ziarniniaki mają otoczkę na zewnątrz wszystkie prawie nacieki drobnokomórkowe leukocyty, limfocyty, komórki olbrzymie i plazmatyczne. W streszczeniu podaje autor 1) we wszystkich ziarniniakach mogą występować komórki olbrzymie. 2) Ziarniniaki zwykłe wykazują tendencję do zbliznowacenia. 3) Komórki olbrzymie występują z śródbłków i histjocytów. 4) Ciałami obcemi w ziarniniaku mogą być elementy wprowadzone z przewodu korzeniowego. 5) Ziarniniak ma charakter zapalny, resorbujący. 6) Budowa ziarniniaków ma daleki związek ze szkliwiakami i dżiaślakami.

Kliniczne obserwacje wykazują 1) Ziarniniaki występują na chorych zębach bardzo często, 2) ich różnorodności nie można stwierdzić, 3) nie zawsze można go usunąć wraz z zębem, 4) pozostały w zębodole rozrasta się dalej, 5) czasem po usunięciu zęba wyropieje wraz z martwiakiem, 6) małe zwykłe ziarniniaki można wyleczyć metodą zachowawczą, 7) w le-

czeniu musi być odcięte źródło zakażenia ze strony przewodu, 8) niezawodnie leczy resekcja korzenia.

Po 10-ciu minutowej przerwie nastąpiła dyskusja na powyższe trzy tematy.

Plk. Dr. O s t a s z e w s k i dziękuje za wykłady o resekcji Prof. Cieszyńskiemu i kol. Jarzabowi, jednakowoż uważa, że w technice operacyjnej jak też i w wypełnieniu korzenia od szczytu amalgamem i potem parafiną, napotka każdy na wielkie trudności, dlatego podaje, że od r. 1920 wypełnia przewód podczas operacji po dokładnem osuszeniu pola operacyjnego i przewodu zębowego cementem z jodoformem a od strony wierzchołkowej amalgamem w chwili, gdy cement dochodzi prawie do wierzchołka. Tą metodą operował około 250 przypadków z dobrymi wynikami.

Kol. S a d o k i e r s k i pokazuje kontrolne roentgenogramy, które wykazują, że zablźnienia po resekcji mogły wyniknąć z błędnego zdjęcia roentgenowskiego przez skrócenie wskutek projekcji.

Przy resekcji w pierwszym rzędzie powinno się usunąć szczyt z ramifikacjami a usuwanie ziarniniaka jest zupełnie nawet zbyteczne. Tego się nie robi nawet w chirurgji. Jest on wałem obronnym nie dopuszczającym drobnoustrojów wgłąb organizmu, o czem mówią znajdujące się wewnątrz ziarniniaka komórki olbrzymie.

Kol. J a r z a b uznaje wielki nakład pracy Kol. G o m b i ń s k i e g o, stwierdza jednak, że poświęca niepotrzebnie dużo miejsca morfologii ziarniniaków jak też prostuje, że ziarniniaki mogą powstać tylko po obumarciu miazgi w następstwie zgorzeli a nigdy w stanie zapalenia miazgi. Obecność nabłonka w ziarniniaku niema wpływu na konserwatywne leczenie ziarniniaków po ustąpieniu bowiem czynników zapalnych ustaje ich hiperplastyczny rozrost. W odpowiedzi zaś kol. Sadokierskiemu wskazuje na drobnoustroje, które wewnątrz ziarniniaków się hodoją i jakkolwiek przypływ drobnoustrojów z przewodu korzeniowego może być usunięty, to jednak stan zapalny będzie podtrzymywać drobnoustroje, znajdujące się w ziarniniaku. (Porównaj pracę Jarzaba „Badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne“ Pol. Dent. 1925 str. 57).

Na zakończenie posiedzenia Dr. G e y e r z Berlina demonstrował film wykonany przez firmę de Trey, **ilustrujący sposób wykonywania dostawek całkowitych metodą Gysi'ego**. Film tłumaczył zast. prof. Dr. Zeńczak z Warszawy.

Po przerwie obiadowej z powodu posiedzenia członków FDI zmieniono porządek obrad i pierwszy wykład wygłosił Kol. Blikle z Warszawy: „**Teoretyczne możliwości zastosowania ciał naświetlanych (fosforyzujących) w zębolecznictwie**“. Omawia obszernie własności fizyczne i działanie promieni pozaczerwonych i pozafioletkowych na ustrój żywy przytacza z piśmiennictwa, że promienie o krótkich falach wpływały na ustrój zwierzęcy dobroczynnie nawet przy zastosowaniu pośrednim, t. j. gdy podawano im pokarm uprzednio działaniu promieni pozafioletkowych. Autor wypowiada możliwość wykorzystania tych sił fizycznych do leczenia tych spraw zapalnych w zębolecznictwie, w których dotychczas musieliśmy się uciekać do arsenu, żegadła lub noża. — Dyskusja.

Dr. Sadokierski nadmienia, że leczenie chorób zębów i kości szczękowych było próbowane w klinice berlińskiej Vigantolem czyli naświetlaną ergosteryną lecz wyniki były ujemne, zapytuje więc, czy leczenie lokalne może mieć wyniki dodatnie?

W odpowiedzi autor Kol. Sadokierskiemu wyjaśnia, że jak zaznaczył w swoim referacie chodzi mu nie o ogólne działanie promieni świetlnych czyli pośrednie na organizm ludzki ale o działanie bezpośrednie na tkanki zębowe a więc na miążgę i ozębną przy pomocy fosforyzujących ciał.

Prof. Meissner z Warszawy na Zjazd nie przybył, ani do wygłoszenia zgłoszonej pracy na temat główny nikogo nie upoważnił. Dlatego też Prof. Cieszyński musiał zastąpić nieobecnego prelegenta i zapoznać z tym tematem obecnych dając obszerny wstęp do swego wykładu który był koreferatem do niewygodzonego przez Prof. Meissnera referatu: „Metody zachowawcze miejscowe i ogólne, leczenie spraw parodontalnych“.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński (Lwów): Mój sposób leczenia zachowawczego spraw parodontalnych. (Streszczenie własne).

Sposoby leczenia zachowawczego spraw parodontalnych istnieją od dawna; istniały wcześniej zanim zdołano zbadać etiologję objawów i uchwycić różne postacie choroby okolicy przyzębnej, występujące z podobnymi objawami miejscowymi.

Podstawą racjonalnego leczenia jest uchwycenie etiologii choroby. Z miejscowych drażniących bodźców wysuwają się na plan pierwszy tworzenie się kamienia zębowego, zakażenie kieszonek dziąsłowych i przeciążenie zgryzu. Ze starych używanych metod stosuje: dokładne usunięcie kamienia zębowego, wyrównanie zgryzu przez zeszlifowanie wydłużonych zębów celem usunięcia przeciążenia; uzupełnienie braków uzębienia zapomocą mostków lub szyn, mających na celu racjonalne rozmieszczenie obciążenia zgryzu. Dobre wyniki uzyskujemy także przez połączenie wzajemne głównych filarków. Lokalne leczenie ma na celu przedewszystkiem oczyszczenie z kamienia. Ropienie usuwam odkażeniem kieszonek dziąsłowych środkiem w wysokim stopniu bakterjobjęzycznym. Dawniej używaliśmy 40% argent. nitr.; środek ten jednak zabarwia zęby, dlatego stosuję od lat 4 fenol kamforowy Chlumsky'ego, który nie niszczy komórek, cofa jednak objawy zapalne, usuwa drobnokomórkowe nacieki i wzmacnia komórki łącznotkankowe. Anatomo-patologiczne badania mikroskopowe potwierdzają dostatecznie wyniki tejsze metody, drobnokomórkowe nacieki zanikają, tkanka przybiera wygląd zdrowej. Fenol kamforowy wkraplam zakrzywioną tępą igłą założoną na 1-gramowej strzykawce. Technika ta jest bardzo wygodna, jakkolwiek dotychczas nie była stosowana. Do jednego łuku zębowego wystarcza mniej więcej $\frac{1}{2}$ cm³. Wkraplanie to powtarzamy 3—6-krotnie w odstępach 2-dniowych. Bliznowate ściągnięcie się kieszonek otrzymujemy przez wkraplanie stężonego kwasu mlekowego. Środek ten wprowadza się igłą zakończoną w oczko lub zapomocą kaniuli włączanej w pipetkę. 1 kropla kwasu mlekowego wystarcza naogół na 1 ząb. Leczenie ściągające rozpoczynam na 3 lub 4 posiedzeniu, aplikuję je w 5—10 minut po wprowadzeniu fenolu kamforowego.

Leczenie to ma swe uzasadnienie w I i II okresie chorób ooklicy przyzębnej i może w początkach choroby powstrzymać dalszy ich rozwój, o ile się je powtarza w 3—6-tygodniowych odstępach. W III i ostatnim okresie choroby stosujemy fenol kamforowy tylko celem stworzenia lepszych warunków gojenia się rany jako wstęp do metod chirurgicznych, mających na celu usunięcie kieszonek a fenol kamforowy + kwas mlekowy jako środek zapobiegawczy przeciwdziałający powstaniu ponownemu kieszonek dziąsłowych, o ile wystąpią znowu zmiany zapalne w okolicy paradontalnej.

Pokrewny temat: „**Leczenie spraw paradontalnych z zastosowaniem lampy kwarcowej i prądów d'Arsonvala**“ wygłosił Dr. Mancewicz z Wilna. Omawia fizyczną stronę tych aparatów i własności biologiczne wysyłanych przez nie promieni. Przez kilkakrotne naświetlanie po mechanicznem oczyszczeniu dziąseł zauważał autor poprawę a nawet odrastanie zanikłego wyrostka zębodołowego. Szkoda, że na to nie przedstawił autor żadnych dowodów.

Następnie Kol. Mokrzycki z Warszawy przystąpił do zreferowania „**Zmiany w tkankach okołozębnych u chorych zmarłych na ostre choroby gorączkowe**“. Stwierdza on rozległe zmiany wsteczne w komórkach ozębnej a nawet nacieki i rozszerzenia naczyń. Dyskusja odbyła się na 3 powyższe referaty razem.

Kol. Gombiński zaznacza, że skierowanie przyczyn spraw paradontalnych na podłoże ogólne wpłynęło na osłabienie histologicznych dowodów Gottlieba. Na materiale szpitala „Na Czystem“ stwierdził niejednokrotnie, że zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, np. przy akromegalji a również w okresie klimakterjum występują bardzo wybitnie objawy paradontalne, dlatego też idąc za Prof. Loosem sprawy paradontalne jako następstwa niedomagania wewnętrznego wydzielania należą nie do chirurga ale do internisty. Operacja zaś gingiwoektomji Widmann-Neumann powinna brzmieć: Cieszyński-Widmann.

Kol. Sadokierski jest zwolennikiem klasyfikacji chorób paradontalnych według szkoły berlińskiej głównie Weskiego. Co do badań nad zmianami w jamie ustnej przy chorobach zakaźnych, uważa że autor za mały miał materiał aby wszystkie objawy mógł wyczerpać. Np. rzadko występującą chorobę angina granulocytosa z charakterystycznymi owrzodzeniami w jamie ustnej, autor pominął jakkolwiek choroba ta kończy się przeważnie śmiertelnem zejściem chorego.

Plk. Dr. Ostaszewski zgadza się z przedstawionym sposobem leczenia paradentoz, zaznacza jednak, że sam stosuje w tych sprawach z dobrym wynikiem organoterapię.

Co do naświetlania całego ciała lamp. kwarcową jak radzi Dr. Mancewicz jest przeciwnego zdania, ponieważ możemy tą drogą wywołać rozpad czerwonych ciałek krwi, dlatego należy naświetlać wprost słońcem.

Przemówienie końcowe. Prof. Cieszyński odpowiada Sadokierskiemu co do klasyfikacji chorób paradontalnych.

