

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.
Prof. A. Cieszyński: O zakażeniu ropnym, ropowicach szczękowych i ich leczenie (C. d.) . . .	177
Dr. J. Gondzik: Kilka słów o pozostawianiu zębów mlecznych 184	184
Dr. M. Brill: Stomatologia współczesna i zapobiegawcza ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego.	187
Prof. A. Cieszyński: Stomatologia we Włoszech.	209
Ruch w Towarzystwach	
Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych.	216
Rada Centralna.	221
PKN. — FDI. Grupa Lwowska	226
PKN. — FDI. Wydział wykonawczy 231. — Walne Zgromadzenie 232. — FDI. Centrala, Komunikaty.	239
Zjazdy naukowe	242
Kalendarz Zjazdowy	242
Zjazd stomatologów w Wenecji, komunikat 3, 4 i 5.	243—245
Zjazd lekar. wszechsłowiański (Split)	245
Program XIX dorocznego Zjazdu FDI w Brukseli.	241
Dział Sprawozdań i Streszczeń	248

SOMMAIRE:

	p.
Prof. A. Cieszyński: De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement (Suite)	177
Dr. J. Gondzik: Quelques remarques sur la persistance des dents temporaires	184
Dr. M. Brill: Stomatologie sociale et prophylaxie surtout dans l'enfance.	187
Prof. A. Cieszyński: Stomatologie en Italie.	209
Bulletin des séances.	
Délégation permanente des congrès stomatologiques polonais.	216
Conseil central.	221
F. D. I. Renseignements et communiqués	239
Comité national polonais de la F. D. I. Séances	221, 232
Congrès scientifiques.	242
Congrès stomatologique italien a Venise.	243
Congrès des médecins slaves à Split.	245
Programme de la réunion annuelle de la FDI. à Bruxelles.	241
Revue critique	248

INHALT (Originalartikel): Prof. A. Cieszyński: Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung (Fortsetzung) S. 177. — Dr. J. Gondzik: Einige Bemerkungen zur Persistenz von Milchzähnen. S. 184. — Dr. M. Brill: Soziale Stomatologie und Prophylaxe namentlich im Kindesalter. S. 187. — Prof. A. Cieszyński: Stomatologie in Italien. S. 209.



Przeciw bólom Veramon

*Pulpitis, periodontitis it.p.
bóle po zabiegach
i po założeniu arszeniku.*

Zapobiega skutecznie wszelkim bólom

1-2 pastylki à 0,4g pro dosi



RURKI

PO 10 i 20 PASTYLEK à 0,4g

Próby oraz piśmiennictwo wysyła bezpłatnie
Wydział Naukowy Fabryki „SCHERING” Oddział na Polskę,
Warszawa, Jerozolimska 45, tel. 89-38

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).

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

Ueber eitrige Iniektion, 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.

2. Źródło zakażenia w okolicy dziąseł, przyzębnej lub w zakażonym
woreczku wyrzynającego się zęba mądrości.

Przy typowych sprawach paradontalnych, bądźto na tle przeciążenia, zanieczyszczenia lub też atrofji wyrostka zębodołowego istnieje zazwyczaj szeroki odpływ ropy do jamy ustnej a sprawy te odznaczają się charakterem przewlekłym; dlatego tylko we wyjątkowych wypadkach spotykamy przejście ich w stan ostry mogący doprowadzić do wytworzenia się ropowic.

Przypadek II. Nr. 9962/pr./1930 chora Ing. lat. 46. Przed 3 dniami wystąpił obrzęk okolicy podjęzykowej lewej i mierny bolesny obrzęk okolicy podszczękowej, przyczem nie było bólu zębów. Szczeka dolna była bezzębna z wyjątkiem $\overline{3}$ i $\overline{4}$ które miały miazgi żywe, gdyż reagowały na prąd faradyczny, i wykazywały klinicznie objawy paradontalne. Zgłębiak prosty wprowadzony w torebkę dziąsłową $\overline{3}$ -go wchodził po stronie wargowej w głąb na 8 mm, po str. językowej zaś na 4 mm, w okolicy $\overline{4}$ -go po stronie językowej na 7 mm, po str. wargowej na 5 mm. Ropa za naciskiem na kieszonki dziąsłowe nie wychodzi. Ciepłota wynosiła 37,6°. Okolica podszczękowa lewa na ucisk bolesna, gruczoły wielkości fasoli na ucisk bolesne i twarde. Gruczoł ślinowy podjęzykowy uwypuklony do jamy ustnej, z przewodu gruczołu ropy wycisnąć nie można; na zdjęciu roentgenowskim, zrobionem w układzie zgryzowym o osi skróconej zębów, nie można stwierdzić kamieni ślinowych. Zdjęcia na filmie przylegającym wykonać nie można wskutek nacieku i bolesności, natomiast na zdjęciu w układzie zgryzowym o zębach o normalnej długości nie widać zmian wkołoszczytowych tylko lejkowaty zanik kości szczękowej do połowy długości korzenia $\overline{3}$ i po stronie odśrodkowej przy $\overline{4}$ na długość $\frac{2}{3}$ korzenia. — Nacisk na zęby jest niebolesny. Ze względu na to, że chora nosi dostawkę dolną utrzymanie $\overline{3}$ i $\overline{4}$ było wskazane.

Rozpoznanie. Ropowica okolicy podjęzykowej pochodząca od okolicy przyzębnej od $\overline{3}$ i $\overline{4}$.

Leczenie. Nacięcie pod zamrożeniem chloretylem wzdłuż wyrostka zębodołowego w kierunku językowym od $\overline{4}$ w tył na $2\frac{1}{2}$ cm. Wylewa się około 8 cm³ ropy cuchnącej, brudnej, zielonkawej. Seton z fenolem kamforowym; okolica przyszylkowa $\overline{3}$ i $\overline{4}$ została oczyszczona i wpuszczono do torebki kilka kropel fenolu kamforowego tępa igłą ze strzykawki (sposobem Cieszyńskiego); na zewnątrz okład z kwaśnej wody. Następuje subiektywna poprawa. Ciepłota 37,2. Dnia następnego dolegliwości ustąpiły. Po usunięciu setonu wylewa się ropa. Aspiracja ropy kanułą metalową, włączoną do ślinociągu Clarka przez 10' minut. Seton — okład wilgotny. Obrzęk w okolicy paradontalnej zmniejszył się znacznie, ale utrzymywał się jeszcze

w okolicy podjęzykowej. Gdy po trzech dniach obrzęk ten nie ustępował, a ciepłota wynosiła nadal 37,4, wyjęto trzeciego dnia pod zamrożeniem chloretylowem $\overline{3}$, czwartego dnia $\overline{4}$, poczem dopiero obrzęk w okolicy podjęzykowej poczynął się zmniejszać i do 7 dni ustąpił zupełnie.

Od trzeciego dnia leczenia wstrzykiwano wśródmięśniowo co 2-gi dzień po 2 cm³ omnadyny (Propidonu, który działa intensywniej ze względu na wiek chorej i osłabienie serca nie użyto).

Przypadek ten wykazuje, że ropowice okolicy podjęzykowej wychodzić mogą także od zropiałych torebek spraw paradontalnych, pomimo, że przy nacisku na torebki dziąsłowe ropy do jamy ustnej wycisnąć nie było można. — Przy $\overline{3}$ zębnie musiało zakażenie z kieszonki dziąsłowej, głębszej po stronie wargowej, rczszczyć się ku stronie językowej, a przy $\overline{4}$ zębnie bezpośrednio ku stronie podjęzykowej.

Natomiast stosunkowo często prowadzą do ostrych objawów zapalnych i zakażenia tkanek okolicznych obrażenia dziąsła w okolicy pozatrzonowcowej w dolnej szczęce u chorych między osiemnastym a trzydziestym rokiem życia. Przeważnie zachodzi w tychże przypadkach utrudnione wyrzynanie się zęba mądrości, przyczem przebija się ząb mądrości częścią korony po przez błonę śluzową, i przychodzi do stworzenia komunikacji między jamą ustną a worcziem zębowym, pokrywającym koronę zęba. Otwarcie woreczka zębowego może nastąpić i w ten sposób, że przeciwległy ząb górny wytwarza odleżynę na dziąśle w dolnej szczęce poza drugim zębem trzonowym. Jako wyraz zakażenia występuje wówczas powierzchowne owrzodzenie, naciek tejże okolicy dziąsła oraz zakażenie pod dziąsłem leżącego woreczka zębowego zęba mądrości.

Jak wiadomo błona śluzowa za ostatnim zębem trzonowym dolnym, zazwyczaj nie przylega zupełnie ściśle do kości szczękowej, tylko jest stosunkowo wiotka i przechodzi we fałd, unoszący się ku górze, przechodząc dośrodkowo na podniebienie miękkie. Te warunki anatomiczne występują tem wyraźniej, o ile zachodzi brak miejsca za drugim zębem trzonowym, przy stosunkowo krótkim trzonie żuchwy, kiedy dane anatomiczne uniemożliwiają prawidłowe wyrznięcie się zęba mądrości; ząb ten leży wówczas nie w wolnej przestrzeni pozatrzonowcowej, tylko już pod gałęzią wstępującą żuchwy. Układ zęba mądrości wykiłwającego się może być przytem zupełnie prawidłowy, czyli że oś jego leży równolegle do kierunku osi drugiego zęba trzonowego.

Julius Witzel dał bardzo dobrą kliniczną wskazówkę ułatwiającą nam ocenę, czy w danym przypadku ząb mądrości znajdzie jeszcze odpowiednie miejsce w żuchwie, ustalając tezę: „jeżeli pomiędzy koroną drugiego zęba trzonowego a gałęzią wstępującą żuchwy można wsunąć opuszkę palca wskazującego, wtedy należy przypuszczać, że wykiłwający się ząb mądrości znajdzie jeszcze dostateczne miejsce“.

Bardzo często jednak ząb mądrości nie wykazuje typowego układu, tylko jest zwrócony ukośnie ku przodowi, przyczem jego oś leży mniejwięcej

pod kątem 45 stopni do osi zęba sąsiedniego. Zboczenie może być jeszcze większe, gdyż ząb mądrości może leżeć zupełnie poziomo, a więc pod kątem 90 stopni do zęba sąsiedniego. W pierwszym i drugim przypadku ząb mądrości się nie wyrznie, zostaje zatrzymany, a korona zęba skierowuje się na odśrodkową część korzenia zęba trzonowego. Nie przeszkadza to bynajmniej, ażeby w dalszym ciągu wytwarzał się korzeń zęba mądrości, wrastając pod gałąź wstępującą. O ile zęby w ten sposób nieprawidłowo ułożone nie znajdują się zbyt blisko powierzchni i nie przyjdzie do otwarcia woreczka zębowego w okolicy ich korony, bądźto wskutek procesu wyrzynania się tegoż zęba, bądź też wskutek obrażenia dziąsła ponad zębem niewyklutem zębem przeciwległym, to mogą one pozostać w szczęce i długie lata a nawet i przez całe życie, nie wywołując żadnych objawów.

Nacisk na okolicę pozatrzonowcową palcem nie jest wówczas bolesnym, klinicznie niema wobec tego też żadnych danych ku temu, ażeby przypuszczać, że w tejże okolicy jest źródło zakażenia, niema też żadnych wskazań, ażeby zęby te zatrzymane usuwać tylko dlatego samego, że ich nieprawidłowy układ stwierdziło się na roentgenogramie.

Nie mogę więc podzielić zdania autorów amerykańskich W i n t e r a, B a r r y' e g o i innych, którzy każdy ząb zatrzymany usuwają dlatego tylko, że ząb zatrzymany może stać się źródłem zakażenia lub też spowodować bóle newralgiczne. Długoletnie moje doświadczenie nauczyło mnie, że w przeważnej ilości przypadków zęby zatrzymane nie powodują zakażenia, nie stanowią miejsca zmniejszonej odporności w razie wystąpienia osteomyelitis i w wyjątkowych tylko przypadkach dają powód do wytworzenia się torbieli zawiązkowych a jeszcze rzadziej dają powód do bólów o charakterze newralgicznym. Niebezpieczeństwo zakażenia woreczka zęba zatrzymanego istnieje tylko wówczas, jeżeli ząb ten jest bardzo powierzchowni ułożony, albo jeżeli część korony tego zęba już się wykłufa. Jeżeli natomiast na zdjęciu roentgenowskim w okolicach dolnego zęba mądrości możemy stwierdzić wyraźny kontur zamknięty w sobie, odgraniczający zębodoł zęba zatrzymanego, to należy przypuścić, że niema komunikacji jeszcze między zębodołem zatrzymanego zęba a jamą ustną. W ostatnim bowiem przypadku widzimy zazwyczaj, że kontur zębodołu, odgraniczający ząb zatrzymany, jest w jednym miejscu przerwany najbliższej powierzchni.

