

# POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA,  
POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIwersytetu POZNAŃSKIEGO,  
ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ,  
CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ,  
POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.),  
SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.)  
ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH.

## REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:

Naczelny redaktor: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS. ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5a, Nr. telefonu 11-75

TREŚĆ:		Str.	SOMMAIRE:		p.
Prof. A. Cieszyński: O zakażeniu ropnym, ropowicach szczękowych i ich leczenie (C. d.)		63	Prof. A. Cieszyński: De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement (Suite)		63
Dr. Adela Bardaszówna: Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań barwinkowych i bakterjologicznych		79	Dr. Adela Bardaszówna: Perméabilité des matériaux obturateurs provisoires constatée au moyen de méthodes colorifiques et bactériologiques		79
Dr. Mieczysław Jankowski: Rzadki przypadek wejścia pozostawionego korzenia drugiego dwuguzkowca górnego pomiędzy korzenie pierwszego zęba trzonowego		85	Dr. Mieczysław Jankowski: Cas rare de déplacement d'un fragment d'une racine de 2-ème prémolaire supérieure qui, non extrait, est venu se placer entre les racines de la 1-ère molaire		85
<b>Sprawy wyższych uczelni:</b>			<b>Renseignements sur les écoles supérieures:</b>		
Prof. A. Cieszyński: Sprawa objęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego „ustawą ramową“ o uczelniach akademickich		87	Prof. A. Cieszyński: Institut dentaire de l'Etat à Varsovie		87
Memoriał studentów P. I. D.		94	Inauguration de la polyclinique stomatologique à Poznań		99
I. Zjazd absolwentów P. I. D.		96			
Oficjalne otwarcie Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego		99	Revue critique		101
Dział Sprawozdań i Streszczeń		101	Congrès stomatologique à Venise		108
Zjazdy naukowe		108	Calendrier des Congrès		86
Kalendarz Zjazdowy		86	Questions et réponses de la Rédaction		112
Wiadomości bieżące		111			
Sprawa paszportów ulgowych		111			
Pytania nadesłane i Odpowiedzi		112			
Redakcji		112			

**INHALT (Originalartikel):** Prof. A. Cieszyński: Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung (Fortsetzung). S. 63. Prof. A. Cieszyński: Die Notwendigkeit der gesetzlichen Zuerkennung akademischer Rechte dem Staatlichen Zahnärztlichen Institute in Warszawa S. 87. Dr. Adela Bardaszówna: Die Durchlässigkeit provisorischer Füllungsmaterialien für Farbstoffe und Bakterien S. 79. Dr. Mieczysław Jankowski: Die abgebrochene Wurzel des oberen zweiten Praemolaren verlagert zwischen die Wurzeln des ersten Molaren S. 85.

Rurki zaw. 10 i 20  
pastylek p 0,4g

# Veramon



## Schering

**Wypróbowany środek przeciwbólowy  
o szybkim działaniu**

Wskazania:

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

**Zapobiega skutecznie wszelkim bólom**

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

Piśmiennictwo oraz próby wysyła:  
**Wydział Naukowy Fabryki "Schering"**  
Oddział na Polskę:  
**Warszawa, Al. Jerozolimska 45 tel. 89-38.**

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

90326203

Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI.

LWÓW.

O ZAKAŻENIU ROPNEM, ROPOWICACH SZCZĘKOWYCH I ICH  
LECZENIU. (Ciąg dalszy)<sup>1)</sup>.

*De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur  
traitement. (Suite).*

Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung. (Fortsetzung).

Doc. pol. 19,2; 23,70—24,5; 27,1; 50,65; 50,72. Doc. int. 616,002; 576,8; 616,314.17,002.

D. Przebieg zapalenia ropnego wzdłuż nerwów w kierunku centralnym.

Ropne sprawy zapalne mogą także obrać drogę wzdłuż pochewek nerwowych albo wśród włókien nerwowych a więc w otoczce nerwowej. Wówczas występują bardzo silne bóle na tle zapalenia nerwów. Objawy te występują niekiedy po ciężkich zabiegach kostnych, wykonanych w stanach zapalnych przy lichym odpływie ropy.

II. gałąź nerwu trójdzielnego opuszcza czaszkę mózgową przez otwór okrągły, który leży u szczytu dołu klinowo-podniebiennego (Fossa sphenopalatina); naprzeciw i ku przodowi leży przed otworem okrągłym oczodoł (fossa orbitalis). Te warunki topograficzne tłumaczą, że sprawy zapalne, które jedną z tych przestrzeni zajmują, przejść mogą wzdłuż nerwu przez kanał okrągły do wnętrza czaszki i doprowadzić do zapalenia opon mózgowych lub spowodować ropień mózgowy.

W dole klinowo-podniebiennym rozwinąć się może zaszczękowa ropowica (phlegmone retromaxillaris), wychodząca od górnych zębów trzonowych, lub spowodowana bezpośrednio zakażeniem igłą iniekcyjną, wprowadzoną do kanału podniebiennego; powstać ono także może na skutek obrażenia szczękowego, wywołanego pociskiem lub wskutek innego urazu, niszczącego tylną ścianę jamy szczękowej. Górna część dołu klinowo-podniebiennego ma połączenie w bok wzdłuż przebiegu mięśnia skrzydłowego zewnętrznego z przestrzenią skrzydłowo-żuchwową.

Istnieje zatem możliwość, że ropowice mające źródło zakażenia w okolicy pozatrzonowcowej dolnej tuż u wejścia do przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej mogą się rozszerzyć ku górze i dośrodkowo na przestrzeń klinowo-podniebienną. Przejście to tłumaczy też wystąpienie zaczerwienienia i obrzęku w okolicy podniebienia miękkiego i języczka. Powikłanie to spotykamy niekiedy przy sprawach ropnych, wychodzących od zatrzymanego dolnego zęba mądrości lub po zabiegach operacyjnych w tejże okolicy. Dalsza droga z przestrzeni skrzydłowo-podniebiennej prowadzi przez szczelinę oczodołową dolną (Fissura orbitalis inferior) do oczodołu, gdzie się

<sup>1)</sup> Początek pracy zob. „Pol. Dent.“ 1929 — 1) str. 129 — 2) str. 181 — 3) str. 229.

również rozwinąć może ropowica z zakrzepowem zapaleniem żył oczodołowych — lub bez tego powikłania — oraz może wystąpić zapalenie okostnej oczodołu (przypadki Goodharda, Partscha, Stettnera). Widzieliśmy więc, że ropnie okolicy skrzydłowato-podniebiennej mogą mieć w tejże przestrzeni swoje wyjście pierwotne, albo też mogą powstać wtórnie przez przejście zakażenia z przestrzeni skrzydłowato-żuchwowej. Jak już wspomnieliśmy w poprzednim rozdziale, przestrzeń ta prowadzi jak tunel między gałęzią wstępującą żuchwy a mięśniem skrzydłowatym wewnętrznym w tył i ku dołowi do przestrzeni przyusznicowej (5 b w ryc. 25); jeżeli zaś istnieje większe ciśnienie nacieku może przejść zakażenie ku górze do przestrzeni podskroniowej (8 w ryc. 29. Zobacz Pol. Dent. 1929., str. 255 i 251).

Niebezpieczeństwo przejścia zakażenia na opony mózgowe i to przez kanał owalny, przez który przechodzi trzecia gałąź nerwu trójdzielnego, istnieje przeważnie wówczas, jeżeli ropa nie ma dostatecznego odpływu a w tkankach istnieje silniejsze ciśnienie.

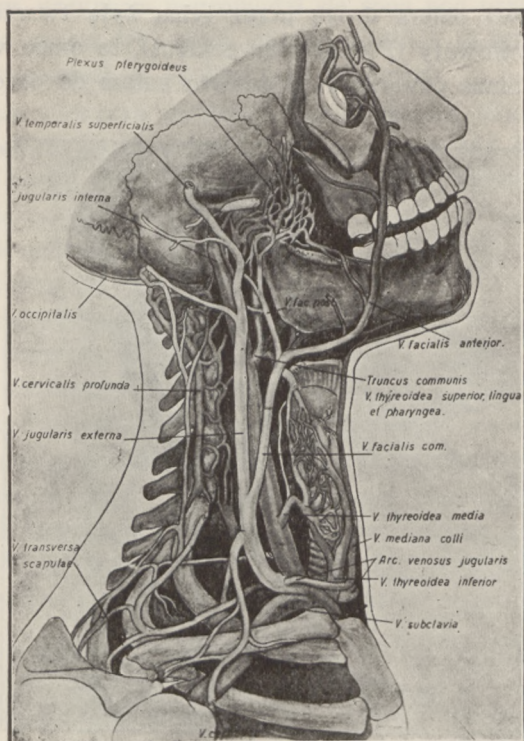
#### E. Zapalenie zakrzepowe żył (Thrombophlebitis) i przejście zakażenia na narząd centralny. (Ryc. 37 i 38).

Ropowice szczękowe mogą spowodować także powikłania mózgowe, które wywołane są anatomicznie wskazanymi drogami żylnymi, a w danym przypadku powstają wskutek zapalenia zakrzepowego żyły twarzowej.

Thrombophlebitis powstaje wskutek zakażenia w tejże żyły samej, o ile nie przychodzi do skutku drogą krótszą „per contiguitatem“ z szczęki górnej wprost do oczodołu. Zazwyczaj jednak prowadzi droga przez jamę szczękową, której sklepienie przylega do oczodołu. Układ żył twarzowych nie jest w sobie zamknięty tylko posiada połączenia z układami żylnymi w odcinkach sąsiednich. Głównymi zbiornikami są żyła twarzowa przednia i tylna (ryc. 37 i 38). Vena facialis anterior rozpoczyna się jako Vena angularis, zbiera żyłne dopływy z czoła, nosa, wargi, policzka i szczęki oraz z podniebienia, łączy się zapomocą licznych gałęzi bocznych z początkowym odcinkiem górnej żyły ocznej (V. ophthalmica sup.). Drugim połączeniem jest Vena communicans faciei, która łączy przednią żyłę twarzową z tylną. Vena facialis anterior odpowiada obszarowi zaopatrywanemu przez Arteria maxilliaris externa, Vena facialis posterior natomiast obszarowi zaopatrywanemu przez Arteria maxillaris interna. Tylna żyła twarzowa ma dopływy z tylnej ściany szczęki górnej, tworzy splot żylny w fossa infratemporalis, zwany plexus pterygoideus, otrzymując dopływy z głębokich mięśni służących do żucia t. j. mięśnia skrzydłowatego zewnętrznego i wewnętrznego oraz z żyły twarzowej środkowej.

W dalszym przebiegu otrzymuje tylna żyła twarzowa dopływy z gruczołu ślinowego przyusznego, ze stawu żuchwy, z ucha, z powierzchownych

żył skroniowych, a w dole pozażuchwowym wchodzi w przyuszny gruczoł ślinowy; tamże łączy się odnogą boczną (Vena communicans) z przednią żyłą twarzową.



Ryc. 37. Żyły szyi i głowy.

Dolna żyła oczna (V. ophthalmica inf.) jest także w połączeniu ze zwojem żylnym skrzydłowatym i wpada albo sama albo łącznie z górną żyłą oczną (V. ophthalmica sup.) do zatoki jamistej (Sinus cavernosus). Górna żyła zębodołowa (V. alveolaris sup.) wpada do żyły twarzowej tylnej, a dolna żyła zębodołowa do przedniej żyły twarzowej, która ma połączenie z żyłą podoczołową.

Najważniejsze połączenia żyłne są następujące:

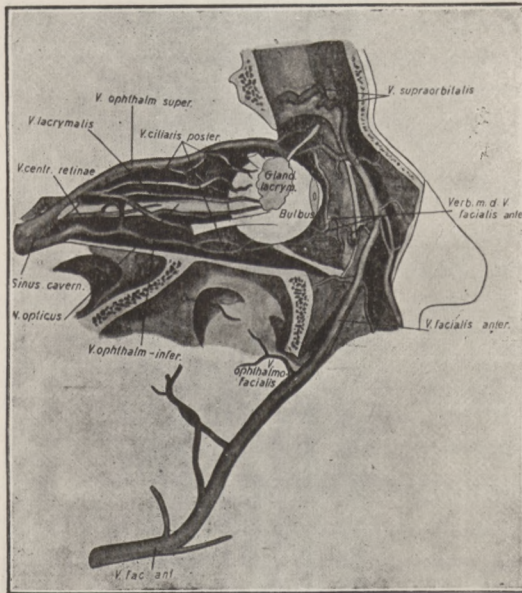
1) szerokie połączenie między Vena angularis a Vena ophthalmica superior.

2) Między Vena ophthalmica inferior a Plexus venosus pterygoideus.

Jeżeli więc sprawa zapalna ropna wychodzi z układu zębowego i obiera drogę wstępującą, to powstaje drogą przez przednią żyłę twarzową

i przez żyłę oczodołową zapalenie zakrzepowe żył oczodołu oraz wytrzeszcz gałki ocznej, następnie przechodzi sprawa na zatokę jamistą, przyczem występuje przeważnie porażenie nerwu odwodzącego a wkońcu i zapalenie opon.

Jeżeli sprawa obiera drogę przez tylną żyłę twarzową albo przez splot żylny skrzydłowaty (Plexus pterygoideus), to omija wpierrw oczodół, idzie wprost do Sinus cavernosus a dopiero potem do oczodołu; wówczas



Ryc. 38. Żyła twarzowa przednia i żyły oczodołu.

występuje wpierrw zapalenie opon mózgowych, a potem dopiero ropowica kontralateralnego oczodołu t. j. po stronie przeciwnej; zatoki jamiste zajęte będą po obydwu stronach. Szczególnie niebezpieczne są te stany zapalne, które nie wykazują ropnego zejścia, a raczej utrzymują się jako długotrwałe, twarde, rozszerzający się nacieki, postępujący podobnie jak przy róży. Wczesna interwencja chirurga jest wskazana. Zapalenie zakrzepowe żył zatoki jamistej kończy się zazwyczaj śmiertelnie.

#### F. Ropowica w okolicy dna jamy ustnej w połączeniu z ropowicą policzka.

Wystąpienie równoczesne ropowicy dna jamy ustnej z ropowicami policzka spostrzegamy stosunkowo często. Musimy sobie więc uświadomić drogi powstawania tychże nacieków ropnych.

1) Sprawy te wychodzą z okolicy przyczepu mięśnia *żwacza* przy zapaleniu ozębnej drugiego lub trzeciego dolnego zęba trzonowego, albo zakażenia okolicy wkołokoronowej niewyrzniętego jeszcze zęba. Również mogą być one wywołane złamaniem kości szczękowej w okolicy kąta żuchwy, przyczem nagromadzi się ropa pod przyczepem m. *żwacza*. Stosunkowo często występują one po ciężkich ekstrakcjach a przede wszystkim dłutowaniach w okolicy zęba mądrości.

Pojawia się wówczas wybitny obrzęk policzka, sięgający aż za gałąź wstępującą i niekiedy poza ucho, ku górze zaś aż pod łuk jarzmowy, ku przodowi aż do brody i niekiedy jeszcze poza linię środkową. Nacieki surowicze ropne szerzą się pod powięzią *żwaczowo-przysusnicową* i między głęboką i powierzchowną blaszką powięzi szyjnej, lub też wkońcu pod głęboką blaszką powięzi szyjnej.

Równocześnie zajęte są więc zazwyczaj następujące przestrzenie: podżuchwowa, językowa, skrzydłowo-żuchwowa i przysusnicowa — a może być nawet zajęta i okolica skrzydłowo podniebienna i podskroniowa między dwiema warstwami tegoż mięśnia.

Obraz kliniczny przypomina wówczas ropne zapalenie ślinianki przysusnicowej (Mumpsu czyli świnkę), tylko że przebieg kliniczny spraw wychodzących z kości jest znacznie niebezpieczniejszy, a rokowanie mniej pomyślne. Zdarza się także, że ropa przebija się do przysusznicy i powstanie wtórne ropne zapalenie gruczołu przysusznego.

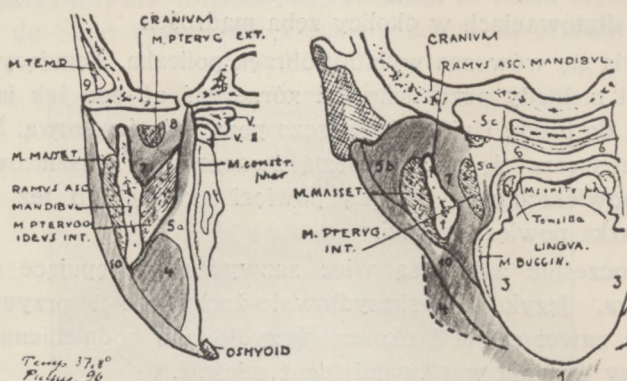
2) Ropowica policzkowa może powstać z pierwotnego ogniska ropnego w okolicy dna jamy ustnej także przez przejście poprzez krawędź dolną żuchwy. Droga ta powstania jest jednak niezwykłą, gdyż szerzeniu się nacieków w kierunku policzka przeszkadza silny przyczep powięzi przyżuchwowej i szyjnej (Ryc. 39, 40 i 41).

3) W końcu istnieje jeszcze ta możliwość, że ropowica dna jamy ustnej spowoduje zapalenie zakrzepowe przedniej żyły twarzowej; w dalszym przebiegu przypadku przychodzi do *periphlebitis*, skąd zakażenie przechodzi na tkankę policzka.

Tę stosunkowo rzadką drogę powstawania obserwował *Wassmund*, który zauważa, że dla ropowic w ten sposób powstałych jest charakterystyczne, że okolica przedniej żyły twarzowej jest twarda i bolesna na ucisk, żyłę tę można wyczuć jako twarde pasmo, przebiegające od kąta nosowoocznego, w pobliżu kąta ust aż do przedniego brzegu m. *żwacza*; ponad tem twardem pasmem skóra jest zaczerwieniona, a obrzęk policzka stale i silnie się zwiększa.

**Przypadek 1.** Nr. klin. 4286. Chora Irena W., lat 16. — Ryc. 39 — 41.

Ropowica włośzyczkowa pochodząca od zgorzelinowego  $\overline{6}$  z ogniskiem ropnym włośzyczkowym a obejmująca przestrzenie (zob. ryc. 40): podżuchwową (4), przygardłową przednią (5 a), skrzydłowo-żuchwową (7), przyusnicową (5 b), dolną część przestrzeni podskroniowej (8), oraz policzkową (10) i podbródkową (1), przechodząc w teje okolice także na stronę przeciwną.



Ryc. 39. Schematyczne oznaczenie przestrzeni zajętych naciekiem ropnym w przypadku 1.

**Wywiady:** Przed trzema dniami ból zęba po stronie prawej na dole ( $\overline{6}$ ), od 2 dni obrzęk bolesny. Chora stosowała gorące okłady, które nie przyniosły żadnej ulgi a ponieważ ciężki stan utrzymuje się w dalszym ciągu zgłasza się chora na klinikę.

**Stan obecny 22. I.:** Temp. 37,8, Tętno 96. Na twarzy obrzęk policzka prawego obejmujący okolice podżuchwową prawą, przyusnicową i podbródkową. Obrzęk twardy na ucisk bolesny. Szczękoscisk na 1/2 cm. Po rozwarciu szczęk za pomocą klina widać łuki podniebienne zaczerwienione i lekkie przesunięcie uvuli na stronę lewą. Chora skarży się na lekkie trudności połkowe.

**Rozpoznanie:** Phlegmona paramaxillaris od zęba 6 (Szczegółowe rozpoznanie powyżej).

**Leczenie:** 22. I. Wstrzyknięto 3 cm propidonu, chora zareagowała prawidłowo temp. 40,4., tętno 154.

23. I. W narkozie eterowej nacięcie w okolicy brzegu żuchwy długości około 3 cm, ranę rozszerzono peanem, ropy nie wydobyto. Po zasetonowaniu rany usunięto ząb  $\overline{6}$ .

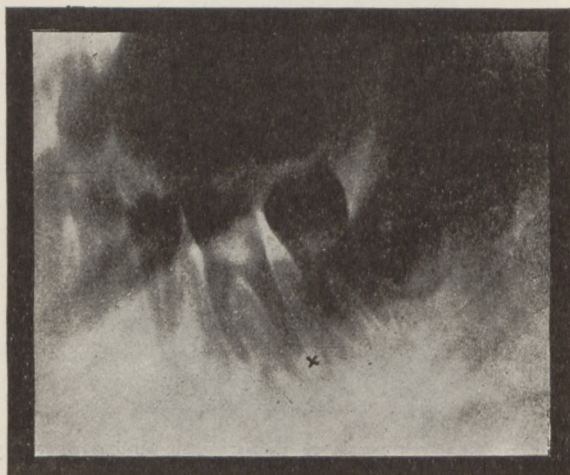
24. I. Na setonie brak ropy. Przestrzyknięcie rany rozczyłem chloraminy; zmiana setonu.

25. I. Przestrzyknięcie. Komunikacja z jamą ustną przez zębodół i nacięciem podżuchwowym. Na setonie skąpa wydzielina ropna; zmiana setonu.





Ryc. 40. Przypadek 1. Zob. schemat podany w rys. 39.