W sobotę 28 września 1929 r. wprowadzono na życzenie Prof. Łepkowskiego na porządek dzienny niezgłoszony referat tylko co dopiero przybyłego z Krakowa Dra Drozdowskiego, I asystenta Instytutu śtoma-

tologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, p. t. „**Najczęstsze zachorzenia jamy szczękowej i ich leczenie**“. W przyczynach schorzeń jamy szczękowej wylicza autor sprawy zapalne w ozębnej z powodu topograficznego sąsiedztwa zębów z jamą szczękową, sprawy zapalne w błonach śluzowych nosa, z rany postrzałowej w szczękę i sprawy nowotworowe. W leczeniu uwzględnia metodę chirurgiczną od fossa canina i przepłókiwanie przez zębodół. W przypadkach wrośnięcia torbieli do jamy szczękowej bez względu na jej wielkość, proponuje jej wyłuszczenie.

W dyskusji Kol. J a r z ą b podaje, że w referacie tym właśnie podane są najrzadsze schorzenia jamy szczękowej, takie, które zazwyczaj do praktyki stomatologa nie dochodzą, a raczej do laryngologa. Pominie to tak ważne dla nas przypadki otwarcia jamy szczękowej podczas ekstrakcji zębów lub odłamanie nieraz całego guza szczękowego. Dalej wspominał Kol. D r o z d o w s k i o operacji torbieli metodą wyłuszczenia i to w narkozie. Jest to już bardzo dawny sposób. Możemy dzisiaj wyłuszczyć tylko małe torbiele ale duże zawsze operujemy metodą P a r t s c h a, którą to metodę przedstawił rysunkiem na tablicy wychodząc z tego założenia, że w torbieli znajduje się nabłonek płaski embrjonalnego pochodzenia z jamy ustnej.

Korzyści tej operacji są te, że chory już po 4—6 dni może wyjść z opieki lekarskiej, podczas gdy przy wyłuszczeniu oczekujemy wygojenia przez organizację skrzepu, wypełniającego po wyłuszczeniu jamę torbielową, co zwykle z powodu infekcji kończy się zropieniem.

Kol. S a d o k i e r s k i: Istotnie dzisiaj wyłuszczenie większej torbieli w szczęce jest błędem sztuki. W rozpoznaniu roentgenologicznym należałoby dodać, że błędy łatwo mogą powstać, jeżeli mamy wyleczone katarę zatoki, które dają zaciemnienie filmu, mimo że niema tam procesu czynnego.

Prof. W i l g a: My wiemy wszyscy, że najprędzej osiągniemy wygojenie przez operację metodą P a r t s c h a, sprawy zaś przewlekłe w jamie szczękowej nie wyleczy się przestrzykiwaniem po usunięciu pierwotnej przyczyny, np. chorego zęba, ale trzeba jeszcze radykalnie usunąć hyperplastyczny rozrost śluzówki.

W odpowiedzi Kol. D r o z d o w s k i stwierdza, że właściwie przedstawił najczęstsze schorzenia, jakie spotyka się w Instytucie stomatologicznym w Krakowie.

Przypadki przebiccia lub nadłamania wyrostka są bardzo rzadkie, prawie nie spotykane. Wyłuszcza się torbiele, ponieważ nabłonek jest innym niż w jamie ustnej i nie może się do warunków w jamie ustnej dostosowywać, zresztą jest to nabłonek nowotworowego pochodzenia, a wiemy jak często (!) może on stać się powodem złośliwych nowotworów raka i t. p.

Z kolei wygłosił swoją pracę Dr. M a n c e w i c z: **Zatoki szczękowe w świetle badań anatomicznych z pokazami odlewów pneumatycznych części nosowo-czołowych głowy człowieka.**

Referent omówił pokrótce cechy anatomiczne jam szczękowych, pokazał bogaty i ciekawy zbiór odlewów i przezroczy. Uderzająco występują różne asymetrie między jedną a drugą jamą, różne nieprawidłowości w postaci grzebieni, uchyłków, wzniesień, wpukleń i ich częste zbliżenia do drugiego dwuguzkowca.

Dr. **Bardas z ó w n a** st. asyntenka Instytutu dent. U. J. K. przedstawiła pracę: „**Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań bakterjologicznych**“.

Badania barwikowe i bakterjologiczne wykazują przepuszczalność i niedostateczną szczelność materiałów używanych jako tymczasowe wypełnienia leczonych zębów, a tem samem nie zabezpieczają przed wtórnem zakażeniem podczas leczenia. Zarówno próby barwikowe jak i bakterjologiczne wykonane były in vitro dla uniknięcia błędów przy doświadczeniach na zębach wyjętych. Barwikiem używanym był zasadowy błękit metylu i kwaśna eozyna, doświadczenia bakterjologiczne wykonane zostały zapomocą prątków duru brzuszego; materiałem doświadczalnym był Fletcher oryginalny, Klarid, Aquadont, Providentin, cement Harwarda, cement Harwarda z domieszką tymolu (według Cieszyńskiego), gutaperka de Trey'a, Harwarda, Ash'a, Morsego, White'a. — Wyniki prób barwikowych stwierdzają, że z wypełnień wymienionych najlepszy jest Fletcher oryginalny, Aquadont, gutaperka White'a. Bakterjologicznie wykazały nieprzepuszczalność na drobnoustroje jedynie preparat Klarid i cement z tymolem. (Praca ukaże się in extenso w „Polskiej Dentystyce“).

Na zakończenie Kol. **Gombiński** zademonstrował swój przypadek: **Ząb w zębie**. Był to korzeń prawego górnego przedtrzonowca, który zawierał w górnej części haczykowato zgięty twór kształtem przypominający nierozwinięty ząb.

Po południu Kol. **Ligeza** z Inowrocławia odczytał dwa referaty: „**W sprawie wprowadzenia i ustalenia w Kasach chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów**“ i „**W sprawie uwzględnienia szczegółowego umieszczenia w statystyce międzynarodowej chorób zębów i jamy ustnej**“. W referatach tych domaga się ustalenia notowania i postawienia ścisłego rozpoznania choroby poszczególnych chorych dla uniknięcia pomyłek i niepotrzebnych zabiegów. Wprowadza gotowe schematy notowania i ułatwienia manipulacji kancelaryjnych. Domaga się, ażeby w tabeli międzynarodowej statystyki choroby jamy ustnej i zębów były ujawniane w trzech punktach

106 a choroby twardych tkanek zębów,

106 b choroby miazgi,

106 c choroby ogniskowe okołożębowe.

Kol. **Sadokierski** domaga się jednolitej nomenklatury na terenie Rzeczypospolitej, ażeby uniknąć fałszywych wyników statystycznych.

Obecnie odbyła się **dyskusja nad referatem Prof. Wilgi**: „**Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka**“.

Kol. **Mokrzycki** stosuje przy leczeniu zgorzeli metodę **Walkhoffa** z dobrym wynikiem w przypadkach sączenia z przewodu, zakłada vioform na czopku papierowym.

Kol. **Sadokierski** uważa, że zabicie drobnoustrojów w organizmie jest niemożliwe, powstałyby bowiem produkty rozkładu, dlatego też nie stosuje środków bakterjologicznych, bo w takiej formie nie stosuje się ich w całej medycynie a ogranicza się tylko do mechanicznego oczyszczenia przewodu i do zakładania jałowych sączków do przewodu bez jakiegokolwiek przepojenia lekiem.

Prof. Cieszyński uzasadnia racjonalność póthermetycznego zamknięcia na pierwszych posiedzeniach.

Kol. Jarzab: Leczenie zgorzeli jest problemem dotychczas nierozwiązaniem, nigdy nie jesteśmy pewni, czy naszymi środkami bakterjobjęzcami zniszczymy wszystkie drobnoustroje. W każdym razie mając tak dużo środków bakterjobjęczych do wyboru, należy w pierwszym stadium leczenia zastosować te, które nie ścinają białka, np. kamfenol, przy końcu leczenia jako wkładkę ostatnią możemy założyć trójkrezolformalinę, która już przez oczyszczone przewody działać będzie wgłąb. Postępując zaś przeciwnie, przez powierzchnie ściętą powłokę mas zgorzelinowych dalsze działanie wgłąb środków bakterjobjęczych będzie uniemożliwione, środki dla wypełnienia przewodów są najlepsze te, które posiadają tymol, bo ten wydobyty z przewodu po latach jeszcze silnie działa bakterjobjęczo.

Kol. Gombiński: Najsumienniejsze leczenie zgorzeli nigdy nie daje nam gwarancji wyleczenia, ponieważ sprawa zapalna może toczyć się już w okolicy okołowierzchołkowej, dlatego nic nie pomogą ani delikatne a bardzo łamliwe zgłębniki ani też silnie działające środki bakterjobjęcze, dlatego też przy każdym leczeniu powinniśmy się upewnić zdjęciem Roentgena o stanie okolicy okołoszczytowej.

Prof. Wilga, odpowiadając po kolei stwierdził, że teoretycznie vioform byłby dobry, ponieważ osusza, ale takie działanie może być dobre dla sączących ran, nie zaś dla przewodu korzeniowego. Środki antyseptyczne stosowane w ogólnej medycynie, są za słabe przy leczeniu korzeni, dlatego używamy ich w więcej stężonej formie, bo mamy tu zasadniczo inne warunki, które nam na to pozwalają. Zapatrywania Prof. Cieszyńskiego i Kol. Jarzaba uważa za słuszne, zaznacza jednak, że trikrezol osłabia działanie formaliny, dlatego powinno się używać samej formaliny jako wkładki do komory.

Zarządzono 5-minutową przerwę. W tym czasie **ukonstytuowała się delegacja stała zjazdu stomatologicznego.**

Na zakończenie zademonstrował Kol. Słowes z Wilna **zastosowanie ampulek cylindrycznych w praktyce dentystycznej.**

Po zamknięciu obrad naukowych Prof. Cieszyński w gorących słowach dziękował miejscowemu Komitetowi organizacyjnemu za prace przygotowawcze, związane z zorganizowaniem IV Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, zebranych zaś za przybycie, zachęcał do dalszej pracy, do wytrwania a zwłaszcza zainteresowania się więcej piśmiennictwem rodzimem. Nie może być mowy o rozwoju a tem mniej o wydawaniu dzieł obszerniejszych bez żywego zainteresowania się i bez współdziałania ogółu Kolegów. Życzenia zaś wszelkie i jakiegokolwiek uwagi, gdyby mieli zebrani, to zechcą je kierować do Stałej Delegacji Zjazdów stomatologicznych, która je rozpatrzy i życzliwie uwzględni. Stała Delegacja proponuje, aby następny zjazd stomatologiczny za 2 lata odbył się we Lwowie ponieważ za cztery lata odbędzie się w Poznaniu Zjazd lekarzy i przyrodników polskich a równocześnie z nim Zjazd Stomatologiczny.

Zebrani propozycję przyjęli i na tem zjazd zamknięto o godzinie 8-mej wieczorem. O wielkim zainteresowaniu obecnych świadczyło, że sala wykładowa była do ostatniej chwili zapełniona do ostatniego miejsca.

J. Jarzab, gen. sekretarz Zjazdu.

Lista obecnych na IV. Zjeździe Stomatologicznym w Wilnie, w dniach 26—30 września 1929 roku (według zapisków podczas wykładów).