Stwierdziwszy na zdjęciu roentgenowskim ząb zatrzymany mądrości nie powinniśmy jakoby ulec sugestji i wszelkich zmian chorobowych spostrzeganych klinicznie sprowadzać odrazu do zęba mądrości, tylko poddać jeszcze dokładnej analizie okolice szczytowe w s z y s t k i e h z ę b ó w s ą s i e d n i e h. Wówczas przekonamy się niejednokrotnie, że znajdziemy na tychże korzeniach na jednym albo więcej zmiany wkołoszczytowe, które wskazywać będą na istniejące ognisko zakaźne w komorze miazgowej tego

zęba. Czy w danym przypadku ropowicy szczękowej źródłem infekcji jest stwierdzony na roentgenogramie zęb mądrości zatrzymany, czy też zęb siódmy albo szósty, wykazujący zmiany wkołoszczytowe, czy też mamy w danym przypadku zakażenie wychodzące z kilku miejsc szczęki, o tem przekonać się musimy klinicznym badaniem. Jeżeli okolica retromolarna nie jest bolesna na ucisk, jeżeli z tejeż okolicy nie można wycisnąć kropli ropy, wtedy należy wykluczyć zęb mądrości jako źródło zakażenia, tylko szukać trzeba w tym zębie źródła zakażenia, który na roentgenogramie wykazał objawy wkołoszczytowe, chociażby one na zdjęciu miały tylko wielkość soczewicy albo główki od szpilki. Ryc. 41, na str. 69.

Chcę jeszcze przy tej sposobności zwrócić uwagę na ewentualne błędy rozpoznawcze podczas badania zdjęć roentgenowskich.

Dajmy na to: mamy przed sobą chorego, który ma lat 14, u którego co dopiero wyrznął się zęb drugi trzonowy; na roentgenogramie widzimy nad szczytami tego zęba pola niezwapniałe, wyglądające na pierwszy rzut oka jak ziarniniaki, które wykazują wyraźną łączność z przewodami miazgowymi; korzenie dolnego zęba mogą być nawet stosunkowo krótkie i wykazują szerokie światło przewodów w okolicy szczytów korzeni.

W tym przypadku nie mamy do czynienia wogóle z ziarniniakami, tylko mamy przed sobą zęb, którego korzenie nie zostały jeszcze zupełnie wytworzone i nie uległy jeszcze w okolicy szczytowej zwapnieniu. Pole ciemne w okolicy szczytowej jest w danym przypadku owym zgrubieniem miazgowym (Pulpawulst), który powoduje w dalszym ciągu wykształcenie się korzenia. Analogiczny obraz możemy spotkać u siedemnasto lub ośmnaścieletniego chorego w okolicy zęba mądrości.

Należy mi jeszcze wspomnieć o odchyleniu się osi wyrzynającego się zęba mądrości w kierunku dystalnym, przyczem korona zęba zwrócona jest w kierunku gałęzi wstępującej. Spotykamy ten układ stosunkowo często w tych przypadkach, w których brak jest miejsca w żuchwie dla zębów mądrości i które to przypadki dają powód także do zakażenia woreczka wykluwającego zęba.

3. Źródło zakażenia w ogniskach zakażonych, powstałych w kości szczękowej na tle „osteomyelitis“.

Ropne zapalenie szczęk, wychodzące p i e r w o t n i e z kości a powstające wskutek działalności drobnoustrojów i ich jądów, które krążą we krwi, nazywamy — zależnie od tego, która część kości najpierw zajęta zostanie — albo „osteomyelitis“, albo „periostitis“ z przejściem na szpik kostny albo według L e x e r a „ostitis“. Ze względu na to, że w ciągu rozwoju sprawy

chorobowej zajęta zostanie kość cała, tak szpik kostny jak i zbita istota kostna oraz okostna, nazwał ropne zapalenie kości Schuchardt: „Paranostitis“.

Ażeby sprawa ta chorobowa wystąpiła, musi kość jako taka wykazywać pewną dyspozycję. Momenty usposabiające stanowią: osłabienie odporności szpiku kostnego, osłabienie odporności organizmu, uszkodzenie ścian naczyń przez poprzedzające choroby zakaźne, (grypa, tyfus, szkarlatyna) oraz na skutek działania jądów; uszkodzenie ścian naczyń może być spowodowane bliskością ognisk wydzielających jady — n. p. przez zęby zgorzelinowe, ziarniniaki wkołoszczytowe.

Do momentów sprzyjających zaliczyć należy: uraz, złe odżywianie organizmu i złe ogólne warunki higieniczne.

Zaznaczyć przytem należy, że osteomyelitis może wystąpić nawet wówczas, gdy uzębienie jest zupełnie zdrowe, gdzie niema wcale ubytków próchnicowych i otwartych przewodów, a więc w przypadkach, w których uzębienie dobrze jest utrzymane.

Momentem wywołującym może być uraz, zabieg operacyjny, wyjęcie zęba lub leczenie chorej miazgi i wyjęcie miazgi, rozszerzanie przewodu dawniej już leczonego i przez długi czas wypełnionego.

Bakterjologicznie mamy do czynienia — jak już wspomnieliśmy — z zakażeniem mieszanem, przeważnie gronkowcami i paciorkowcami. Przedewszystkiem charakterystycznym dla osteomyelitis jest obecność gronkowca złocistego (*streptococcus aureus*), który zawsze budzić musi obawę, że w danym przypadku może rozwinąć się zapalenie szpiku kostnego. Gronkowca złocistego spotykamy wyjątkowo w czystej hodowli. O ile ropne zapalenie kości wystąpi podczas rekonwalescencji po przebytej chorobie zakaźnej, możemy znaleźć w ropie jeszcze niekiedy te drobnoustroje, które charakterystyczne są dla danej poprzedzającej choroby zakaźnej, jak prątki tyfusu, paratyfusu, okrężnicy, influency lub dwoinki Fränkla-Weichselbauma.

Drogi zakażenia są według Lexera następujące:

- 1) bezpośrednie — w łączności ze zranieniem,
- 2) pośrednie — przez przejście ropnego zapalenia z otoczenia,
- 3) na drodze krwionośnej z ognisk oddalonych (n. p. angina, czyrak).

Na podstawie materiału sekcyjnego wykazali Weichselbaum i Fränkel, że drobnoustroje znajdują się w szpiku kostnym mimo lekkiego przebiegu choroby.

Objawy przy zapaleniu szpiku kostnego występują przeważnie gwałtownie i nieprzewidzianie. Pojawia się ból przenikliwy i wiercący, występuje gorączka i dreszcze.

Przeważnie wiele zębów stojących obok siebie poczyna się chwiać, stają się wrażliwe na ucisk.

W okolicznych częściach miękkich pojawia się bardzo często obrzęk, najpierw surowiczny później ropny, rozszerza się w kilku dniach na większej przestrzeni. W niektórych przypadkach ropna sprawa zapalna szerzy się tylko w kości a obrzęk części miękkich jest minimalny.

Jeżeli sprawa rozwija się w górnej szczęce, występuje obrzęk policzka, obejmujący także powieki. W dolnej szczęce występuje często szczękościsk. O ile sprawa w żuchwie dłużej istnieje i szerzy się na większej przestrzeni w trzonie żuchwy, stwierdzić można zmniejszenie wrażliwości nerwu bródkowego, co wskazuje na to, że nerw zębodołowy dolny wśród przebiegu sprawy w żuchwie uległ zmianom patologicznym.

Obraz anatomicopatologiczny, dotyczący osteomielitis żuchwy, dostarczył nam Bauer¹⁾ z przypadku z zejściem śmiertelnym. Według tegoż autora spotyka się przy osteomyelitis żuchwy, o ile przebieg jest powolny, jamy z zniszczoną istotą gąbczastą (u Bauera ryc. 5.), które przydzielają resztki ubeleczkowania kostnego, otoczonego pasmami substancji osteoidalnej. Ścianę kostną pokrywa ziarnina, wykazując wylewy krwawe. W ognisku takim na preparacie Bauera znajduje się wylot kanału żuchwowego z tętnicą i nerwem zębodołowym. Na kostnej ścianie teź jamy jako i na istocie zbitej kości, tworzącej podstawę trzona żuchwy widać wyrosła kostne (osteofity). Zawartość łączno-tkankowa kanału żuchwowego jest rozpulchniona naciekiem zapalnym, gdzieniegdzie o charakterze drobno-komórkowym. Naciek okrągłych komórek sięga aż do perineurium i wciska się między wiązki nerwowe, rozdzielając je. (Bauer, ryc. 8—10). W niektórych miejscach jest nerw ścieśniony przez szczelnie wypełnione żyły i naciek. Tkanka nerwowa, w której się stwierdza naciekowe pasma, przedstawia obraz zapalenia nerwu (neuritis). — Obok objawów odbudowy kości spotykamy na ścianach kanału żuchwowego także tworzenie się nowych beleczek kostnych, w przestrzeniach zaś szpikowych widać włóknistą tkankę szpikową i napęczniałe naczynia krwionośne (ostitis fibrosa; Bauer ryc. 11. i 12. na str. 203). Im bardziej się oddalamy od ogniska zapalnego, tem bardziej przybiera struktura kości normalny wygląd i widać szpik kostny tłuszczowy i częściowo lymfoidalny. Pomimo tego widać w kanale żuchwowym jeszcze w tych obrębach daleko idące zmiany. Tkanka sama jest obrzękła, rozluźniona, wykazuje nacieki zapalne, w perineurium występują miejscami leukocyty, następnie spostrzega się nagromadzenie czerwonych ciałek krwistych między nerwem a kanałem.

¹⁾ W. Bauer. Osteomyelitis des Unterkiefers mit tödlichem Ausgang nach Zahnextraktion. V. f. Z. 1930/2. p. 204.

Bardzo ważnem jest, że przy osteomyelitis trzonu żuchwy jako jeden z pierwszych objawów występuje wybitny obrzęk twardy okolicy podszczękowej i szyi, zanim zdołamy jeszcze stwierdzić inne objawy wskazujące na zapalenie szpiku kostnego.

Uzębienie danej części szczęki jest przytem bez zmian i nie można odkryć przyczyny w jakiegokolwiek chorobie zęba. Dopiero gdy sprawa chorobowa trwa już kilka lub kilkanaście dni poczynają się zęby danej okolicy chwiać, wykazują ujemny odczyn na prąd faradyczny lub osłabioną reakcję, pomimo że korony nie wykazują żadnych ubytków próchnicowych lub śladów dawniejszego leczenia. Zarazem występuje bolesność na ucisk na wyrostek zębodołowy i pojawia się obfitsza wydzielina ropna z obrzękłych i zaczerwienionych dziąseł.

Rozlane zapalenie ropne kości szczękowej może także zostać prze-wleczone z otoczenia i wystąpić jako następowe ogniskowej sprawy ropnej, wychodzącej ze zgorzelinowej miazgi zęba. Przecież w gruncie rzeczy każda sprawa periapikalna, mająca swe źródło w zakażeniu, wychodzącem z korzenia zębowego, obejmuje kość szczękową w okolicy szczytu korzenia i ma charakter ograniczonego zapalenia szpiku kostnego. Wygojenie się sprawy następuje, skoro się usunie źródło choroby, a szpik kostny staje w obronie na granicach ogniska chorobowego. Skoro jednak uszkodzenie szpiku kostnego przez drobnoustroje i ich jady jest tak wielkie, że szpik kostny nie może zdobyć się już na skuteczną obronną walkę, przybiera sprawa — początkowo ograniczona — charakter rozlany, obejmując szersze przestrzenie kości szczękowej. Tego rodzaju zmiany spotykamy często, spowodowane wielką jadowitością przedewszystkiem gronkowca złocistego. Każdy przypadek ropowicy, który — mimo otwarcia ogniska ropnego w częściach miękkich i usunięcia źródła choroby znajdującego się w chorym zębie — trwa dłużej i wykazuje uporczywe ropienie, budzi podejrzenie, że w przebiegu dalszym choroby może się rozwinąć ropne zapalenie kości szczękowej. Takich przypadków obserwowaliśmy kilka. Również ropowice, mające charakter pełzający, naciekowy i małą skłonność do tworzenia ropni ogniskowych, wykazujące wysięk ropny długo jeszcze po przecięciu, a utrzymujące się przez kilka tygodni, są często wywołane ropnem zapaleniem szpiku kostnego. Brak skłonności do wygojenia się sprawy wskazuje na to, że sprawa ropna szerzy się powoli w kości szczękowej i coraz większe zajmuje obręby. Obecność martwiaka możemy zazwyczaj stwierdzić roentgenologicznie dopiero w trzecim tygodniu choroby.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dr. J. GONDZIK

KRÓL. HUTA.