Ryc. 41. Przypadek 1. Pierwotne ognisko zakażenia w okolicy szczękowej i miazdze zgorzelinowej  $\overline{6} | (\times) - \overline{8} |$  ząb nie wyrznął się jeszcze i nie stanowi źródła infekcji.

27. I. — 1. II. Leczenie jak w dn. 24. I.

29. I. Wynik badania krwi:

Sahli 68, Index Hb. 0.8. .

Ciałek czerwonych 3.820.000; ciała białych 13.000.

Obraz krwi: Segmentowanych leukocytów 40,5%

Pałeczkowych 15%

Eozynochłonnych	4%
Tucznych	1%
Monocytów	0,5%
Młodych	3,6%

Począwszy od 29. I., a więc na 6. dzień po zabiegu operacyjnym obrzęk poczyna się zmniejszać; szczękocisk utrzymuje się jednak.

31. I. Stan podmiotowy dobry.

Chora opuszcza klinikę i leczy się nadal ambulatoryjnie.

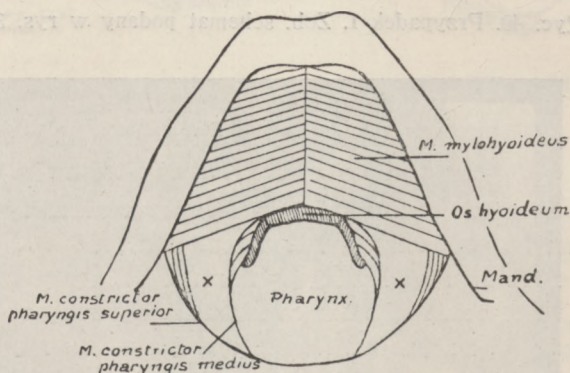
2. II. Obrzęk ustąpił. Wkrapianie do rany tępą igłą iniekcyjną fenolu kamforowego tyle, że wycieka z rany (około 2 cm) w pozycji leżącej chorej. Zaniechanie dalszego setonowania. Szczękocisk utrzymuje się jeszcze. Poleca się przeprowadzać ćwiczenia rozwierania szczęk przy pomocy klina i sprężynowego rozwieracza.

3. II. i 4. II. Leczenie jak 2. II. Wydzielina skąpa,

5. II. Jod — rana się zasklepia. — Suchy opatrunek.

Od początku leczenia poddawano chorą naświetlaniu lampą Sollux przez 15—20 minut przy zmianie opatrunku.

12. II. Szczękocisk ustąpił — zupełne wyleczenie. Linearna blizna po nacięciu. Leczenie trwało 20 dni.



Ryc. 42. Szkic dna jamy ustnej, widziany od przodu, według Sichera.

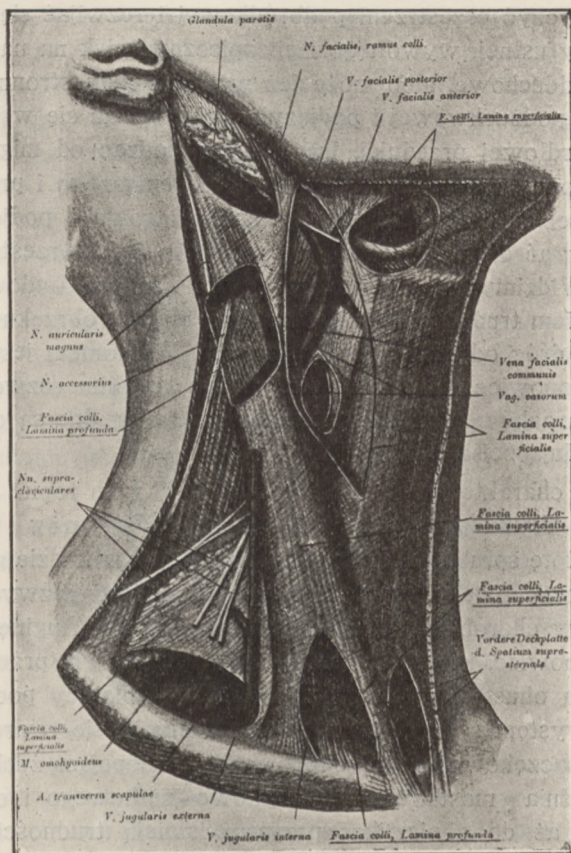
### G. Ropowica opadowa szyjna.

Za ostatnim zębem dolnym trzonowym kończy się przyczep m. żuchwowo-językowego, który tworzy podstawę dna jamy ustnej a ku dołowi i ku tyłowi rozpoczyna się po za wolnym brzegiem tego mięśnia przestrzeń pozbawiona mięśniowej podstawy, ograniczona w górnym odcinku na wysokości żuchwy zwieraczem gardła górnym (m. constrictor sup.) w dolnym zaś odcinku na wysokości kości gnykowej zwieraczem gardła dolnym (Ryc. 42).

W jamie ustnej odpowiada temu odcinkowi miejsce od zęba mądrości aż do fałdu językowo-podniebiennego (Plica glosso-palatina), względnie aż do kąta żuchwy. Ropnie podśluzówkowe tejeż okolicy leżą wprost na po-

więzi szyjnej, która przylega do tętnicy szczękowej zewnętrznej (A. maxillaris externa). W niektórych więc przypadkach mogą nacieki ropne obrać tę drogę, opadając wdół wzdłuż tętnicy szyjnej zewnętrznej i wspólnej, (A. carotis externa, A. carotis communis) oraz żyły zewnętrznej szyjnej (V. jugularis externa) aż do trójkąta szyjnego (Ryc. 43).

Dalsza droga w dół prowadzi do klatki piersiowej i do wśródpiersia (Mediastinum anterius).



Ryc. 43. Trójkąt naczyniowy szyjny.

### III. CZĘŚĆ — KLINICZNA.

#### A. Uwagi dotyczące mianownictwa.

Ropowice szczękowe, które mają swoje źródło w zakażeniu, wychodzącym od zębów, w zapaleniu kości szczękowej, śliniankach, obrażeniach szczękowych lub też posiadające swe źródło w zakażeniu migdałków

gardłowych figurują w piśmiennictwie pod różnemi nazwami mniej lub bardziej ogólnikowemi, które nie oddają zazwyczaj dokładnie topograficznego rozmieszczenia sprawy chorobowej. Utało się wyobrażać sobie pewien kompleks objawów klinicznych pod określeniem np .ropowica dna jamy ustnej, „Mundbodenphlegmone“, „Angina Ludovici“ lub „perimaxilläre Phlegmone“ czyli ropowica wkołoszczękowa. Określenia te oznaczają tę samą postać chorobową, którą już L u d w i g opisał w r. 1836, a która pod względem topograficznego swego rozmieszczenia nie jest zawsze identyczną, gdyż może albo dotyczyć przestrzeni podbródkowej i rozwijać się między mięśniami dna jamy ustnej, wywołując niebezpieczny ucisk na nagłośnię, zamykający drogi oddechowe, albo może też wystąpić jednostronnie, wychodząc od przestrzeni podżuchwowej i podjęzykowej, szerząc się w kierunku przestrzeni przygardłowej przedniej, lub też, wychodząc od migdałków, obrać może naciek ropny drogą odwrotną od wyżej opisanego i przejść od przestrzeni przedniej gardłowej do okolicy podżuchwowej i podjęzykowej albo może nawet obrać drogę opadową do wśródpiersia w przestrzeniach przygardłowych. Widzimy więc jak stara nazwa „Angina Ludovici“ akcentuje przedewszystkiem trudności wynikające z wybitnego obrzęku a prowadzące do zamknięcia dróg oddechowych i przełyku. Wiadomem jest następnie, że tego rodzaju ropowice odznaczają się bardzo szybkim rozwojem, ogromną złośliwością zarazków a podczas leczenia bardzo trudne są do opanowania i często powodują zejście śmiertelne.

L e x e r charakteryzuje „Anginę Ludovici“ jako ropne zakażenie rozpadowe luźnej tkanki przestworów dna języka. K o e n i g i R o s e r natomiast widzą istotę sprawy chorobowej głównie w rozkładzie gnilnym tkanek gruczołu podszczękowego ślinnego, co nie odpowiada zazwyczaj powstaniu i istocie sprawy chorobowej. Klinicznie uważamy za „Anginę Ludovici“ zazwyczaj te ropowice, które odznaczają się gwałtownym przebiegiem, twardym naciekiem obustronnym w okolicy brody i okolicy podjęzykowej lub też — jeżeli występują jednostronnie — odznaczają się twardym naciekiem w okolicy podszczękowej, sięgając aż za gałąź wstępującą żuchwy, w okolicę szyi do mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego i opuszczają się wzdłuż niego aż do obojczyka; przytem istnieją trudności w połykaniu i oddychaniu w wysokiej mierze.

Przykład ten podany wskazuje wyraźnie, że określanie ropowic szczękowych w sposób ogólnikowy nie określa dokładnie sprawy chorobowej ani pod względem etjologicznym ani topograficznym, i że wskazane byłoby zastąpić nazwę ogólnikową określeniem ściślejsem.

Szereg autorów nowszych posługuje się — mówiąc o ropowicach szczękowych — już określeniami ściślejsemi, M i k u l i c z, K ü m m e l oraz B o r c h e s mówią o ropowicach wykuszu podjęzykowego „Phlegmone der

Sublingualloge“, P erthes o ropowicach poza szczękowych „retromaxilläre Phlegmone“ w zagłębieniu skrzydłowo - podniebiennem, co odpowiadałoby przez nas opisanej przestrzeni skrzydłowo - żuchwowej.

Finder, opisując ropowice pochodzące przeważnie od migdałków, rozróżnia już bardzo dokładnie ropowice przygardłowe jako obejmujące przestrzeń przygardłową przednią, boczną, tylną i zagardłową (Phlegmoné des Spatium parapharygeum anticum, laterale, posticum i retropharyngeale).

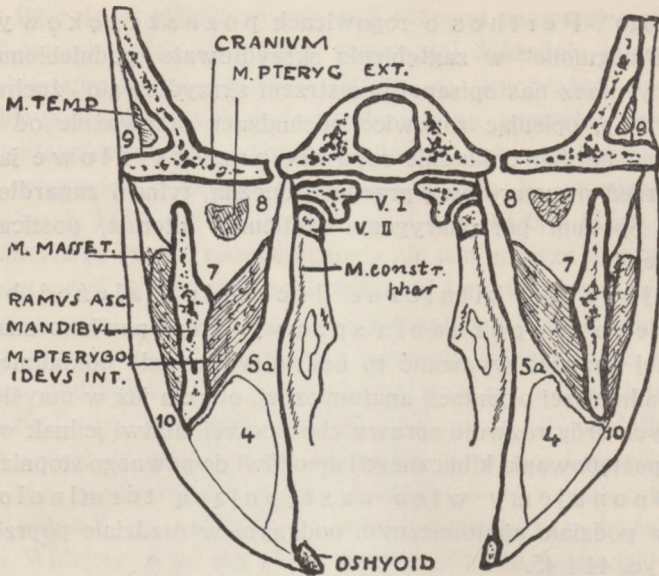
Racjonalne kliniczne leczenie zależy będzie od dokładnego rozpoznania sprawy, które powinno znaleźć wyraz już w samej nazwie; wymagać to będzie wprawdzie dokładniejszego zbadania, dokładniejszej orientacji anatomicznej, objęcia już w umyśle ewentualnych dalszych dróg rozwoju sprawy chorobowej, ułatwi jednak wybór odpowiedniego postępowania klinicznego i umożliwi do pewnego stopnia rokowanie.

Proponujemy więc następującą terminologję, opierając się na podziale anatomicznym podanym w rozdziale poprzednim. Zob. *Tabl. 5* i *Ryc. 44* i *45*.

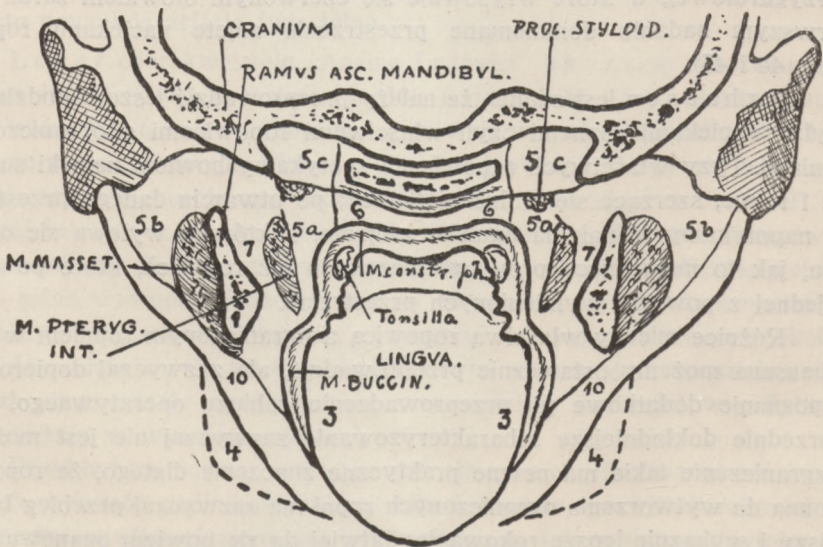
Celem skłonienia personelu lekarskiego i studentów mego zakładu do dokładnego oznaczenia zajętych przestrzeni wprowadziłem osobne formularze z wydrukowanymi schematami przestrzeni dna jamy ustnej jako i przygardłowej, w które wrysowuje się czerwonym ołówkiem zaraz przy pierwszym badaniu domniemane przestrzenie zajęte naciekami ropnemi (*Ryc. 44* i *45*).

A x h a u s e n jest zdania, że należy przeprowadzić jeszcze podział pomiędzy naciekami ropnemi czyli właściwymi ropowicami a ograniczonymi ropniami. Przy właściwych ropowicach spotykamy bowiem nacieki surowicze i ropne, szerzące się w luźnej tkance; po otwarciu danego przestworu nie napotykamy jednak na ognisko zropiałe, z którego wylewa się obficie ropa, jak to ma miejsce przy ograniczonych już ropniach, które powstały w jednej z powyżej wymienionych przestrzeni.

Różnicę między właściwą ropowicą a ograniczonym ropniem w myśl Axhausena możemy ostatecznie przeprowadzić, ale zazwyczaj dopiero jako rozpoznanie dodatkowe po przeprowadzeniu zabiegu operatywnego, gdyż poprzednie dokładniejsze scharakteryzowanie zazwyczaj nie jest możliwe. Rozgraniczenie takie ma pewne praktyczne znaczenie dlatego, że ropowica skłonna do wytworzenia ograniczonych ropni ma zazwyczaj przebieg łagodniejszy i wykazuje lepsze rokowanie; łatwiej da się bowiem opanować aniżeli ropowica o charakterze pełzającym, naciekowym. Ale i o omyłkę pod tym względem nie jest trudno; ograniczone ropnie w pewnych przestrzeniach mogą bowiem wykazywać także przejścia o charakterze naciekowym do przestrzeni sąsiedniej.



Ryc. 44. Przekrój poziomy na wysokości migdałka.



Ryc. 45. Przekrój czołowy przez For. ovale.

Ryc. 44 i 45. Schematy kliniczne Cieszyńskiego do zaznaczania barwnym ołówkiem przestrzeni, zajętych przez nacieki ropne. Cyfry podane w schematach odpowiadają przestrzeniom według mianownictwa w Tabl. 5.

**Tabl. 5** (zob. ryc. 44 i 45).

1.	„	<i>Ropowica podbródkowa.</i>
2.	„	<i>między mięśniami dna języka.</i>
3.	„	<i>podjęzykowa.</i>
4.	„	<i>podżuchwowa.</i>
5a	„	<i>w przestrzeni przygardłowej przedniej</i>
5b	„	<i>przyusznicowej.</i>
5c	„	<i>przygardłowej tylnej.</i>
6.	„	<i>zagardłowej.</i>
7.	„	<i>skrzydłowo żuchwowej.</i>
8.	„	<i>podskroniowej.</i>
9.	„	<i>skroniowej.</i>
10.	„	<i>policzkowej.</i>
11.	„	<i>opadowej szyjnej.</i>

W rozpoznaniu klinicznym powinna być zawarta o ile możliwości również etiologia. Można ją ustalić albo drogą badania klinicznego albo badaniem roentgenologicznym. Jeżeli etiologii oznaczyć nie można, to należy w rozpoznaniu wyraźnie dać temu wyraz: „o etiologii nieznaney“. Nie można natomiast zadowolić się tylko określeniem ropowicy jako takiej. Ropowica jest bowiem tylko określeniem kompleksu objawów wychodzących z pewnego określonego ogniska, a które trzeba będzie usunąć, jeżeli ma się sprawę chorobową wyleczyć przyczynowo.

Przy rozpoznaniu należy także zwrócić uwagę na czas trwania sprawy chorobowej i jej dotychczasowy przebieg. Zaznaczyć więc należy, czy mamy przed sobą sprawę ostrą: Phlegmone acuta, czy też podostrą — sub acuta, która już trwa kilkanaście dni, lub też Phlegmone chronica, której przebieg trwa już miesiąc i dłużej, a w końcu czy mamy sprawę, która jest zejściem ropowicy. Wówczas istnieją jeszcze nacieki ropne i przetoki.

### B. Statystyka śmiertelności.

Ropowice szczękowe należą do najpoważniejszych zachorzeń zakaźnych okolicy szczęk i kośćca twarzowego i wykazują stosunkowo często zejścia śmiertelne. Dokładnej statystyki podać nie możemy, nawet po dokładnym przeglądzie piśmiennictwa. Tłumaczy się to tem, że w piśmiennictwie znajdujemy przeważnie opisy poszczególnych przypadków o ciężkim przebiegu. Opisy zaś o charakterze zbiorowym, dane w podręcznikach opierają się na cyfrach szacunkowych. Cięższe przypadki zazwyczaj szukają pomocy w oddziałach chirurgicznych szpitalnych i usuwają się tem samem z pod obserwacji Instytutów dentystycznych, które zazwyczaj nie posiadają oddziału klinicznego, wyposażonego w łóżka. Kliniki zaś chirurgiczne

i oddziały szpitalne nie ogłaszają zazwyczaj dokładnych statystyk odnoszących się do leczonych przypadków ropowic szczękowych oraz przyczyn zejść śmiertelnych.

Porti Euler oznaczają śmiertelność na 40% przy ciężkich przypadkach ropowic szczękowych. Williger ogranicza się do powiedzenia, że rokowanie Angina Ludovici jest zazwyczaj niepomyślne. Kleinschmidt podkreśla, że ciężkie przypadki giną zazwyczaj wskutek ogólnego zakażenia. Rehn szacuje zejścia śmiertelne przy ropowicach dna jamy ustnej na 75%.

Najdokładniejszą statystykę zawdzięczamy Wassmundo wi z oddziału szczękowego szpitala Virhowa w Berlinie za lata 1927 i 1928 obejmującą 93 przypadki. Jak już wspominałem obserwowano tamże w przeciągu 6 lat 350 przypadków; jestto największy materiał, który został zebrany przez jednego autora.

Ropowice dna jamy ustnej	1927		1928	
	Liczba przypadków	Zejsć śmiertelnych	Liczba przypadków	Zejsć śmiertelnych
O charakterze ropowiczym, nasiękowym . . . . .	21	2=9,5%	14	2=14,3%
Z ograniczonym ogniskiem ropnem . . . . .	72	0	71	0
Ogółem . . . . .	93	2,1%	85	2,35%

Instytut dentystyczny U. J. K. nie dysponuje tak wielkim materiałem jak Berlin gdzie wszystkie przypadki są scentralizowane w jednym oddziale klinicznym. Obserwacje nasze są stosunkowo nieliczne, gdyż obejmują zaledwie 116 cięższych przypadków, obserwowanych w latach 1924 do 1930, z których mamy bądź to historję choroby bądź też notatki. Przypadki ostatnich trzech lat są dokładniej obserwowane dzięki temu, że dotyczą przeważnie chorych internowanych t. j. leczonych w oddziale klinicznym Instytutu.

#### Z e s t a w i e n i e :

Według tablicy A . . . 71 przypadków ropowic szczękowych (70%)  
 „ „ B . . . 45 „ „ „ (30%)  
 Razem . . 116 (100%)

Wypadków śmierci . . 1 przypadek t. j. 0,9% na tle anamnestycznie nie stwierdzonem, natomiast stwierdzony obrazem sekcyjnym anemii secundaria po tyfusie brzuszny.



Tabl. 6 Ropowice obserwowane w Instytucie dentyst. U/R.