1. Ambrowicz Natalja, Włocławek, Stary Rynek 3.
2. Andrzejewicz A.,
3. Ass R., Wilno, Wielka 32.
4. Awerbuch D., Grodno, Ciasna 3. m. 5.
5. Antoholec Kulkes, Wilno, Ostrobramska 13, m. 2.
6. Blikle Stanisław, Warszawa, Chmielna 20.
7. Bardasz Dr. Adela, Lwów, Plac Strzelecki 14.
8. Bloch K., Wilno, Stefańska 8, m. 2.
9. Bernblum A., Białystok, Sienkiewiczza 14.
10. Błażejewiczowa-Raubia Marja, Wilno.
11. Blumental-Bloch Eleonora, Wilno, Stefańska 8.
12. Barbielant Irena, Warszawa, Marszałkowska 90.
13. Bilimuds Makoszejtor, Wilno, Jagiellońska 9, m. 4.
14. Berkowicz Basia, Lida, Suwalska 5.
15. Brancowska Luba, Wilno, Pohulanka 36.
16. Barzaczowa R., Kowel, Warszawska 56.
17. Bersztelman Berta, Wilno, Kolejowa 11, m. 11.
18. Berensztein Hirszhorn, Grodno, Orzeszkowej 27, m. 13.
19. Bobrowska, Wilno.
20. Bojanowska, Warszawa.
21. Bojarska Estera, Wasiliszki.
22. Chądzyńska Zofja,
23. Choromańska Amelja, Wilno, Biskupia 10, m. 1.
24. Cieszyński Antoni, Prof. Dr. Lwów, ul. Zielona 5 a.
25. Cygańska-Kowalska Eugenia, Skiernewice, Jagiellońska 37.
26. Cytron A., Białystok, Warszawska.
27. Chulanicka B., Lida, Suwalska.
28. Chnoles D., Wilno, Pioromont 6/2.
29. Chnekel L., Wilno, Wileńska 25, m. 2.
30. Czerwińska A., Częstochowa, Piłsudskiego 23.
31. Charg F., Wilno, Zawalna 60, m. 7.
32. Chwoliwer, Lida.
33. Cywińska Irena, Warszawa.
34. Dolkartowa Henryka, Warszawa, Mazowiecka 11.
35. Dachowska-Pietka Cyryla, Warszawa, Nowowiejska 16, m. 13.
36. Duninowa J., Warszawa, Nowogrodzka 25.
37. Darszon Ch., Lida, Krzywa 11.
38. Dobkowicz N., Warszawa, Krucza 8, m. 1.
39. Dworecka Marja, Lida, Komercyjna 2.
- 39 a Drozdowski Dr. med., Kraków.
40. Fajc Lola
41. Feltszteinowa Estera, Wilno, Kwiatowa 7, m. 4.
42. Frydman Luba, Wilno, Zawalna 27, m. 8.
43. Fryd Sara, Wilno, Sierakowskiego 24, m. 3.
44. Fajgelsohn Marja, Wilno, Trocka 5.
45. Grondowska Marja, Białystok, Sienkiewiczza 34.
46. Górnowski Ch., Lida, Suwalska 24.
47. Goldberg Mejer, Wilno, Wielka 26, m. 1.
48. Gombiński Jan, Warszawa, plac Żelaznej Bramy 1.
49. Galińska Regina, Warszawa.
- 49 a Grodzińska Suzan, Wilno, Benedyktynska 4, m. 2.
50. Grzybowska Ant., Lekarz, Ożarów pod Warszawą.
51. German M., Warszawa, Marszałkowska 99.
52. Grossman Eugenjusz, Warszawa, Bracka 8, m. 16.
53. Gordon Mirjam, Wilno, Wielka Pohulanka 16, m. 12.
54. Gutman Raffé Paulina, Wilno Zawalna 50.
55. Gerszowski Rubin, Wilno, Dominińska 8.
56. Guthart Zofja, Uniejów, Rynek.
57. Glikman P., Radomsko, Rynek 4.
58. Gorceżyński Henryk, Dr. Lwów, ul. Magdaleny 3.
59. Hanicka A.,
60. Holiczrowa Stefanja, Zagożdżon, z Radomska, p-ta Kozienice.
61. Jarzab Józef, Poznań, Ratajczaka 14.
62. Jaworska Stanisława, Warszawa, Zakroczymska 10.
63. Jankowski Mieczysław, Dr., Lwów, Wincentego Pola 7 a.

64. Iwanter Nison, Wilno, Wileńska 32, m. 1.
65. Jeleń M., Warszawa, Gęsia 45, m. 8. dawn. Nalewki 2799.
66. Jochman, Warszawa.
67. Jahnowski, Baranowicze, Szeptyckiego 2.
68. Kąsowski M.
69. Kadyszec Chirno Genia, Wilno, Piłsudskiego 26.
70. Kalinowski Albin, Kielce, Duża 15.
71. Kurchin Salomea, Radomsko, Brzeźnicka 2.
72. Kęstowiczowa J., Wilno, Orzeszkowej 3.
73. Kaczergoński Leon, Wilno, Wileńska 36/5.
74. Krawecka, Grodno, Dominikańska 16.
75. Kac-Wider D., Wilno, Zawalna 14, m. 1.
76. Kopelman Leon, Białystok, Lipowa 17.
77. Kalinowska, Kielce, Duża 15.
78. Krasowska, Warszawa.
79. Karnibad kpt., Warszawa.
80. Kagan N., Nieśwież.
81. Leskes-Klok B., Wilno, Wileńska 15.
82. Ligeża Jan, Inowrocław, Cmentarna 5.
83. Lutomska Zenajda, Wilno, Stara 21.
84. Lipszyc Z., Wilno, Wileńska 24.
85. Libszkówna N., Wilno, Wielka 28, m. 11.
86. Lilpop W., Warszawa.
87. Larson Ch., Lida, Krzywa 11.
- 87a. Łepkowski Wincenty Prof. Dr. Kraków.
88. Mancewicz Eugenjusz, Dr. Wilno.
89. Mongirdowa Dr. D., Wilno.
90. Miasuski, Oszmiany.
91. Mostkowa F., Ejszyszkij Lidzkie.
92. Mackiewiczowa Dowger H., Wilno, Zawalna 22/1.
93. Mant M., Wołkowysk, Kościuszki 4.
94. Mazur R., Sosnowiec, Kołtataja 8.
95. Mozes R., Wilno, Wielka 5.
96. Metasianowa, Warszawa, Kościelna 12.
97. Kokrzycki Antoni, Warszawa, Kredytowa 16.
98. Marem J., Wołkowysk, Kościuszki 49.
99. Mesz Daniel, Warszawa, Nowy Świat 2.
- 99a. Mikulski Andrzej, Wilno, Sto Jerska 3.
100. Nowakówna Anna, Częstochowa, Strażacka 12.
101. Nowicka Stanisława.
102. Nadelman Ruwim, Wilno, Pohulanka 15.
103. Ostaszewski Władysław Dr., Warszawa, Żórawia 18, m. 6.
104. Orłowski M., Warszawa.
105. Odłanicka W., Wilno, Moniuszki 8, m. 2.
106. Pinkert J., Warszawa.
107. Pochitonow Mikołaj, Wilno, 3 Maja 7.
108. Płosberg, Wilno, Wielka 5.
109. Pupke, Lida.
110. Pasiński Władysław, Wilno, Mostowa 9.
111. Pudrowska Jadwiga, Wilno, Jagiellońska 10, m. 2.
112. Pasker Szaul, Wilno, Ostrobramska 22, m. 10.
113. Przybylski J., Warszawa, Warecka 12.
114. Reches J., Wilno, Trocka 8, m. 1.
115. Rybołowicz, Płock, Piłsudskiego 2.
116. Rimer Andrejewa Marja, Wilno, Mickiewiczza 4, m. 5.
117. Rubinsztein R., Postawy, Zarzeczna.
118. Rubinsztein D., Wilno, Mickiewiczza 35.
119. Rejzenberg M., Wilno, Wielka 35.
120. Rabinowicz D., Sosnowiec, Kołtataja 8.
121. Stukator Marja, Lida, Suwalska 48.
122. Szklawer Z., Wilno, Zarzeczce 20, m. 2.
123. Syrtoff J., Grodno, Zielona 8.
124. Spalwe Władysław, Kraków, Koszary 20 pułku piechoty.
125. Sadokierski Dr., Łódź, Piotrkowska 164.
126. Sliosberg J.
127. Szmigielski Jan, Białystok, Sienkiewiczza 7.
128. Szwedzki G., Zdziecioł, pow. Nowogródzki.
129. Szlagman Berta, Sopockinie, pow. Augustowski.
130. Szachnowicz Sz., Wilno, Zygmuntowska 28, m. 47.
131. Siemiaszko Jadwiga, Warszawa, Mianowskiego 16.
- 131 a Szpindlerowa Adamowa.
132. Szmerc B., Wilno, Kalwaryjska 11, m. 5.

- | | |
|--|---|
| <p>133. Szogon Leon, Antopol Poleski.
 134. Słowel N.
 135. Szmitow Leja, Wilno, Słowackiego 24.
 136. Sinajko R., Iwie nad Lida.
 137. Szneer S., Wilno, Szopenowska 1, m. 24.
 138. Szer B., Wilno, Ostrobramska 29.
 139. Szapiro Ignacy, Warszawa.
 140. Szatbholt Herman, Busko Zdrój, Kieleckie.
 141. Slucki J., Wilno, Kwaszelnia 11, m. 6.
 142. Szatensztejn Sol., Wilno, Wileńska 25, m. 4.
 143. Sztukator Maks, Lida, Suwalska 37.
 144. Stępniewska E., Warszawa, Marszałkowska 109, m. 4.
 145. Stokowski Michał, Konin, Słupecka 5.
 146. Stokowski A., Warszawa, Focha 8.
 147. Sosnowska Z., Płock, Tumska 8, m. 6.
 148. Świechowska, Wilno, Garbarska 7, m. 3.
 149. Tropp Dawid, Wołkowysk, Zamkowa 10.
 150. Tegner H., Białystok.
 151. Trejwurz H., Białystok, Lipowa 13.
 152. Ujejski A., Warszawa, Krucza 5, m. 4.
 153. Wincz Małachowska Marja, Wilno, Wielka Pohulanka 6, m. 20.</p> | <p>154. Wilcz, Warszawa.
 154a. Wilga Hilary, Prof. Dr., Warszawa, Kopernika 12.
 155. Wolański Adam, Wilno, Wileńska 26, m. 6.
 156. Wisмонтówna Marja.
 157. Wołyńcowa Speelwe.
 158. Wojewódzka Anna, Warszawa, Śniadeckich 33.
 159. Witkowska Janina, Łódź, Zamenhofa 4.
 160. Wolański Adam, Wilno, Wileńska 26.
 161. Wulstroberżyna, Wilno, Antokol, Piaski 5, m. 4.
 162. Wierblumska D., Grodno, Bankowa 25.
 163. Wilkomirskij J., Wielka 19, m. 3.
 164. Wencławowa, Warszawa.
 165. Zeligman Marja, Wilno, Arsenalska 4, m. 10.
 166. Zarecka, Grodno, Skarbska 12.
 167. Zeńczak Marjan, Dr., Warszawa, Marszałkowska 140.
 168. Zakrzewska Bogumiła, Warszawa.
 169. Zandowicz, Grodno, pl. Batorego 2.
 170. Zalcman, Warszawa.
 171. Żukowska Janina, Wilno, Jasińskiego 15.</p> |
|--|---|

Razem 177 uczestników, po doliczeniu nazwisk pod numerami z dodatkiem a.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Protokół posiedzenia odbytego w dniu 28 września 1929 r. w Wilnie.

Obecni: pp. prof. Cieszyński, Mancewicz, Jarząb, nieobecni: Łepkowski, Meissner, Wilga, Zeńczak, Allerhand, Ujejski.

Wytłumaczyli nieobecność: prof. Meissner, dr. Allerhand, zapowiedział opóźnienie prof. Wilga.

Przewodniczący: Prof. Cieszyński.

A) Wspólne posiedzenie z Komisją statutową. Do Komisji statutowej wybrano na pierwszym posiedzeniu IV polskiego zjazdu stomatologicznego w dniu 26. IX. 29 r. w Wilnie kol. Stokowskiego, Wolańskiego i Germana. Komisja wybrana przygotowała poprawki do § 8, 14, 15, 26 oraz jeden dodatek i oddała referat napisany stałej Delegacji. Na posiedzenie wspólne nie przybył żaden z członków delegacji. — Wobec tego stała Delegacja w składzie wyżej podanym rozpoczęła dyskusję nad poprawkami.