KILKA SŁÓW O POZOSTANIU ZĘBÓW MLECZNYCH.

Quelques remarques sur la persistance des dents temporaires.

Einige Bemerkungen zur Persistenz von Milchzähnen.

Doc. pol. 25.38; 25.32.

Doc. int. 616.314.9 007,12.

Czasy, kiedy to zęby mleczne uważano za mniej wartościowe, którym nie trzeba było poświęcać ani baczniejszej uwagi, tem mniej odpowiedniej opieki, należą do przeszłości. Ząb bowiem mleczny przedstawia u dziecka tę samą wartość, co ząb stały u dorosłego. Powstają ambulatorja denty-styczne dla dziatwy szkolnej w innych państwach więcej aniżeli narazie w Polsce, a conajmniej starają się gminy o przeprowadzenie badań dzieci szkolnych przez płatnego lekarza-dentystę, który w razie potrzeby przekazuje wypadki do odnośnej kasy chorych, wzgl. udziela sam pomocy tym, którzy nie należą do takowej, n. p. w Król. Hucie, Katowicach, Poznaniu.

Nie będę się obszerniej na ten temat rozwodził, gdyż bez wątpienia jest obecnie każdy świadom tego, że mleczne uzębienie potrzebuje jak najstaranniejszej opieki jako organ żucia potrzebny dziecku, ale i ze względu na przyszłe uzębienie stałe.

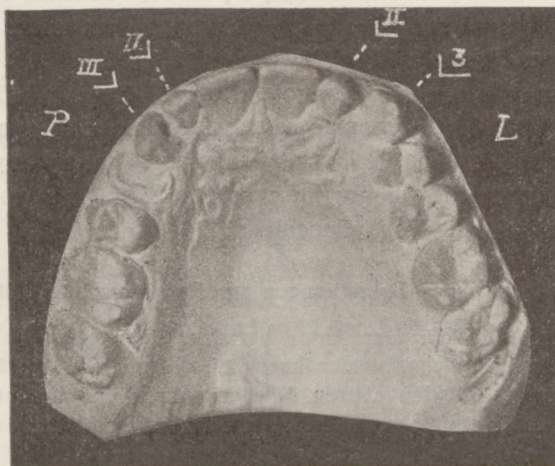
Chcę tylko jednym przykładem udowodnić, do jakich ujemnych skutków może w pewnych wypadkach doprowadzić zaniedbanie zębów mlecznych.

Otóż zgłosił się u mnie pewien mężczyzna, około lat dwudziestu kilku, z prośbą o wyjęcie mu korzenia po pierwszym stałym dwuzgzkowcu po prawej stronie górnej. Zauważyłem, że na miejscu obydwóch bocznych siekaczy i prawego kła w górnej szczęce znajdują się jeszcze, chociaż już poważnie nadpsute zęby mleczne (Ryc. 1). Dla własnej ciekawości zrobiłem wycisk całej górnej szczęki i zdjęcia roentgenowskie tych części (Ryc. 2 i 3). I co się okazuje? Mały siekacz, aczkolwiek z uszkodzoną koroną, na lewej stronie przedstawia się w całej rozciągłości swego korzenia zdrowy i silny, a stałego zęba nie widać ani śladu. Na prawej stronie pokrywa się na zdjęciu mały siekacz z zatrzymanym kłem, ale widać kontury jego korzenia, mimo uszkodzonej korony, aż do samego szczytu całej i nienaruszone. Natomiast wykazuje mleczny kieł na tej samej stronie resorpcję korzenia aż prawie do samej korony.

Tłumaczenie tego objawu jest jasne. Uczy nas przecież historia rozwoju zębów, że drugie ząbkowanie odbywa się tak, że między stałym, rozwijającym się zębem a poprzedzającym go zębem mlecznym tworzy się tkanka resorpcyjna, która w miarę posuwania się stałego zęba, wchłania

korzeń zęba mlecznego tak długo, aż pozostanie tylko korona w formie skorupki, która w końcu odpadnie.

Oczywista, że tam, gdzie niema zawiązka stałego zęba, nie może się odbyć resorpcja, a ząb mleczy pozostanie tak długo, jak mu pozwolą warunki, t. zn. dopóki nie zostanie zniszczony przez próchnicę, jak zresztą



Ryc. 1.



Ryc. 2 i 3.

każdy inny ząb. Resorpcję taką widzimy właśnie przy prawym kle mleczy. Została ona przerwana, ponieważ stały kieł się zatrzymał i dlatego przestało też istnieć drażnienie narządu resorpcyjnego; bez tegoż bodźca narząd resorpcyjny działać nie może i resorpcja wogóle odbyć się nie może.

Wracając do swych poprzednich wywodów o wartości zębów mleczy, widzimy tu dobitnie, jak ważną rolę odgrywają w tem wypadku obydwie mlecze siekacze. Gdyby zgóry starano się o to, żeby nie dopuścić

do takiego rozmiaru próchnicy ich koron, jakie są obecnie, byłyby bez wątpienia w stanie wykonywać swą funkcję na czas nieograniczony. W obecnych warunkach mogą ich żywot przedłużyć tylko złote korony. Ponieważ atoli pacjent nie chciał się zgodzić na takowe, trzeba się spodziewać ich kompletnej ruiny już w najbliższej przyszłości.

Wypadki takie i podobne trafiają się niezbyt rzadko, stąd wniosek, że jeżeli zębom mlecznym wogóle, to przedewszystkiem mlecznym siekaczom trzeba zawsze poświęcać większą uwagę.

Pozatem narzuca nam roentgenogram ciekawe pytanie, mianowicie, jakim sposobem możnaby wydostać na powierzchnię zatrzymany kieł i ustawić go na właściwym miejscu! Dyskusja na ten temat byłaby bez wątpienia pożądana i pożyteczna. W niedługim czasie będę mógł się podzielić z kolegami swymi skromnymi doświadczeniami.

Dr. J. Gondzik. Einige Bemerkungen zur Persistenz von Milchzähnen.

ZUSAMMENFASSUNG: Der Autor berichtet über einen Fall mit Persistenz von 2 oberen seitlichen Milchschneidezähnen bei fehlenden Ersatzzähnen und gleichzeitiger Persistenz des rechten oberen Milcheckzahnes und Retention des entsprechenden bleibenden Ersatzzahnes und schliesst daran an seine Bemerkungen.

Lwów, 26 czerwca. Rozstał się w sile wieku z życiem znany i bardzo ceniony jako człowiek, kolega i uczony, docent roentgenologii przy Akademii Weterynaryj dr. Józef Jaxa Dębicki. Prace jego z dziedziny roentgenologii drukowane także w języku niemieckim, zdobyły mu nazwisko poważnego uczonego daleko poza granicami Polski, przedewszystkiem zaś prace z dziedziny teoretycznej roentgenologii i techniki roentgenologicznej. Katedra stomatologii we Lwowie ponosi wielką stratę, gdyż od wielu lat współpracował z nią szczególnie na polu roentgenoterapii bezinteresownie, służąc swoją radą i wielkim doświadczeniem. Nauka polska traci w ś. p. Józefie Dębickim pioniera roentgenologii i znawcę szczególnie na polu teoretycznych zagadnień tegoż działu medycyny.

Warszawa, 28 i 29 czerwca odbyły się na zaproszenie Związku Lek. Dentyst. w Państwie Pol. wykłady prof. dr. Hansa Morala z Rostoki na temat schorzeń zatoki szczękowej, krwawień w j. ustnej i ich tamowania oraz na tematy z protetyki z demonstracjami i wyświetlaniem przeźroczy.

„Towarzystwo Zwalczenia Reumatyzmu w Polsce“ z siedzibą w Warszawie przy współudziale Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych i Komisji Zdrojowej w Inowrocławiu, organizuje I. Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczenia Reumatyzmu, który odbędzie się w Inowrocławiu dnia 6—7 września br. Szczegółowy program Zjazdu z podaniem tytułów licznie zgłoszonych referatów zostanie ogłoszony. Referat na temat „Choroby zębów i kości szczękowej a reumatyzm“ objął dr. Henryk Allera nd ze Lwowa.

Dr. M. BRILL.

LWÓW.

Stomatolog w lwow. Kasie Chorych
i szkolnej przychodni dentystycznej.

STOMATOLOGJA SPOŁECZNA I ZAPOBIEGAWCZA ZE SZCZEGÓL- NEM UWZGLĘDNIENIEM WIEKU DZIECIĘCEGO.*)

Stomatologie sociale et prophylaxie surtout das l'enfance.

Soziale Stomatologie und Prophylaxe namentlich im Kindesalter.

Doc. pol. 22.3

Doc. int. 616.31:614; 616.31:37

Szanowne Panie! Szanowni Panowie! Czcigodny Jubilacie!

Przez 40 lat pracuje kolega Dr. Lateiner w stomatologii bardzo intensywnie dla dobra i na pożytek mieszkańców miasta i najbardziej dla jego szerokich mas. W tym czasie przeszła stomatologia największą drogę swego rozwoju od pierwszych jej początków aż do jej dzisiejszego wysokiego poziomu. Mnie przypadł zaszczyt przedstawić na dzisiejszej uroczystości tutaj zebrany znaczenie stomatologii w życiu jednostki i w życiu gospodarzem całego społeczeństwa.

Bezpowrotnie minęły te czasy, kiedy zdobycze nauki i sztuki lekarskiej były dostępne tylko dla najbogatszych sfer, a lekarze zasklepieni w swoich badaniach, lub też otoczeni atmosferą gabinetu prywatnego, odcięci zupełnie od szerokich mas, nie interesowali się w wykonywaniu swojej praktyki stosunkami życia codziennego wśród którego żyli. Dzisiaj stoi medycyna, a z nią i stomatologia w służbie ogółu i koniecznością życiową staje się dla lekarza myślenie również pojęciami społecznymi. Ta nowa, — że tak powiem — orientacja społeczna i propagandowo-zapobiegawcza coraz więcej zmusza lekarza do zaznajomienia się z higieną społeczną, z odżywianiem, z chorobami zawodowymi, z instytucjami ubezpieczeń od wypadków i z podstawami organizacyjnymi wszelkich związków i instytucji ubezpieczeń społecznych, państwowych, samorządowych i dobroczynnych.

W rozwoju medycyny ogólnej ostatniej doby zaznacza się coraz większy wpływ momentu socjalnego na jej tok badań i pracy, a stomatologia społeczna stawia za nią pierwsze śmiałe, chociaż mało znane i uznawane jeszcze kroki. Podobnie nie doceniono ongiś higieny jako samoistnej nauki, która była długo częścią medycyny wewnętrznej, a dzisiaj wyodrębniły się już z niej: nauka o higienie socjalnej i higiena stomatologiczno-społeczna. Nauka ta zajmuje się badaniem wpływu chorób jamy ustnej i zębów na zdrowie i na zdolność do pracy, jakoteż badaniem ich wpływów na stworzenie podłoża dla powstawania chorób ogólnych o ważnym znaczeniu społecznym. Zajmuje się ona również zbadaniem wpływu chorego uzębienia na dalszy rozwój schorzeń, jakoteż znalezieniem sposobu zaradzenia chorobom jamy ustnej i zębów, celem zabezpieczenia przyszłych pokoleń przed ich zgubnymi skutkami.