## A) Ropowice szczękowe, leczone w latach 1924—1930 (I—III m) z wyjątkiem ropowic, pochodzących od zapalenia szpiku kostnego

	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930 I—III	Razem	%
Etjologia:									
1. Pochodzące od zgorzelinowych zębów lub ognisk wkołoszczytowych . . . . .	7	7	5	9	7	5	3	43	61%
2. Od zakażenia woreczka zębowego, wykluwającego się zęba 8/8. . . . .	2	1	2	3	3	8	1	20	28,6%
3. a) na tle Tbc . . . . .	1 <sup>1)</sup>	—	—	—	—	—	—	1 <sup>1)</sup>	
b) na tle zakażenia grzybkowego (Aktinomykosis)	—	—	—	3	—	—	—	3	4,3%
4. Po złamaniu żuchwy . . . . .	—	—	—	1	1	—	—	2	2,5% <sup>2)</sup>
5. Pochodzenia po tyfusie brzuszny . . . . .	—	—	—	1 <sup>3)</sup>	—	—	—	1	1,4%
6. Pochodzenia nieznanego . . . . .	—	1	—	—	1	—	—	2	2,8%
<b>Ogółem . . . . .</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>71</b>	
Otwarto cięciem } od zewnątrz	5	4	4	11	10	9	3	46	na 65 przypadków
} od j. ustnej	4	3	3	5	—	3	1	19	
Zabieg wyk. w narkozie . . . . .	3	3	3	7	—	6	3	25	
„ „ w zamrożeniu . . . . .	1	2	2	4	3	5	—	17	
Zabieg wykonano w znieczuleniu z przerwaniem przewodnictwa nerwu . . . . .	5	—	—	1 For. ovali	1	1	1	9	
<b>I Ropowice nasiętkowe . . . . .</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>3<sup>2)</sup></b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>30%<sup>3)</sup></b>
<b>II Ropowice ogniskowe (ropień) . . . . .</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>70%</b>

<sup>1)</sup> W połączeniu z 1. — <sup>2)</sup> Stwierdzono sekcyjnie. — <sup>3)</sup> Na 54 przypadków.

## B) Ropowice szczękowe spostrzegane w 1924—1930 (I—III) na tle zapalenia szpiku kostnego (osteomyelitis)

	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930 I—III	Razem
Etjologia:								
1. Na te zakażenia, wychodzącego od zgorzelinowej miazgi . . . . .	1	2	5	—	5	4	—	17
2. a) Na tle Tbc. . . . .	—	1	—	—	—	—	—	1
b) Po chorobach zakaźnych:								
a) po grypie . . . . .	—	—	—	—	—	2	1	3
b) po tyfusie brzuszny . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	1
3. Po zakażeniu grzybkow. (Aktinomykosis)	—	1	—	—	1	—	—	2
4. Po zabiegu operacyjnym (wyjęcie zęba)	—	1	—	—	2	—	—	3
5. Jako zejście ropowicy obserwowane podczas leczenia . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	1
6. Na tle nieznanem . . . . .	3	4	1	2	2	4	1	17
<b>Ogółem . . . . .</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>45</b>

Szczegóły, odnoszące się do powyżej podanych przypadków zawiera tabl. A. i B. Przypadki z ostitis i osteomyelitis zestawiliśmy osobno, wynosząc one 30% (Tabl. 6).

W grupie A, obejmującej cięższe przypadki ropowic szczękowych o różnej etiologii, przeważają przypadki, pochodzące od zgorzelinowej miazgi lub ognisk okołoszczytowych (61%). Około 28,6% ropowic szczękowych spostrzegano przy utrudnionem wyrzynaniu się zęba mądrości wskutek zakażenia okolicy paradontalnej wykluwającego się zęba.

Ropowice o charakterze naciekowym (grupa I w tabl. A), gdzie nie ukazała się zaraz po nacięciu ropa wynoszą 30%. Jak już wspomnieliśmy mają one zazwyczaj przebieg cięższy i rokowanie gorsze. Wśród tychże zaszedł 1 przypadek ze zejściem śmiertelnem u chorej bardzo anemicznej, która przybyła do kliniki w bardzo ciężkim stanie, a przy której po nacięciu nie ukazała się ani kropla krwi ani kropla ropy. Chorą z ciężką anemią wtórną przewieziono na oddział innej kliniki, gdzie zmarła po kilku dniach a na stole sekcyjnym stwierdzono objawy ogólnego zakażenia i ciężkie zmiany narządów wewnętrznych po przebytych tyfusie brzuszny, o którym chora, zgłaszając się na klinikę wcale nie wspominała. *C. d. n.*

### † Prof. Dr. IRENEUSZ WIERZEJEWSKI.

Dnia 8. marca 1930 roku rozstał się z światem ś. p. Dr. Ireneusz Wierzejewski w sile wieku, nadzw. profesor ortopedji Uniwersytetu Poznańskiego, współtwórca i kierownik Poznańskiego Zakładu ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu i dyrektor kliniki ortopedycznej, założyciel i redaktor „Przeglądu ortopedycznego“.

Studja swe odbywał na uniwersytetach berlińskim i monachijskim, szejcalizował się w klinice ortopedycznej Prof. Langego w Monachjum, a później w Berlinie. Podczas studjów uniwersyteckich należał do polskiej tajnej organizacji narodowej, przygotowując się do życia obywatelskiego. — W specjalności swej wyróżniał się nadzwyczajną pomysłowością i zręcznością dzięki swoim zdolnościom w kierunku mechaniki, o czem świadczy szereg poważnych prac naukowych, ogłoszonych w języku polskim i w językach obcych.

Podczas powstania Wielkopolskiego poniósł ś. p. Ireneusz Wierzejewski nadzwyczajne zasługi, zdobywając na Niemcach olbrzymi materiał sanitarny, zgromadzony w Poznaniu. Brał czynny udział w organizacji służby sanitarnej na terenie Wielkopolski, przybył pod Lwów w czasie inwazji ukraińskiej z oddziałami Wielkopolskiemi.

Za zasługi swe w armji polskiej został mianowany generałem brygady a w dowód zaufania kolegów broni, przewodniczącym Związku oficerów rezerwy zachodnich Ziemi Polski. — Poza pracą naukową i zawodową znalazł jeszcze ś. p. Ireneusz Wierzejewski czas na pracę społeczną. W ostatnich latach był członkiem Senatu Rz. P. — Cześć pamięci zasłużonego przedstawiciela nauki, pierwszego pioniera ortopedji na Ziemiach polskich i wielkiego obywatela - Polaka.

*Cieszyński.*

Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.  
Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Dr. ADELA BARDASZÓWNA,  
st. asystent Instytutu dent. U. J. K.

LWÓW.

PRZEPUSZCZALNOŚĆ WYPEŁNIEŃ TYMCZASOWYCH W ŚWIETLE  
BADAŃ BARWIKOWYCH I BAKTERJOLOGICZNYCH \*).

*Perméabilité des matériaux obturateurs provisoires constatée au moyen  
de méthodes colorifiques et bactériologiques.*

Die Durchlässigkeit provisorischer Füllungsmaterialien für Farbstoffe und Bakterien.

Doc. pol. 51.80.

Doc. int. 616.314089 27 039.74.

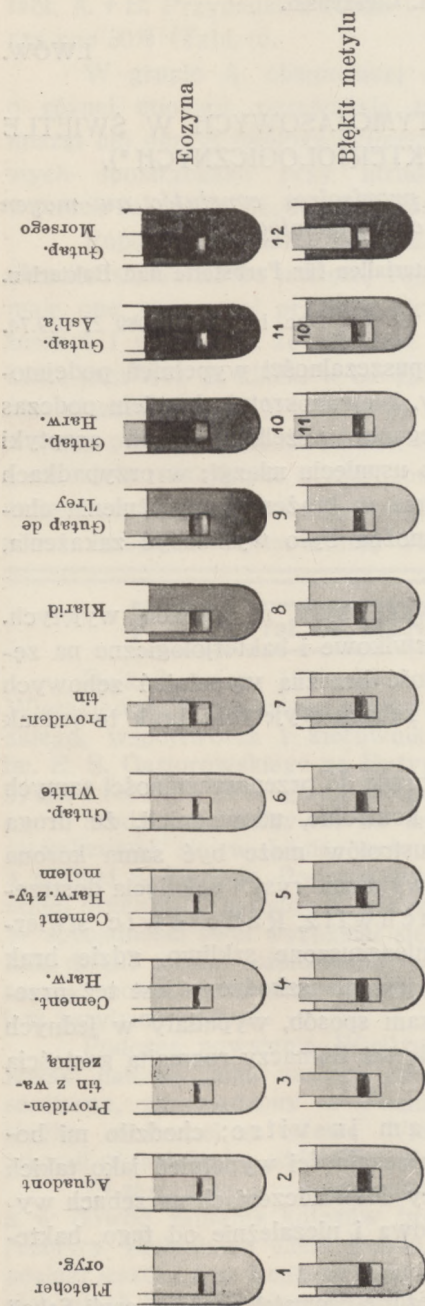
Próby zbadania szczelności i przepuszczalności wypełnień podejmowane już były przez rozmaitych autorów. Niejednokrotnie bowiem podczas leczenia przewodów pomimo przestrzegania wszelkich zasad aseptyki stwierdzano objawy ze strony ozębnej po usunięciu miazgi; w przypadkach tych — pominiawszy szczytowe zaburzenie w krążeniu, podrażnienia chemiczne przez środki stosowane — nie można było wykluczyć zakażenia, które właśnie w czasie leczenia nastąpiło.

Badania dotychczasowe wykonywane były na zębach wyjętych. I tak Csernyei wykonywał próby barwikowe i bakterjologiczne na zębach wyjętych. Kalisz badając styczność brzeżną wypełnień zębowych stosował również metody barwikowe w zębach wyjętych; brak tu jednak wyników syntetycznych.

Dodatknie wyniki odnosili jedni autorowie do przepuszczalności samych wypełnień, drudzy, wykonując badania kontrolne, udowodniali, że drogą przechodzenia barwika, czy też drobnoustrojów może być sama korona zęba; jak wiadomo, szkliwo już w ustach wykazuje rysy i pęknięcia dostrzegalne okiem nieuzbrojonym. Inni jak Bauchwitz, Radosewicz stwierdzili doświadczalnie, że całe zupełnie nienaruszone szkliwo, gdzie brak pęknięć i ciągłość powierzchni szklawej jest nieuszkodzona jest też przepuszczalne. Próby wykonywane w ten sam sposób, wypadały w jednych zębach dodatnio, w drugich ujemnie, co się też tłumaczy różną gęstością i wiekiem zęba.

Próby swoje wykonywałam *in vitro*; chodziło mi bowiem o stwierdzenie szczelności i przepuszczalności wypełnień jako takich z pominięciem błędów, jakie wynikają przy doświadczeniach na zębach wyjętych. Posługiwałam się metodą barwikową i niezależnie od tego, bakte-

\*) Wykład wygłoszony na IV. Pol. Zjeździe Stomatologicznym, czyli Sekcji XII. Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich w Wilnie dnia 30 września 1929 roku.



## Błękit metylu

- 1 Fletcher oryg.
- 2 Aquadont.
3. Provident z wasel.
4. Cement Harward'a
5. Cement z tymolem.
6. Gutaperka White'a.
7. Providentin.
8. Klarid.
9. Gutap. de Trey'a.
10. " Harwarda
11. " Ash'a.
12. " Morsego.

Ściana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Przekrój	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ściana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Przekrój	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Eozyna

ryologiczną. Barwikami stosowanymi był zasadowy błękit metylu i kwaśna eozyna.

Materiałem doświadczalnym były wypełnienia tymczasowe stosowane przedtem i obecnie w Instytucie dentystycznym U. J. K., mianowicie: Fletcher oryginalny, Klarid, Aquadont, Providentin, Providentin po stwardnie-

Do tablicy na str. 80

**Skala barwikowa szczelności i przepuszczalności wypełnień tymczasowych.**

	Eozyna		Błękit metylu			Bakteri.
	Ściana	Przekrój	Ściana	Przekrój		
				Ściana	Przekrój	
1. Fletcher oryginalny	—	—	—	—	—	+
2. Aquadont	—	—	—	—	—	+
3. Providentin z wasel.	++	++	—	—	—	+
4. Cement Harwarda	+	+	+	+	—	+
5. Cement Harwarda z tymolem	+	+	+	+	—	+
6. Gutaperka White'a	—	—	—	—	—	+
7. Providentin	+	+	+	+	+	+
8. Klarid	++	++	+	+	+	—
9. Gutap. de Treya	+	+	+	+	—	+
10. Gutap. Harwarda	+	+	+	+	—	+
11. Gutap. Asha	+	+	+	+	—	+
12. Gutap. Morsego	+	+	+	+	+	+

minus — niezabarwiony,  
plus + zabarwiony  
minus — bakteriologicznie nieprzepuszczalny.

niu powleczony waseliną (co wedle Werkenthina zmniejsza przepuszczalność), cement Harwarda, cement Harwarda z domieszką tymolu, rozmaite fabrykaty gutaperki, jak de Treya, Harwarda, Ash'a, Morsego, White'a.

Przebieg doświadczeń był następujący: rurkę szklaną o świetle odpowiadającym mniej więcej powierzchni zęba trzonowego zamknęłam każdym z wymienionych wypełnień, przez otwór górny wprowadziłam barwik w kryształkach, następnie przewiązawszy jedwabiem uwiesiłam rurkę tę

w próbowce napełnionej wodą przekroploną o temperaturze 37°, do wysokości takiej, aby woda nie sięgała otworu górnego rurki i nie rozpuściła barwika w niej się znajdującego. Następnie umieściłam całość w cieplance o temperaturze 37° na przeciąg 48 godzin, t. j. przeciętnego czasu przez jaki wypełnienie tymczasowe w zębie pozostaje.

Po 24 godzinach błękit metylu nie zabarwił wody poprzez żadne wypełnienie, eozyna jako bardziej czuła, zabarwiła wodę, gdzie rurki zamknięte były masą Klarid słabo, silniej przez gutaperkę Ash'a, Morsego, De Treya, Harwarda.

Po dalszych 24 godzinach, a więc do 48 godzin nie przeszedł błękit metylu poprzez żadne wypełnienie z wyjątkiem gutaperki Morsego i Harwarda. Eozyną zaś zabarwiła się woda poprzez Providentin, Klarid, Gutaperkę de Treya, Harwarda, Ash'a, Morsego (Ryc. 1).

Po upływie 48 godzin wyjęłam próbówki wraz z rurkami z cieplarki, rurki przecięłam w pół kamieniem karborundowym i nieuszkodzone wypełnienia przekroiłam ostrym małym nożem chirurgicznym (Ryc. 2).

Stopień zabarwienia ścian jako wyraz szczelności i przekrojów jako wyraz przepuszczalności wypełnień ułożyłam w tabelę powyżej zamieszczoną.

Próby bakterjologiczne wykonałam w sposób analogiczny. Rurki zamknęłam u jednego końca, podobnie jak przy doświadczeniach barwikowych temi samymi wypełnieniami, następnie wprowadziłam w nie buljon jałowy i umieściłam je w próbowkach napełnionych buljonem zakażonym prątkami duru brzuszego dla stwierdzenia czy przez poszczególne wypełnienia przejdą drobnoustroje z buljonu zakażonego w próbowce do jałowego w rurkach.

Celowo posługiwałam się jedynie prątkami duru, aby wykluczyć zakażenie z powietrza, z otoczenia, czy też przez niedostateczne wyjałowienie instrumentów, któremi się posługiwałam. Próbówki wstawione do cieplarki o temperaturze 37° pozostawiłam na przeciąg 48 godzin. Po upływie tego czasu buljon z każdej poszczególnej rurki pierwotnie jałowej zaszczerpiono na pożywkę Conradi-Drygalskiego (elektywna pożywka dla grupy coli) i umieszczono w cieplance; po 48 godzinach wyrosły kolonie prątków duru z wyjątkiem buljonu pobranego z rurczek zamkniętych wypełnieniem Klarid i cementem Harwarda z domieszką tymolu wedle Cieszyńskiego gdzie tymol zamknął drogę drobnoustrojom, gdyż cement sam okazał się przepuszczalnym.

Wyniki prób barwikowych stwierdzają, że z wypełnień wymienionych pod względem szczelności najlepszy jest Fletcher oryginalny (1), Aquadont (2), Gutaperka White'a (6). Subtelniejsze próby bakterjologiczne wyka-

zały nieprzepuszczalność na drobnoustroje jedynie masy Klarid i cementu z tymolem.

Jak więc z tych doświadczeń wynika, szczelne i nieprzepuszczalne zamknięcie wypełnieniami tymczasowymi jest problematyczne; jest ono wskazaniem do krótkotrwałego leczenia z krótkimi odstępami czasu między poszczególnymi posiedzeniami, by niezawodnym wypełnieniem przewodów i stałym wypełnieniem zęba odciąć zakażeniu drogę włąb przewodu i do jego otoczenia i uniemożliwić wytworzenie się ogniska zakażenia, którego znaczenie z każdym dniem bardziej staje się świadome.

Równocześnie wyrażam podziękowanie szefowi swemu panu prof. Cieszyńskiemu za udzielenie mi wyczerpujących wskazówek, a panu docentowi dr. Witoldowi Lipińskiemu, prymarjuszowi Oddziału zakaźnego Szpitala Powsz., za pomoc i wskazówki podczas badań bakteriologicznych.

#### RESUME.

*Les matériaux provisoires dont on se sert pendant le traitement n'obturent pas d'une manière hermétique et ne protègent pas suffisamment contre l'infection. D'après les recherches au moyen de colorants l'auteur a trouvé que les meilleurs d'entre eux sont: Le matériel provisoire original de Fletcher, l'aquadont et le guttapercha de White.*

*Imperméables pour les microorganismes sont d'après les recherches bactériologiques de l'auteur seulement le Klarid et le ciment thymolé (d'après Cieszyński).*

*Il résulte donc de ces observations pour la pratique la règle suivante: les intervalles entre les séances doivent être, tant que dure le traitement des racines, aussi courtes que possible.*

**Dr. A. Bardasz (Lwów): Die Durchlässigkeit provisorischer Füllungsmaterialien für Farbstoffe und Bakterien.**

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die provisorischen Füllungen gewähren keinen hermetischen Verschluss für behandelte Zähne und schützen daher nicht vor Infektion während der Behandlung.

Die Untersuchungsmethoden mittels Farbstoffen ergaben, dass folgende provisorischen Füllungen die besten sind: Originalfletcher, Aquadont, Guttapercha von White. Die bakteriologischen Untersuchungsmethoden haben erwiesen, dass eine Undurchlässigkeit für Bakterien nur bei Klarid und Thymolzement (infolge Thymolbeimischung nach Cieszyński besteht. Für die Praxis ergibt sich folgende Regel: während der Wurzelbehandlung sollen möglichst kleine Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen stattfinden.

## Wiadomości bieżące.

Wynik egzaminów na uprawnionych techników dentystycznych w Województwie Lwowskim, Tarnopolskim i Stanisławowskim, które odbyły się w r. 1929 we Lwowie.

Zgłosiło się w terminie wiosennych do egzaminu		170
Zgłosiło się w terminie jesiennym do egzaminu		147
		Razem 317
Złożyło egzamin z wynikiem	pomyślnym:	ujemnym:
w terminie wiosennym	84	86
w terminie jesiennym	100	49
	184	135
	57,7%	42,3%

Prócz tego odbyły się egzaminy analogiczne w Krakowie i Poznaniu.  
C.

**Testimonial Dinner to Dr. Hermann Prinz — Philadelphia.** W dn. 29 marca b. r. ma się odbyć uroczystość uczczenia zasług naukowych Prof. Dr. Hermana Prinza, którego prace na polu zębolecznictwa są znane także w Polsce. Zawiązał się wielki Komitet złożony z wybitnych lek. dentystów i stomatologów w Ameryce, który powołał do współudziału na Polskę Prof. Cieszyńskiego, zaliczając go do honorowego Komitetu. — Prof. Cieszyński wysłał z okazji tejże uroczystości pismo gratulacyjne w imieniu polskich lekarzy dentystów i stomatologów.

**Redakcja Japońskiego czasopisma The Journal Of The Nippon Dental Association** przysłała redakcji Polskiej Dentystyki pismo następującej treści:

Tokio, 20 września 1929. Szanowni Panowie! Prosimy o łaskawe przyjęcie do wiadomości, że Rada Zawiadowcza czasopisma Shikwa shimpo (Przegląd Wiedzy Lekarskiej) postanowiła ostatnio przyjąć tytuł Shikwa Gakkai Zasshi (czasopismo Towarzystwa Dentystycznego w Nipponie) od dnia 1 sierpnia 1929 r., pozostawiając dotychczasową organizację. Mamy nadzieję, że Shikwa Gakkai Zasshi cieszyć się będzie nadal temi samemi względami co dotychczas. Dziękując za dotychczasowe względy i prosząc o nie na przyszłość, pozostajemy z wysokiem poważaniem za Shikwa Gakkai Zasshi, Ichigoro Nakahara, Sc. D. Nakładca.

### Wolne posady — konkurs.

Powiatowa Kasa chorych w Nadwórnej ogłasza konkurs na posadę lekarza - dentystry z prawem wykonywania praktyki na terenie Państwa Polskiego z siedzibą w Nadwórnej. W zgłoszeniu należy podać życiorys, odpis dyplomu i świadectwa dotychczasowej pracy. Doktorowie medycyny (stomatologowie) mają pierwszeństwo. Warunki według umowy. Termin wnoszenia podań do 30. marca 1930 r. Zgłoszenia należy skierowywać pod adresem następującym: Komisarz rządowy Bronisław Chombakow, Powiatowa Kasa chorych w Nadwórnej.