Proponowano poprawkę do § 8 aby skreślić ustęp 2, który opiewa „O ile Polski Zjazd Stomatologiczny tworzy Sekcję Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, tylko ci mogą być uważani za zwyczajnych członków Pol. Zjazdu stomatologicznego, którzy się zgłoszą za pośrednictwem

M. K. O. Sekcji stomatologicznej i otrzymają prócz karty uczestnictwa na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich także osobną kartę uczestnictwa na Polski Zjazd Stomatologiczny". Na skutek wyjaśnienia prof. Cieszyńskiego, stwierdzającego konieczność pozostawienia M. K. O. możliwości kontroli nad zgłaszającymi się członkami Zjazdu w myśl ustępu III § 6. pozostawiono II ustęp § 8. w brzmieniu projektu.

Poprawkę do § 14 ustęp 2 przyjęto. „Tematy główne przeznaczone są na posiedzenia główne, tematy zaś inne na posiedzenia sekcji. Referaty na tematy dowolne mogą być jednak również wstawiane w program posiedzeń wspólnych“.

Poprawkę do § 15 odrzuca się, ponieważ przewodniczący sekcji wybrany przez Zjazd może być nieobecny i trzeba będzie przystąpić do wyboru nowego, jakoteż sekretarzy i zastępców. Odpowiedzialnym za techniczną stronę sekcji (aparaty, sale itp.) oraz zorganizowanie Sekcji Zjazdu — od początku do końca jest gospodarz wyznaczony przez M. K. O.

Poprawkę do § 26 przyjęto, brzmi więc: Z pośród głównych organizacji zawodowych i naukowych (zamiast względnie).

Uzupełnienie do § 25 odrzucono.

Do statutu uchwalono dołączyć: § 27 a. Organem Stałej Delegacji jest Polska Dentystyka, w której mają być drukowane protokoły posiedzeń, komunikaty i sprawozdania Stałej Delegacji oraz Zjazdów. Umieszczane mają być również streszczenia referatów, wygłoszonych na Zjazdach, o ile nie zostaną wydrukowane w osobnej książce zjazdowej.

Posiedzenie zakończono o godzinie 12 min. 30.

Protokół podpisali: prof. Cieszyński, Wilga, Mancewicz, Zeńczak, Jarzab.

B) Posiedzenie ścisłe stałej Delegacji. Przybyli prócz uprzednio obecnych prof. Wilga, Łepkowski, Zeńczak. Prof. Łepkowski i Zeńczak odchodzą w toku dyskusji na posiedzenie naukowe Zjazdu.

Prof. Cieszyński przedstawia stan kasy stałej Delegacji:

Stan kasy Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych.

W dniu 12 stycznia 1929 złożono w Banku Związku Spółek Zarobkowych we Lwowie kwotę przyslaną ze Zjazdu Krakowskiego w wysokości	1.130 zł
26. V. 1929. przekazano Zjazdowi w Wilnie na ręce Dra E. Mancewicza kwotę	1000 „
Pozostałość w Banku Związku Spółek Zarobkowych — Lwów	130 zł

Prof. A. Cieszyński.

Przyjęto do wiadomości i udzielono absolutorjum.

w Wilnie, dnia 28. IX. 1929.

(—) H. Wilga

(—) J. Jarzab

(—) E. Mancewicz

Dr. Mancewicz nadmienia w sprawozdaniu kasowym: Od Stałej Delegacji otrzymał do dyspozycji Zjazdu 1000 zł, z czego pokrył dotychczasowe wydatki w sumie około 450 zł.

Prof. Wilga zawiadamia o wydatkach Warszawskiego Komitetu miejscowego na cele propagandowe Zjazdu w sumie około 300 zł, prosząc o zwrot.

Obecni uważają, że koszta organizacyjne XXII sekcji stomatologicznej winny być pokryte z funduszków XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, ponieważ członkowie sekcji stomatologicznej wpłacili swój udział do Centralnej Kasy Zjazdu. Wobec powyższego uchwalono aby M. K. O. Wileński XXII sekcji i Miejscowy Komitet Warszawski przedłożyli rachunki wraz z załącznikami w przeciągu 2 tygodni. Komitet Wileński zarazem poczyni starania o uzyskanie zwrotu wydatkowanych sum.

Sprawa funduszu naukowego im. prof. Łepkowskiego z remanentu Zjazdu Stomatologicznego III w Krakowie.

Ponieważ sprawa funduszu nie została definitywnie załatwiona na posiedzeniu stałej Delegacji w dniu 2 lutego 1929 r. i tylko udzielono absolutorjum z przedłożonego sprawozdania, dotyczącego organizacji Zjazdu Krakowskiego, uchwalono jednogłośnie zażądać od Komitetu Miejscowego Krakowskiego przedłożenia konkretnych wniosków co do dyspozycji funduszu naukowego im. prof. Łepkowskiego do aprobaty przyszłej Stałej Delegacji do dnia 1 stycznia 1930 r. najpóźniej. Żądania uzasadnia się możliwością dysponowania funduszami Zjazdu tylko przez stałą Delegację, a co do funduszków na cele naukowe, to mogą być one przeznaczone tylko uchwałami Zjazdu, stosownie do statutu § 26 ust. 4.

Referat sprawozdawczy przewodniczącego Komitetu Miejscowego w Wilnie zostanie przesłany w przeciągu tygodnia.

Wolne wnioski:

W przyszłości należy dążyć ażeby organizacja zjazdów stomatologicznych kierowała się ściśle według nowego statutu, przede wszystkim należy **referaty wcześniej zgłaszać**, najpóźniej 3 miesiące przed terminem Zjazdu.

Statut do zatwierdzenia uchwalono przedłożyć Zjazdowi w dniu dzisiejszym, t. j. 28. IX. 1929 r. o godz. 18 min. 30, poczem urządzić wybory do przyszłej Stałej Delegacji.

Do Stałej Delegacji mają być wybrani z pośród Organizacji Zawodowych i Naukowych — 3 kolegów w charakterze członków, oraz 3 zastępców.

Obecna Stała Delegacja proponuje kolegów: 1) Stokowski albo Mokrzycki, 2) Wolański albo Bobrowska, 3) Ujejski albo Sachs, 4) Drozdowski albo Wodniecki, 5) Gorczyński albo Allerhand, 6) Skutecka albo Zabilski.

Ustalenie listy ostateczne nastąpi w przerwie obiadowej po porozumieniu się z delegatami organizacji, obecnymi na Zjeździe.

Po zebraniu naukowym wieczorem nastąpi posiedzenie konstytucyjne i wybór Zarządu Stałej Delegacji, zwołuje je prof. Cieszyński.

Do § 16 statutu na zebraniu przedpołudniowym stawia się wniosek: **Miejscem następnego Zjazdu ma być Poznań, o ile to miasto nie zostanie obrane na XIV. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w przeciwnym razie Lwów. Decyzja ostateczna nastąpi na zebraniu popołudniowym o godz. 18 min. 30. Termin zjazdu oznaczony zostaje za dwa lata w czasie Zielonych Świąt lub Świąt Piotra i Pawła.**

A. Cieszyński.

Proponowane poprawki i uzupełnienia do Statutu zostały przyjęte na wspólnem posiedzeniu IV. Pol. Zjazdu Stomatologicznego w Wilnie w d. 28. IX. 1929. o godz. 7^{1/2} wieczorem. (zob. Protokół zjazdu). — Uchwalono następnie, że **V. Polski Zjazd Stomatologiczny ma się odbyć za dwa lata we Lwowie.**

Statut Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych zostanie wydrukowany w 100 egzemplarzach.

A. Cieszyński.

Zebranie Konstytucyjne Stałej Delegacji Pol. Zjazdów Stomatologicznych odbyte w Wilnie dnia 28. IX. 1929 r.

Obecni: Prof. Cieszyński, Prof. Wilga, Lek. dent. Jarzab, Dr. Zeńczak, Lek. dent. Mokrzycki, Lek. dent. Ujejski, Lek. dent. Bobrowska, Dr. Mancewicz.

Wybrano przewodniczącym: Prof. Cieszyńskiego, sekretarzem: Dra Gorczyńskiego.

Wybrano członkami: Dr. Wodnieckiego (Kraków), Dr. Skutecką (Poznań), Lek. dent. Ujejskiego (Warszawa).

Zastępcami: Lek. dent. Mokrzyckiego (Warszawa), Lek. dent. Bobrowską (Wilno), Dr. Gorczyńskiego (Lwów).

Adres Stałej Delegacji Pol. Zjazdów Stomatologicznych: **Lwów, Zielona 5 a. Tel. 1175.**

Wilno, dnia 28. IX. 1929.

Dr. Gorczyński, sekretarz.

Cieszyński, przewodniczący.

Ruch w Towarzystwach.

Protokół Walnego Zgromadzenia P. K. N. — F. D. I.

odbytego w Wilnie w dn. 28. IX. 1929 o godz. 16. w mieszkaniu kol. dent. Wolańskiego.

Obecni: Prof. Cieszyński, Prof. Wilga, zast. Prof. Dr. Mancewicz, zast. Prof. Dr. Zeńczak, zast. Prof. lek. dent. Jarzab, Dr. Gorczyński jako przedstawiciel Związku stomatologów we Lwowie, lek. dent. Stokowski, Lek. dent. Wolański.

Nieobecni: sekretarz PKN. — FDI. Dr. Allerhand, Dr. Atlas, lek. dent. Bloch, Dr. Cykowski, Prof. Meissner, Dr. Merunowicz, lek. dent. Midler, lek. dent. Mikulski, lek. dent. Ujejski, Dr. Wodniecki. (Podano miejsce i czas posiedzenia definitywnie na tablicy w sali anatomji opisowej, prawdopodobnie kol. Ujejski i kol. Midler tego zawiadomienia nie czytali).

Prof. Cieszyński komunikuje, że kol. Ujejski wraz z proponowanym Kol. Midlerem będą mile widziani w Komitecie Narodowym F. D. I.

Porządek obrad:

1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zebrania w Poznaniu. Protokół odczytuje Kol. Dr. Zeńczak.

Protokół po odczytaniu zatwierdzono bez zmian. Przy czytaniu protokołu postawiono szereg wniosków. Uchwalono jednomyślnie, żeby p. Prof.

Wilga jako przewodniczący Towarzystwa Stomatologów w Warszawie zaproponował temu Towarzystwu wstąpienie do P. K. N. — F. D. I. w Warszawie i żeby zaznaczył, że nie zależy Walnemu Zgromadzeniu P. K. N., aby powiększyć fundusze P. K. N., ale że zależy na tem, żeby pozyskać jak najwięcej kolegów dla ideowej współpracy. Dlatego też w razie przystąpienia Towarzystwa Stomatologów w Warszawie do P. K. N. — F. D. I., Towarzystwo to będzie opłacać wkładkę do P. K. N. na warunkach ulgowych, t. zn. proporcjonalnie do liczby swych członków, podobnie do opłaty wkładki, jaką uiszcza Związek Stomatologów i lek. dent. w Krakowie.

Przewodniczący komunikuje, że skład poszczególnych Komisji ogłoszony jest w Polskiej Dentystyce na str. 284 w numerze zjazdowym 1929.

Następnie uchwalono, aby polecić sekretarzowi P. K. N. (Dr. Allerhandowi), ażeby na mocy uchwały z dnia 19. V. 1929 zaprosił do Komisji P. K. N. wszystkie te osoby, które dotychczas do niej nie należały. Pismo takie ma być wystawione w porozumieniu z przewodniczącymi poszczególnych Komisji z terminem najdalej do 15. listopada 1929 r.

Poleca się zast. Prof. lek. dent. Jarzabowi sformułowanie pisma do Rady Profesorów P. I. D., w którym stosownie do uchwały P. K. N. postawi wniosek przedłużenia studjów do lat pięciu, jakoteż ażeby liczba kobiet przyjmowanych na studia w P. I. D. uległa zmniejszeniu. Pismo to ma być przesłane przez Centralę lwowską do P. I. D. w Warszawie jako uchwała Walnego Zgromadzenia P. K. N. — F. D. I. w Wilnie z dnia 28. IX. 1929.