*) Referat wygłoszony w skróceniu na uroczystej akademii z okazji 75-ciolecia seniora Związku Stomatologów lwowskiej Izby Lekarskiej Dra Lateinera dnia 4-go maja 1930 w sali Towarzystwa Politechnicznego we Lwowie.

Moment gospodarczy jest dzisiaj we wszystkich krajach świata czynnikiem dominującym, który opanowuje całe życie społeczne. Nic nie jest tak drogie jak choroba i nic nie jest tak oszczędne jak wydatki, które pomnażają zdrowie a przez to i siłę do pracy.

Wydajność i ilość pracy ogółu jednostek danego społeczeństwa stanowi obecnie podstawę dobrobytu i główny warunek jego rozwoju gospodarczego.

Stomatologia ma wielkie znaczenie dla podniesienia i utrzymania zdrowia całego społeczeństwa, ponieważ stoi w związku przyczynowo-skutkowym z wielu chorobami.

Leczenie chorób przewlekłych jest droższe i bardziej skomplikowane aniżeli leczenie chorób ostrych, przyczem wykazuje znacznie mniejszy efekt usiłowań lekarskich. Najtańszem i zarazem najskuteczniejszym jest zapobieganie powstawaniu chorób, t. j. leczenie zapobiegawcze. To jest rzeczą wprawdzie powszechnie znaną, ale pragnę to uwypuklić na kilku tylko przykładach.

Oto leczenie ospy w Anglii — gdzie ochronne szczepienie nie jest obowiązkowe — kosztuje kilka razy tyle co kosztowałoby 3-krotne szczepienie ochronne, jakie jest u nas wymagane. W r. 1929 zgłoszono w Anglii 10969 wypadków ospy. Bardzo rozpowszechnione prywatne instytucje ubezpieczeniowe w Stanach Zjednoczonych Ameryki — przedsiębiorstwa obliczone par excellence na zysk — bardzo wydatnie popierają wszelkie instytucje, które się zajmują zapobieganiem chorób.

Ośrodek Zdrowia w Poznaniu, chociaż się nie zajmuje leczeniem, przyczynił się w ostatnim roku znacznie do zmniejszenia się kosztów lecznictwa w tamtejszej Kasie Chorych.

Tak jak się dzisiaj kładzie największą wagę na postawienie dobrego rozpoznania, tak niezawodnie będzie lekarz musiał w przyszłości wiedzieć i dawać dokładne wyjaśnienia, jak można danym chorobom zapobiec.

Lekarze szkolni, lekarze miejscy i powiatowi, lekarze instytucji opieki zdrowotnej i zakładów sierót, jakoteż coraz więcej lekarze Kas Chorych, tudzież cały zastęp higienistów i higienistek są głównymi filarami lecznictwa zapobiegawczego. W zrozumieniu działalności lecznictwa zapobiegawczego uchwaliła konferencja lekarska Ogólnego Państwowego Związku Kas Chorych w styczniu 1930 r. a więc pod egidą niejako Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, zalecić Kasom Chorych stworzenie wspólnoty pracy, do której mają wchodzić wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych, jakoteż publiczna i prywatna opieka zdrowotna. Zalecono Kasom Chorych zorganizowanie lecznictwa zapobiegawczego i stworzenie funduszu dla tych celów w wysokości 4% przypisu wkładek i uznano, że tylko przez ujednostajnienie programu pracy i jej skoordynowanie przez miarodajne czynniki mogą dać najlepsze wyniki.

Już i dotychczasowa praca Kas Chorych w kierunku leczenia zapobiegawczego nie poszła na marne. Niemcy, którzy się lubują w statystykach, wykazują, że śmiertelność w państwie spadła od czasu wprowadzenia Kas Chorych o 25%.

Akcja zapobiegawcza powinna obejmować przede wszystkim:

1. zapobieganie chorobom i śmiertelności niemowląt,
2. zapobieganie ostrym chorobom zakaźnym,

3. zapobieganie rozszerzaniu się gruźlicy i powstawaniu chorób wenerycznych i wreszcie

4. zapobieganie próchnicy zębów i nieprawidłowości zgryzowych. W każdym z tych działów zapobiegawczych wiele zrobiono i ciągle się dalej pracuje; na mniejsze jednak zrozumienie napotyka w naszym społeczeństwie niestety sprawa z zakresu stomatologii. Polega to na 2 przyczynach. Po pierwsze, że stomatologia, ta młodsza siostra chirurgii i zarazem najmłodsza latorośl medycyny rozwijała się przez długi czas w zaułkach i na podwórzach ogólnej medycyny i była wykonywana nie przez lekarzy, a cały zawód nie był prawnie chroniony. Wprawdzie spotykamy się już w r. 1786 z wybitnym dziełem: „Le chirurgien dentiste“ wydanem przez Faucharda i z innymi później sporadycznie występującymi jednostkami, ale szybkie tempo rozwoju, iście amerykańskie, wzięła stomatologia dopiero w ostatnim trzydziestoleciu. W Polsce wywalczyła sobie stomatologia dopiero w ostatnich latach obowiązkowe nauczanie jej w czasie studiów uniwersyteckich. W ostatnich latach poczyniły pod względem ustawodawczym niemal wszystkie kraje wielki krok naprzód w uregulowaniu stosunków w zawodzie dentystycznym: sprawa nauczania jednak w Polsce jeszcze nie została ujednostajniona i uregulowana. Druga przyczyna zaniedbania działania zapobiegawczego w chorobach zębów leży w tem, że próchnica zębów jest chorobą stosunkowo lekką, nie bywa przyczyną śmierci i pozornie nie przynosi zbyt wielkiej i szybko ujawniającej się szkody. A jednak posiada próchnicę zębów około 97% ogółu naszej ludności i to bez względu na różnicę wieku, stanu, płci lub klasy pracującej, a stracone dni pracy z powodu zapaleń ozębnej i innych następstw, nie w porę zaopatrzonych zębów, dają w sumie bardzo wielką ilość ubytku wartości w znaczeniu gospodarzem. Dzieci z ostrą próchnicą zębów rozwijają się fizycznie bardzo źle, są o 2 i pół kg lżejsze i o 5 cm krótsze, są skłone do chorób zakaźnych i wykazują gorsze postępy w nauce. Również zdolność bojowa formacji wojskowych znacznie się zmniejsza przez ciągłe odpadanie chorych na zęby żołnierzy, którzy są pozatem zupełnie zdolni do służby. Jeśli dodamy do tego jeszcze przemijający lub trwałe uszczerbek na zdrowiu skutkiem nam znanych i utajonych chorób z grupy zakażenia ustnego, jakoteż rzadkie, ale przecież zdarzające się przypadki śmierci, wtenczas dopiero ocenimy należycie ważność i znaczenie zapobiegawczego leczenia próchnicy zębów, która w miarę rozwoju kultury staje się coraz większą plagą i prawdziwą nagminną chorobą całego społeczeństwa.

W żadnym dziale medycyny zapobieganie powstawaniu choroby niema tak doniosłego znaczenia jak właśnie w stomatologii. W większości przypadków można śmiało twierdzić, że profilaktyczne leczenie, lub leczenie z początku choroby jest jedynie racjonalne, a każde późniejsze leczenie daje wyniki niepewne.

Chory organ człowieka może powrócić po wyzdrowieniu do stanu pierwotnego. U zębów natomiast niema pełnej regeneracji tkanek, a chociaż liczba zębów jest dość wielka, to jednak utrata choćby jednej grupy zębów w górnej lub dolnej szczęce, często nawet zębów mlecznych, powoduje zmniejszenie siły zgryzu, zaburzenia we wzajemnem ustawianiu się reszty zębów, dyspozycję do powstawania głębokiego zgryzu, a po części i paradyntozy.

Osią, około której w większym lub mniejszym oddaleniu obraca się cała stomatologia, jest próchnica zębów, caries dentium, i jej skutki. Ten problem chcę przeto nieco dokładniej omówić, mimo, że nie jest jeszcze całkowicie rozwiązany. Teoria Millera o przyczynach próchnicy z przed 30-tu lat, t. zw. chemiczno-bakteryjna, została nieco rozszerzona i mieści się, obrazowo mówiąc, w czworokacie, którego bokami są: szkliwo, ślina, drobnoustroje i źródła kwasu mlekowego.

Próchnica powstaje zwykle na szklwie zęba i draży ku zębini z zewnątrz, z miejsca niegładkiego, gdzie się zatrzymują resztki pokarmów, które przy pomocy znajdujących się w ustach drobnoustrojów tworzą kwas mlekowy. Fermenty rozpuszczają substancję między pryzmatami szklivnymi, drobnoustroje drażą coraz głębiej i powodują rozpad szkliwa, następnie zębiny, zapalenie lub zgorzel miążgi, zapalenie ozębnej i nawet szpiku kostnego.

Resztki pokarmów, zawierające węglowodany w wszystkich jego odmianach, zatrzymane w zaułkach międzyzębowych, w hypoplastycznych zębach i w szczelinach zębowych, ulegają fermentacji pod wpływem drobnoustrojów, które się zawsze znajdują w ustach i wytwarzają kwas mlekowy, octowy i w przeważającej ilości kwas mlekowy. Białko (mięso) i tłuszcz nie podlegają fermentacji i tem się tłumaczy odporność zębów Eskimosów na próchnicę. Kwasy wprowadzone do jamy ustnej z zewnątrz mogą wprawdzie wpływać odwapniająco na tkankę zębową — nie wywołują natomiast typowej próchnicy.

Szybkość rozszerzania się próchnicy wzgl. zahamowanie rozwoju tego procesu zależy od tego, jak prędko się udaje organizmowi opanowanie i wyrównanie powstałego zaburzenia w przemianie materji w tkankach zębowych i od zdolności stawiania oporu wnikającym drobnoustrojom.

W rzadkich wypadkach istnieje naturalna odporność zębów przeciw próchnicy u całego uzębienia, w częstszych wypadkach tylko u symetrycznie odpowiednich grup zębów.

Odporność może być wrodzona i zależy od stopnia zrogowacenia oszklwia t. zw. cuticula dentis i od jego struktury histo-chemiczno-fizycznej.

Ślina zawiera zarówno rozpuszczone sole nieorganiczne zdolne do budowy szkliwa, jakoteż chorobotwórcze drobnoustroje, które się przyczyniają do powstawania próchnicy. Źródło kwasu mlekowego leży głównie w pożywieniu; na ten moment przyczynowy próchnicy możemy najłatwiej wpływać. Sprawa zatem zwalczania próchnicy jest również częścią problemu odżywiania. Rozróżniamy takie środki żywności, które wzmacniają odporność zębów przeciw próchnicy i takie, które przyczyniają się do powstania kwasu mlekowego, głównego czynnika sprzyjającego tworzeniu się próchnicy. O ile więc rodzaj pożywienia wywiera wpływ na tkankę zębową należy naukowo udowodnić, jakoteż że istnieje przemiana materji w zębach i tkankach z nim związanych. Kilku badaczy stwierdziło istnienie narządu chłonnego w zębach, sprawa przemiany materji nie jest wedle nich więcej sporną, i odbywa się najsilniej w młodem uzębieniu, bardzo żywo w ozębnej, mniej w cemencie i w zębini, a najbardziej w szklwie.

Widzimy n. p. zgubny wpływ gruźlicy na stan uzębienia; powodem tego nie są bynajmniej prątki, lecz tylko ogólnie zmieniona przemiana ma-

terji u gruźliczo chorego człowieka. Doprowadzenie środków odżywczych drogą pokarmu, lub w formie syntetycznie złożonych medykamentów, które są potrzebne organizmowi w czasie tworzenia się kości i zębów, a których za mało jest w pożywieniu, odgrywa wielką rolę.

Również u starszych osób wywiera dłuższe stosowanie tych środków dodatni wpływ na wstrzymanie próchnicy i na wzmoczenie odporności tkanek przy paradentozie. Ząb nie jest częścią oderwaną, tylko jednym z wielu ogniw całego organizmu. Jak więc możemy wpłynąć na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy stomatologicznej na dodatnią przemianę materji w zwalczaniu próchnicy zębów i przyczynić się do rozwoju kości szczękowych?