Z Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.  
Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Dr. MIECZYŚLAW JANKOWSKI,  
st. asystent Inst. dent. U. J. K.

LWÓW.

RZADKI PRZYPADEK WEJŚCIA POZOSTAWIONEGO KORZENIA DRUGIEGO DWUGUZKOWCA GÓRNEGO POMIĘDZY KORZENIE PIERWSZEGO ZĘBA TRZONOWEGO.

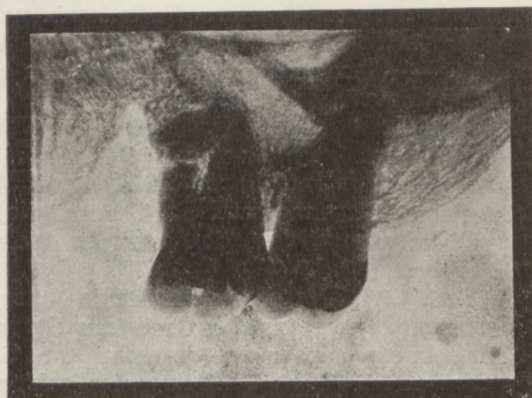
*Cas rare de déplacement d'un fragment d'une racine de 2-ème prémolaire supérieure qui, non extrait, est venu se placer entre les racines de la 1-ère molaire.*

Die abgebrochene Wurzel des oberen zweiten Praemolaren verlagert zwischen die Wurzeln des ersten Molaren.

Doc. pol. 50.6.

Doc. int. 616.314.6.007.

Pacjentka lat 21 zgłasza się z bólem szczęki górnej lewej. Brak zębów 1, 2 i 4, 5; pozostałe 6, 7 bez zmian. Bolesność i zaczerwienienie brzo-  
gów dziąsła jako odczyn na obfity kamień zębowy. Nad usuniętym zębem 5 w okolicy szczytowej bolesność przy ucisku.



Ryc. 1. (Powiększenie 1 : 1 $\frac{1}{2}$ ).

Zdjęcie roentgenowskie wykazuje pozostawiony wierzchołek korzenia 5, odpowiadający 1/3 całej długości korzenia, przesunięty odśrodkowo, ułożony ukośnie między korzeniami sąsiedniego zęba, 1-go trzonowego (Ryc. 1.).

Przy użyciu dźwigni Beina nie można było natrafić na korzeń, mimo drożności zębodołu, przebiegającego wzdłuż policzkowo-środkowego i podniebiennego korzenia zęba 6 na głębokości odpowiadającej długości korzenia. Gdy przy ponownym zdjęciu roentgenowskim otrzymano niezmieniony

obraz, przystąpiono do usunięcia reszty korzenia od góry. Po odsłonięciu płata dziąsłowego i po odbiciu blaszki zewnętrznej natrafiono tylko na cokolwiek widoczny szczyt korzenia zęba 5, wystającego z pomiędzy korzenia dośrodkowego i podniebiennego zęba 6. Korzeń był silnie wciśnięty i leżał na jednej z nimi płaszczyźnie. Po usunięciu go i zaszcyciu rany, sprawa wygoiła się do kilku dni, bóle ustały.

Powstanie przemieszczenia korzenia można wytłumaczyć w ten sposób, że podczas usuwania drugiego dwuguzkowca zniszczono odśrodkową ścianę zębodołu a przy próbach ekstrakcyjnych dźwignią wepchnięto szczyt korzenia między korzenie sąsiedniego zęba trzonowego; resztką ta korzenia, ulegając działaniom siły wypychającej korzeń na zewnątrz, wklinowała się pomiędzy korzeń dośrodkowy a podniebienny zęba trzonowego.

### Kalendarz Zjazdowy.

1930.

- 28—30. marca. Praga. Związek Zrzeszeń dentystrycznych austriackich. 11. Posiedzenie (wędrownie). Zgłoszenia przyjmuje Dr. Lederer, Praga, pl. Wacława 66.
- 6—13. kwietnia. Paryż. Semaine Odontologique — 41. kongres dentystryczny połączony z Wystawą. Posiedzenia w „Grand Palais“. Zgłoszenia przyjmuje M. F. Halona, Paris VIII, 4. Rue de Stockholm. — Kilka kart uczestnictwa można nabyć bezpłatnie w Redakcji „Polskiej Stomatologii“.
18. kwietnia. Wycieczka naukowa lekarska do Hiszpanji wyjeżdża z Wiednia i prowadzi przez włoską i francuską Rivierę (Wenecja, San Remo, Mentone, Monte-Carlo, Nizza, Chateau Grimaldi. (zwiedzenie zwierzynca małp. Prof. Voronoffa); do Barcelony i Madrytu. Informacyj udziela: Aertzliche Auslandstudienreisen, Wien I. Biberstr. 11. I.
2. maja: New York City. Doroczne posiedzenie Amerykańskiego Stomatologicznego Towarzystwa (American Stomatologic Society A. S. S.). Zob. oświadczenie co do ruchu A. S. S. na str.
- 28—31. maja. Stuttgart Związek Centralny niemieckich lek.-dentystrów.
- Sierpień: Pierwszy tydzień: Bruksela. Doroczne zebranie F. D. I.
- Sierpień: Pierwszy tydzień: Bruksela. Doroczne zebranie F. D. I.
- 7—12. września. Królewiec. Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy.
15. września: Wenecja. Włoski Zjazd pod protektoratem Międzynarodowego Związku stomatologicznego A. S. I.

1931.

- Czerwiec: Lwów. W Zielone święta lub święto Piotra i Pawła: V. Polski Zjazd stomatologiczny.
- Sierpień: Paryż. Pierwszy tydzień: VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystryczny, zorganizowany przez F. D. I.
- Wrzesień: Budapeszt. Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny A. S. I. z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu.

**SPRAWY UCZELNI WYŻSZYCH.**

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

**Sprawa objęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego „ustawą ramową“ o uczelniach akademickich.**

Jak wiadomo Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie powstał w roku 1920 na podstawie Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Ministerstwem W. R. i O. P. i Ministerstwem Skarbu a w styczniu 1922 r. przechodzi P. I. D. pod całkowity Zarząd Ministerstwa W. R. i O. P. również drogą rozporządzenia ministerjalnego a nie drogą ustawy. Organizację tegoż Zakładu określa „tymczasowy statut“, ogłoszony w r. 1922. Bliższe szczegóły dotyczące organizacji, przeprowadzonej na wzór uczelni akademickiej jednowydziałowej, zawarte są w doskonałym memorjale poniżej ogłoszonym, wniesionym przez ogół studentów P. I. D. w lutym 1929 r. do Ministerstwa W. R. i O. P.

Zaproszony w r. 1919 do objęcia katedry stomatologii i roentgenologii w powstającym Państwowym Instytucie Dentystycznym, zwracałem się już wówczas ustnie i pisemnie do Ministerstwa W. R. i O. P. i Ministerstwa Zdrowia, wskazując na konieczność nadania pełnych praw akademickich tejże uczelni przez ustanowienie statutu tejże uczelni nie tylko drogą rozporządzenia, lecz drogą ustawy.

P. I. D. w Warszawie powstał, jak wyraźnie zaznaczono w statucie, jako prowizorium, które miało być przyjęte przez Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Zadaniem tegoż Zakładu wyższego naukowego było zlikwidowanie remanentu ze szkół prywatnych dentystycznych b. dzielnicy rosyjskiej, których liczba przekraczała 1000 osób, oraz wykształcenia nowej generacji lekarzy-dentystów według programu polskiego studjów. Uznanie Państwowego Instytutu dentystycznego za szkołę akademicką drogą ustawy napotkało na trudności w początkach istnienia Zakładu, ponieważ prawie wszyscy kandydaci ze szkół prywatnych rosyjskich nie posiadali matury, która to stanowi podstawę do studjów uniwersyteckich. Statut nadany w roku 1920 i 1922 przewidywał wprawdzie od nowo wstępujących kandydatów egzaminu dojrzałości, a więc wymagał tych samych kwalifikacyj od wstępujących na studia dentystyczne, jakich wymaga się od studentów, wstępujących na studia lekarskie lub na inny fakultet Uniwersytetów polskich. W r. 1928 z chwilą ukończenia likwidacji materiału studentów z czasów przedwojennych i wojennych trudności te zostały usunięte, gdyż nowoprzyjęci studenci do Państwowego Instytutu dentystycznego posiadali już te same kwalifikacje co studenci Uniwersytetów i Politechnik polskich. Pomimo że Państwowy Instytut Dentystyczny został zorganizowany na wzór szkół akademickich i figurował we wewnętrznym zarządzie Ministerstwa i w oficjalnych budżetach w rubryce szkół akademickich, a według paragrafu 6 tymczasowego statutu obowiązywały przepisy o szkołach akademickich we wewnętrznym urzędowaniu P. I. Dentystycznego, pomimo usilnych starań ze strony Rady Profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego, niektórych przedstawicieli katedr stomatologicznych (Lwów), pomimo rezolucji I. Polskiego Zjazdu dentystycznego we Lwowie, nie uzyskał Państwowy Instytut Dentystyczny pełnych praw akademickich i nie został wymieniony

w zasadniczej ustawie o szkołach akademickich z 13 lipca 1920 r. w art 111, ani uwzględniony w noweli z dnia 26. IX. 1922 r. do tejże ustawy. Nie wymieniono również wśród szkół akademickich Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie w Rozporządzeniu Ministra W. R. i O. P. z dnia 11. XI. 1924 w przedmiocie uzyskania stopnia doktora. Między szkołami akademickimi spotykamy także tylko Uniwersytety, Politechniki, Akademię oraz Główną Szkołę Gospodarstwa wiejskiego. Skutku również nie odniosły kilkakrotnie wnoszone podania przedstawiciela katedry stomatologicznej lwowskiej w indywidualnym przypadku, w którym to chodziło o dopuszczenie do doktoratu z dentystyki kandydata posiadającego dyplom P. I. D., długoletnią praktykę w uniwersyteckim Instytucie oraz szereg prac naukowych, nie odniosły skutku prośby o wydanie rozporządzenia wykonawczego do § 10 tymczasowego statutu P. I. D., któryby określił warunki uzyskania stopnia doktora z nauk dentystycznych. Kilkakrotnie interweniowałem w Ministerstwie W. R. i O. P. jako przewodniczący Związku Docentów dentystyki i stomatologii w tejże sprawie, wskazując na stan nienormalny, jaki zaistniał, podkreślając krzywdę tych wszystkich absolwentów P. I. D., którym w § 10 tymczasowego statutu P. I. D. nie tylko zrobiono widoki uzyskania stopnia doktora nauk dentystycznych, ale w którym dano oficjalne zapewnienie, że warunki uzyskania stopnia doktora nauk dentystycznych zostaną unormowane osobnem rozporządzeniem.

Od czasu założenia Państwowego Instytutu Dentystycznego zaszły w Ministerstwie W. R. i O. P. kilkakrotnie zmiany personalne na stanowiskach kierowniczych. Fakt ten sam tłumaczy dostatecznie, że przedstawicielom Ministerstwa W. R. i O. P. nie jest znana geneza powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego w swoich szczegółach, nie są znane wszystkie prace przygotowawcze, pertraktacje i oświadczenia ówczesne Wydziałów lekarskich i Dziekanów. Zaszły również i w Wydziałach lekarskich podczas lat ostatnich 10-ciu daleko idące zmiany personalne, a obecna większość Wydziałów nie zna również szczegółów, odnoszących się do wprowadzenia w Polsce studjów dentystycznych i opinii Komisji ówczesnych, wybranych swego czasu przez Wydziały lekarskie celem załatwienia tejże sprawy.

Jeżeli obecnie pod naporem faktów sprawa nadania praw szkoły akademickiej Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu staje się znowu aktualną, decydujące czynniki w Ministerstwie znowu przeprowadzają ankietę co do stanowiska Wydziałów lekarskich w tejże sprawie, zbierają materiał co do studjów dentystycznych na całym świecie, ażeby na podstawie tak gruntownego zbadania sprawy, załatwić rzecz, która już w r. 1920 i 1922 należycie była przygotowaną a tylko przez niedopatrzenie i brak konsekwencji w dalszej organizacji nie została załatwiona już dawno z korzyścią dla dentystyki jako nauki a sprawiedliwie dla tych, którzy ukończyli studia w P. I. D. w Warszawie.

Drobny ten napozór fakt: nieprzeprowadzenia przez Sejm drogą ustawy zorganizowania Państwowego Instytutu Dentystycznego, przyniósł specjalności naszej jako nauce, jakoteż i zawodowi naszemu nieobliczalne szkody. Przez wprowadzenie doktoratu z dentystyki wzrosłaby ilość osób, opracowujących ważniejsze zagadnienia naukowe naszej specjalności, na-

uczonyby pracować wogóle naukowo młodą generację lekarzy-dentystów i wzbudzonoby większe zainteresowanie dla zagadnień teoretycznych. Z tegoż materiału ludzi możnaby było wyszukać odpowiednich kandydatów na późniejszych, poważnych pracowników naukowych i docentów, których obecnie w Polsce brak zupełnie.

Wprowadzenie wczesne doktoratu z dentystyki i zrównanie tem samem lekarzy-dentystów z absolwentami innych fakultetów uniwersyteckich podniosłoby w oczach społeczeństwa cały nasz zawód i prawdopodobnie nie przyszyłoby do tak fatalnego potraktowania nas, ludzi z akademickiem wykształceniem, przez ustawę dentystyczną z roku 1927, która zrównała prawie że zupełnie lekarzy-specjalistów z partaczami bez żadnego wykształcenia akademickiego. Skutki tego zaniechania i skutki ustawy dentystycznej odbijają się obecnie na zdrowiu społeczeństwa i będą działały jeszcze nadal na jakie 20 lat.

Chaos, który powstał w pojęciach społeczeństwa o dentystyce jako nauce i uprawieniach lekarzy-dentystów i techników dentystycznych, wypaczył trzeźwy sąd co do charakteru Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie i do słusznych jego żądań, zaliczenia go w poczet szkół akademickich. Jeżeli sprawa ta nie posunęła się naprzód w ostatnich 10-ciu latach, nie można winić o to ani lekarzy-dentystów, którzy na zjazdach swoich domagali się nadania praw należnych Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie, nie można winić i Związku docentów stomatologii i dentystyki, który od chwili swego powstania na każdym ze swych posiedzeń wysuwał tę sprawę jako jedną z najważniejszych i przy każdej sposobności przypominał ją Ministerstwu W. R. i O. P., nie można winić profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego, ażeby nie domagali się o prawa uczelni warszawskiej i o prawa wszystkich absolwentów, którzy do niej uczęszczali.

Gdyby się chciało zebrać całkowity materiał, dotyczący wspomnianej sprawy, powstałoby niewątpliwie tom okazałej grubości. Część tego materiału znajduje się w aktach Ministerstwa W. R. i O. P. i przestrasza każdego referenta tejże sprawy, tak że woli sprawę traktować od nowa, aniżeli przestudjować materiał zebrany w ciągu 12 lat od r. 1918 w sprawie studjów dentystycznych, Państwowego Instytutu Dentystycznego, doktoratu z nauk dentystycznych i stworzenia odpowiednich warunków nauczania tejże specjalności.

Poniżej podajemy tylko kilka ważniejszych dokumentów, które mamy prawo ogłosić bez zastrzeżeń, i podać do wiadomości interesowanych kolegów, niejako na uspokojenie, że wszyscy ci, którzy cośkolwiek w tej sprawie zrobić mogli, obowiązek swój spełnili.

W ostatnich latach na kilkakrotne interwencje ze strony Dyrekcji Państwowego Instytutu Dentystycznego zażądało Ministerstwo W. R. i O. P. od Dyrekcji Państwowego Instytutu Dentystycznego memoriału, zawierającego pogląd na sprawy nauczania dentystyki w państwach europejskich i poza kontynentem Europy, który stałby się podstawą i argumentem dla zadosyćuczynienia żądaniu Państwowego Instytutu Dentystycznego, uzyskania praw uczelni akademickiej. Dyrekcja P. I. D. przedłożyła takiż memoriał dnia 7 kwietnia 1929 r. Memoriał ten rozesłało Ministerstwo W. R. i O. P. Dziekanatom Wydziałów lekarskich wszystkich Uniwersytetów z prośbą

o oświadczenie się, czy należy nadać prawa szkoły akademickiej Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu. Na pismo to z dnia 21. X. 1929 r. wszystkie Wydziały lekarskie wypowiedziały się z małemi zastrzeżeniami przeciw postawionemu żądaniu.

Nie jestem upoważniony do ogłoszenia tychże opinii, dlatego podaję poniżej tylko opinię własną co do zasadniczego załatwienia sprawy oraz do stanowiska zajętego przez Wydziały lekarskie.

Ostateczne załatwienie tego trudnego problemu ze strony Ministerstwa W. R. i O. P. nie nastąpiło jeszcze. Starania o nadanie praw akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu zostały tymczasem podjęte przez nowopowstały Związek Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego, który 2. marca b. r. się ukonstytuował w Warszawie i przedłożył Ministerstwu swoje rezolucje. Szczegóły, dotyczące tejże akcji, podajemy również poniżej.

Dnia 10 marca b. r. zastanawiał się Związek Docentów dentystyki i stomatologii nad krokami, które w przyszłości podjąć należy, o ileby Ministerstwo W. R. i O. P. nie przychyliło się do żądań, wyrażonych w Memorjale, przedłożonym przez Radę profesorów P. I. D. Aż do nadejścia odpowiedzi ze strony Ministerstwa postanowiono na razie zająć stanowisko wy czekujące.

### **Opinia reprezentanta katedry stomatologii przy Uniwersytecie Lwowskim Prof. Dra A. Cieszyńskiego w sprawie nadania Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie praw uczelni akademickiej.**

We Lwowie, dnia 17. II. 1930.

Do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego przez:

Dziekanat Wydziału Lekarskiego i Rektorat Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Wydział lekarski Uniw. J. K. rozpatrywał sprawę memorjału Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie na 5 posiedzeniach: dnia 21. XI. 1929, 12. XII. 1929, w początkach stycznia 1930 i 23. stycznia i 15 lutego 1930, wysłuchał referatu profesora fachowego oraz referatu kompromisowego Komisji (załącznik 1.), przeprowadzał kilkakrotnie dłuższą dyskusję zasadniczą co do ukształtowania studjów dentystycznych, względnie stomatologicznych i zdecydował w końcu w dniu 15. II. 1930 wydać opinię krótką tylko na pytanie stawione przez Ministerstwo W. R. i O. P., czy należy nadać Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie prawa wyższych szkół akademickich, pomijając wszelkie inne kwestje poruszane w memorjale Rady Profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

Zajęcie tylko stanowiska negatywnego do pewnej kwestji nie rozwiązuje sprawy, tem bardziej, jeżeli stanowisku temu brak podstaw prawnych.

Dezyderaty Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego co do typu szkół wyższych przekreśliły fakty i czas. Faktem jest bowiem, że w Polsce wprowadzony został ustawą o szkołach akademickich w r. 1922 — obok uniwersytetów i politechnik jako najwyższego typu szkół akademickich — także szereg wyższych uczelni jednowydziałowych jak Akademia

Weterynarii we Lwowie, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Akademia Górnicza w Warszawie a później osobną nowelą Wyższa Szkoła Handlowa we Lwowie i — jeśli się nie mylę — Szkoła Nauk Politycznych w Warszawie, którym to nadano pełne prawa szkół akademickich.

Faktów tych nie wykreślą dezyderaty jakiegokolwiek Wydziału uniwersyteckiego. Tak samo nie wykreślą faktów odnoszących się do Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, które zaszły w latach 9-ciu.

Państw. Instytut Dentystyczny w Warszawie został zorganizowany przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Ministerstwo W. R. i O. P. na wzór wyższych szkół akademickich i powołany został do życia Rozporządzeniem obu wspomnianych Ministerstw w r. 1920. Powołano wówczas Państw. Instytut do życia drogą rozporządzenia a nie ustawy, gdyż wypadki nagliły, a Państwo musiało zlikwidować prywatne szkoły dentystyczne rosyjskie a równocześnie musiało zapewnić produkcję lekarzy-dentystów, których brak podówczas dawał się wyczuwać w całej Polsce.

Drugie Rozporządzenie Ministerstwa W. R. i O. P. wydane w r. 1922 zawiera statut prowizoryczny; zatrzymano ustrój wewnętrzny jednowydziałowej szkoły akademickiej, nie postarano się tylko o zlegalizowanie tego faktu drogą ustawy, nie postarano się o stworzenie warunków pracy przez wybudowanie odpowiedniego gmachu, nie można było przeprowadzić przejęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego przez Uniwersytet Warszawski tak, jak to już było zaprojektowane w r. 1919/20 i w r. 1922. — Przez 10 lat nie przeprowadzono unifikacji studjów dentystycznych w Polsce tak, że do dnia dzisiejszego istnieje ta anomalja, że na zachodzie i południu Polski potrzeba 8 lat studjów, ażeby wykonywać praktykę dentystyczną — albo żadnych (!) (wystarczy być uprawnionym technikiem dentystycznym, który złożył w r. 1929 1/2 godzinny egzamin i nigdy nie odbywał studjów uniwersyteckich) — w centrum zaś Państwa, w Warszawie wystarczy ukończyć 4-letnie studia, ażeby uzyskać te same uprawnienia.