Walne Zgromadzenie przyjmuje to do wiadomości i aprobuje treść wniosków przedstawionych przez delegata FDI. na Polskę na Zjazd w Utrechcie w r. 1929 i wyraża podziękowanie Prof. Cieszyńskiemu za odczucie potrzeb polskiej dentystyki.

Ponieważ Prof. Wilga musi być obecnym na posiedzeniu sekcyjnym, prosi o głos w sprawie Komisji Higieny. Prof. Wilga oświadcza, że na razie prace nie zostały rozpoczęte, obiecuje jednak określić program pracy, rozdać referaty i rozpocząć robotę. Prof. Cieszyński obiecuje przesłać biuletyny z ostatnich lat, które zawierają prace Komisji Higieny F. D. I. Następnie Prof. Cieszyński proponuje, żeby do tej komisji kooptować Prof. Mancewicza z Wilna jako członka Komisji Higieny.

Zast. Prof. Dr. Mancewicz komunikuje, że niezależnie od Komisji Higieny FDI. miał w Wilnie 18 wykładów dla lekarzy szkolnych oraz 1 wykład dla szerszej publiczności przez radio p. t. Higiena jamy ustnej wieku dziecięcego.

Komisja Deontologii opracuje plan pracy w podkomisjach historycznej i almanachowej. Uchwalono jednomyślnie.

Prof. Cieszyński komunikuje, że w dniu 25. IX. b. r. odbyło się posiedzenie docentów w Warszawie, które uchwaliło, ażeby żadne wnioski odnoszące się do studjów dentystycznych nie były stawiane na zjeździe. Dalej, że sprawa studjów w ma być załatwiona przez Związek Docentów i to w ten sposób, by wszelkie zmiany odbywały

się drogą ewolucyjną; przedłużyć należy studia conajmniej do lat 5-ciu i przemianować je z dentystycznych na stomatologiczne.

Inicjatywa w tym kierunku ma wyjść dopiero po uzyskaniu przez Państwowy Instytut dentystyczny w Warszawie pełnych praw uczelni akademickiej.

Komisji Mianownictwa poleca się rewizję mianownictwa dentystyczno-stomatologicznego polskiego i uzupełnienie wydawnictwa wydanego przez lek. dent. Krakowskiego.

O zorganizowaniu prac Komisyj, przewodniczący mają zdać sprawozdanie pisemne delegatowi na Polskę do dnia 15. I. 1930. r. Tak samo ma postąpić Komisja Higieny.

Co do wniosków o subwencję, Prof. Cieszyński zauważa, że podobny wniosek można przedłożyć wtedy, gdy Komisje przedłożą budżety na konkretne prace. Odnosi się to tak do wniosków do Ministerstwa jak i Stałej Delegacji Zjazdów. Uchwalono, żeby Komisje P. K. N. przedkładały wnioski budżetowe na konkretne prace Walnemu Zgromadzeniu P. K. N. a na razie starały się o pokrycie wydatków z własnych funduszków lub z funduszków zebranych z własnej inicjatywy.

Uprasza się przewodniczącego Centralnej Rady o propagandę P. K. N. wśród organizacji należących do Centralnej Rady.

Kol. przewodniczący Centralnej Rady lek. dent. Stokowski przyjmuje to do wiadomości.

Proponuje się, ażeby należąca do P. K. N. organizacja: „Związek lekarzy-dentystów P. P.” zapłaciła na razie wkładkę na rok 1929 oraz 30% wkładek zaległych.

Komunikaty. Komunikaty ogłaszane są w Polskiej Dentystyce.

Z Komisyj F. D. I. zagranicznych nadeszły do Komisji Higieny i Dokumentacji pisma, które zostały przesłane przewodniczącym odpowiednich Komisyj.

Sprawozdanie kasowe — referuje Dr. Zeńczak.

Wykazano w przychodzie 947.66 zł.

w rozchodzie 221.61 zł.

pozostałość w gotówce 726.05 zł.

Zaległe wkładki 96 \$ am.

Komisja skontrolująca uznała obecny prowadzenia rachunków za właściwy i znalazła wszystko w porządku.

Ogłoszenie dłużników ma nastąpić dopiero po 1. listopada b. r., po którym to czasie zostaną wymienieni w końcowem sprawozdaniu. Sprawozdanie to będzie wydrukowane w organie P. K. N. „Polskiej Dentystyce“.

Ustanowienie programu następnego posiedzenia P. K. N. porucza się przewodniczącemu.

Oznaczenie terminu następnego Walnego Zgromadzenia porucza się przewodniczącemu.

Kol. Stokowski wyraża życzenie, ażeby Walne Zgromadzenie celem zaoszczędzenia kosztów wypadło równocześnie z posiedzeniami Centralnej Rady.

Prof. Cieszyński uważa, że najbardziej odpowiednim terminem dla następnego Walnego Zgromadzenia jest czas Wielkiejnocy. — Poleca się kol. Gorczyńskiemu opracowanie protokołu do dnia 10-ciu.

Wilno, dnia 28. IX. 1929. godz. 18.

Podpisali protokół:

Cieszyński

Jarząb

Zeńczak

Stokowski przew. Centr. Rady

Mancewicz

Wolański

Dr Gorczyński w zast. sekretarza.

Prof. Dr. Wilga nie podpisał protokołu, ponieważ wyszedł wcześniej na posiedzenie Sekcji.

Komunikaty Zarządu Związku Lekarzy Dentystów Chrześcijan.

Wobec uciążliwego dostarczania przez inkasenta „Polskiej Dentystryki“ **Redakcja będzie takową przysyłać wprost Członkom Związku.**

Zarząd Związku prosi Szanownych Członków o zawiadomienie bezwzględnie kancelarię Związku o zmianie adresów, gdyż w przeciwnym razie nie bierze odpowiedzialności za niedoręczenie pisma.

Zarząd przypomina, że składki członkowskie należy wносить na ręce Skarbnika Kol. Zawadzkiego (Zielna 7) do połowy miesiąca rozpoczynającego się kwartału, poczem składki będą ściągane przez inkasenta za doliczeniem 10%.

Zmarli członkowie Związku:

ś. p. Julian S z y d z i ń s k i, Lekarz Dentysta, b. Prezes Towarzystwa Lek. Dent. Warszawskich i b. Prezes Związku Lek. Dent. Chrześcijan;

ś. p. Ludwik S z y m a ń s k i, Lekarz Dentysta, b. właściciel Szkoły dentystrycznej;

ś. p. Antoni K r a u z e, Lekarz Dentysta.

Cześć ich pamięci.

Biblioteka Związku Stomatologów Iwowskiej Izby Lekarskiej, obejmująca 90 tomów stoi do dyspozycji kolegów w każdą środę między godz. 7—8 po poł. w lokalu bibliotekarza Dr. Brillą przy ul. Batorego 34.

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE ZA ROK AKADEMICKI 1928/29.

Compte rendue annuelle (1928/29) de l'Institut stomatologique de l'Université de Jean Casimir à Lwów.

Jahresbericht des Zahnärztlichen Instituts der Johann-Casimir Universität zu Lwów (1928/29).

Doc. pol. 7,812

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Doc. int. 616,31(07)

Sity pomocnicze: Asystent starszy: Józef Jarząb, lek.-dent.
 " " Mieczysław Jankowski, Dr. med.
 " " Adela Bardaschówna, Dr. med.

Książkowa: Regina Orlicka.

Pomoenik techn.-dent.: Walerja Grdović.

Pomoenice dentystyczne: Olga Euniówna od 1/IX. 1928 do 28/II 1929.

Anna Obalewska od 1/III 1929

Zofja Schwormówna.

Służący operacyjny i pomoenik w prac. roentg.: Andrzej Wrona.

Woźny pomocniczy: Piotr Hnatyszyn od 1/XI. 1928 do 31/I 1929.

Jakób Basista od 10/II 1929.

WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW.

A) Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.

Starszy asystent: J. Jarząb.

	Rok 1927/28	1928/29	liczba resekowanych zębów	33
Ogólna ilość chorych (6762)	6317	6317	mianowicie: $\frac{1}{1} 10$	$\frac{1}{1} 1$
nowo przyjętych (4788)	3497	3497	$\frac{2}{2} 7$	
<i>Zabiegi chirurgiczno-stomat.:</i>				
A. Ekstrakcje zębów:				
ogółem (4111)	3303	3303	$\frac{3}{3} 6$	$\frac{3}{3} 1$
typowych	3125	3125	$\frac{4}{4} 5$	
atypowych	278	278	$\frac{5}{5} 3$	
ze seperacją korzeni	184	184	górnych 31; dol. 2	
z dłutowaniem	92	92	wypełniono korzeni przed oper. paraf. 24+2	
z dłutowaniem zatrzymanych $\frac{8}{8}$	2	2	wypełniono podczas operacji amalganem od szczytu 7	
B. Znieczulenia:				
a) zapomocą wstrzykiwań:				
ogółem	2518	2518	2. Nowotwory:	
miejscowe	1443	1443	kostniaki	1
mandybularne	1075	1075	wyrośla kostne	2
mandybul. via exter.	3	3	dziaślaki	2
do for. rot.	1	1	Torbiele:	
do for. infraorb. v. externa	3	3	a) korzeniowe	22
b) za pomocą zamrożenia:	120	120	od zębów	$\frac{1}{1} 1$; $\frac{1}{1} 1$
c) za pomocą uspienia:			$\frac{2}{2} 6$	
ogółem	3	3	$\frac{1}{3} 1$; $\frac{1}{3} 1$	
chlorkiem etylu	2	2	$\frac{4}{4} 3$	
eterem i chloroformem	1	1	$\frac{5}{5} 1$	
C. Inne zabiegi operacyjne:				
1. Resekcje szczytu korzeni:				
u chorych	28	28	$\frac{6}{6} 3$; $\frac{1}{6} 1$	
			$\frac{7}{7} 3$	
			$\frac{11}{11} 1$	
			górne 19; dolne 3	

b) zawiązkowe (od 2 i 8)	2	Otwarcie ropni podniebien	2
3. Ścięcie wyrostka zębodoł	2	„ „ przygardłowych	1
Wyrównanie brzegów kostnych	160	„ „ podokostnow.	140
4. Przetoki licowe i bródkowe	6	8. Osteomyelitis: pochodzące od zębów	6
5. Leczenie ropnego zapalenia jamy szczękowej	7	na tle grypy	1
Operowano od wyrostka zębodoł	5	„ „ nieznanem	1
Operow. od fossa canina	2	9. Sekwestromja	7
6. Gingiwiektomia	12	10. Opatrunków	934
mianowicie: przy zębach		11. Leczenie rwy nerwu trójdzielnego*)	16
tylko z wycięc. dziaseł	8; 46	Injekcje alkoholu: u kobiet	5
wraz z wygładzen. kości		u mężczyzn	1
(rad.oper.Cieszyńskiego)	4; 24	(w tem leczono dawniej 2) wyleczonych wstrzykiwaniami alkoholu	5
	12; 70	naświetlaniami Rg.	1
7. Ropowice: a) pochodzące od periodontitis apicalis	10	12. Leczenie obraż. szczękowych	5
b) przy utrudnionym wyrzynaniu się 8 i 8	2	w tem zuchwy	3
c) przy osteomyelitis	4	górnej szczęki	2
	16	13. Varia: martwica podniebienia na tle białaczki	1
Otwarcie ropowic od zewn.	11	Ca. maxillae (leczono radem)	1
„ „ od wewn.	5	Sa, mand.	1

*) Neuralgia n. trigemini:

Injekcja do Foramen

Ramus	I	II	III	front.	infra-orb.	rot.	ovale	G. Gasseri	Razem
Przyp. 1)	I+II			1					1
2)	II+III					1	1		2
3)	III						1	1	2
4)	II+III				1		1		2
5)	II+III				1		1		2
6) obustr. (!)	II+III				1	2	3	1	7
	1; 5; 5			1	3	3	7	2	16

Wszystkie przypadki zostały wyleczone.

B) Oddział II. zachowawczy.

Starsza asystentka Dr. A. Bardaschówna.