Posługując się dentystyczną wiertarką stosujemy tylko środki celem czasowego wstrzymania dalszego rozwoju próchnicy już istniejącej. Dążymy do naprawienia powstałej szkody. Mamy natomiast wiele środków mniej lub więcej zbadanych i na szeroką skalę jeszcze w praktyce niestosowanych, a które jednak działają nieraz dobrze, zależnie od konstytucji organizmu. Przez wpływ na skład śliny jesteśmy w stanie częściowo naprawić te szkody w szkliwie, które powstają z powodu słabych, ale ciągle nowych ataków ze strony najrozmaitszych kwasów (Kulka 1908). Mineralizacja t. zn. doprowadzenie wapnia i fosforu do szkliwa w miejsce zniszczonych jego składników jest jednym z głównych naszych usiłowań przy przeciwstawieniu się rozwojowi podłoża dla próchnicy. Pasta wapniowo-eucerynowa Stendera, która zawiera sole wapniowo-fosforowo-fluorowe i chlorowe, obok tłuszczu, wcierana wieczorem palcami w takie zęby, które wskazują małe kredowe odwapnienia w szkliwie, ma swoich zwolenników i działa może dobrze w początkowych stadiach próchnicy, powodując uzupełnienie się szkliwa. Również codzienne używanie pasty do zębów kali-kłora, która zawiera te same sole, może ewentualnie wpłynąć zapobiegawczo na próchnicę zębów. Fürst uważa nabłonek szkliwny zęba niejako za błonę dializacyjną, przez którą przechodzą ze śliny sole wapniowe do szkliwa. Andresen wprowadził do stomatologii pojęcie zewnętrznej remineralizacji, polegającej na hartowaniu szkliwa przez dyfuzję soli wapniowych w połączeniu z albuminami, które wsiąkają do organicznych części szkliwa, tworząc strąć calco-globulinowy. Lecz prof. Weber doszedł w ubiegłym roku na podstawie fizjologicznych doświadczeń na razie do zupełnie ujemnych wyników teorii remineralizacji. W czasie wykluwania się stałych zębów poleca Gottlieb nacieranie małą twardą szczoteczką wyrastających zębów celem mechanicznego pobudzenia zrogowacenie nabłonka szkliwnego; poleca również wkraplanie do kieszonek wyrastających zębów garbujących środków. Każde pobudzenie ślinianek do wytworzenia większej ilości śliny wpływa dodatnio na zęby, ponieważ ona rozcieńcza kwas mlekowy i spłukuje resztki pokarmów. Owoce jedzone przed snaniem działają korzystnie na uzębienie przez działanie zawartych witamin, jakoteż przez kwas owocowy, który pobudza ślinianki. Teoria Røsego: im twardsza woda tem lepsze zęby t. zn. im więcej soli wapniowych i magnezjowych zawiera woda w danej okolicy, tem mniej jest tam próchnicznych zębów — ma swoich zwolenników i przeciwników. Wapń szczególnie w połączeniu z fosforem odgrywa bardzo wielką rolę w życiu komórek zwłaszcza kości i zębów. Doświadczenie na zwierzętach i na ludziach bardzo wyraźnie to ilustrują.

Kandiolina lub Kalcan w połączeniu z tranem i fosforem dają dobre wyniki w leczeniu próchnicy, hamują jej rozwój, ułatwiają i przyspieszają wyklucie się zębów.

Próchnica jest chorobą powszechną, nagminną, nie grasuje obecnie u nas tak silnie jak w krajach zachodu, ale z postępem cywilizacji i uprzemysłowienia kraju nie pozostanie w tyle. Osobiście jestem tego zdania, że szkliwo zęba nie zmienia swojej konstytucji po wykluciu się, że trudno jest wpłynąć na oddziedziczoną skłonność do próchnicy po wykluciu się zębów, a nasze zadanie ogranicza się głównie do mechanicznego uzupełnienia ubytków i do wstrzymania dalszego rozwoju próchnicy.

Rozszerzanie się próchnicy zębów jest proporcjonalne do cywilizowanego, że tak powiem, składu pożywienia danego społeczeństwa. U narodów najniżej kulturalnie stojących (eskimosi, indjanie) spotykamy 1—20% próchnicy, u kulturalnych 98 proc. Próchnica zębów jest od dawna znaną chorobą; już Arystoteles się zastanawiał dlaczego miękkie i słodkie figi tak są szkodliwe dla zębów.

Najlepiej świadczy o niedostatecznym jeszcze zbadaniu, jakoteż o ważności tego problemu fakt, że przed kilku tygodniami ogłosił uniwersytet Columbia w Nowym Yorku fundację w kwocie 105.000 dolarów na zbadanie przyczyny próchnicy z punktu widzenia histologicznego, bakteriologicznego, biochemicznego i pożywienia.

Odporność przeciw próchnicy zębów nie jest zależną tylko od braku wapnia lecz również od zmniejszonej zdolności wchłaniania jego; musimy więc dążyć do wzmoczenia przemiany materji wapniowej i do zwiększenia zdolności zatrzymania tego wapnia. Tę zdolność posiadają między innymi także w i t a m i n y. Pierwsze doświadczalne prace na zwierzętach, a potem na dzieciach, wykazują stosunek jaki zachodzi między pożywieniem a zmianami w kości szczękowej i zębach pochodzą od pani M e l a n b y. Na zębach zwierząt, szczególnie szczurów można wywołać przez brak witamin w pożywieniu najrozmaitsze choroby zależnie od rodzaju tychże witamin. Sztucznie możemy wywołać między innymi krzywicę, skorbut, próchnicę zębów, niedorozwój szczęk, a przez dodanie witaminy można wstrzymać w rozwoju istniejącą próchnicę, i pobudzić do wytwarzania się wtórnej zębiny.

Przypisuje się więc awitaminozie zmiękczenie tkanki zębowej, która stanowi następnie dyspozycję dla próchnicy. Większość anomalji w strukturze zębów, które są podłożem dla rozszerzenia się próchnicy, powstaje z powodu jużto zwiększonej, jużto zmniejszonej ilości u dziecka, w czasie rozwoju jego zębów. Na nich widać wpływ witamin znacznie prędzej niż na innych kościach. Witaminy w ogólności są specyficznymi, niezbędnymi, zewnętrznymi regulatorami przemiany materji, są niejako energią życiową. Działają na komórkę, a wedle ostatnich badań, na kończyny nerwów. Brak wzgl. zmniejszona ilość witamin w organizmie sprzyja powstawaniu najrozmaitszych chorób, które się ujawniają dopiero po upływie jakiegoś czasu, gdy cały zapas w organizmie się wyczerpał. Głównym spichlerzem i zarazem miejscem gospodarki witaminowej jest wątroba. Witaminy są zawarte w środkach spożywczych, szczególnie w świeżej jarzynie, w owocach, w mleku w jajach, w maśle i naturalnym świeżym tłuszczu. Witamina D niema wprawdzie działania specyficznego na zęby, ale przez wpływ na

amelo- i odontoblasty w kierunku przetwarzania doprowadzonego wapnia i fosforu, ma ona najważniejsze znaczenie dla szczęk i zębów oraz przy zapobieganiu i leczeniu krzywiczy podczas gdy C witamina t. zw. przeciwskorbutowa ma znaczenie między in. przy paradentozie. Witaminę D zawiera preparat Spiessa Witavit, preparat angielski Radiostol i Vigantol, wyrób niemieckich fabryk barwików w Leverkusen.

Vigantol t. j. naświetlona ergosteryna ma obecnie może najważniejsze znaczenie w leczeniu witaminami, gdyż jest preparatem standaryzowanym t. zn. dawkowanie jest ściśle określone wedle jednostek klinicznych. W handlu spotykamy Vigantol w oliwie we flakonach z kroplomierzem po 10 cm³, przyczem 1 cm³ zawiera 50 jednostek klinicznych; istnieje również w drażetkach powleczonych czekoladą w opakowaniu zawierającym 50 sztuk, gdzie jedna drażetka zawiera 10 jednostek klin.

Stosowanie zapobiegawcze Vigantolu u osesków i małych dzieci jest następujące: 4—6 tygodni po 2—3 krople dziennie, a po tygodniowej przerwie powtórzenie; u starszych dzieci 3—5 kropeł dziennie wzgl. 1/2—1 drażetki. W zimie powinno być dawkowanie większe, aniżeli w lecie. Lecznicze dawkowanie jest prawie podwójnie wielkie. Dla dorosłych stosujemy zapobiegawczo 2—4 drażetki przez dłuższy czas z przerwami. Przy dłuższym stosowaniu wystarcza 1 drażetka co 2-gi dzień. Tak jak przy każdej nowości w pojęciu medycznym tak i w sprawie witamin zrobili producenci i popularyzatorzy tej nowej myśli zbyt wiele hałasu może nawet ze szkodą dla przedmiotowego naukowego zbadania.

Niektórzy lekarze są wprost fanatykami Vigantolu, a drudzy zwalczają go zacięży. Nie ulega kwestji, że zupełne zaniedbanie stosowania tranu, lampy kwarcowej i innych warunków higienicznych i zalecanie jedynie tylko Vigantolu byłoby ze szkodą dla organizmu. Stwierdzono już, że szkodliwym jest zanadto długie stosowanie i wysokie dawkowanie Vigantolu, co jest powodem do mnożenia się takich ujemnych wyników, jak katar kiszek, zanik apetytu, utrata na wadze i choroba nerek. Stomatolog powinien działać w porozumieniu z pediatrą, wzgl. lekarzem szkolnym, gdyż działanie witamin jest zależne od wielkości ich braków w organizmie i nieraz w małych dawkach może już być za silne. Przy lekkim mięszszowem krwawieniu dziąseł, o ile niema miejscowej przyczyny lub skazy — wystarczają często soki owocowe lub surowe owoce zawierające witaminę C. Brak tej witaminy powoduje mianowicie uszkodzenie komórek śródbłonkowych naczyń krwionośnych. Podczas gdy mleko matki zawiera dużo witamin C, to krowie mleko posiada ich mało, a przez transport i gotowanie nieraz nawet zupełnie je traci. C witamina dotychczas sztucznie jeszcze nie stworzona działa również na podłużny rozrost kości. Karmienie dzieci flaszeczką wpływa ujemnie na uzębienie, a odsetek próchnicy i nieprawidłowości zgryzowych jest u sztucznie karmionych dzieci znacznie większy niż przy karmieniu piersią matki.

Również dłuższe karmienie piersią wpływa dodatnio na zęby. Prawo dziecka do piersi jest z punktu widzenia higieny zębowej zupełnie uzasadnione.

Zapobieganie próchnicy powinno się rozpocząć już w 7-mym miesiącu ciąży, kiedy znaczna część korony wszystkich mlecznych zębów jest w okresie tworzenia się, a i próchnica zębów matki, szczególnie przy szybko

po sobie następujących porodach, skutkiem zwiększonego zapotrzebowania organizmu dla soli mineralnych, silniej się rozwija.

Ślina ciężarnej wykazuje odczyn słabo kwaśny, podczas gdy zwyczajnie jest obojętna wzgl. zasadowa, co sprzyja tworzeniu się próchnicy. Wapń i witaminy w formie zwiększonej ilości mleka, surowych owoców i jarzyn, ew. Vigantolu jest dla ciężarnej i dla płodu bardzo wskazane.

Zdrowa jama ustna matki i położnej jest również konieczną ze względu na możliwość zakażenia noworodka rozmaitemi złośliwymi drobnoustrojami, które się gnieźdzą w próchnicznych otworach ich zębów. W drugim lub trzecim miesiącu noworodka można do pokarmu dodawać zapobiegawczo Vigantol, szczególnie w porze zimowej. Lepiej jeszcze jest, jeżeli karmiąca go matka zażywa tę witaminę. Wówczas ona przechodzi, zupełnie bez uszczerbku dla zdrowia dziecka, na korzyść jego, wraz z mlekiem matki i jest działaniem zapobiegawczym zarówno dla próchnicy zębów jak i krzywicy i tężyczki. Zamiast Vigantolu można stosować tran z fosforem i jakiś preparat wapniowy jak kalcisan, tricalcinę, kondiolinę i t. p. Tran jest bardziej wartościowy, gdyż prócz D witamin zawiera również A witaminy, jod i inne środki odżywcze, ale nie daje się w każdej porze roku zażywać, jest nieprzyjemny w smaku i dotychczas jeszcze nie jest standaryzowany.