Pozostawienie sprawy dentystyki i stomatologii nieuregulowanej i niezafatwionej dla całej Polski przez Ministerstwo W. R. i O. P. przez tak długi czas wytworzyło dla nauki tej w Polsce warunki beznadziejne, podkopało rozwój tej gałęzi medycyny na długie lata i wprowadziło chaos, z którego wybrnąć trudno.

· · · · ·

Stanowisko Krakowa i Wilna skrajne — rozwiązuje wprawdzie problem nauczania dentystyki w duchu stomatologicznym (pełne studia lekarskie i dodatkowe studia stomatologiczne) ale nie jest dostosowane do warunków życia. Że zafatwienie to sprawy nie prowadzi do celu, dowiódł najlepiej Uniwersytet Krakowski i częściowo Lwowski, które nie zdołały wyprodukować w obecnych warunkach przez 10 lat potrzebnej ilości stomatologów i nie zdołały w tych warunkach dać tymże specjalistom wykształcenia należytego.

Najbardziej realnem jest zapatrywanie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego z dnia 12. XII. 1929, który widzi w systemie amerykańsko-niemieckim rozwiązanie sprawy nauczania dentystyki, który chce

dać możliwość rozwoju dentystyki jako nauki przy uniwersyteckich katedrach stomatologii, przy których możnaby się też doktoryzować z dentystyki, ale na Wydziałach lekarskich.

Pogląd ten wyrósł na tem założeniu, że Państwowy Instytut Dentystyczny jest szkołą wyłącznie fachową, która kształci przyszłych lekarzy-dentystów wyłącznie w kierunku praktycznym. Ale tak w rzeczywistości nie jest. O ile znam program i sposób nauczania w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie, wykłady teoretyczne stoją na poziomie szkół akademickich i odpowiadają w zupełności wykładom analogicznym przedmiotów, uczonych w Zakładach uniwersyteckich, przyczem stosowane zostają te same metody nauczania, a nawet wykładają te same siły profesorskie. Jako specjalista mogę jedynie zrobić ten zarzut Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu, że właśnie wyszkolenie praktyczne szwankuje dlatego, że warunki pracy są niedostateczne z powodu braku odpowiedniego pomieszczenia, ciasnoty i rozbicia Zakładu na kilka miejsc; życie naukowe nie może się rozwinąć z powodu kompletnego braku pracowni naukowych, przeciążenia profesorów fachowych pracą dydaktyczną i egzaminami i z powodu rozstroju wewnętrznego wywołanego trudnościami w uzyskaniu warunków zewnętrznych, ustawowych i braku odpowiednich sił naukowych w kraju; kandydatom odpowiednim Ministerstwo W. R. i O. P. mimo kilkakrotnych podań o stypendjum, przedkładanych przez profesora stomatologii Uniwersytetu lwowskiego, możliwości wykształcenia nie dało.

Hamulec rozwoju nie leży w programie studjów i poziomie naukowym Państwowego Instytutu Dentystycznego, którym może zaradzić Ministerstwo W. R. i O. P. przez dostarczenie odpowiednich funduszy i wydanie odpowiednich zarządzeń.

W latach ostatnich poddano rewizji studja dentystyczne na całym świecie. Najlepszy pogląd syntetyczny znajdujemy w broszurze Loosa i Kantorowicza, której streszczenie załączam do niniejszego pisma (załącznik II).

Drugą syntezę znajdujemy w pracy francuskiej Prof. Villaine'a, który dochodzi do analogicznych wniosków. (załącznik III).

Według memorjału Kantorowicza jest wielka Akademia dentystyczna, wspaniale wyposażona, z wielkim sztabem sił nauczycielskich i pomocniczych, pod kierunkiem jednego dyrektora, profesora fachowego, któryby nadawał kierunek całemu nauczaniu, najidealniejszym rozwiązaniem sprawy (cf. załącznik II).

*W Polsce kwestja dentystyki rozwiązana być może w następujący sposób:*

1. Absolwentom Państwowego Instytutu należy dać prawo doktoryzowania się z dentystyki. — Argumenty podane w memorjale studentów Państw. Inst. Dent. są słuszne i logiczne. Niewydanie rozporządzenia wykonawczego przez Ministerstwo W. R. i O. P. w sprawie doktoratu z dentystyki jest — mojem zdaniem — bezprawiem. Ministerstwo W. R. i O. P. dało bowiem w r. 1920 i 1922 przyrzeczenia, których nie dotrzymało.

2) Konsekwencją dotychczasowej organizacji studjum dentystycznego w Polsce jest nadanie pełnych praw Państwowemu



Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie. Opozycja Wydziałów lekarskich Uniwersytetów jest raczej wynikiem sentymentu, aniżeli wynikiem logiki. — Uważanie Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie za szkołę praktyczną zawodową nie odpowiada rzeczywistości.

3) Studja dentystyczne powinny być przedłużone do 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat i trwać tak długo jak studja lekarskie.

Podniosłoby się w ten sposób poziom nauki, dałoby się możliwość do wspólnych studjów przyszłych lekarzy-dentystów ze studentami medycyny w pierwszych czterech trymestrach, zredukowałoby się koszty nauczania i złączyłoby się silnie dentystykę z Uniwersytetem.

Studja te zastosowane byłyby do potrzeb życia i umożliwiłyby wyprodukowanie odpowiedniej liczby specjalistów.

Gdyby studja stomatologiczne trwały tak samo długo jak studja lekarskie, nie byłoby już trudności, a żeby absolwenci tychże studjów mogli się ubiegać o tytuł Dr. med. na równi z absolwentami studjów lekarskich.

4) Studja stomatologiczne powinny się odbywać przy uniwersytetach. Wewnętrzna organizacja powinna być jednak autonomiczna na wzór Wydziałów uniwersyteckich. Kontakt z Wydziałami lekarskimi utrzymywałoby się przez delegata na Wydziale lekarskim, dyrektora studjów stomatologicznych, który musiałby być zawsze profesorem stomatologii i reprezentantem jednego z działów stomatologii a nie profesorem przedmiotu ogólnolekarskiego lub przyrodniczego.

5) Studja stomatologiczne powinny być zaprowadzone przy Uniwersytecie Warszawskim i Uniwersytecie Lwowskim. W tych dwóch Uniwersytetach powinny powstać osobne kliniki stomatologiczne, które powinny posiadać wszystkie urządzenia nowoczesne do przeprowadzania studjum specjalnego.

Przy innych uniwersytetach polskich istniałyby natomiast jak dotychczas mniejsze Zakłady stomatologiczne, względnie kliniki, w których zakres pracy ograniczałby się 1) do nauczania stomatologii w zakresie potrzebnym lekarzowi praktycznemu, 2) do pracy naukowej, 3) do wyszkolenia praktycznego absolwentów studjów stomatologicznych w Warszawie i Lwowie, którzyby mogli również w Krakowie, Poznaniu i Wilnie odbywać praktykę szpitalną tak samo jak przy katedrze stomatologicznej w Warszawie i Lwowie i opracowywać w tymże czasie rozprawę doktorską.

*Unifikacja studjów dentystycznych i stomatologicznych w Polsce jest rzeczą ogromnie pilną i ważną, gdyż od niej zależy wychowanie około 160 specjalistów rocznie i rozwój stomatologii polskiej jako nauki.*

Cieszyński.

Załącznik I. stanowi projekt odpowiedzi Wydziału lekarskiego, opracowany przez Komisję. Nie będąc upoważniony do ogłoszenia tejże opinii, pisma tego nie ogłaszam.

Ponieważ opinia ta była wynikiem kompromisu zastrzegłem się, że akceptuję odpowiedź tę tylko wówczas, jeżeli w całości zostanie przyjęta

przez Wydział lekarski. Ponieważ Wydział lekarski nie solidaryzował się z projektem Komisji, wniosłem do Ministerstwa powyżej ogłoszone pismo.

Załącznik II. zawiera streszczenie broszury L o o s a i K a n t o r o w i c z a, ogłoszone w Pol. Stomatologii 1930/31 na str. 36 pod tytułem: „Przegląd obecnego stanu nauczania dentystyki i widoki na przyszłość. — Amerykańska a niemiecka dentystyka.

**Załącznik III. (broszura): Villain. Stan obecny nauczania dentystyki we Francji i zagranicą** (wydane przez Ministerstwo Oświecenia Publicznego).

Streszczenie (zob. str. 27).

Możemy na podstawie powyższego studjum, dość długiego skutkiem ważnych dowodów i na podstawie wyników porównawczych, uzyskanych z poszczególnych krajów wyciągnąć następujące wnioski co do nauczania:

I. W interesie ogółu i na podstawie doświadczenia na studia idealne dentystyczne powinno się złożyć:

1-o Wyszkolenie wstępne, które powinno być identyczne do wyszkolenia wymaganego od studentów, wstępujących na inne Wydziały.

2-o Wyszkolenie przygotowawcze w fizyce, chemii i biologii a równocześnie i techniczne wyszkolenie przygotowawcze, trwające 1—2 lat.

3-o Studja lekarskie ogólne lub przedkliniczne, studja zawodowe lub kliniczne, trwające 3—4 lat.

II. Studja te powinny być obowiązkowe dla tych wszystkich, którzy chcą praktykować w dentystyce.

III. Studja te powinny być stwierdzone osobnym obowiązkowym dyplomem, którym zostaje przyznany tytuł, dający zapewnienie publiczności, że zwraca się do praktyka, który odebrał wykształcenie specjalne.

IV. W końcu studja te i dyplom powinny stanowić równorzędny ekwiwalent umożliwiający uzupełnienie studjów lekarskich albo innych gałęzi nauki.

Sprawa a) doktoratu zob. 11.,

b) skutków wymagania pełnego studjum lekarskiego, zob. str. 13 i 17.

**Memorjał Stud. Państw. Instyt. Dent. w Warszawie w sprawie objęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego „ustawą ramową“ o uczelniach akad.**

1. Państwowy Instytut Dentystyczny powstał dnia 17. II. 1920 r. na zasadzie rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego, a na podstawie art. 26 Dekretu o organizacji władz naczelných (Dz. Pr. K. P. r. 1918 Nr. 1, par. 1) oraz w myśl uchwały Rady Ministrów z dnia 12. I. 1922 r. (ogł. w Mon. Pol. z dnia 13. I. 1922 r. za Nr. 25) zostało zarządzone, że:

a) Par. 1 z dniem 1. I. 1922 r. przechodzi Państwowy Instytut Dentystyczny pod całkowity zarząd Ministerstwa W. R. i O. P.

b) Organizację Państwowego Instytutu Dentystycznego określa Tymczasowy Statut P. I. D.

2. Par. 4 Tym. Stat. P. I. D. mówi że: „Organizacja życia wewnętrznego Instytutu i kierownictwo nauk spoczywa w rękach Komisji Stałej, której prawa i obowiązki są analogiczne do praw i obowiązków Rady Wydziałowej Uczelni Akademickich jednowydziałowych“.

3. Par. 6 Tym. Stat. P. I. D. mówi: „Do wewnętrznego urzędowania w P. I. D. stosuje się przepisy obowiązujące w szkołach akademickich“.

4. Par. 10 Tym. Stat. P. I. D. mówi, że: „z końcem IV roku studjów składa kandydat egzamina ostateczne i otrzymuje stopień lekarza-dentysty. Stopień lekarza-dentysty uprawnia do ubiegania się o stopień Doktora Nauk Dentystycznych. Warunki uzyskania stopnia Doktora Nauk Dentystycznych zostaną unormowane osobnem rozporządzeniem“.

5. Państwowy Instytut Dentystyczny stoi na poziomie wszystkich szkół akademickich:

a) Kandydaci przyjmowani są na podstawie konkursu świadectw dojrzałości (matura).

b) Wykładającymi są profesorowie i docenci Uniwersytetów.

c) Akt immatrykulacji brzmi: „Pan N. N. . . . . . otrzymał obywatelstwo akademickie, złożył w ręce Dyrektora uroczyste przyrzeczenie, że będzie wytrwale dążył do zdobycia wiedzy, że nie przyniesie ujmy dobremu imieniu Instytutu, i że będzie posłuszny przepisom i władzom akademickim“.

d) Świadectwem identyczności każdego słuchacza jest dowód akademicki jak we wszystkich szkołach akademickich.

e) Studja trwają 4 lata, w czasie których obowiązują wykłady, pracownie, kolokwja i egzaminy i dają podstawę wykształcenia ogólnolekarskiego oraz gruntowną wiedzę lekarską w dziedzinie dentystyki. O poziomie tych studjów świadczy fakt, że absolwenci wydziału lekarskiego, doktorzy medycyny, chcąc poświęcić się dentystyce, pogłębiają swoje studja specjalne w Państwowym Instytucie Dentystycznym, pracując wspólnie ze studentami teje uczelni.

6. Mimo powyższych faktów identyfikujących Państwowy Instytut Dentystyczny z innymi uczelniami akademickimi stwierdzamy, że Państw. Inst. Dent. nie jest faktycznie uznany za szkołę akademicką, gdyż został pominięty w spisie Państwowych Szkół Akademickich w par. 111 cytowanej ustawy z dnia 13. VII. 1920 r., natomiast od 8 lat jest organizacją przejściową, równouprawnioną tylko z innymi szkołami akademickimi.

7. Przewidziane unormowanie przejściowej organizacji P. I. D., który jest jedyną tego rodzaju uczelnią w Polsce, który w murach swych kształci 500 słuchaczy, a rok rocznie wydaje około 100 dyplomów, zasilać fachowymi siłami całą Rzeczpospolitą Polską — dotychczas nie nastąpiło.

8. Przejściowa organizacja P. I. D., jak każda inna organizacja przejściowa, nie posiadająca bytu na przyszłość i powinna była już dawno być unormowaną, zwłaszcza, że trwa ona już 8 lat, krzywdząc 500 słuchaczy Instytutu, 947 absolwentów, polską wiedzę dentystyczną i społeczeństwo polskie.

9. Słuchacze Instytutu obarczeni temi samymi obowiązkami, jak słuchacze wszystkich szkół akademickich, są jednak pod względem uprawnień znacznie pokrzywdzeni.

10. Prawa absolwentów są bardzo uszczuplone, par. 10. bowiem Tym. Stat. przewiduje, że dyplom P. I. D. uprawnia do ubiegania się o stopień

wyższy; jest to jednak przepis martwy, gdyż rozporządzenie odnośnie wydane nie zostało i faktycznie absolwenci Instytutu mają dalszą drogę naukową w kraju zamkniętą.

11. Okoliczność ta działa fatalnie, najlepsze bowiem siły, zmuszone są zrezygnować z wyższych aspiracji w dziedzinie nauki dentystycznej, ograniczając się do szablonowej praktyki lub też zmuszeni są wyjeżdżać zagranicę dla pogłębienia swej wiedzy i zdobycia wyższych dyplomów, wzbogacając obcych swoją pracą i wiedzą naukową ze szkodą oczywiście tak dla Polskiej wiedzy dentystycznej i piśmiennictwa dentystycznego, jak niemniej dla zdrowia obywateli kraju.

Przyczem studja zagranicą dostępne są jedynie dla ludzi bogatych, podczas gdy jednostki mniej zamożne, chociażby najzdolniejsze i najbardziej ochocze do pracy, muszą się marnować, gdyż droga do dalszej pracy naukowej jest dla nich we własnym ich kraju zamkniętą.

12. Dziś, po 8-iu latach egzystencji Instytutu, kiedy Państwo Polskie wyteża swoje siły w kierunku samowystarczalności i usuwa wszelkie bolączki kraju, słuchacze P. I. D. w imię wzniosłych celów — nauce i Ojczyźnie służyć mają wyższe uczelnie, by zapobiec zbytecznemu wysługiwaniu się obcym i wzbogacaniu obcej wiedzy, a krzywdzeniu siebie — zwracamy się z gorącym apelem do czynników miarodajnych o zainteresowanie się naszą sytuacją oraz ustabilizowanie jej, gdyż jak wykazały ubiegłe lat 8, Państwowy Instytut Dentystyczny gorliwie spełnia zaszczytne swoje obowiązki wobec nauki dentystycznej i społeczeństwa.

13. Reasumując stwierdzamy rażąco widoczną krzywdę, jaka się dzieje Polskiej wiedzy dentystycznej, społeczeństwu Polskiemu, absolwentom Instytutu i słuchaczom P. I. D.

**Niechaj więc władze ustawodawcze jedynie powołane i uprawnione uzupełniają swoje rozpoczęte dzieło i poczynią dalszy krok dla dobra nauki ojczyznej i unormują organizację wyższej uczelni dentystycznej.**

Warszawa w lutym 1929 r.

*Ogół Studentów Państw. Instytutu Dent. w Warszawie.*

#### **Pierwszy Zjazd absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego.**

Dnia 2. marca 1930 r. odbył się w Warszawie w sali wykładowej Anatomji Opisowej Uniwersytetu Warszawskiego jednodniowy Zjazd absolwentów P. I. D.

W imieniu Komitetu organizacyjnego Zjazd zagał lekarz-dentysta D a n e k (Warszawa), który powitał obecnych na zjeździe wszystkich profesorów katedr specjalnych P. I. D., profesorów Wydziału lekarskiego Uniwersyteu Warszawskiego, jak również licznie zebranych uczestników.

Przewodnictwo zjazdu objął lekarz-dentysta M e l o c h (Warszawa), który w swem przemówieniu podkreślił, że dotychczasowe starania Rady Profesorów P. I. D., profesorów stomatologii innych uniwersytetów, asystentów P. I. D., jak również studenckiej „Komisji dla dochodzenia praw akademickich“ nie doprowadziły do zrealizowania sprawy. — Stan przejściowy i tymczasowy P. I. D. od roku 1922 również nie uległ zmianie.

Zjazd ma uchwalić zrzeczenie absolwentów P. I. D. oraz wyłonić Komisję, która będzie miała prawo reprezentowania wszystkich absolwentów.

Przewodniczący zaprosił do prezydium: lekarza-dentystę G. Galasińską (Warszawa) st. asystentkę P. I. D., lekarza-dentystę M. Świerckiego (Konin), kpt. lekarza-dentystę J. Karwowskiego (Grodno) oraz lekarza-dentystę M. Wesołowską (Warszawa), asystentkę P. I. D., w charakterze sekretarza zjazdu.

W imieniu Dyrekcji P. I. D. zjazd powitał Prof. Dr. Modrakowski następującymi słowy:

„W imieniu Profesorów i Dyrekcji P. I. D. mam bardzo miły dla mnie obowiązek powitać Pierwszy Organizacyjny Zjazd Absolwentów Państw. Instytutu Dentystycznego.

Jest to chwila — odczuwam to razem z Wami — uroczysta i radosna tak dla Was, jak dla Waszych nauczycieli.

Jest to zarazem chwila doniosła i poważna, gdyż zjechaliście się nietylko po to, aby zacieśnić i wzmocnić węzły koleżeństwa i dawnej przyjaźni oraz przywiązania do Waszej uczelni, lecz także w celu obrony słusznych praw własnych i uczelni.

Nie potrzebuję Was zapewniać, że w tej sprawie Wasi profesorowie z dyrekcją idą z Wami, a raczej witają, jako swoich sympatycznych i naturalnych sprzymierzeńców. Toteż witamy Waszą inicjatywę ze szczerą i serdeczną życzliwością i radością; tembardziej, że jesteśmy przekonani, że Wy, młodzi pracownicy samodzielni na tem ogromnym polu higieny i zdrowotności narodowej, które obejmuje stomatologia, wprawdzie będziecie w debatę nad losami uczelni i tem samem dentystyki lekarskiej w Polsce, oprócz pięknego zapału młodzieńczego, konieczną rozwagę i rzeczowość oraz formę prawdziwie uniwersytecką. „Suaviter in modo, sed fortiter in re“.

W tym duchu winny się toczyć Wasze obrady; będzie to najlepszym i najdobitniejszym dowodem, że posiadacie nie tylko wiedzę fachową, lecz także dojrzałość i wysoki poziom duchowy — najistotniejsze cechy ludzi, o wykształceniu uniwersyteckiem.

Profesorowie i dyrekcja z najwyższym zainteresowaniem śledzić będą za tokiem Waszych obrad.

Zechciejcie jednak zrozumieć i uznać, że dyrekcja sama, ze względu na swój oficjalny charakter oraz stosunek do Ministerstwa, nie może brać udziału czynnego w dyskusji, choć jesteśmy pewni, że rezolucje i wnioski, które dziś zapadną, będziemy mogli z całym przekonaniem i naciskiem popierać u czynników miarodajnych, jakby swoje własne.

Chwila Waszego wystąpienia jest dobrze wybrana, gdyż stoimy w przededniu rozstrzygnięcia losu uczelni.

Rada Profesorów nie zaniechała żadnego kroku i żadnego starania, a od szeregu tygodni dyrekcja poświęciła nieomal cały swój czas na należyte przygotowanie sprawy akademizacji P. I. D.