	W roku 1927/28		1928/29
Ogólna liczba wizyt		4191	4127
Pacjentów nowych		625	2138
Wkładek fenol.	1029	Wypełnień stałych:	
„ trójkrezol-form.	807	„ cementem	164
„ fenolo-kamf.	1053	„ silikatem	530
Zatruc. arsenikiem	639	„ amalgamem	1094
Wypełnień korzeni:		„ wkładów (inlay)	138
„ pasta	436)		
„ parafiną	114)		
	550		1926

C) Oddział III. protetycznyStarszy asystent: *Dr. Mieczysław Jankowski.*

Prace wykonane dla pacjentów:

(Prace fantomowe nie są objęte statystyką)

	W roku 1927/28		1928/29
Ogólna liczba wizyt	1296		980
Pacjentów nowo przyjętych	237		198
<i>Prace w kauczuku:</i>			
Liczba protez górnych 30)	51		
„ „ „ dolnych 21)			
Napraw kauczukowych	23		
Liczba zużytych zębów gór. i dol. 607			
<i>Prace w metalu:</i>			
Koron złotych	48		
Zębów ćwieków. Richmonda	14		
Zębów ćwieków. Dübla	1		
<i>Mostków złotych</i>	40		
(Członów w mostkach 126)			
Zębów platyn. w mostkach			67
Koron „ „			38
Zębów ćwieków. „			14
<i>Prace ortopedyczne:</i>			
Krzywych pochyłych			5
Szyn Warnekrosa i innych syst.			3
Zatykańel po resekcji szczęki gór.			2
Zatykańel przy rozszczepach szczęk			2
Zatykańel przy otwartej j. szczę- kowej			5

D) Oddział roentgenologiczny.

Zdjęcia u pacjentów: 369	Zdjęć intraoralnych: 908	Zdjęć ekstraoralnych: 120	Ogółem: 1028
--------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------

Odesłano do roentgenoterapii

Ropowic	3
Neuralgji	1

Leczono radem klinicznie:

Carcinoma maxillae	1
------------------------------	---

E) Oddział chorych klinicznych.

(Od I. IX. 1928 do 31. VIII. 1929)

Liczba chorych	mężczyzn	kobiet	dni choroby
32	18	14	389
w tem miało utrzym. i pobyt bezpł.	1	4	32

Uzupełnienie do protokołu Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. z dn. 19/V. 1929 (cf. Pol. Dent. 1929/3. str. 158.
Zestawienie kasowe P. K. N. — F. D. I. za lata 1927, 1928, 1929 do dnia 25/IX 1929.

P R Z Y C H Ó D	§	Zł	R O Z C H Ó D	§	Zł
1927.			1927.		
Składka za rok 1927:			27. XII. Zwrot częściowy za reprezentację de- legata Prof. Cieszyńskiego — Zjazd w Ko- penhadze 1927	90.—	802.80
Związek Stomatologów Lwowskich	15.—	133.80		90.—	802.80
Związek Lekarzy-dentystów i olaków, Wilno	25.—	223.—			
Związek Lek.-dent. b. zab. prusk., Poznań	25.—	223.—			
Związek Lek.-dent. Chrzescijan, Warszawa	25.—	223.—			
1928.			1928.		
Składka za rok 1928:			30. VII. Zwrot częściowy za reprezentację de- legata Prof. Cieszyńskiego — Zjazd w Ko- lonji 1928	110.—	978.75
Związek Stomatologów Lwowskich	90.—	802.80	6 XI. dtto	11.24	100.
reszta za r. 1927 § 10—			31. XII. Portorja, druki. telegramy	1.83	17.84
za r. 1928 § 25—			R e m a n e n t	4.17	36.16
Związek Lekarzy-dentystów Polaków, Wilno	35.—	310.75		127.24	1.132.75
Związek Lek.-dent. b. zab. prusk. Poznań	25.—	222.50			
Związek Lek.-dent. Chrzescijan, Warszawa	25.—	222.50			
Związek Stomatologów Krakowskich	25.—	223.—	13. V. Wydatki na portorja, druki, telegramy, etc.	24.81	221.61
Prof. Wilga Warszawa składka członkowska	11.24	100.—	Remuneracja za prace kancelar.	81.60	726.05
Dr. Zeńczak, Warszawa	2.—	18.—	R e m a n e n t	106.41	947.66
Prof. Lepkowski, Kraków	2.—	18.—			
Prof. Lepkowski, Kraków	2.—	18.—	Wierzytelności w dniu 27. IX. 1929:		
1929.			Nie zapłacone składki:		
Składka za rok 1929:			Związek Lek.-dent. P. P. Warszawa za rok 1927	25.—	222.50
Związek Stomatologów Lwowskich	4.17	36.16	" " " " " za rok 1928	25.—	222.50
Związek Lekarzy-dentystów Polaków, Wilno	25.—	222.50	" " " " " za rok 1929	25.—	222.50
Związek Lek.-dent. b. zab. prusk. Poznań	10.—	90.—	Związek Lek.-dent. b. zab. prusk., Poznań	15.—	133.50
Związek Lek.-dent. Chrzescijan, Warszawa	25.—	222.50	reszta za rok 1929		
Związek Stomatologów Krakowskich	11.24	100.—	Prof. Meissner, Warszawa	1.—	8.90
Prof. Wilga, Warszawa, składka członkowska	2.—	18.—	" " " " " za rok 1928	1.—	8.90
Dr. Zeńczak, Warszawa	2.—	18.—	" " " " " za rok 1929	2.—	17.80
Prof. Lepkowski, Kraków	2.—	18.—	Dr. Czernecki, Warszawa-Lwów	1.—	8.90
R e m a n e n t			" " " " " za rok 1928	1.—	8.90
	127.24	1.132.75			
Składka za rok 1929:			R a z e m	96.—	854.40
Związek Stomatologów Lwowskich	106.41	947.66			
reszta za r. 1928 § 10—					
za r. 1929 § 25—					
Związek Lekarzy-dentystów Polaków, Wilno	4.17	36.16			
Związek Lek.-dent. b. zab. prusk. Poznań	25.—	222.50			
Związek Lek.-dent. Chrzescijan, Warszawa	10.—	90.—			
Związek Stomatologów Krakowskich	25.—	222.50			
Prof. Wilga, Warszawa, składka członkowska	11.24	100.—			
Dr. Zeńczak, Warszawa	2.—	18.—			
Prof. Lepkowski, Kraków	2.—	18.—			
R e m a n e n t					
	106.41	947.66			
Sprawdzono:					
A. Ujejski					
A. Stokowski					
Wilno, 27/IX 1929.					
Dr. Zeńczak					

Przypadki leczone klinicznie:

1 Abscessus parapharyngeus,
 1 Abscessus subperiostalis maxillae,
 1 Carcinoma maxillae (Radiotherapia),
 4 Cystis radicularis,
 1 Empyema sinus maxillaris,
 1 Fistula buccalis,
 3 Fractura mandibulae,
 1 Haemorrhagia alveolaris post extentionem dentis,

1 Necrosis palati (Leukaemia),
 1 Neuralgia nervi trigemini bil teralis,
 1 Osteoma maxillae,
 7 Osteomyelitis mandibulae,
 7 Phlegmone faciei et colli origine dent.,
 1 Sarcoma maxillae.

II. RUCH PACJENTÓW.

		1927/28	1928/29
W oddziale	I. chirurg.-stomatologicznym	6.762	6.317
"	II. zachowawczym	4.191	4.127
"	III. protetycznym	1.296	980
"	IV. roentgenologicznym	361	369
"	V. klinicznym	40	32
Ogółem		12.650	11.825

III. Ilość studentów medycyny na kursach obowiązkowych dentyst.

R o k	Trymestr	Ilość zapisanych	Ukończyło ćwiczenia	Stary system		Nowy system Rok VI trym.XVI.	Według płci		Według wyzn.	
				Rok V	Rok IV		męż.	kob.	rz.-kat. (gr.-k.)	mojż.
1928/29	I.	105	93	1	6	98	92	13	82	23
	II. i III.	104	100	6	—	98	87	17	81	23
		209	193							
			92,34%							

Złożyło kolokwjum ze stomatologii w czasie od 18. I. 1927 — 25. X. 1929:

Z wynikiem celującym 29
 " " bardzo dobrym 29
 " " dobrym 53
 " " dostatecznym 55
 " " niedostatecznym 1

Ogółem 167

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

1928/29	I. i II. trymestr						III. trymestr						Razem w I, II, i III. trym.		
	Razem	mężczyzn	kobiet	wyżn. rz. k. i gr. k.	wyżn. moją.	stud. med.	Dr. med.	Razem	mężczyzn	kobiet	wyżn. rz. k. i gr. k.	wyżn. moją.		stud. med.	Dr. med.
Zapisało się na: Kurs protetyczny	14	7	7	7	7	1	13	4	—	4	3	1	1	4	18
Hospitanci	3	2	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3
Kurs dentystyki zachow.	14	6	8	8	6	3	11	8	4	4	4	4	1	7	22
Kurs roentgenologiczny	11	5	6	6	5	2	9	8	4	4	4	4	—	8	19
Ukończyło specjalizację i otrzymało poświadczenia															
w trymestrze I. i II.	4	1	3	2	2	—	4	1. (31) Dr. Appel Fryderyka 13/VII. 1929.							
" " III.	3	2	1	2	1	1	2	2. (29) Dr. Cició Ante 8/V. 1929.							
Razem	7	3	4	4	3	1	6	3. (11) Dr. Fałęcki Adam 31/I. 1929.							
								4. (26) Dr. Halpernowa Alicja 22/II. 1929.							
								5. (28) Dr. Krasowska Anna 29/III. 1929.							
								6. (30) Owiński Tad.*) 9/VII. 1929.							
								7. (19) Dr. Philippówna Rafaela 25/II. 1929.							

*) Otrzymał poświadczenie tymczasowe, ważne aż do otrzymania dyplomu lekarskiego.

Rozpoczęli i nie ukończyli specjalizacji a praktykują**) (Wykaz II.)

Nazwisko i imię	Rozpoczął specjalizację	Opuścił Instytut dent. U. J. K.	Ukończył kurs				Brak do ukończ. specjal. kursów:			
			protetyczny	dent. zachow.	stomat. chirurg.	protetyczny	dent. zachow.	stomat. chirurg.	roentg.	
Dr. Dynes Izak	5/10 923	10/7 924	1	2	—	3	1	1	1	
Dr. Elektorowicz Stefan ¹⁾	5/10 922	30/4 924	1 ^{1/3}	3	1	2 ^{2/3}	—	—	1	
Dr. Kulpiński Edward	8/12 923	31/7 924	2	2	1	2	1	—	1	
Dr. Löwenheck Bernard	5/10 924	10/7 925	1	1	—	3	2	1	1	
Dr. Reinówna Adela	15/1 924	20/12 924	1	2	—	3	1	1	1	
Dr. Zys Adam	14/5 924	15/9 925	2 ^{3/4}	2 ^{1/2}	1	1 ^{1/4}	1 ^{1/2}	—	1	
Dr. Kwiatkowski Kazimierz ¹⁾	1/10 924	10/9 928	3 ^{3/4}	2 ^{3/4}	1	1 ^{1/4}	1 ^{1/4}	—	—	
Dr. Niebyłowicz Jakób	15/5 925	30/5 926	2	—	—	2	1	1	1	
Dr. Piekarska Janina ¹⁾	1/10 924	14/4 928	3	2 ^{1/2}	1	1	1 ^{1/2}	—	—	
Dr. Blumenkranzówna Deb.	26/4 926	14/7 927	3	2	1	1	1	—	—	
Dr. Łubkowski Stefan ¹⁾	10/3 924	30/9 927	2	2	1	2	1	—	—	
Dr. Kunicki Tadeusz	6/10 928	20/3 929	2	—	—	2	3	1	1	
Dr. Bojko Michał ¹⁾	20/4 926	31/1 929	2	1	—	2	2	1	1	

**) Wykaz poprzedni w „Polskiej Dentystyce“ rok 1926, nr. 1, str. 53.

¹⁾ Znaczące przerwy w specjalizacji ponieważ rozpoczęto naukę podczas studiów lekarskich.