Co do innych środków żywności z punktu widzenia próchnicy zębów możemy dzisiaj powiedzieć, że pożywienie w stanie surowym zmusza do intensywnej żucia, samoistnego oczyszczenia się zębów, zwiększenia ilości śliny przyczem organizm otrzymuje zarazem większą ilość soli mineralnych. Wedle *Noordena* wystarcza jedzenie 1/3 części spożywanych jarzyn w surowym stanie. Należy również unikać zbyt długiego gotowania. Same jarzyny nie są wskazane jako wyłączne pożywienie tak samo jak samo mięso. Mieszana kuchnia z uwzględnieniem omówionych właśnie momentów jest najbardziej racjonalna. Co do chleba, sprawa ta nie jest jeszcze zupełnie rozstrzygnięta. W ostatnich latach pogląd o tyle się zmienił, że otręby, które niedawno skrzętnie usuwano przy przemiale, uważa się za strawne i jako zawierające witaminy i sole mineralne; mąka z otrębami nadaje się więc jako chleb razowy, bardziej od każdego innego.

Zwalczanie próchnicy jest równoczesne w wielkiej mierze z walczeniem również krzywicy i tężyczki.

Dalszym niejako skutkiem próchnicy jest zapalenie ozębnej: ostre i przewlekłe, w których dalszym znowu etapie może się nieraz rozwinąć, niezupełnie szczęśliwie może nazwane — zakażenie ustne, oral sepsis. Tę chorobę stwierdzono, zbadano i opisano w czasie wojny w Stanach Zjed. Ameryki Półn. i stamtąd przenika znajomość jej coraz bardziej do Europy, mimo krytycznego i nieżyczliwego stanowiska w tej sprawie niektórych uczonych niemieckich.

Drobnoustroje, szczególnie paciorkowiec zieleniący, znajdujący się u wylotu przewodów korzeniowych leczonych, lub też nieleczonych zgorzelińskich zębów; odznaczają się wybiórczym powinowactwem do niektórych organów wewnętrznych jak: wsierdzie, nerki, błona śluzowa żołądka i dwunastnicy jakoteż stawy. Z okolicy przyzębnej dostają się te drobnoustroje drogą krwiobiegową do odległych organów wewnętrznych, wywołując w nich ciężkie schorzenia. Zakażenie ustne zdarza się zarówno

u dzieci jak i u osób starszych. Wedle Mayera ma prawie 80% wszystkich chorób dziecięcych swój początek w jamie ustnej. W szczególności są to choroby reumatyczne, które w wielu wypadkach pochodzą od zgorzeli-
nowych zębów lub też z chorych migdałków. Wedle Willcoxa przypada 1/6 wszystkich dni niezdolności do pracy na choroby reumatyczne, które są w 72% pochodzenia zębowego, a Schmidt wykazał w 56% wypadków reumatycznych równocześnie zmiany chorobowe zębów.

Także bóle głowy, niedokrewność, cierpienia żołądkowo-jelitowe mogą mieć swoje źródło w jednym nawet ognisku okołowierzchołkowym zęba. Widzimy więc, że zależnie od dyspozycji danego organizmu paciorkowce „hodowane“ w zaniedbanej jamie ustnej wpływają bardzo ujemnie na zdrowie człowieka, a w sumie na wielkie masy społeczeństwa. Często znajdujemy w ogniskach zębowych te same drobnoustroje (*streptococcus viridans*, *haemoliticus*, *anhaemoliticus*, *pneumo-staphylococcus*), które są specyficznymi czynnikami chorobotwórczymi w odległych narządach wewnętrznych. Źródła zakaźne zębów mogą ponadto powodować zmiany we krwi i wpłynąć na powiększenie ilości kwasu moczowego. Podobnie jak choroby wewnętrzne wpływają na zmiany w uzębieniu, tak też choroby zębów mogą wpływać na powstanie, wzgl. pogorszenie się stanu chorób wewnętrznych. Jeżeli internista nie może ustalić przyczyny choroby wewnętrznej, powinien jej szukać w jamie ustnej i częściej się zwracać do stomatologa, który przy pomocy swego badania klinicznego, oraz zdjęć roentgenowskich niejedną sprawę może wyświecić. Zakażenie ustne staje się coraz ważniejszym problemem wszystkich tych czynników, które się zajmują ubezpieczeniem społecznym i czuwaniem nad zdrowotnością społeczeństwa.

Paradentozą, dawniej zwana *pyorrhoe alveolaris* względnie ropociękiem zębodołowym jest w stomatologii trudnym i niezupełnie jeszcze rozwiązaniem zagadnieniem.

Dziąsło i wyrostek zębodołowy ulegają zanikowi, zęby pozornie lub rzeczywiście się wydłużają, i często bez próchnicznych ubytków i bez bólu wypadają. Często są też objawy zapalne, a stan większego lub mniejszego rozchwiania trwa rok lub kilkanaście nawet lat. Wielka ilość uczonych i praktyków zabrała się do wyświecenia przyczyny tej choroby i do wyszukania dróg i sposobów celem jej zaradzenia. Na temat paradentozy powstała już znaczna literatura, wytworzyli się specjaliści wśród stomatologów i rzec można, że w ostatnich dopiero kilku latach popchnięto tę sprawę na drogę, która w przyszłości może się okazać celową. U zwierząt żyjących w pierwotnych warunkach i u narodów o niskiej kulturze, tej choroby nie ma. Stwierdzono w czasie wojny brak tej choroby u czarnych żołnierzy jak długo przebywali w swoim kraju wśród swoich warunków życiowych, natomiast szalony jej wzrost po krótszym lub dłuższym pobycie w stosunkach cywilizowanych.

Nie obchodziłaby ona nas wcale, gdyby tylko się sporadycznie zdarzała — niestety szerzy się ona coraz bardziej, szczególnie, wśród zamożniejszych sfer społeczeństwa i warstw robotniczych, zajętych w ośrodkach przemysłowych. Statystyki tej choroby nie posiadamy jeszcze ale można przyjąć, że bardzo znaczny odsetek ogółu ludności w wieku ponad 30 lat

cierpi na tę chorobę. Mają rację ci, co przyjmują jako jedną z przyczyn tej choroby nieużywanie zębów. Niepotrzebnie oszczędzamy szczególnie przednie zęby przez zjadanie coraz bardziej miękkiego pożywienia, dobrze przyrządzonego w kuchniach, jakoteż przez krajanie na drobne kawałeczki naszego chleba lub mięsa, wedle zasad dobrego tonu. Zęby sieczne, przeznaczone do odgryzania są stosunkowo mało używane z niepowetowaną dla nich szkodą. Mają również rację i ci, co uważają przeciążenie grup zębów za przyczynę paradentozy. Niektóre zgryzy zębów są tego rodzaju, że godzinami wywierają na się ucisk, przez czucie nie dające się kontrolować, albo też przez zgrzytanie zębami w czasie snu. Powstaje wówczas stan ischemji, po której następuje przekrwienie w okolicy przyzębnej, które prowadzi przy astenicznej tkance do złego odżywiania tych tkanek, do zniszczenia tej tak zwanej przez *Weskiego* prasy hydraulicznej każdego zęba, a w dalszych skutkach do zaniku zębodołu i rozchwiania się zębów.

W wielu wypadkach jest przyczyną tej choroby brak higieny jamy ustnej, zwłaszcza w ustach, gdzie jest skłonność do wytwarzania się wielkiej ilości kamienia nazębnego, co powoduje podobną w skutkach inną chorobę, t. zw. „Schmutzpyorrhoe“ wedle *Gottlieba*. W ogólnej patologji widzimy dwa rodzaje przyczyn choroby: jedno- i dwuprzyczynowe, przyczem określamy za jednoprzyczynowe te, które powstają tylko skutkiem zewnętrznego zadziałania, a za dwuprzyczynowe te, które powstają skutkiem działań wewnętrznych na dysponowany, wzgl. uczulony organ. Ilość chorób jednoprzyczynowych jest nieznaczną. Wszystkie inne choroby należą do drugiej grupy. Odpowiednio do tych dwóch przyczyn chorobowych stosujemy też i leczenie. Trzecim rodzajem leczenia jest także leczenie, które zapobiega powstawaniu choroby w ścisłym tego słowa znaczeniu i takie, które polega na zapobieganiu recydywom.

Mając przed oczyma te ogólne logiczne zasady, szukamy przyczyn paradentozy nie tylko w miejscowym, zewnętrznym działaniu szkodników, lecz także w wewnętrznej dyspozycji. I tak stwierdził *Chaim* istnienie paradentozy u kobiet posiadających objawy thyreotoksyczne i objawy dysfunkcji jajników, następnie u osobników posiadających wzmożone napięcie nerwu błędnego i zmniejszone nerwu współczulnego. *Chaim* kładzie wielką wagę na ślinowy gruczoł, znajdujący się za zębem mądrości. Inni autorowie stwierdzili ponadto w tych wypadkach zmniejszoną przemianę wapniową i zaczopowanie naczyń włosowatych. Ślina jest zazwyczaj ciągnąca się, zawierająca wiele śluzu. Leczenie paradentozy jest bardzo rozmaite. Stosuje się metodę *Younger-Sachsa*, usuwanie kamienia zębowego, wycinanie dziąseł, radykalną operację wedle *Cieszyńskiego*, *Widmana*, zimną kauteryzację z mieszaniną eteru i kwasu siarkowego, tlen i parafinę metodą *Dunlopa*, kamfenol wedle *Cieszyńskiego*, masaż dziąseł, oszlifowanie zębów i ustalanie ich najrozmaitszymi rodzajami szyn, a najmniej uwzględnia się na razie wewnętrzne przyczyny tej choroby. Leczenie zapobiegawcze może wiele na tem polu zdziałać, gdyż w początkach tej choroby można na nią korzystnie wpłynąć, wstrzymać ewentualnie czasowo jej rozwój, a nawet wyleczyć. Zwrócenie uwagi pacjenta na tę chorobę, zalecenie higienicznego utrzymania jamy ustnej, usunięcie przyczyn złego zgryzu, usunięcie wysokich, lub brodawkę międzyzębową uciskających wypełnień, uzupełnienie brakujących zębów, pouczenie

o należytem stosowaniu szczoteczki do zębów, wszystkie łatwe i tanie zabiegi, które więcej mogą zdziałać niż późniejsze skomplikowane leczenie.

Znaną jest rzecz, że robotnicy zajęci w przemyśle najmniej zwracają uwagę na swą jamę ustną i im gorszy jest ich stan uzębienia w chwili wstąpienia do fabryk, tem bardziej jest narażona ich jama ustna na szkodliwość, wypływając z ich zajęcia. I tak n. p. widzimy próchnicę szyjek zębowych i wargowej powierzchni jako typową chorobę zawodową, która powstaje z powodu pyłu cukrowego u robotników zatrudnionych w rafinerjach cukru, w cukiernictwie lub w fabryce czekolady, oraz sprzedawaczek sklepowych. Na podstawie różnych zestawień cyfrowych stwierdzono, że spożywanie wyrobów cukierniczych przez zawodowo pracujących cukierników nie wpływa ujemnie na uzębienie, natomiast wywołuje pył cukrowy próchnicę zębów szczególnie w górnej szczęce, które w krótkim czasie zupełnie się łamią, przyczem korzenie zostają dość silne. Zajęcie 2—10 lat w tym zawodzie, może całe uzębienie zniszczyć. Zapobieganie, i to dość skuteczne, polega na oczyszczeniu zębów po pracy szczoteczka, a do zobojętnienia pozostałych kwasów wystarcza przepłukanie ust słabym roztworem sody. Ustawodawstwo nie zrobiło na razie jeszcze nic w tym kierunku, fabrykanci wprowadzają we własnym interesie aparaty wchłaniające ten pył, gdyż on niszczy tryby ich maszyn. Do niedawna nazywano chorobę tę próchnicą piekarzy, statystyka jednak wykazała, że w tym zawodzie i u młynarzy ona występuje wprawdzie często, jest jednak znacznie rzadszą, aniżeli u osób mających do czynienia z pyłem cukrowym.