Jeżeli przez 10 lat próbowano różnemi sposobami rozwiązać sprawę P. I. D., to dziś wahań tych już niema. Cel nasz musi być i jest: „Samodzielną uczelnia stomatologiczną z wszystkimi obowiązkami oraz prawami uczelni akademickiej“. Ten cel musi być osiągnięty.

Gdyby — wbrew, wszelkim oczekiwaniom i uzasadnionym nadziejom — nie miało dojść do tego, to naprawdę nie wiedziałbym, kto z profesorów podjąłby się prowadzenia nadal uczelni — bez charakteru.

Mogę Państwa zapewnić, że, w każdym razie, nie obecna dyrekcja.

Oto jest nasze stanowisko; sami ocenicie, czy wszystko to Wam odpowiada i może być uważane za słuszne.

Od Was zależy, czy chcecie stanąć przy nas, uznać i popierać nasze starania.

W każdym razie, życzę Waszemu Zjazdowi z całego serca światłej i owocnej pracy i owego dostojęstwa, cechującego poczynania wielkie, a w szczególności — prace uniwersyteckie.

Jako jeden z założycieli Instytutu przemawiał Dr. L. Brennejsen. Pierwszy referat programowy p. t. „Stosunek Wydziałów Lekarskich do P. I. D.“ wygłosił zast. prof. Dr. Cybulski.

O „Akademizacji P. I. D.“ odczytał referat lekarz-dentysta A. Kopczyński.

Referat p. t. „Dlaczego dotąd nie wprowadzono doktoratu w P. I. D.“ wygłosił lekarz-dentysta Dr. J. Kalisz (Łódź).

Zjazd postanowił wysłać depesze hołdownicze do Pana Prezydenta Rz. P. i do Pana Marszałka J. Piłsudskiego oraz z wyrazami uznania do Pana Czerwińskiego, Ministra W. R. i O. P. Zjazd uchwalił wyrazić p. Prof. Dr. A. Cieszyńskiemu słowa podziękowania za Jego dotychczasową pracę w kierunku wprowadzenia doktoratu w P. I. D.

Przewodniczący Zjazdu lekarz-dentysta Meloch odczytał rezolucje zjazdu, które zostały przyjęte przez aklamację.

#### REZOLUCJA.

*I-go Zjazdu Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego, odbytego w Warszawie, dnia 2 marca 1930 r. w sali wykładowej Anatomicum Uniwersytetu Warsz.*

I-szy Zjazd Absolwentów Państw. Inst. Dent. stwierdza, że:

1) dążenia i starania Rady Profesorów P. I. D., memoriały asystentów P. I. D., profesorów stomatologii Uniwersytetów, podania studentów i uchwały zjazdów lekarsko-dentystycznych w roku 1923 i 1925 dotychczas nie doprowadziły do wprowadzenia stopnia doktora.

2) Rozporządzenie Ministra W. R. i O. P. w przedmiocie uzyskania stopnia doktora na wszystkich wydziałach państwowych szkół akademickich (uniwersytetów, politechnik, akademii oraz Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego) z dnia 7 grudnia 1924 r. obejmuje wprawdzie wszystkie szkoły akademickie, jednakże Państwowy Instytut Dentystyczny nie jest między nimi wymieniony.

3) Doktorat nauk dentystycznych istnieje już od dawna w Ameryce, w Szwajcarii, od przeszło 15-tu lat w Niemczech, oraz że wprowadzenie tego tytułu w spomnianych krajach przyczyniło się wybitnie do podniesienia poziomu wiedzy i znaczenia stanu lekarzy-dentystów.

Zjazd postanawia:

1) poczynić wszelkie starania u czynników miarodajnych, by stosownie do ogłoszonego Rozporządzenia Ministerstwa z dnia 7 stycznia 1929 r.

§ 10 — wprowadzono stopień doktora dentystyki w Państwowym Instytucie Dentystycznym, i by wydano odpowiednie zarządzenia wykonawcze.

2) utworzyć Zrzeszenie Absolwentów P. I. D. z siedzibą w Warszawie, obejmujące całe Państwo.

3) wyłonić Komisję Wykonawczą Zjazdu, złożoną z 15-tu członków i 10-ciu zastępców.

Komisja Wykonawcza Zjazdu jest jednocześnie Komisją Organizacyjną Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. i działa na prawach Walnego Zebrania.

Następny zjazd postanowiono zwołać za dwa lata również do Warszawy.

### **Uroczystość poświęcenia i oficjalnego otwarcia Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.**

Wzniosłą uroczystość Poświęcenia Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego obchodził Uniwersytet Poznański 10 marca b. r. W uroczystości tej wzięli udział Jego Magnificencja Rektor Prof. Dr. Kasznica Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Borowiecki, całe Grono Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego i liczne delegacje Władz, Związków naukowych, zawodowych, jak też wiele miejscowych gości. Radę Centralną Zrzeszeń Stomatologicznych i Dentystycznych reprezentowali kol. Stokowski i Przybylski z Warszawy, Państwowy Instytut dentystyczny w Warszawie zast. prof. Dr. Cybulski, asystentów tegoż zakładu: Kol. Dr. Stępniewski; Zrzeszenie Absolwentów Państw. Inst. dent. było reprezentowane przez dwóch delegatów. Uroczystość ta odbyła się w przybranej zielenią sali Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego przy ul. Ratajczaka 14.

W początkowym przemówieniu Dziekana Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Borowiecki przedstawił historyczny rys prac i starań około uruchomienia katedry stomatologicznej, wskazując przytem na trudności i powody, które tak bardzo opóźniły jej otwarcie. Następnie przemawiał Dr. Żmigród jako delegat Departamentu służby zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Województwa Poznańskiego. Dalej przemawiał Dr. Szulc imieniem Prezydenta Miasta Poznania, składając życzenia pomyślnego rozwoju Instytucji na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego i Kierownika Zakładu. W dłuższym przemówieniu przedstawił Prof. Cieszyński ze Lwowa rozwój uczelni i katedr stomatologicznych w Polsce i ich zadania. Gratulacyjne przemówienia z powodu otwarcia, wygłosili Prof. Cieszyński imieniem Związku Docentów Stomatologii, Polskiego Komitetu F. D. I., Sekcji Pol. A. S. I. i dawnych współpracowników w Instytucie dentystycznym Uniw. Jana Kazimierza, zast. Prof. Dr. Cybulski imieniem Rady Profesorów Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie; imieniem Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. Pol. prezes tejeż organizacji lek. dent. Stokowski z Warszawy i Dr. Cylikowski z Poznania imieniem Związków Lekarzy Dentystów Pomorsko - Poznańskich.

Opis Polikliniki dotyczący jej urządzenia, naukowego zakresu działania, plany na przyszłość, tudzież sprawy budżetowe związane z organizacją katedry stomatologicznej przedstawił Kierownik Zakładu Zast. Prof.

Jar z a b. Dziękował on gorąco Ministerstwu W. R. i O. P., Senatowi Akademickiemu i Dziekanatowi Wydziału Lekarskiego za użyczone sumy pieniężne. Dziękował również Panu b. Dziekanowi Prof. R ó ż y c k i e m u, który urzeczywistnił myśl utworzenia Polikliniki i obecnemu Dziekanowi Panu Prof. B o r o w i e c k i e m u, który w dalszym ciągu otacza troskliwą opieką tę najmłodszą Instytucję Uniwersytecką. Wyrazy podziękowania składa również Prof. M e i s s n e r o w i z Warszawy za pierwsze, jeszcze w roku 1922 podjęte prace organizacyjne, wszystkim zaś Profesorom za udzielone rady i wskazówki. Dziękując Delegacjom zaznaczył, że przybycie ich jest żywym dowodem wielkiego zainteresowania się Społeczeństwa powstaniem nowej naukowej placówki, na którą czekaliśmy 10 lat.

W końcu po krótkim okolicznościowym przemówieniu, Ks. K r a j e w s k i i odprawił ceremoniał poświęcenia, poczem zakończono uroczystość wręczając wszystkim uczestnikom, wydrukowany na ten cel Pamiętnik powstania Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.:

Telegramy i pisma gratulacyjne, na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego i kierownika Zakładu nadesłali:

Ministerstwo W. R. i O. P.: Naczelnik Wydziału Nauk. p. D z i k.

Przedstawiciele katedr stomatologicznych: Prof. Lępkowski, Kraków, oraz Zast. Prof. Dr. Mancewicz, Wilno.

Redakcje pism naukowych: Pol. Stomatologia: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Atlas. — Przegląd Dentystyczny: Dr. Brenneisen. — Kronika Dentystyczna: Lek. Dent. Krakowski — następnie: Szpital Okręgowy w Warszawie: Kapitan Karnibad. — Państwowa Poradnia Dent. Szkolna we Lwowie: Dr. Nacher. — Związek Lekarzy Dent. w Państwie Polskiem: lek. dent. Ujejski, Neufeld, Bloch, Sachs. — Związek Lekarzy Dentystów w Wilnie: Zarząd.

Nadto wiele telegramów w charakterze prywatnym.

**41. Kongres dentystyczny francuski połączony z Wystawą. — „Semaine Ondologique“.** Komitet organizacyjny wyżej wspomnianego Zjazdu przesyła na ręce przewodniczącego Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. Kolegom polskim pozdrowienia i zaproszenie na Zjazd połączony z wystawą, mający się odbyć w czasie od 6 do 13 kwietnia 1930 r. Szczegóły podane w kalendarzu zjazdowym na str. 86. Zjazd ten należy do największych Zjazdów dentystycznych francuskich, które są urządzone w ciągu każdego roku. Chcąc zaznaczyć sympatię, łączącą Francję z Polską, nadesłał Komitet kilka kart wolnych uczestnictwa, które Koledzy, mający zamiar wziąć udział w Zjeździe, mogą otrzymać w Redakcji »Polskiej Stomatologii«. Przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. przesłał na ręce Prezydium życzenia pomyślnych obrad w imieniu polskich lekarzy-dentystów i stomatologów.



## Dział sprawozdań i streszczeń.

### OCENY KSIĄZEK.

**Le Gro — Gratzinger. Zahnärztliche Porzellanarbeiten. (Dentystyczne roboty porcelanowe).** Wydawca Urban & Schwarzenberg, Wiedeń i Berlin 1928, stron 320, rycin 254, cena 24 m. n.

W książce znajdujemy wyczerpujące wiadomości o palonej porcelanie, dotyczące zastosowania jej w dentystyce, spotykamy w niej opis jej rozwoju, wszystkie sposoby jej palenia, dobierania barw, malowania oraz nadawania jej artystycznych, ściśle indywidualnych cech. Najwięcej miejsca poświęcił autor koronie Jacketa, omawiając wszystkie znane sposoby wykonywania jej na zębach żywych i nieżywych, dodając wszędzie swoje krytyczne uwagi z doświadczenia osobistego, które nabył jako instruktor w grupie porcelany w Instytucie w Detroit.

Wielka ilość rycin i obrazów, jakoteż dobry skorowidz tej książki sprawiają, że może służyć do szybkiego orjentowania się w tym dziale nawet w czasie praktycznego wykonywania jakiejś pracy.

Autor przypisuje palonej porcelanie bardzo wielką przyszłość w dentystyce, omawia metody autorów głównie amerykańskich.

Książka ta obejmuje wszystko, co zawierają poszczególne monografie o koronach Jacketa, ponadto jeszcze wiele innych rzeczy i dzięki przejrzystości, przedmiotowemu i wszechstronnemu przedstawieniu rzeczy stworzył autor podręcznik, który należy bezsprzecznie do najlepszych z poszczególnych działów stomatologii. Tłumaczenie Gratzingera jest bardzo dobre i zrozumiałe, a wydawnictwo bardzo staranne.

*Brill (Lwów).*

### PATOLOGJA I TERAPJA.

**D'Alise (Neapol) Syndrome neurotrofica de origine dentaria. (Neurotroficzne zespoły pochodzenia zębowego).** Nuova Rasseg. Odontoiatr. 1928, str. 687.

Podobnie jak w pracach Jacquet'a, Gaumeraisa i Decelle'a opisuje autor ciekawy przypadek wyłysienia plackowatego (Alopecia areata) w związku z zapaleniem ozębnej, w następującym przebiegu choroby. Mężczyzna lat 47, z zawodu kupiec, nie uskarżał się przez cały czas życia na żadne choroby, z wyjątkiem ostatnich 3 lat, w których wystąpiły pewne dolegliwości ze strony wątroby i woreczka żółciowego. Po zaleconej mu i odbytej kuracji we Vichy, Montecatini i Fiuggi stan się nieco polepszył, ale nie na długo, bo znowu wystąpiły zawroty i bóle głowy a nawet gwałtowne kurcze ze strony wątroby i woreczka żółciowego z ogólnymi objawami żółtaczki. Udając się wówczas do różnych specjalistów, jeden z nich zauważył na lewym dolnym brzegu policzka małe wyłysienie plackowate, które się bardzo powoli rozszerzało. Wezwany lekarz specjalista, zastosował leczenie maściami i polecił mu zarazem uporządkowanie chorego uzębienia.

Stomatologicznie stwierdzono zapalenie ozębnej drugiego lewego dolnego trzonowca. Przed usunięciem tego zęba chory się wzbraniał przez

jakiś czas, jednakowoż ponieważ leczenie wyłysienia maściami nie dawało pożądanego wyniku, zgodził się w końcu na ekstrakcję, po której w krótkim czasie znikło również i wyłysienie.

Podobny przypadek opisuje Schutte (Tijdschr. Tandheelk. 1928, str. 266). U mężczyzny z silnym zarostem twarzy, nastąpiło szybkie ograniczone wypadanie włosów około skrzydełka nosowego, które rozpoznano jako typowe wyłysienie plackowate. W okolicy tej ząb kieł był lekko próchnicowy i od czasu do czasu pobolewał. Autor „*experimenti causa*“, dłuższy czas wstrzymywał się od leczenia chorego zęba i obserwując pilnie chorego zauważył, że wyłysienie stale powiększało się w czasie, gdy występował ból zęba. Wszelkie stosowanie środków leczniczych było bezskuteczne. Po prawidłowym jednak leczeniu i wypełnieniu zęba wyłysienie znikło bez stosowania jakichkolwiek środków.

Inne przykłady podobnego związku chorobowego z piśmiennictwa odnoszą się do przewlekłych spraw zapalnych w dziąsłach (gingivitis, paradentozy). Ostre objawy chorobowe wyłysienia nie wywołują.

Tłumaczenie tego związku polega na pewnym drażnieniu obwodowych zakończeń nerwu trójdzielnego wywołanem chorym zębem i drogą centralną daje nerwowe przyczyny do ograniczonego wypadania włosów.

*Jarząb* (Poznań).

Adloff. Königsberg (Królewiec). Standpunkte in der Zahnheilkunde — auch ein Beitrag zur Lehre von der fokalen Infektion. (Punkty widzenia w zębolecznictwie — także przyczynek do nauki o ogniskowem zakażeniu). Z. R. 1929, nr. 46, str. 1878.

Sprawa zakażenia ogniskowego pochodzenia zębowego będzie specjalnym przedmiotem obrad przyszłego kongresu medycyny wewnętrznej w Niemczech, na którym uproszony Rosenow ma referować o wynikach swoich badań na tem polu. Po migdałkach stanowią zęby najczęstszy punkt wyjścia zakażenia ogniskowego. Ważne i bardzo ciekawe są wywody Kämmerera na łamach Münchener med. Woch. (Nr. 36/1929), gdzie pisze, że każdy lekarz ma obowiązek myśleć także o niebolesnych zębach, polecić ich zbadanie przez lekarza-dentystę i baczną zwrócić uwagę na wynik badania roentgenowskiego w okolicy wierzchołków korzeni zębów we wszystkich niejasnych stanach chorobowych, gdzie zachodzi podejrzenie ukrytego, septycznego zakażenia. Trzy rzeczy należy przy badaniu uwzględnić: niezzywotność zębów, paradentozę i dodatni wynik zdjęć roentgenowskich wierzchołków korzeni. Konsekwentnym musi się być przy wyszukiwaniu przyczyny i przy usunięciu ogniska chorobowego. Adloff ubolewa nad tem, że lekarze-dentyści przypisują małe znaczenie zakażeniu ogniskowemu pochodzenia zębowego i że nie współpracują w wyświetleniu tej sprawy. Autor utrzymuje, że prawie niemożliwem jest wyleczenie zmian okołoszczytowych w wielokorzeniowych zębach i że często się ich używa jako filarów do mostków mimo że nie boją. Wspomina o pacjentach, których widział z bardzo pięknie wykonanymi robotami technicznymi w ustach, z szynami ustalającymi po wykonaniu radykalnego zabiegu chirurgicznego z powodu paradentozy, którzy mieli wielką ilość ziarniniaków na korzeniach zębów pokrytych koronami i skarżyli się na dolegliwości z powodu zapalenia nerek. Zmiany okołoszczytowe mogą powstać później po zało-

zeniu korony 1) z powodu zbyt silnego oszlifowania zębów, gdzie przychodzi do obumarcia miążgi i jej następowego zakażenia, 2) przez leczenie zapalenia miążgi albo 3) zgorzeli. — Wytworzenie się ziarniniaków jest bezsprzecznie zależne także od konstytucji danego organizmu — o czym niérz sami pacjenci wiedzą. Adloff powiada, że naszym zadaniem jest utrzymywać zdrowe zęby, gdyż pozatem, że ząb jest organem dla siebie, stanowi część całego organizmu, że za daleko posuwamy się w zachowawczem leczeniu, że raczej należy bezwzględnie usuwać chore zęby, aniżeli oglądać się na zmniejszenie się funkcji całości uzębienia. Raczej więcej usunąć, aniżeli za mało. Autor powołuje się na badanie dwóch fizjologów szwedzkich Beckera i Seppägo, którzy wykazali, że przy prawidłowem wydzielaniu gruczołów żołądkowych, pokarm zarówno dobrze jest strawiony, czy jest bezzębna szczęka, czy też uszkodzone własne uzębienie lub dobra dostawka zębowa. Chodzi o postawienie ściślej granicy jak daleko powinno iść zachowawcze leczenie, nie należy robić poza tą granicą żadnych ustępstw, natomiast powinniśmy dokładnie objaśniać pacjentów o grożącym ich zdrowiu niebezpieczeństwie w razie zachowania chorych zębów.

Brill (Lwów).

**Heinrich. Konstitutionstherapie in der Zahnheilkunde unter Berücksichtigung der Parodontose.** (Terapia konstytucyjna w stomatologii z uwzględnieniem paradentoz).

Z. R. 1928/50 str. 2098.

Zapobiegawcze leczenie paradentozy polega jedynie na usunięciu wpływów miejscowych. Wymaga się dokładnej pielęgnacji jamy ustnej, największej ostrożności przy zakładaniu wypełnień lub dostosowaniu koron. Zaleca się mięsienie dziąseł i spływanie guzków przeciw przeciążeniu zgryzu. Jak widzimy jest to dość mało. Pomija się przytem związek z organizmem; można przyjąć, że własne wzajemny stosunek między organizmem a uzębieniem, daje wartościowe wskazówki dla leczenia zapobiegawczego. Brak tu jednak wszelkich podstaw. Leczenia nie należy ujmować w szablon, niebezpieczeństwo leży tu z jednej strony w zbyt małej znajomości medycyny wewnętrznej, z drugiej zaś strony w zbyt ciasnem przestrzeganiu wartości podstaw naukowych. Dzisiejszemu lekarzowi, leczącemu paradentozę brak zdolności duchowego wczucia się w obcy organizm, co pozwalałoby znaleźć odpowiednią drogę intuicją. Nie można jej nigdy nabyć, a powinien ją posiadać każdy, kto chce leczyć paradentozę. Do skutecznego leczenia należy nietylko mechaniczne stosowanie „Sulfuraethu“ lub metody Dunlopa, lecz najwrdzięczniejszem zadaniem jest indywidualne i konstytucjonalne ujęcie sprawy chorobowej. Na tych zasadach opiera się ostatnio pewność wyników naszego leczenia.

Zitz (Wiedeń).

**Dreyfus (Lozanna). Prophylaxis der Kiefermissbildungen. Das Stillen der Säuglinge. Der Einfluss der mechanischen Vorgänge des Saugens auf die Entwicklung des Kindes.** (Zapobieganie nieprawidłowościom szczęk. Karmienie osesków. Mechaniczny wpływ ssania na rozwój dziecka). Schweiz. Monatschr. f. Z. 1928, nr. 8.

Sztuczne karmienie dzieci ma poza innemi jeszcze i te złe strony, że przy pobieraniu pokarmu dzieci nie wykonują żadnego mięśniowego wysiłku, a przez to nie ćwiczą warg i policzków. Dlatego też u takich dzieci

możemy zauważyć wiotkie, anemiczne i słabo rozwinięte wargi. Dalej wskutek braku ćwiczenia mięśni żwaczy następuje bardzo powolny i niedostateczny rozwój kości szczękowych. W następstwie niedorozwoju szczęk z powodu braku miejsca zęby są za gęsto ustawione, a nawet nieregularnie poza linią swojego szeregu i mogą tworzyć nieprawidłowości zgryzowe. Siła ssąca w tych przypadkach jest bardzo nieznaczna i spowodowana tylko uciskiem języka na smoczek. Mięśnie zaś żwacze w akcie tym nie biorą udziału; wskutek tego są one tak samo jak kościec twarzowy (miejsca przyczepu mięśni) z powodu braku podniety hamowane w rozwoju.