V. Wyszkolenie techników dentyst. i pomocnic dentyst.

Uczniów tech.-dent. (nauka trwa 3 lata)	Razem	mężcz.	kobiet	wyżn. rz.-kat.	Uczenie na pomocnicie dent. (nauka trwa 1½ roku)	Razem	wyżn. rz.-kat.	
Przyjęto	2	2	—	2	Przyjęto	5	5	
Odeszło nie ukoń- czywszy nauki . .	2	2	—	2	Ukończyły *) . . .	3	3	1) Burnatowicz Anna 3/12 1928.
Ukończyli 3-letnią naukę	—	—	—	—				2) Lachowicz Sta- niława 8/9 1927.
								3) Łuniówna Olga 20/2 1928.

VI. PRZYROST INWENTARZA (ważniejsze pozycje).

Automat gazowy Vaillanda do grzania ciepłej wody (900 zł); Waga osobowa (200 zł); Aparat kinowy Zeissa (1000 zł); Piła taśmowa „Liliput“ do cięcia kości, gipsu i drzewa (817 zł); bielizna — (płaszczki lekarskie, rękawiczki, serwety 834 zł).

BIBLIOTEKA.

Katalog obejmuje 967 dzieł; nowych przybyło 48. Abonowano następujące czasopisma:

Angielskie (amerykańskie):
Dental Cosmos,
Dental Items of Interest,
Internat. Journal of Orthodont. (R),
Medical Review of Reviews.

Francuskie:

Journal de Radiologie,
Revue de Stomatologie,
Semaine Dentaire. *

Niemieckie:

Ars Medici,
Dental Markt *,
Deutsche Monatsschrift f. Zahnheil.,
Klinische Wochenschrift,
Medizinische Klinik,
Misch: Fortschritte d. Zahnheilkunde,
Münchener Medizin. Wochenschrift,

Schweizerische Monatsschrift f. Zahn-
heilkunde,
Therapeutische Berichte,
Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde,
Zahnärztliche Mitteilungen,
Zahnärztliche Rundschau,
Die Zahnprothese,
Zeitschrift f. Zahnärztl. Metallurgie,
Zeitschrift f. Zahnärztl. Orthopädie,
Zeitschrift f. Stomatologie.

Polskie:

Kronika dentystyczna,
Lekarz Polski,
Medycyna doświadczalna i społeczna,
Nowiny lekarskie,
Polska Gazeta lekarska,
Przegląd chirurgiczny,
Przegląd dentystyczny,
Przegląd radiologiczny.

* = bezpłatnie; R = z fundacji Rockefellerera.

Prócz czasopism abonowanych przez Instytut dent. Uniw. J. K. przychodzą jeszcze następujące czasopisma wymienione do »Polskiej Dentystyki«:

Angielskie (amerykańskie):

The Aiderer,
Dental Items of Interest,
Indian Dental Journal,
Internat. Journal of Orthodontia

Czeskie:

Zubni lékařství,

Fińskie:

Finska Tandläkare,

Francuskie:
Bulletin de la Fédération dentaire
Internationale,
L'Odontologie,
La Presse Dentaire,
Revue Belge de Stomatologie,
La Therapeutie Dentaire,

Japońskie:
The Shikwa Shimo,

Niemieckie:
Dental Echo,
Deutsche zahnärztliche Wochen-
schrift,

Misch: Fortschritte d. Zahnheilk.
Therapeutische Berichte,

Polskie:
Biologia Lekarska,
Echo dentystyczne,
Lekarz Polski,
Wiadomości Związkowe,

Szwedzkie:
Tandlaegebladet,
Svensk Tandläkare Tidskrift,

Włoskie:
Brasil Odontologico,
Stomatologia.

VII. PRACE NAUKOWE Z INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIwersytetu JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE.

W czasie od 1. września 1928 do 31. sierpnia 1929 ogłoszono drukiem 15 prac, oddano do druku 7.

Wykaz prac Prof. Cieszyńskiego ogłoszonych drukiem.

(Numery w klamrach oznaczają bieżący numer prac autora).

1. (134) »Nowinom Lekarskim« w czterdziestolecie ich istnienia. — Bibliografia. Pol. Dent. 1928, str. 369 — 375.
2. (135) Sprawozdanie z działalności Instytutu dentystycznego U. J. K. za rok akademicki 1927/28. Pol. Dent. 1928, str. 397—404.
Sprawozdanie kasowe od 1. I. 1928 — 31. XII. 1928. Pol. Dent. 1929, nr. 3 str. 181.
3. (138) Sprawozdanie Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza za rok 1926/27. Lwów, 1928. Stron 74.
4. (143) Statut Zjazdów stomatologicznych. Projekt. (styczeń 1929). Pol. Dent. 1929, nr. 5, str. 276—280.
5. (148) Nekrolog Prof. Rudolfa Weisera. Pol. Dent. 1928, nr. 6, str. 405—406.
6. (149) Tłumaczenie ustawy »O wykonywaniu praktyki dentystycznej Rozp. Prezyd. Rz. P. z dnia 10. VI. 1927«. Zahnärztl. Mitteil. 1928, nr. 22.
7. (108a) Dwa interesantna slučaja folikularne zubne ciste. Atipičan položaj ukritog i zadržanog gornjeg očnjaka. Nov način vadenja zadržanog očnjaka premještenog k nepcu. Liječnički Vjesnik (Slavenski broj) 1928, p. 1158—1165, rycin 10.
8. (154) O zakaženiu ropnem, ropovicach szczękowych i ich lečenju. O zakaženiu ropnem. Pol. Dent. 1929, nr. 3, str. 129—143. 1 tabl.
9. (155) Bakterjologja ropowie szczękowych. Pol. Dent. 1929, str. 181—192, tablic 4, 1 grafikon.
10. (156) Warunki anatomiczne. Drogi szerzenia się spraw zapalnych pochodzenia zębowego. Pol. Dent. 1929, nr. 5, str. 229—260, rycin 56.
11. (157) Delegacja polska a Zjazd F. D. I. w Utrechie. (Wnioski delegata na Polskę Prof. Cieszyńskiego) Pol. Dent. 1929, nr. 5, str. 285—287.

12. (152) Cieszyński A. i Dobrzaniecki Władysław. Dwa przypadk nowotworów zuchwy w okolicy brody. Zastąpienie ubytków kości po operacji przyrządami ortopedycznymi i drogą plastyki. — Pol. Dent. 1929, nr. 1, str. 3—30, rycin 28.

Wykłady wygłoszone i prace Prof. Cieszyńskiego oddane do druku:

1. (136) »Polska Służba Sanitarna« — wyekwipowanie 3. pułku Legionistów Polskich pod względem sanitarnym (Księga Pamiątkowa »Koła Trzeciaków« mająca wyjść pod redakcją Prof. Lotha — Warszawa) oddano do druku 13. X. 1928.
2. (158) Historyczny przegląd krytyczny operacji odcięcia wierzchołka korzenia po 23-letnim doświadczeniu. Wykład wygłoszony na IV. Polskim Zjeździe stomatologicznym we Wilnie we wrześniu 1929. (Ukaże się w druku w Pol. Dent. 1929, nr. 6).
3. (159) Choroby okolicy przyzębnej a ustrój. Wykład na temat główny wygłoszony na IV. Polskim Zjeździe stomatologicznym we Wilnie we wrześniu 1929.
4. (160) O leczeniu zachowawczem i ogólnem spraw parodontalnych (okolice przyzębnej). Wykład na temat główny wygłoszony na IV. Polskim Zjeździe stomatologicznym we Wilnie we wrześniu 1929.
5. (161) Ropowice szczękowe ze stanowiska klinicznego (Wykład wygłoszony na III. Pol. Zjeździe Stomatol.) (nr. 3—5 ukaże się w »Polskiej Dentystyce w r. 1930).

Prace asystentów i pracowników Zakładu:

Ogłoszono drukiem:

1. (32) Lek. dent. Jarzab Józef, st. asyst. Instytutu dent. U. J. K.: Bakteriologia ropowic w zależności od stosowania środków leczniczych. Pol. Dent. 1928, nr. 6, str. 377—390.
2. (33) Lek. dent. Jarzab Józef, st. asystent Instytutu dent. U. J. K.: Powikłania w czasie przebiegu leczenia ran poekstrakcyjnych w jamie ustnej. Pol. Dent. 1929 nr. 2, str. 63—74.
3. (34) Lek. dent. Jarzab Józef, st. asystent Instytutu dent. U. J. K.: Klinicznie nie stwierdzone kostniaki szczęki powodem utrudnionej ekstrakcji zębów. Pol. Dent. 1929, nr. 3, str. 119—128.

Wykłady wygłoszone i prace oddane do druku:

1. (35) Lek. dent. Jarzab Józef, st. asystent Instytutu dent. U. J. K.: Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patologiczne i bakteriologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego.¹⁾
2. (36) Dr. Bardaszówna Adela, st. asyst. Instytutu dent. U. J. K.: Przepuszczalność wypełnień tymczasowych stosowanych w Instytucie dentystycznym Uniw. J. K. w świetle badań bakteriologicznych i barwionych.¹⁾

¹⁾ Wykłady wygłoszone na IV. Pol. Zjeździe Stomatologicznym w Wilnie we wrześniu 1929.

Prace Prof. Cieszyńskiego związane z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.

6. (162) A¹) Urządzenie Sekcji Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu. Zestawienie materiału i układ grafikonów.
1. Prace naukowe Wydziału lekarskiego Uniw. J. K. od 1918—1928. »OPERA OMNIA«: 26 ksiąg zbiorów prac poszczególnych Zakładów i Klinik, 11 podręczników, 1 Księga Pamiątkowa.
 2. 8 fotografii Zakładów i Klinik,
- (163) 3. 8 grafikonów: 1. Rozmieszczenie Zakładów i Klinik, 2 i 3. Dotacje — 3 tabl. 4 i 5. Personal naukowy — Studenci — Dyplomy. 6. Ruch ambulatoryjny i kliniczny, 7. Kontakt nauki polskiej z zagranicą — Biblioteki, 8. Kierunki pracy naukowej.
- B²) Grafikony dla innych Wydziałów Uniwersytetu:
- 1 grafikon: Ekspansja — przyrost i straty wszystkich Wydziałów Uniwersytetu J. K., 1 grafikon: Wydział teologiczny i prawniczy, 1 grafikon: Wydział humanistyczny i przyrodniczy.
- (164) C. Wystawa Instytutu dent. U. J. K. na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu:
- 21 książek — prace naukowe 1918—1928.
- 2 fotografie (razem 6 odbitek) Oddział chirurgiczno-stomatolog. Oddział dentystryki zachowawczej.
 - 8 obrazów akwarelowych oprawnych: obrażenia szcękowe i choroby szcęk.
 - 5 masek gipsowych (patologia szcęk).
 - 3 głowy modelowane z plastyliny przedstawiające:
 1. Technikę iniekcijną przy leczeniu neuralgji (według Cieszyńskiego).
 2. Ortognatostatykę (według Cieszyńskiego).
 3. Radiogoniometr (według Cieszyńskiego).
- (165) 1 Grafikon: Pogląd na prace Kliniczne i dydaktyczne:
Treść: 1. Ruch chorych ambulat. w 8-leciu,
2. Liczba studentów na kursach obowiązkowych,
3. Liczba doktorów medycyny specjalizujących się w stomatologii,
4. Kursy zawodowe dla:
 - a) pomocników techniczno-dentystycznych,
 - b) pomocnic dentystrycznych.
- (166) 1 Grafikon: »Zadanie Instytutów stomatologicznych Uniwersytetów w Małopolsce«.
»Stomatologia i partactwo dentystryczne w Małopolsce«.
»Kto jest uprawniony do zębolecznictwa według ustawy z r. 1927«.

Prace wydawnicze.

- (167) Kierownik Zakładu, będący redaktorem i wydawcą «Polskiej Dentystryki» organu Instytutu dentystrycznego Uniw. lwowskiego, przejrzał i oddał

¹) Wspólnie z Prof. Koskowskim.