Pary kwasów organicznych i nieorganicznych również niszczą bardzo szybko uzębienie. Nie tworzy się w tym wypadku próchnica, tylko zęby tracą połysk, ścierają się od strony zgrzyzowej i ścian bocznych i nie powstaje zapalenie miążgi, ponieważ się wytwarza w miarę ścierania się zębów wtórna zębina; w końcu pozostają w ustach po jakimś czasie tylko szczątki zębów. Znane są mechaniczne uszkodzenia zębów przednich u tapicerów, szewców, krawców z powodu złego nawyku trzymania gwoździ między zębami, lub przecinania nitki zębami, jakoteż u klarncistów i u ludzi zatrudnionych przy wydmuchiwanie szkła.

Zapalenia dziąseł spotykamy u robotników zatrudnionych żywym srebrem i ołowiem, gdzie przychodzi do owrzodzeń dziąseł i innych chorób wewnętrznych. W tym przemyśle muszą być zajęci tylko robotnicy z dobrem uzębieniem i higienicznie dobrze utrzymaną jamą ustną. Ustawodawstwo wydało odpowiednie przepisy.

Mówiąc o chorobach zawodowych w zakresie stomatologii nie od rzeczy będzie wspomnieć bodaj o chorobach zawodowych stomatologów, które są połączone z wykonywaniem tej ciężkiej pracy. Praca wolnych zawodów, szczególnie lekarzy nie podlega dotychczas niestety ochronie ustawodawczej i dziwię się niezmiernie, że ci właśnie, którzy opracowują regulaminy pracy dla innych, o swoim zdrowiu i o swoich rodzinach najmniej pamiętają.

Ponieważ żyjemy w takich czasach, że stomatolog musi pracować z wielkiem napięciem aż do późnej starości, przeto musi on dbać bezwzględnie o higienę swojej pracy i racjonalnie oszczędzać swych sił ze względu na własne zdrowie i na swoją najbliższą rodzinę tak samo jak dba o swoich pacjentów. W miarę rozwoju ogólnych higienicznych metod pracy i zajęć lekarzy w Instytucjach ubezpieczeń społecznych, gdzie praca jest

znacznie cięższa i wymaga zdrowszych nerwów — rozwija się także dążność zwracania baczniejszej uwagi na warunki zdrowotne, wśród których stomatolog pracuje. Pokój w którym stomatolog ordynuje nie powinien być całkiem na biało malowany, gdyż ten kolor męczy jego i tak natężony wzrok, a miejsce dookoła fotelu operacyjnego powinno być wyścielone gumową płytą, wzgl. korkowem linoleum. Nerwowość pacjenta udziela się łatwo lekarzowi.

Pominąwszy wypadki ukąszenia przez pacjentów, mniejsze lub większe zadrażnienia narzędziem i ew. wtórne zakażenie, są narażone ręce stomatologa na wypryski z powodu częstego mycia lub nadwrażliwości na trójkrezol-formalinę, a według Cieszyńskiego także na chloraminę, roztwór jodowy, fenol kamforowy i nowokainę. Występują także pęknięcia opuszki palców, lub uszkodzenie skutkiem działania promieni roentgenowskich.

Skutkiem masowych usunięć zębów jest ręka stomatologa narażona na zapalenie ścięgien, a skutkiem długotrwałego trzymania prostnicy może nastąpić t. zw. skurcz pisarski. Jest to spastyczny skurcz mięśni powstający tylko przy jednym i tym samym danym ruchu. Objawia się z początku jako nieznaczny ból z powodu przemęczenia i dochodzi do silnych bólów, uniemożliwiających zawodową pracę. Z powodu wykonywania pracy w pozycji stojącej, jednostronnie pochylonej, mogą powstać zmiany w stawach z powodu przeciążenia i nienormalnego ich obciążenia. Te zaburzenia statyczne wywierają swój zgubny wpływ również na kości, mięśnie i ścięgna, a z powodu pochylenia ciała i jednostronnego jego obciążenia także na kolano i staw biodrowy, co powoduje nieraz typowe jednostronne bóle i charakterystycznie skrzywioną postawę ciała.

Stomatolog stoi przy pracy prawie zawsze fałszywie, ciężkie uszkodzenie i przedwczesne zmęczenie nóg i kręków są skutkiem tego nie do uniknięcia. Początkowe zmiany są płaska stopa i częstym objawem średniego wieku są żylaki. Z powodu stania i braku ruchu mięśni, które są nieodzowne do dobrego krążenia żyłnej krwi, powstają zaburzenia w krążeniu i odżywieniu tkanek ud i wewnętrznych organów. Rzadszym skutkiem fałszywego obciążenia stawów jest gościec zniekształcający (arthritis deformans). Badania w instytucie cesarza Wilhelma w Berlinie wykazały różnicę zwiększenia zużytej energii przy siedzeniu o 4%, przy staniu o 12%, a przy przeginananiu się w pozycji stojącej o 55% więcej aniżeli przy leżeniu.

Do higienicznych środków zaradczych w przeważnej ilości naszych chorób zawodowych należy przede wszystkim możliwie częste siedzenie przy pracy, zwracanie uwagi na odpowiednie stanie w czasie pracy, na odpowiednie chodzenie i na obuwie z ew. wkładką. Przebywanie na wolnym powietrzu w chwilach wolnych, uprawianie sportów, a szczególnie regularne ćwiczenia gimnastyczne w sali, lub na boisku i to bez względu na wiek, może zapobiec powstawaniu i rozwijaniu się wielu chorób zawodowych u stomatologa.

Stomatologią społeczną i zapobiegawczą w właściwym tego słowa znaczeniu jest szkolna opieka dentystyczna planowa i bez — luk przeprowadzona. Jeżeli wyjdziemy z tego słusznego założenia, że każdy wielki ubytek w zębie był początkowo bardzo mały, i że każde skomplikowane, ciężkie i wiele czasu zabierające leczenie zębów można było kiedyś

małym i krótkim zabiegiem zapobiec, to uznamy zasadę leczenia na najmniejszego ubytku według Kantorowicza za jedynie słuszną. Ponieważ wykluwanie się zębów stałych zaczyna się w 6-tym roku życia, a więc w czasie, kiedy dziecko zaczyna uczęszczać do szkoły, to i opieka dentystryczna szkolna powinna objąć całą młodzież od 1-szej klasy szkoły powszechnej. Wprawdzie i zęby mleczne między 3-cim a 6-tym rokiem życia ulegają często próchnicy, a utrzymanie tych zębów jest nader ważne, to jednak przy dzisiejszym systemie przedszkoli, freblówek i prywatnych szkółek dziecięcych nie jesteśmy praktycznie w stanie organizacyjnie i systematycznie je ująć i dlatego możemy na razie działalność przedszkolną zostawić poza obowiązkową opieką dentystryczną.

Na Zachodzie jest już i ta sprawa na drodze do rozwiązania; higienistki bowiem, które mają przydzielone rejony osiedlenia biedniejszej ludności, doprowadzają dzieci w wieku przedszkolnym z próchnicami zębami do lekarzy.

Jak wprowadzono w czyn dentystryczną opiekę szkolną zagranicą a jak u nas? Pierwsze statystyczne zestawienie badań nad próchnicą u dzieci szkolnych zrobił Parreidt w r. 1878 i Fenchel w r. 1891., w Polsce we Lwowie Kaczorowski. Późniejsze daty statystyczne Klösera z r. 1913, pochodzące z badań 404.268 uczniów w 296 miastach niemieckich i przedstawione szczegółowo i poglądowo na kilkunastu tablicach wykazują, że próchnicę zębów posiadało przeciętnie 94.12% uczniów. Wedle późniejszych badań Jessena na 160.558 uczniach okazuje się nieznaczne polepszenie stanu na 91.34% próchnicy. Już na międzynarodowym kongresie dentystrycznym w r. 1894 w Kopenhadze przyjęto rezolucję Fenchela (Hamburg), w której kongres stwierdza, że próchnica zębów u wszystkich cywilizowanych narodów ma charakter choroby epidemicznej i wymaga koniecznego zaradzenia jej już w wieku dziecięcym.

Na pierwszym międzynarodowym kongresie higieny szkolnej w r. 1904 powiedział Hueppe w swoim wykładzie o chorobach zakaźnych, że budowanie pałaców szkolnych z centralnym ogrzewaniem i wentylacją ma tylko połowiczą wartość, o ile nie będziemy się równocześnie starali o utrzymanie zdrowej jamy ustnej u dzieci szkolnych.

Rezolucja przyjęta na posiedzeniu Fédération Dentaire Internationale w Utrechcie w sierpniu 1929 powiada, że higiena szkolna jamy ustnej jest istotną częścią opieki społecznej, i że ta opieka społeczna powinna się rozpocząć w wieku szkolnym i trwać nadal po ukończeniu szkół.

W Anglii i Norwegii mamy szkolnych lekarzy-dentystów już z końcem ubiegłego stulecia. Systematyczną więcej dentystryczną opiekę szkolną zapoczątkował Jessen w Strassburgu w r. 1902 i on też jest pionierem a zarazem Nestorem tej idei. Żądał on m. i., żeby koszty leczenia ponosiły częściowo gminy i powiada, że szkolna opieka dentystryczna jest podwaliną dalszej opieki dentystrycznej w Kasach chorych i w armji.

W roku 1909 posiadało 42 miast niemieckich swoje szkolne kliniki dentystryczne; w r. 1913 było 113, w r. 1915 zaś było już 140 klinik, a dzisiaj są one już wszędzie, nawet częściowo w okręgach wiejskich. Przed wojną istniały w Niemczech dwa systemy: Duisburgski, wedle którego leczono tylko w klinikach szkolnych i Manheimski, wedle którego leczenie odby-

wało się w prywatnych ordynacjach lekarskich. Tak wedle jednego jak i drugiego systemu zgłaszały się dzieci prawie tylko z bolącymi zębami. Na podstawie statystyki 12 szkolnych klinik dentystycznych dowiódł Kantorowicz w r. 1912, że postępowanie w zwalczaniu próchnicy było bardzo marny, gdyż zaledwie 16,4% dzieci szkolnych uczęszczało do tych instytucji i miało sanowane uzębienie.

W czasie wielkiej wojny widziało się w wojskowych ambulatoriach dentystycznych wielkie masy żołnierzy, gdzie dobre uzębienie było istną rzadkością. To uczucie społecznej niejako odpowiedzialności dało bodźca Kantorowiczowi w Bonn do zajęcia się sprawą sanacji uzębienia i w r. 1919 ogłosił zasady planowej opieki dentystycznej. Wówczas było to uważane za utopię, a dzisiaj w 10 lat później czytamy już sprawozdania 48 klinik dentystycznych szkolnych z rozmaitych miast europejskich, gdzie się przeprowadza sanację jamy ustnej wedle systemu Kantorowicza, a wynik tej pracy jest ten, że przeciętnie 87% wszystkich uczniów, wszystkich szkół ma zdrowe zęby.

Polega on na przymusowym, bezpłatnym leczeniu wszystkich dzieci szkolnych od 6-tego roku życia w klinikach szkolnych w czasie nauki szkolnej. Leczenie polega na wypełnianiu najmniejszych ubytków w zębach stałych i w najpóźniej wypadających dwóch zębach mlecznych (III i V), na robieniu przeglądów jamy ustnej w klasach 2 razy rocznie i na prowadzeniu dokładnych zestawień statystycznych.

Od 2 lat znowu głosi Kantorowicz, że ograniczenie się klinik szkolnych do leczenia i wypełnienia zębów u młodzieży jest niestosowne i rozszerza swoją działalność także na regulację zgryzu. Utrzymuje on, zresztą bardzo słusznie, że krzywe zęby i nieprawidłowy zgryz sprzyjają tworzeniu się próchnicy i szpecąc danego osobnika, utrudniają mu poniekąd pełnienie zawodu, uzyskanie stanowiska. Ponieważ jednak regulacja zębów trwa wedle ogólnie przyjętego systemu 2 lata i jest bardzo kosztowną i niedostępną dla ogółu, zaczęto więc szukać dróg, któreby uprościły tok leczenia i uprzyścipliły go szerokim masom młodzieży. Asystent Kantorowicza Korkhaus zaczął stosować wewnętrzny łuk regulacyjny podany przez autorów amerykańskich (Mershon), który zapomocą elastycznych cieniów drucików szybko i samoistnie prostuje zęby, tak że koszty i czas regulacji znacznie się zmniejszyły. Prawdopodobnie posuniemy się i na tem polu w najbliższym czasie o znaczny krok naprzód i uprzyścipleni się najszerzym sferom ten dotychczas tak kosztowny zabieg, jakim jest regulacja zębów.