Rozważania te dały możliwość autorowi skonstruowania takiego smoczka, któryby w zupełności odtwarzał stosunki jakie są przy naturalnem karmieniu piersią. Jest to smoczek z kauczuku (Poupon), odtwarza on brodawkę piersi celem łatwego i ścisłego otoczenia go wargami, a przy tem dość jest oporny na ucisk języka tak, że mleko może się tylko wydobywać przy wytworzeniu się próżni w ustach t. j. przy użyciu siły ssącej.

Dalsze obserwacje stwierdzają, że przy użyciu tego smoczka ilość połykanego powietrza jest daleko mniejsza niż przy użyciu zwykłego, czyli przeciwdziała on również częstym wymiotom jakie z tego powodu u dzieci spotykamy.

*Jarząb (Poznań).*

**Dubs Berta. Neue Beiträge zur Zahnkaries. (Przyczynek do badań nad próchnicą zębów).**

Schw. Mon. f. Z. 1928/7, str. 448.

Wynik badań autorki jest ujemny, t. j. nie można było wykazać działania drobnoustrojów na szkliwo w myśl wyników Baumgartnera i Fleischmanna.

Działanie kwasów jest głównym czynnikiem wywołującym próchnicę szkliwa, gdyż w kredowych plamach początkowej próchnicy szkliwa nie można było w 180 badanych szlifach stwierdzić drobnoustrojów. Drobnoustroje są więc pośrednio czynne o tyle, że wytwarzają na powierzchni zębów kwasy fermentacyjne. Dopiero gdy w ten sposób powstanie w szkliwie ubytek sięgający do zębiny, a następnie podminowująca próchnica szkliwa, następuje wrastanie drobnoustrojów w znacznie odwapnione przyzmaty szkliwne i w odwapnioną zębiny.

Barwiące się według Grama ziarna w niezupełnie zwapnionych częściach szliwa nie są drobnoustrojami, lecz organiczną substancją podstawową ziarenek wapnia, które mają prawdopodobnie charakter keratyny.

Pęknięcia szkliwa zawierają drobnoustroje, które jednak są bez znaczenia dla próchnicy pod względem etjologicznym. Zapobieganie próchnicy zębów nie powinno iść jedynie w kierunku wspomaganie wapnienia i rogowacenia zębów, lecz przez możliwe unikanie fermentacji w jamie ustnej w okolicy zębów i to raczej drogą mechanicznego usuwania resztek pokarmów zapomocą szczoteczki i wykałaczki, niż przez stosowanie środków odkażających jamę ustną. Albowiem tylko wtedy jest ilość drobnoustrojów mała, a wytwarzanie się kwasów jest też zmniejszone do minimum, jeżeli możliwie mało resztek pokarmów zalega w jamie ustnej.

*Zilz (Wiedeń).*

## DENTYSTYKA SPOŁECZNA.

**J. Tholuck (Frankfurt n. M.). Opieka dentystyczna szkolna.** Fortschr. d. Z. Nr. 12/1927.

Na wstępie omawia autor krótko dwa istniejące obecnie w Niemczech sposoby przeprowadzania planowego leczenia zębów dzieci szkolnych po 1) w prywatnej ordynacji lekarza, po 2) w klinikach szkolnych, gdzie lekarz jest zajęty nią wyłącznie, lub tylko ubocznie (hauptamtlich, wzgl. nebenamtlich). Wyniki leczenia uzyskane przy różnych typach organizacji podaje w statystyce. Statystykę tę referuję dokładniej, ażeby ją można było ewent. porównać z szkolną opieką dentystyczną w Polsce. — Z rozmaitych zestawień widzimy, że w roku założenia centralnego Komitetu dla opieki dentystycznej szkolnej t. j. w r. 1909 było w Niemczech 37, przed wybuchem wojny 81, 1 czerwca 1925 — 261, 1 kwietnia 1927 — 508, a w jesieni 1927 — 560 przychodni dentystycznych dla dziatwy szkolnej. Lekarzy-dentystów szkolnych jest obecnie w Niemczech około 900, a z tych zajmuje się wyłącznie opieką dentystyczną szkolną 167. Ogólnie zaznacza się w Niemczech wzrost decentralizacji zębolecznictwa szkolnego celem łatwiejszego ujęcia całej dziatwy szkolnej i zmniejszenia straconych dla nauki godzin szkolnych. Ogólny odsetek próchnicy u dzieci waha się — jak zresztą we wszystkich krajach kulturalnych — między 72—96%. Przeciętna ilość próchnicowych zębów w ustach każdego dziecka z osobna jest zależna od danej miejscowości i tak podał ją Prof. Bruhn na posiedzeniu F. D. I. w Kopenhadze w r. 1927 dla miasta Bonn na 0,49, dla Oslo 5,43 a dla Frankfurtu n/M. na 2,71. Z tych cyfr widać, że planowe zębolecznictwo szkolne nie doprowadziło jeszcze do idealnych i równych rezultatów.

I tak widzimy wyniki pracy planowej opieki kliniki dentystycznej szkolnej, istniejącej od r. 1910 w Oslo, która zatrudnia na 23.000 dzieci: jednego dyrektora, 1 st. ordynatora, 17 lekarzy pracujących po 6 godzin dziennie, 10 asystentek i 3 pielęgniarki dentystyczne, którzy przeprowadzili w ostatnim roku szkolnym sanację w 544 klasach na istniejących 757 klas; usunięto przytem 10.018 zębów i założono 49.869 wypełnień.

W Detroit przedstawia się szkolna opieka dentystyczna w r. 1924 następująco: 19 klinik szkolnych ujęło tylko 1/3 istniejących tam dzieci w zakres planowego leczenia. Personal lekarski składał się z 1 dyrektora, pracującego 1/2 dnia, 1 zastępcy dyrektora i 12 lekarzy pracujących cały dzień, 14 lekarzy zajętych 1/2 dnia, z 3 higienistek dentystycznych i 8 pomocnic. Dwóch lekarzy zajmuje się tylko badaniem i pouczeniem dzieci. W jednym roku szkolnym usunięto tam 3.118 zębów stałych, 12.344 zębów mlecznych i wykonano 18.102 wypełnień; w następnym zaś roku usunięto 4099 zębów stałych, 15.195 zębów mlecznych i wypełniono 28.672 zębów; na 112.417 badanych dzieci wykazywało tylko 16.069 zdrowe uzębienie. — W Nowym Yorku przeprowadzono sanację zaledwie u 5% dzieci w 133 klinikach szkolnych przy nieplanowem leczeniu na ogólną sumę 1.000.000 dzieci.

Ponieważ dentystyczna opieka szkolna objęła w niektórych miastach Niemiec (Drezno, Hamburg, Stuttgart...) także i szkoły zawodowe, przez co stworzyła wielką konkurencję wolno praktykującym lekarzom, przeto powzięto na Zjeździe uchwałę przeciw rozszerzeniu opieki dentystycznej szkolnej poza wiek szkolny.

Ważnym krokiem naprzód jest to, że dentystyczne kliniki w Bonn i we Frankfurcie n/M. wprowadziły także ortodoncję, którą wykonuje specjalny lekarz i w ten sposób można będzie dopiero uważać przeprowadzoną sanację za zupełną. Także zapobiegawczo należałoby ortodoncję stosować przez pouczanie dzieci, a głównie rodziców. W czasie powstawania i rozwijania się nieregularności wystarczają mianowicie małe wskazówki np. odpowiednie trzymanie głowy podczas snu, ażeby nie dopuścić do rozwinięcia się danej nieregularności. W r. 1926 wydało niemieckie ministerstwo okólnik w sprawie przygotowania nauczycieli z dziedziny higieny jamy ustnej i zębów przez lekarzy - dentystów i żąda od nauczycieli pouczania dzieci w tym kierunku. Rozstrzygnęło ono więc bardzo słusznie sprawę o pouczaniu dzieci co do chorób zębów. Dla skutecznego propagowania czyszczenia zębów wydaje szkolna klinika dentystyczna w Bonn świadectwa, które zaopatrzone podpisem rodziców dziecko zwraca klinice, a za najlepsze świadectwo dostaje dany uczeń nagrodę, względnie cała klasa dostaje za najlepsze czyszczenie zębów nagrodę pieniężną, wystarczającą na urządzenie jednej wycieczki szkolnej. Bardzo ważnym czynnikiem zapobiegawczym próchnicy zębów jest zmiana sposobu i rodzaju odżywiania dzieci. Koniecznym jest pokarm zawierający więcej jarzyn i owoców.

W Bostonie jest specjalna fundacja na ten cel z etatem 100.000 dolarów rocznie. W Oslo wprowadzono szkolne śniadania składające się z 1/2 litra niegotowanego mleka, 2 kawałków żytniego chleba z grubo mielonej mąki z margaryną i serami, 100 g buraków wzgl. pomarańczy, bananów lub jabłek, a przeciętnie co 10 dziecko dostaje 1 łyżkę tranu. Wartość takiego śniadania w kalorjach równa się około 1000.

Autor wspomina o ruchomych ambulatorjach dentystrycznych szkolnych w zwyczajnym wozie (Dortmund), w samochodach (powiat Bonn, Medjolan i w Australji) które to ostatnie cieszy się ogólnym uznaniem.

Wspomina również o zmniejszonym unormowanym instrumentarium dla klinik szkolnych (Bonn, Frankfurt) i o nowym środku dezynfekcyjnym Ozinol, który stosuje się jako zwyczajną płukanke, a w nierozcieńczonym stanie przy zapaleniach i owrzodzeniach dziąseł.

Jako środek znieczulający stosuje autor najchętniej tutocainę, gdyż potrzeba mniej płynu i po pierwszej kropli dalsze wstrzykiwanie jest niebolesne, a zupełne znieczulenie osiąga się już po 5 minutach

Tutocaini	0,50
Adrenalini	0,0025
Chlornatrii	0,76
Aque dest. ad	100.

Co do wypełnień autor nie poleca krzemianowych przed ukończeniem 13-tego roku życia z powodu niezupełnego jeszcze zwapnienia zębów i możliwości uszkodzenia miazgi. Amalgam miedzi został zupełnie wyrugowany a amalgam srebra stosuje się bez nadwyżki rtęci. Istnieją specjalnie skonstruowane aparaty do mieszania amalgamu w zamkniętym naczyniu a puszczane w ruch przez załączenie do wiertarki. Autor kładzie wagę na to, by dentysta szkolny i jego pomocnica nie byli nerwowi, by

chętnie wykonywali swoje czynności, gdyż ich nerwowość łatwo by się udzielała dziecku, ponadto zwraca uwagę na specjalne wykształcenie w dentyście szkolnej tak lekarza jak i jego pomocnicy.

Kursy uzupełniające z dziedziny higieny i dentystryki społecznej dla lekarzy są w Niemczech dobrze frekwentowane jako też i kursy specjalne dla pomocnic dentystycznych.

Lekarz-dentysta powinien zawsze mieć pomocnicę.

Co do czasu ordynacji w godzinach nauki szkolnej czy w godzinach popołudniowych i w czasie feryj to zdania są podzielone, ale większość oświadcza się za godzinami nauki szkolnej; we Frankfurcie zrobiono ustępstwo dla klas wyższych i leczenie odbywa się w godzinach popołudniowych.

*Brill* (Lwów).

#### **Tholuck (Frankfurt n. M.). Schulzahnpflege. (Szkolna opieka dentystyczna).**

Misch. Fortschr. d. z. 1929/12, p. 1135.

Na wstępie podaje autor w krótkości stan szkolnej opieki dentystycznej tych państw, które cośkolwiek na tem polu zdziałały i swoje wyniki ogłosiły. Wiadomości są jednak niezupełne, gdyż Komisja Higieny F. D. I. materiał ten dopiero opracowuje.

Oslo w Norwegii, jedna z najstarszych placówek szkolnej opieki dentystycznej przechodzi obecnie do systemu decentralizacji (10 przychodni), a gminy całego państwa są ustawowo zobowiązane do przeprowadzania dentystycznej opieki szkolnej. We Francji rozwijają się przychodnie coraz bardziej, jest ich około 80 i są urządzone na wzór kliniki Prof. Jessena w Strassburgu. W Anglii jest 955 klinik szkolnych z 625 lekarzami, w których leczono w ostatnim roku prawie milion szkolnych dzieci na ogólną ilość 5 milionów dzieci w kraju.

Zabiegi ortopedyczne przeprowadza się tylko w znikomej ilości. Dla dzieci niżej 5 lat istnieje już 5 specjalnych klinik dentystycznych, które mają możliwość dalszego rozwoju dzięki legatom Eastmana (właściciela firmy Kodak). W Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki niema planowej sanacji. Tam kładzie się główny nacisk na odżywianie najmłodszych dzieci i przyszłych matek, a w głównych miastach również na biologiczne czynniki zapobiegania próchnicy. W Kanadzie są podobne stosunki. W Japonii znajdują się przychodnie głównie w szkołach, a w jednym n. p. nowo odbudowanym mieście Nogaya jest 81 szkół powszechnych, z których każda posiada swoją własną przychodnię dentystyczną. Najlepiej — zdaniem autora — rozwija się szkolna opieka dentystyczna w Niemczech. Podczas gdy w lecie 1925 r. było tylko 261 przychodni, jest ich obecnie ponad 1000 z 1544 lekarzami i 320 dentystami bez tytułu lekarza. Całodzienne zajęcia ma 314 lekarzy. Decentralizacja szkolnej opieki dentystycznej postępuje coraz więcej naprzód. W ostatnich latach rozwija się ona głównie na prowincji i to wedle kilku systemów. I tak spotykamy: 1) Centralną klinikę szkolną, 2) decentralizowaną opiekę dentystyczną, 3) ruchome kliniki szkolne w wielkich autach z komfortem urządzonych, 4) małe 2-osobowe auta z wielkimi odpowiedniami kuframi, 5) przenośne instrumentarium spakowane w kufrach, które można przewozić — wreszcie 6) system kontraktowy, obecnie najbardziej rozpowszechniony, szczególnie na Górnym Śląsku, gdzie

dzieci przychodzą do prywatnych ordynacji w specjalnych godzinach. Wszyscy lekarze pracują tam pod kierownictwem starszego lekarza, który sam nie ordynuje. Ten system ma tę zaletę, że jest najtańszy.

Na największą trudność napotyka się przy ujęciu w pewien system leczenia dzieci w wieku przedszkolnym, od 2—6 lat. Wszak mamy w tym wieku 12% ogółu ludności, a w 6-tym roku życia mamy już u 80—84% dzieci próchnicę zębów mlecznych, a leczenie tych zębów jest obecnie już uznana koniecznością. Na razie ujęto dzieci przebywające w Zakładach, szkółkach i ogródkach, a w miarę rozwoju opieki społecznej i odwiedzania prywatnych domów przez higienistki wywiera się coraz większy wpływ na rodziców i dzieci w kierunku uświadamiania o konieczności sanacji uzębienia mlecznego.

W sprawie zapobiegania próchnicy zębów coraz bardziej się przekonujemy o wpływie rodzaju odżywiania na jej rozwój. Groeschel wykazał statystycznie polepszenie stanu zębów w czasie wojny skutkiem braku cukru i białej mąki i zwiększenia ilości soli mineralnych i plewy w chlebie wojennym.

W swoim okręgu w Bawarii propaguje obecnie Groeschel wśród mieszkańców zmianę systemu odżywiania szczególnie ciężarnych i karmiących i ma rzekomo już widoczne skutki. Prócz wykładów, nagród za dobre czyszczenie zębów, urządziły niektóre szkoły specjalne pokoje do pielęgnowania jamy ustnej, gdzie każde dziecko po spożyciu śniadania puszcza sobie prąd ciepłej wody do ust i bez użycia szklanek lub szczoteczki przepłukuje swoją jamę ustną. Propaganda prasowa i kinowa także bardzo dużo dobrego zrobiła.

Wszystkie daty statystyczne przeprowadzonej sanacji uzębienia zawierają zwyczajnie wiele niedokładności i nie zawsze można sobie z nich stworzyć jasnego poglądu na stan uzębienia. Wykazują one raczej frekwencję dzieci szkolnych, a nie intensywność sanacji. Z tabelarnych zestawień nie możemy wyczytać ile zaopatrzone dzieci z jedną szczelinową próchnicą, a ile z większą ilością głębokiej próchnicy; za zdrowe uzębienie uchodzi n. p. takie uzębienie, gdzie usunięto wszystkie 4 pierwsze trzonowce z powodu głębokiej próchnicy, o ile reszta zębów jest zdrowa. Celowem w zestawieniach statystycznych utrzymanie starego i znanego formularza Kantorowicza, który nam daje obraz wydajności pracy danej przychodni dentystycznej, zawiera tylko 3 przedziały: 1) Wypełnienia a) w stałych, b) w mlecznych zębach, 2) Z tego z leczeniem korzeni a) w stałych, b) w mlecznych zębach. 3) Usunięcia stałych zębów z powodu a) próchnicy, z) zniekształcenia, c) nieprawidłowości zgryzu, d) mlecznych zębów.

*Brill (Lwów).*

## Zjazdy naukowe.

Kongres stomatologiczny w Wenecji — 15 września 1930 r.

Federacja Stomatologiczna włoska zwraca się pismem z dnia 1. II. 1930 do przewodniczącego polskiej Sekcji A. S. I. i zawiadamia go o szczegółach



### Włoskiego Kongresu Stomatologicznego w Wenecji

który ma się odbyć pod protektoratem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.) 15 września b. r.

1) Przewodniczącym honorowym zamianowany został Dr. Józef Chompret, przewodniczący A. S. I. — przewodniczącym rzeczywistym Komitetu zjazdowego: Prof. G. Cavallaro, Firenze, via Tornabuoni 10.

2) Komitet zjazdowy jako i Federazione Stomatologica Italiana zapraszają jaknajserdeczniej Kolegów polskich na Zjazd, który ze względu na liczny współudział Kolegów z zagranicy posiada pierwszorzędne znaczenie.

3) Koledzy przybywający z zagranicy zwolnieni są ze wszystkich opłat zjazdowych. Zgłaszający swój udział otrzymają w swoim czasie kartę uczestnictwa, ażeby mogli korzystać ze zniżek koleją żelazną jak i wszystkich wiadomości, które mogą im być potrzebne. Komitet organizacyjny postara się za pośrednictwem agencji Cooka o zniżki kolejowe także w innych krajach.

4) Wenecja dostarczy poza atrakcjami, które uczyniły ją sławną, atrakcję nową: międzynarodową wystawę sztuk pięknych i popis międzynarodowych łodzi motorowych.

5) Komitet zaprasza polskich stomatologów i tych lekarzy-dentystów, którzy popierają i sympatyzują z ideą A. S. I. a szczególnie zwraca się do tych, którzy mają zamiar wygłosić na Zjeździe referat naukowy. Także mile są widziani lekarze niespecjaliści, którzy się interesują zagadnieniami stomatologicznymi.

6) Każdy uczestnik zjazdu może wygłosić najwyżej dwa referaty.

7) Pierwszą listę zgłoszeń uczestników zjazdu należy nadesłać w maju, drugą i ostatnią w lipcu, ażeby na czas można poczynić przygotowania. Do maja należy nadesłać tytuł referatu i krótkie streszczenie w języku francuskim.

8) Zgłoszenia należy nadsyłać przez „Polską Sekcję Stomatologiczną A. S. I.“ — Lwów, Zielona 5a na ręce przewodniczącego Pol. Sekcji Stomatologicznej Prof. Dra. A. Cieszyńskiego, ażeby można było ułożyć ogólną listę uczestników. Dokładnie należy podać przy zgłoszeniu:

a) nazwisko, imię,

b) dokładny adres,

c) ewent. przynależność do organizacji a w razie nienależenia do organizacji rok i miejsce otrzymania dyplomu,

d) o ile się nie jest członkiem Sekcji Pol. A. S. I., zgłosić należy przystąpienie do niej (składka roczna 4 zł) wraz z poleceniem 2 członków Sekcji Pol. A. S. I. Zgłaszającym się, członkom Sekcji Polskiej A. S. I. prześle przewodniczący Pol. Sekcji A. S. I. osobne formularze do wypełnienia.

Według pisma z dnia 4 marca mogą być uczestnikami Zjazdu tylko członkowie A. S. I. — Natomiast mogą wziąć udział w Zjeździe także lekarze i specjaliści innych gałęzi medycyny, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.). Zgłoszenia przyjmuje również Prof. Cieszyński — Lwów, ul. Zielona 5a do 1 maja wzgl. do 1 lipca.

## Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych. — Polska Stomatologia a Zagranica.

Na IV. Polskim Zjeździe Stomatologicznym we Wilnie mianowano członkami honorowymi Zjazdu kilkunastu uczonych w kraju i zagranicą, o czym zostali powiadomieni przez przewodniczącego Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych (zob. Polska Dentystyka 1929, str. 356).