²) Wspólnie z dyrektorem Kancelarii Rektorskiej Dr. Postępskim.

do druku 6 numerów dwumiesięcznika za IV. kwartał 1928 i I.—III. kw. 1929.

Oryginalne artykuły stanowią przeważnie prace Zakładu Dentyst. Uniw. lwowskiego; w dziale sprawozdawczym $\frac{2}{3}$ referatów było opracowanych na wieczorach referatowych przez pracownikóv Zakładu.

(168) Numer Pamiątkowy Polskiej Dentystyki wydany z okazji IV. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w Wilnie we wrześniu 1929.

Udział w Zjazdach.

Prof. Cieszyński wziął udział w IV. Polskim Zjeździe stomatologicznym (XXII. Sekcji Zjazdu Przyrodników i Lekarzy polskich w Wilnie) w dniach 26—29. września 1929. W Zjeździe tym brali udział także asystenci Instytutu dent. U. J. K.: J. Jarzab, Dr. M. Jankowski, Dr. A. Bardaszówna.

Ważniejsze wydarzenia:

1. Z Instytutu dentystycznego U. J. K. powołany został asystent Lek. dent. J. Jarzab, na katedrę stomatologii w Poznaniu jako zastępca profesora.
2. Prof. Cieszyński został wybrany 28. września 1929 ponownie przewodniczącym »Stalej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych«.
3. Instytut dentystyczny U. J. K. otrzymał kredyt 16.000 zł. na zakupno aparatu roentgenowskiego do terapii, które będą przekazane Instytutowi dent. w 4 ratach po 4000 zł do końca r. 1929.

Sprawozdanie kasowe za rok 1929 ogłoszone zostanie w 1-szym lub 2-gim numerze »Polskiej Dentystyki« w r. 1930

Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych.

W porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego organizuje kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych.

Program kursu będzie obejmował cztery działy:

1. Organizacja i wykonawstwo opieki higieniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin).
2. Patologja schorzenia wieku szkolnego (28 godzin).
3. Podstawy higjeny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godzin).
4. Wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznym młodzieży (10 godzin).

Wykłady obejmują wybitni specjaliści z każdego działu. Kurs trwać będzie od 8 do 22 grudnia r. b. ogółem 14 dni i odbywać się będzie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie przy ul. Chocimskiej 24. Wykłady i zajęcia trwać będą codziennie od 9 do 13 i od 15 do 18.



S.S. White'a Instrumenty stalowe.

Każdy z nich jest dokładnie wykonany dla swego celu.

Praktyk dentystyczny używa przez wielką część czasu swego zajęcia instrumentów stalowych, jako to narzędzi do kamienia, wydrążaczy, upychadeł, zgłębników. Jego powodzenie zależy w wielkiej mierze od tego jak te instrumenta jemu służą.

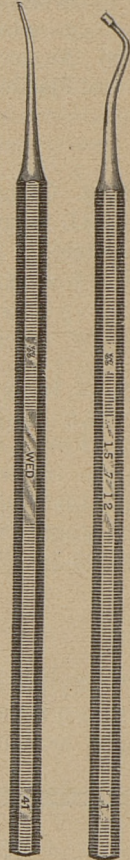
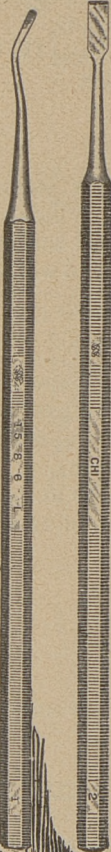
Każdy instrument stalowy S.S. White'a jest powtórzeniem formy narzędzia wypracowanej przez dentystę celem wykonania specjalnej operacji. Każdy instrument jest wykonany z najlepszej stali odpowiedniej dla tego specjalnego narzędzia, ukształtowanej i hartowanej tak, by mogła odpowiadać jaknajlepiej swojemu celowi. Wskutek tego instrument taki ułatwia wykonanie żadanego zabiegu i odznacza się nieporównaną wytrzymałością.

Firma S.S. White'a dostarcza pewnych i zupełnie zadowolających instrumentów dla każdego działu dentystyki i niema wśród nich takich, któreby nie zasługiwały na swoją reputację.

Najpopularniejsze narzędzia są wykonane też z metalu „TARNO“, odznaczającego się swoją odpornością na rdzę; z tego też powodu cieszy się stale wzrastającym uznaniem zawodu dentystycznego.

Narzędzia stalowe S. S. White'a

bywają przed opuszczeniem fabryki jak najdokładniej badane.



The S.S. White Dental Mfg. Co.

PHILADELPHIA, U. S. A.



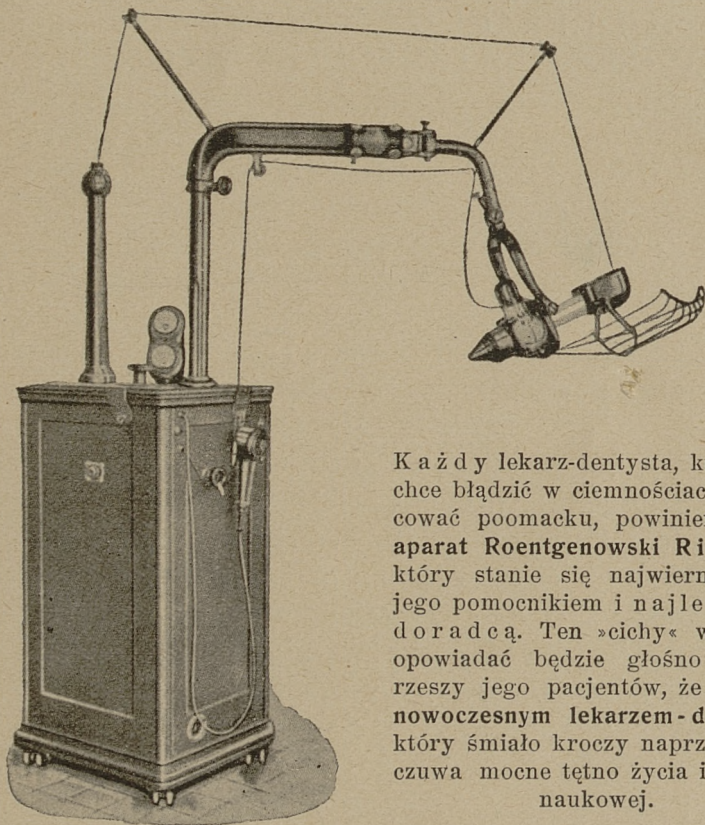
Europejskie Towarzystwo Dentystyczne

„EDECO”

WARSZAWA, Ś-to Krzyska 28

Jeśli kto nie dowierza własnym oczom,
gdyż mylić się mogą — ma rację

Natomiast z całą świadomością zaufać każdy może
aparatu Roentgena RITTER'A,
który ujawnia wszystko i jest nieomylny



K a ż d y lekarz-dentysta, który nie chce błądzić w ciemnościach i pracować pomaćku, powinien nabyć aparat Roentgenowski Ritter'a, który stanie się najwierniejszym jego pomocnikiem i najlepszym doradcą. Ten »cichy« współnik opowiadać będzie głośno licznej rzeszy jego pacjentów, że jest on nowoczesnym lekarzem-dentystą, który śmiało kroczy naprzód i wyczuwa mocne tętno życia i wiedzy naukowej.

Do nabycia we wszystkich składach dentystycznych

SKŁAD PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH

W. ŚWIATŁOWSKI

dawniej GEO. POULSON

WARSZAWA, ul. ZGODA nr 15. Telefon 15-15

Rachunki czekowe w P.K.O. Nr. 11.656, w Banku Związku Spółek Zarobkowych E 904

POSIADA WSZELKIE ARTYKUŁY WCHODZĄCE W ZAKRES DENTYSTYKI I TECHNIKI DENTYSTYCZNEJ, KOMPLETNE URZĄDZENIA GABINETÓW DENTYSTYCZNYCH I PRACOWNI TECHNICZNYCH, MEBLE ASEPTYCZNE, WIERTARKI ELEKTRYCZNE i t. p.

Wyroby fabryk krajowych, angielskich, jak ASH'a, TREY'a, D. M. C'o i innych; amerykańskich, jak S. S. WHITE'a, BIRD MOYER'a, AMES Co, MILLER'a i innych oraz pierwszorzędnych fabryk niemieckich

Zęby ANATOFORM, reklamowe porcje cementu SOLILA w 3 kol., reklamowe porcje cementu HARWARDA w 3 kol. Aparaty Rentgena, wyrobu RITTER'a, na bardzo dogodnych warunkach

Lampy dla celów dentystycznych i chirurgicznych, dające światło dzienne

Praktyczne księgi do zapisywania chorych

Instrumenty nierdzewiejące KRUPP'a

Walkerite, plastyka dziąseł. Materiał do wykonywania dostawek oraz do powlekania wyrobów kauczukowych

ELDENTOG — porcelana do odlewów

Dra BERGL'a DENTAL OPTIMAX nowego typu do leczenia ropocieku zębodołowego

WSZELKIE PRAKTYCZNE NOWOŚCI — DOGODNE WARUNKI SPŁATY — NA ŻĄDANIE SŁUŻĘ OFERTAMI

Przy kupnie za gotówkę odpowiedni rabat

Uwaga: Wiertarki elektryczne sprzedaje na długoterminowe spłaty

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.

KALENDARZE

TYGODNIOWE
na biurko

BLOCZKOWE
olbrzymie
średnie i małe

BIBUŁOWE
podkładki
na biurko

NOTESOWE
kieszonkowe

ŚCIENNE
arkuszowe

NA ROK

1930

FIRMY

HALICZANIN
kalendarz
książkowy

TERMINARZE
książkowe i
kieszonkowe

Kieszonkowe
kalendarzyki

MINIMALNE
motylowe

DZIENNICZKI
kieszonkowe

PILLER-NEUMANN

LWOW, ul. ŁYCZAKOWSKA 3

TELEFON 7-27



M. ARTELT

NAJSTARSZA SKŁADNICA DENTYSTYCZNA
Lwów, Chorążczyzna 8.



**SPRZEDAŻ ARTYKUŁÓW TYLKO PIERWSZORZĘDNEJ JAKOŚCI
JAKOTO:**

S. S. White'a amalgam, krażki do separowania,
sztrypsy, miazgociągi **Donaldsona**

de Trey'a amalgamy, zęby „Revelation“, „Solila“,
„Gibraltar“ i djatoryczne

Ash'a angielskie kleszcze do ekstrakcji, kauczuk, masa wy-
ciskowa (stents), gutaperka, kamienie do separowa-
nia i szlifowania, wiertła „Star“, cement Sylca, zęby Casco i anat-
omiczne djatory

Lampy Sollux oryginalne HANAU we
wszystkich wielkościach

Herbsta amalgam platynowo-
złoty i srebrny 60%.

Wszelkie nowości do nabycia



Meble aseptyczne

niklowane wyrobu ASH'A we Wiedniu i biało lakierowane
BIBERA, FUCHSA i tp.

Fotele do narkozy

PREMIER, DOMINATOR, ASH'A, OPTIMUS
i fabryki BIBERA

stale na składzie.

Anaesthesin

trudno rozpuszczalny nietrujący
środek do znieczulenia
miejscowego

przy wszelkiego rodzaju ranach w jamie
ustnej, jako domieszka do pasty arsze-
nikowej; zapobiegawczo dla uniknięcia
ból po usunięciu zęba.

Opakowanie oryginalne :

Pudełka po 10 i 25 g.

I.G.FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
NAUK.WYDZ.FARMAC., „Bayer - Meister Lucius”
LEVERKUSEN NAD RENEM

wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską
Dom agenturowy „REMEDIA” Warszawski, Fulde i S-ka
WARSZAWA, HIPOTECZNA 5. Skrz. poczt. 748
wysyła literaturę i próby na żądanie W/WPP. lekarzy bezpłatnie.