W odpowiedzi na przesłane pisma nadeszli z małemi wyjątkami wszyscy w obszerniejszych listach na ręce przewodniczącego Stałej Delegacji, Prof. Cieszyńskiemu, podziękowanie za doznane wyróżnienie wśród grona uczonych przez IV. Polski Zjazd Stomatologiczny, uważając to za wielki zaszczyt, który ich spotkał ze strony polskich przedstawicieli dentystryki i stomatologii oraz za wyraz łączności wszystkich narodów w pracy naukowej. Ponadto spotkaliśmy jeszcze w listach, które nadeszły z Czechosłowacji, Francji, Belgji, Włoch oraz krajów północnych wyrazy wielkiej sympatii dla narodu polskiego.

Następujący uczeni i działacze w dentystryce i stomatologii przysłali podziękowania:

Z Francji: Bozo, Herpin, Rousseau-Decelle, Villain.

Z Szwajcarii: Gysi, Jaccard.

Z Holandji: Bruske, Du Nord.

Z Niemiec: Schröder, Walkhoff, Dieck, Kantorowicz, Euler.

Z Austrii: Zilz, Gottlieb, Pichler.

Z Włoch: Coen-Cagli (zarazem z prośbą o propagandę dla kongresu w Wenecji w r. 1930, który ma być przygotowaniem dla Międzynarodowego Konkresu stomatologicznego w Budapeszcie w r. 1931), Chiavaro, Arrigo Piperno.

Z Czechosłowacji: Radošević.

Z Szwecji: Elander.

Z Danji: Melchior.

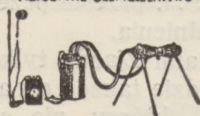
Z Belgji: Huet, Watry.

Ze Stanów Zjednoczonych: Logan.

Z Polski: Różycki (Poznań), załączając podziękowanie Prof. Cieszyńskiemu za starania i wskazówki przy utworzeniu Polikliniki Stomatol. w Poznaniu.

## TRVDNA DJAGNOZA BEZ PRZENOŚNEGO APARATU RENTGENOWSKIEGO

ABSOLUTNE BEZPIECZEŃSTWO



VAGA 35 KG.

# PHILIPS METALIX

WARSZAWA KAROLKOWA 36/44

ŁATWA OBSŁUGA  
ZASTOSOWANIE DO  
KAŻDEGO PRĄDU  
BEZ RÓŻNIC  
NAPIĘCIA  
NAJDOGODNIEJSZE  
WARUNKI SPŁATY

## Ruch w Towarzystwach.

### The Stomatologic Record.

Organ oficjalny Amerykańskiego Związku Stomatologicznego zawiera w pierwszym numerze, wydanym dnia 16 grudnia 1929 program stomatologów amerykańskich, zawierający się w tezach poniżej podanych. (Redaktorem tego czasopisma jest Dr. Alfred J. Asgis, Nowy York, 509 Madison Avenue).

Jeden związek stomatologiczny jeden ruch stomatologiczny w Ameryce. Istnieje tylko jedno towarzystwo stomatologiczne w Ameryce: „Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne (The American Society of Stomatologists)“ istnieje jedynie ruch stomatologiczny w Ameryce mający na celu ustanowienie dentystyki jako specjalności lekarskiej analogicznej do otologii, rinologii. Istnieje tylko jeden fachowy związek w Ameryce który broni ścisłego programu stomatologicznego, t. j. właśnie Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne The American Society of Stomatologists (A. S. S.). Żadne inne towarzystwa nie należą do A. S. I. i nie mogą reprezentować amerykańskiego ruchu stomatologicznego.

Dentysta jest stomatologiem. Propaganda mająca na celu zrównanie stanu dentystycznego ze stanem lekarskim nie jest w Ameryce nowa. Już w roku 1923 Dr. Andrew J. Brown, prodziekan Kolegium Dentystycznego Uniwersytetu Howarda, wypowiedział następujące zdanie o dobre wykształconym dentyście, względnie stomatologu: „Nie można dłużej zamykać oczu na fakt, że dentysta nie może być uważany jedynie za mechanika, którego jedynym zadaniem jest leczenie chorych zębów i uzupełnianie brakujących. Przeciwnie jego domeną jest cała jama ustna. Czyż nie należy więc wobec tego znieść nazwy dentysta i zastąpić jej nazwą stomatolog. Jeżeli mamy oftalmologów, laryngologów i innych specjalistów, to analogicznie możemy mieć i stomatologów, t. j. dobrze wyszkolonych dentystów“.

(Oral Hygiene, May 1923, page 691).

Rok 1923 i rok 1930. Jest dużo powodów nautry praktycznej, dla których dzisiaj w praktyce dentystycznej powinni być nazywani i uznawani. Jedną z najważniejszych rzeczy jest pouczanie publiczności w sprawach dotyczących dentystyki. Już czas najwyższy, by stomatolodzy posiadający poczucie przynależności do swego stanu, przyszli do przekonania, że każdy kto uzyska prawo do wykonywania dentystyki, wzgl. stomatologii, ma prawo do stawiania dżagnozy, leczenia, wykonywania zabiegów i przepisywania leków dla wszelkich chorób, bólów, obrażeń, ułomności, zniekształcenia i jakichkolwiek fizykalnych właściwości ludzkich zębów, wyrostków zębodołowych, kości szczękowych, dziąseł i szczęk. Stomatolodzy nie mogą zrezygnować ze swych praw do wykonywania dentystyki w całej jej rozciągłości i muszą przeciwstawić się jak najenergiczniej wszelkim zakusom zmierzającym do uszczuplenia ich praktyki, podobnie jakby to uczynili w analogicznym wypadku przedstawiciele innych specjalności lekarskich, t. j. laryngolodzy, otolodzy, rinolodzy i inni. Przewodniczący A. S. S. wygłosił w dniu 25 listopada 1929 apel do członków A. S. S., w którym powie-

dział między innymi: „Program stomatologiczny broniony przez nasze towarzystwo, przedstawiający jedynie prawdziwą ideę stomatologiczną naszego ruchu, dąży do dania ideałów stanowi dentystycznemu w jego wysiłkach naukowych i zapobiegawczych. Nie możemy więc stanowić zawodu nie z al e ż n e g o od medycyny zawodu a u t o n o m i c z n e g o, lecz musimy obecnie położyć fundamenta pod naszą specjalność, mającą na celu zlanie się z zawodem lekarskim i zdobycie sobie uznania jako działu zawodu lekarskiego. Jesteśmy nieprzejednanymi zwolennikami poglądu, że dentystyka jest specjalnością lekarską dla dobra i dla postępu dentystyki i ogólnej medycyny. Propaganda autonomistyczna sprowadza jedynie zamieszanie i może spowodować tylko wrogie stanowisko przeciw naszemu towarzystwu przez twierdzenia mogące wprowadzić w błąd. Niesłusznym jest twierdzenie propagandzistów, że zastępowanie programu stomatologicznego jest objawem niełojalności wobec dentystyki. Twierdzenie to mija się najzupełniej z prawdą“. Do tego możemy dodać, że jeżeli ktoś wierzy w dentystykę i wierzy w to, że jest ona specjalnością lekarską i jeżeli ta wiara i to przekonanie oznacza niełojalność wobec dentystyki to należy zapytać, ilu przewodniczących Amerykańskiego Związku Dentystycznego lub innych podobnego znaczenia związków fachowych, stało się winnymi niełojalności wobec dentystyki.

**Biuletyn A. S. S.** Głównym celem tego biuletynu jest propaganda naszych zamierzeń, powyżej wyszczególnionych, rozwiązanie problemów dalszych tudzież bezpośrednio stających przed każdym praktykiem dentystycznym i wymagających od niego rozwiązania. Ma to za przesłankę znajomość faktów stomatologii tudzież poznanie obecnej sytuacji w ruchu stomatologicznym zarówno międzynarodowym jak i w poszczególnych krajach.

W ostatnich 6-ciu latach poczyniliśmy wielki krok naprzód, o czym była mowa w numerze październikowym 1929 czasopisma „American Journal of Stomatology“. Z działalności A. S. S. zdana była sprawa w protokołach tegoż Związku publikowanych co miesiąc w czasopiśmie wychodzącym w Chicago American Dental Surgeon. Szukamy teraz kontaktu osobistego i temu celowi ma służyć nasz biuletyn. Jest on otwarty dla członków A. S. S. i dla sympatyków, każdy stomatolog powinien go czytać. W tym też celu i celem zapoznania świata dentystycznego i lekarskiego z celami i przedmiotem dążeń stomatologicznych zostaje biuletyn wysyłany regularnie do wszystkich szkół dentystycznych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, do wszystkich czasopism dentystycznych w Stanach Zjednoczonych, pozatem wybrana liczba do czasopism lekarskich w St. Zj. Wydziału A. D. A. i A. M. A., tudzież do wszystkich zagranicznych stomatologicznych towarzystw i czasopism, wreszcie do niektórych czasopism lekarskich i niektórych praktyków lekarskich i dentystycznych. Nieczłonkowie mogą otrzymywać biuletyn za opłatą abonamentu rocznego w wysokości 1/2 \$ płatnego do American Society of Stomatologists, 509 Madison Avenue, New York.

Następne zebranie A. S. S. odbędzie się 2-go maja 1930 w Nowym Yorku w hotelu Mc Alpin, informacji udziela Dr. King S. Perry, Jeannette Pa.

## Wiadomości bieżące.

### Sprawa paszportów ulgowych.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zwraca uwagę, że w Dzienniku Ustaw R. P. z dn. 11. lutego 1930 r. Nr. 7. pod pozycją 57 ogłoszone zostało Rozporządzenie Ministra Skarbu w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 29. stycznia 1930 r. w sprawie opłat za paszporty na wyjazd zagranicę.

Rozporządzenie to wchodzi w życie z dniem 26. lutego 1930 r., począwszy zatem od tego dnia Ministerstwo W. R. i O. P. zaprzestanie wydawania zaświadczeń, wymaganych dla uzyskania opłat ulgowych, przewidzianych w § 1. ustęp 1, punkt e. powołanego rozporządzenia.

Według nowego Rozporządzenia należy:

podania o paszport ulgowy skierowywać i wnosić wprost do Starostwa Grodzkiego we Lwowie, dołączając do nich zaświadczenie stwierdzające potrzebę wyjazdu zagranicę.

Zaświadczenie takie wystawiać będzie:

a) Rektorat — w razie wyjazdu dla prowadzenia badań naukowych na podstawie podania, zaopatrzonego przez Wydział klauzulą, stwierdzającą potrzebę odnośnego wyjazdu;

b) Ministerstwo Skarbu — w razie wyjazdu dla uczestniczenia w zebraniach międzynarodowych, w zjazdach naukowych, zawodach sportowych i t. p. O uzyskanie tego zaświadczenia należy starać się podaniem skierowanym do Ministerstwa Skarbu (przez Dziekanat i Rektorat), przyczem Dziekanat winien zaopatrzyć podanie klauzulą stwierdzającą potrzebę wyjazdu.

Wypadki wyjazdu zagranicę dla innych celów (leczenie się, społecznych itp.), o których traktuje nowe rozporządzenie pomija się w niniejszym piśmie.

Nadmieniam się tylko, że podania studentów, chcących wyjechać zagranicę dla kształcenia się (a nie badań naukowych, co zdaniem Rektoratu może mieć miejsce tylko w wyjątkowych wypadkach), mają być wnoszone wprost do Starostwa Grodzkiego we Lwowie i nie wymagają żadnego pośrednictwa ani też poświadczeń ze strony Władz Akademickich lub Profesorów tutejszego Uniwersytetu, gdyż do podań tych mają być dołączone tylko określone bliżej w Rozporządzeniu zaświadczenia zagranicznych zakładów naukowych.

---

---

## Odezwa.

Staraniem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wychodzi stale „Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego“. W ciągu wojny i w latach następnych musiała nastąpić przerwa. Czując całą doniosłość tego wydawnictwa Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podjęło ponownie druk dalszych tomów Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego. Przed rokiem wyszedł tom str. 578, zawierający przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917—1921. Pewna liczba powyższego tomu jest jeszcze do nabycia w cenie 15 zł.

Obecnie wyszły już dalsze tomy, mianowicie:

- 1) Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego str. 622 za r. 1925,
- 2) Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego str. 646 za r. 1926.

Opracowanie roczników za lata 1922, 1923, 1924, jak również za lata 1927, 1928 i 1929 jest już na ukończeniu.

Nie potrzebujemy przypominać, że wydawnictwo to powinno się znaleźć w bibliotece każdego lekarza, chcącego zapoznać się z całą literaturą lekarską polską, w każdej bibliotece zakładu naukowego, w każdej klinice i we wszystkich oddziałach szpitalnych.

Ażeby ułatwić dalszą pracę Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w tym kierunku, Zarząd Towarzystwa prosi uprzejmie o zakupienie roczników już wydrukowanych.

Cena tomu 15 zł., należną kwotę przysyłać można w całości lub też w ratach miesięcznych po 10 zł. za pośrednictwem P. K. O. Nr. 21.222.

Przesyłka będzie wysłana zaraz, po otrzymaniu zamówienia i ewentualnej wpłaty całości lub pierwszej raty.

Sekretarz Stały: Prof. Dr. A. Gluziński.

*REDAKCJA »POLSKIEJ STOMATOLOGJI« zwraca uwagę Szanownych Czytelników na powyższe wydawnictwo, które powinno się znaleźć w każdej bibliotece, a przede wszystkim tych, którzy zasilają piśmiennictwo swemi artykułami.*

## PYTANIA NADESŁANE I ODPOWIEDZI.

### Pytania.

5. *Oszlifowanie zęba pod koroną dla mostka okazuje się w jednym miejscu tak wrażliwe, że dalsze opiłowanie jest niemożliwe. Co jest przyczyną, co należy zrobić, by dokończyć oszlifowanie zęba i uchronić go od ewent. bólów po osadzeniu korony?*  
Dr. B. Łódź.

6. *Co zrobić przeciwko poceniu się rąk i nóg, które to cierpienie jest z naszym zawodem zbyt często połączone i przytem bardzo nieprzyjemne?*  
Dr. M. Kraków.

### Odowiedzi.

5) Powodem jest **nadwrażliwość zębiny**. Często jest skutecznem i na każdy wypadek oszlifowania zęba wskazaniem posmarowanie zęba rozczy-nem Howe'a lub albarginy, co po 2 dniach umożliwia często dalsze opiłowanie zęba. Dobrze jest również posmarować ząb antiforminą, następnie 2—20% sol. argenti nitr. i strącenie go 1% sol. ac. pyrogallici, poczem opiłowany ząb zupełnie czernieje. Argentum nitricum (= lapis) łączy się z organiczną substancją zęba, wnika w kanaliki zębinowe i wypełnia je powierzchownie. Strącić można nadmiar azotanu srebra rozczy-nem soli kuchennej. Znieczulenie 4% nowokainą z adrenaliną jest naturalnie najniezawodniejszym środkiem pomocniczym przy oszlifowaniu zęba.

6) O ile **pocenie się** jest pochodzenia nerwowego, np. z powodu strachu lub radości, to mało można na to wpłynąć, jeżeli natomiast jest miejscowe i w słabym stopniu, to mamy mnóstwo środków jak: acid. formic., tartar., bor., chrom. i formaldehyd w różnych rozcieńczeniach. Przeciw poceniu się nóg mogą polecić: Formalini 20, Spir. vini 40, Acet. aromatic 60.

Przy uporczywym poceniu się rąk i nóg jest jeden niezawodny środek: naświetlanie promieniami Roentgena przez wytrawnego specjalistę.

Dr. Brill — Lwów.

## SZYLDY EMALJOWANE — INFORMACYJNE

w trwałem, solidnem wykonaniu  
z pięknym i miłym połyskiem  
kolorów; odpowiadające  
RÓZPORZ. MIN. SPR. WEWNĘTRZ.  
z dnia 24-go lutego 1930 r.

EMALJERNIA i WYTŁACZALNIA  
**Inż. LEON BYTNER**  
POZNAŃ — GRUDZIEŃC 14

### Wolne posady.

Poszukuje się zastępcy do poważnej praktyki stomatologicznej w górskiej miejscowości klimatycznej. Widoki kupna praktyki wraz z willą. Zgłoszenia do Administracji pod: Praktyka.

**Instytut dentystyczny U. J. K. we Lwowie przyjmuje absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie na roczne kursy uzupełniające ze wszystkich gałęzi stomatologii.**

Oplaty za kursy analogiczne jak dla lekarzy specjalizujących się.

Najkorzystniej dla kandydatów jest wstępować na kursy z początkiem każdego trymestru.

Ilość miejsc ograniczona.

Lwów, ul. Zielona 5 a.

**KOMITET REDAKCYJNY:** Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Instyt. dent. U. J. K.: Dr. A. Bardaszówna i Dr. Żaleski — Członkowie korespondenci: Lek.-Dent. Józef Jarząb, zast. prof. (Poznań), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skutecka (Poznań), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).

**WYDAWCA:** Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.

Cena niniejszego zeszytu 6 zł.

**Prenumerata:**

Rocznie (6 numerów) . . . . . 30 zł.

Półrocznie (3 numery) . . . . . 15 zł.

Możliwość dopłaty zastrzega sobie Administracja w razie powiększenia kosztów produkcji.

**Ceny dawniejszych roczników:**

1923, 1924 wyczerpane

1925—1927 à . . . . . 24 zł.

1928—1929 à . . . . . 30 zł.

Księga pamiątkowa z r. 1923 } à 16 zł.

„ „ z r. 1928 }

Konto PKO „POLSKA DENTYSTYKA“ 151.717



THE S.S. WHITE DENTAL MFG. CO.



## S. S. White'a „True Dentalloy“

IDEALNY AMALGAMAT KONSERWUJĄCY ZĘBY

»True Dentalloy« jest odporny na siłę miażdżenia w znacznie większym stopniu, niż siła wchodząca w rachubę przy żuciu. Poza tem nie zmienia on swego kształtu, i zachowuje go mimo stałego uderzenia guzków przeciwległych zębów przy zgryzie.

»True Dentalloy« nie kurczy się; z tego powodu nie może nigdy spowodować powstania szczelin pomiędzy wypełnieniem a zębem; po początkowym stwardnieniu jest drobne rozparcie i ta okoliczność wspomaga akcję upychadła.

Wskutek ekspansji następuje lepsze dostosowanie do ścian ubytku, przestwory nawet mikroskopowo małe bywają zamknięte. Następnie amalgam twardnieje i powstaje wypełnienie, którego kształt nigdy się nie zmienia, a którego brzegi dają się na włos wygładzić.

Miljony zębów we wszystkich częściach świata, podlegające najróżniejszemu djetom, nawyczkom żucia, kwasom i przyprawom, zostały zachowane i odzyskały pierwotną zdolność żucia zapomocą »True Dentalloy«.

Praktycy dawnej szkoły znają ten amalgamat. Młodszy uczynią dobrze badając i porównując zanim wybiorą amalgamat inny niż »True Dentalloy«.

## **TRUE DENTALLOY** dla wypełnień trwałych

Opilki lub wióry. Szybko lub normalnie twardniejące.

Gatunek „A“, zdatny do mieszadeł rtęci i opitek, jedynie normalnie twardniejące.



The S. S. White Dental Mfg. Co.

PHILADELPHIA, U. S. A.



ZNAK OCHRONNY JEST GWARANCJĄ JAKOŚCI



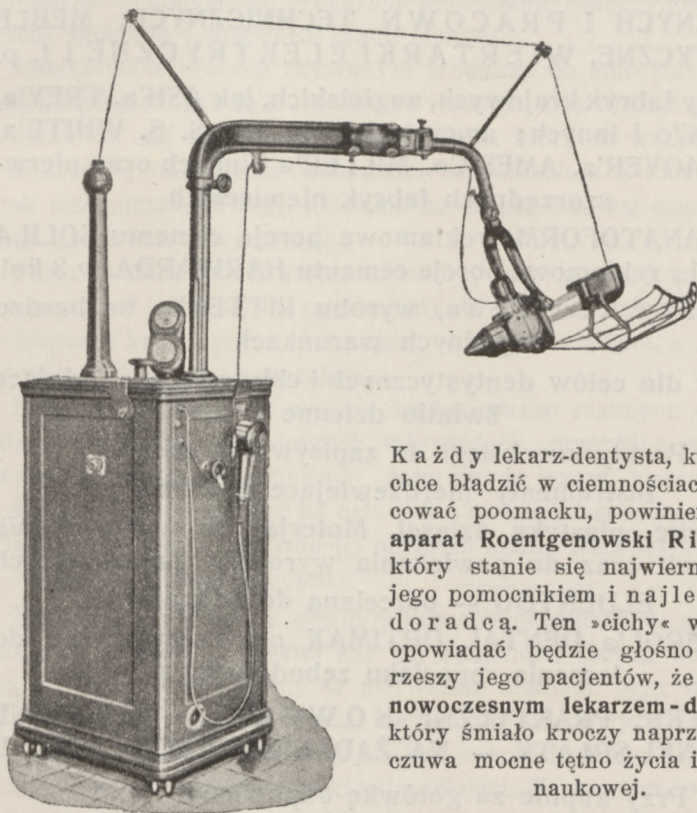
Europejskie Towarzystwo Dentystyczne

„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 poomacku, 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 wy-czuwa 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 książki do zapisywania chorych

Instrumenty nierdzewiące 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 sprzedają na długoterminowe spłaty