Zabiegiem ortodontycznym bowiem możemy n. p. rozszerzyć górną szczękę i z wąskiego i wysokiego podniebienia uczynić normalne podniebienie. Wysokie podniebienie powoduje zwięźlenie dróg oddechowych w jamie nosowej, utrudnia lub uniemożliwia oddychanie nosem, przez co następuje bujanie narośli adenoidalnych, powiększenie migdałków, częste katary nosa, a nawet zmiany w płucach i w wielkich naczyniach krwionośnych. Rozszerzenie górnego łuku zębowego obniża sklepienie podniebienia, rozszerza w kierunku poziomym i pionowym nos środkowy, oraz przyczynia się do lepszego utlenienia krwi; wpływa nawet na uzdolnienie ucznia, zmienia jego matołkowaty wygląd zewnętrzny, jaki powstaje z powodu trzymania ust otwartych.

Gdzie, kiedy i czym kosztem odbywa się leczenie zębów dzieci szkolnych? Leczenie zapobiegawcze uzębienia uznano niejako za integralną część higieny szkolnej. Odbywa się zatem w każdej szkole z osobna albo w centralnej klinice szkolnej w miastach mniejszych, lub w jednej centralnej klinice i w kilku jej punktach w miastach wielkich, lub też za pewnym wynagrodzeniem w ustalonych godzinach w ordynacjach prywatnych w najmniejszych miejscowościach.

Zasadniczo odbywa się ordynacja w Niemczech i w wielu miejscowościach w Polsce w godzinach nauki szkolnej, a to ze względów pedagogicznych, wychowawczych i psychologicznych. Ścisły kontakt z nauczycielstwem i przychylnie ustosunkowanie się jego do konieczności leczenia zębów, jakoteż do wydajności i pożyteczności tegoż leczenia, jest bezwarunkowo konieczne. Dziecko przyzwyczajone do czyszczenia zębów i do uważania leczenia za takie ważne jak inne przedmioty nauki, będzie w przyszłości dbało o higienę jamy ustnej. W szkole dzisiejszej n. p. w Norwegii otrzymuje dziecko śniadanie w szkole, składające się z kromki razowego chleba z masłem lub serem, owocu, surowej marchwi lub rzodkiewki i szklanki mleka, a po śniadaniu udaje się do pokoju, gdzie się znajdują specjalnie zbudowane krany, skąd, puszcza sobie w usta prąd ciepłej wody celem przepłukania jamy ustnej. Odbywa się to pod dozorem nauczyciela. Dawniej zachęcano dziecko do leczenia zębów zapomocą obrazów umieszczonych na ścianach klas, podsycano jego ambicję na pogadankach higienicznych, przemawiano do rozumu jego rodziców, a efekt był ten, że dziecko tylko z bolącym zębem — i to nie zawsze — udawało się do lekarza. Były wizytator kuratorium szkolnego lwowskiego Dr. Kociuba opowiadał nieraz jak marne były wyniki tej tak trudnej pracy propagandowej we Lwowie. Obecnie wywiera się w szkole moralny przymus na dziecko i na rodziców, a bardzo ważny moment psychologiczny, że dziecko może opuścić jedną bodaj godzinę szkolną i z kilku kolegami pójść w tym czasie do lekarza i zabawić się po drodze lub w poczekalni kliniki szkolnej, sprawia bardzo często, że ono się zgadza i zapomina o tem nieznacznym bólu przez kilka minut na fotelu dentystycznym. W każdym półroczu zjawia się stomatolog w samej szkole i w ciągu 15—20 minut przegląda uzębienie wszystkich dzieci jednej klasy, notując w kartotece datę przeglądu i czy dziecko ma się zgłosić w przychodni, lub nie. Po dokonany przeglądzie wszystkich klas przeznaczonych do sanacji uzębienia, wysyła lekarz imienne wezwania grupami uczniów do przychodni. Ponieważ jest rzeczą wykluczoną przy tak marnym stanie uzębienia, ażeby od razu się zabrać do leczenia wszystkich uczniów, robi się to najdogodniej w ten sposób, że zaczyna się w pierwszym roku wprowadzenia tego planowego systemu w najniższych dwu klasach, i dołącza się sukcesywnie co roku jedną klasę wyższą równocześnie we wszystkich szkołach powszechnych i średnich, aż do najwyższych ich klas, tak że po 11 latach można objąć całą młodzież szkolną.

Treścią i celem dentystycznej opieki szkolnej jest zatem dwurazowy roczny przegląd jamy ustnej każdego dziecka szkolnego, natychmiastowe objęcie w leczenie nawet najmniejszego ubytku w zębach, unieszkodliwienie w czasie próchnicy zębów mlecznych, usuwanie ich w miarę potrzeby w czasie wykiwania się zębów stałych, jakoteż wykonywanie małych.

ale tem wydatniejszych zabiegów regulacyjnych. A gdy to osiągniemy, opuści każde dziecko szkołę ze zdrowem i możliwie zupełnem uzębieniem, wychowane i przyzwyczajone do pielęgnowania jamy ustnej, a instytucje ubezpieczeniowe, w które ta młodzież potem wejdzie, będzie miała zadanie ułatwione, a całe przyszłe pokolenie zyska na zdrowiu i sile ekonomicznej. Kantorowicz oblicza przeciętnie 6000 dzieci na jednego lekarza i pomocnicę przy 8-godzinnej ich pracy i uwzględnieniu planowej sanacji. Koszty poradni dentystycznych pokrywają w Niemczech przeważnie samorządy przy współudziale krajów. Na podstawie zestawień 48 wielkich klinik (kilkumiljonowych miast), które przeprowadzają planową sanację ściśle wedle programu Kantorowicza wynika, że osiągnięto w ubiegłym roku dodatni wynik sanacji w wysokości przeciętnie 87%. Ażeby ze szkolnej opieki dentystycznej mogły korzystać i dzieci wiejskie, wprowadzono w niektórych okręgach ruchome ambulatorja dentystyczne w specjalnie skonstruowanych autach, które zajeżdżają przed budynek szkolny i wystarcza załączyć kontakt elektryczny, ażeby uruchomić całą klinikę z komfortem urządzoną. Wielką trudność przy przeprowadzaniu planowej sanacji stanowi sprawa zmuszania dzieci, względnie ich rodziców do korzystania z szkolnych poradni. W wielu miejscowościach zostawia się to uznaniu lekarzy szkolnych w porozumieniu z rodzicami i tam też nie jest przeprowadzana zupełna sanacja. Natomiast miejscowości, które wprowadziły system Kantorowicza i to zarówno w Niemczech, jak w Austrii, Czechosłowacji, Rosji i w innych krajach, przeprowadzono równocześnie przymus uczęszczania do poradni szkolnej w ten sposób, że przy wpisie ucznia do danej szkoły podpisują jego rodzice lub opiekunowie deklarację, mocą której zgadzają się na leczenie zębów ich dziecka w poradni szkolnej aż do ukończenia szkoły. Tylko nieznaczna ilość rodziców tej deklaracji nie podpisuje. Opłata za zabiegi jest minimalna, przeważnie zryczałtowana.

Kantorowiczowi udało się wprowadzić w Bonn, gdzie jest czynnym członkiem Rady miejskiej, również profilaktykę krzywicy u osesków zapomocą naświetlonego mleka i podawania Vigantu. Wedle jego zestawień udało się w tem mieście zmniejszyć odsetek krzywicy w stosunkowo krótkim czasie z 50% na 7%. Spodziewa się on z dodatniego wyniku zapobiegawczego leczenia krzywicy także dobrych wyników na mleczne zęby i zamierza od r. 1933, rozszerzyć szkolną opiekę dentystyczną także na zęby mleczne w wieku przedszkolnym.

Jak wygląda dentystyczna opieka szkolna u nas? Znikomo szczupłe są publikacje w tej dziedzinie. Wykazy statystyczne szkolnych przychodni dentystycznych są sprawami urzędowymi, leżą w Ministerstwie i nie są wykorzystywane dla celów naukowych. Ogólnie jednak można stwierdzić, że szkolne władze państwowe zrobiły niezmiernie dużo na polu stomatologii w ostatnim dziesięcioleciu, natomiast nie wykazują należytego zrozumienia władze samorządowe i same społeczeństwo. Podczas gdy w Ameryce, Anglii, Francji i we Włoszech przyczyniają się głównie filantropi, obok czynników samorządowych, do ufundowania szkolnych klinik dentystycznych i do zapewnienia im bytu, a w Niemczech i w Austrii czynią to samorządy, to u nas spoczywa cały ciężar na instytucjach rządowych.

Pomoc dentystyczną posiada w Polsce 40% gimnazjów, 70% seminarjów nauczycielskich. Własne gabinety dentystyczne ma 175 szkół. Ogółem założono w r. 1929 we wszystkich szkolnych przychodniach 65.000 wypełnień. Celem propagandy higieny jamy ustnej wprowadzono do programu nauki pogadankę o czystości jamy ustnej w klasach piątych szkół powszechnych i w klasach pierwszych szkół średnich. Higiena jamy ustnej i zębów wchodzi w zakres programu higieny dla wszystkich szkół zawodowych, seminarjów i siódmej klasy szkół średnich.

W b. zaborze rosyjskim przeważają gabinety dentystyczne, przy każdej większej szkole, w Małopolsce przeważają centralne poradnie dla kilku szkół względnie z filjami.

Wszędzie przyjmuje się uczniów (uczenice) z bolącymi zębami, a w niektórych klasach na podstawie porozumienia na Zjeździe lekarzy dentystów w Krakowie przeprowadza się nawet sanację jamy ustnej. Sanacja ta nie jest planowa, gdyż zaczyna się u dzieci w 10-tym roku życia, a nie w 6-tym i odbywa się bez przymusu, wyłącza się dzieci rodziców należących do sfer bogatszych, które mogą się leczyć prywatnie, wyłącza się dzieci rodziców należących do Kasy Chorych miejskiej, powiatowej lub kolejowej. Wynik jest ten, że zaledwie 30% może uczęszczać do poradni szkolnej, a reszta, która jest wprawdzie w ścisłej ewidencji, ma tylko, w nieznacznej ilości sanowane uzębienie. Podczas gdy w szkołach średnich można powiedzieć, że klasy t. zw. sanacyjne wykazują ogólnie z końcem roku około 40% dzieci ze sanowanym zdrowym uzębieniem, to w szkołach powszechnych przedstawia się ta sprawa znacznie gorzej.

Planowa sanacja wedle Kantorowicza jest tańsza i lepsza od każdego innego sposobu. Tańsza, gdyż można na jednym posiedzeniu założyć 2—4 wypełnień amalgamowych, podczas gdy leczenie miazgi 4 zębów wymaga około 6—12 posiedzeń. Lepszą jest, gdyż wyników zębów leczonych u dzieci nie można nawet porównywać z wynikami zębów nie leczonych. Żadna klinika, a cóż dopiero dentystyczna, nie jest wcale atrakcją; żadne dziecko chętnie progu jej nie przestępuje. Jeżeli natomiast uczęszczanie do tej kliniki jest nakazem i przymusem szkolnym, to dziecko łatwiej zniesie to konieczne zło i do niego się przyzwyczai.

Ten moralny przymus leczenia w klinikach zawiera w sobie znamiona upaństwowienia zębolecznictwa. W pierwszych latach powojennych wiele się mówiło i pisało w Niemczech o upaństwowieniu ogółu lecznictwa, a więc i dentystyki. Znany jest socjalistyczny program erfurcki z r. 1919, który żąda upaństwowienia całego lecznictwa i wszystkich środków leczniczych z zamiarem stworzenia jakoby monopolu państwowego z higieny. W obliczeniach realizacyjnych tej idei przyjmowano dla zębolecznictwa jednego dentystę na 3000 osób. Myśl upaństwowienia lecznictwa ma obecnie w całym świecie za wyjątkiem sow. Rosji, mało tylko zwolenników. Wyjątek stanowi tylko dentystyczna opieka szkolna, która jest poniekąd częścią tej idei, ale jest podyktowana troską o zdrowie przyszłego pokolenia.

Zapobiegawcza dentystyka szkolna wpływa siłą rzeczy bardzo dodatnio na stan bojowy armji. W czasie wielkiej wojny okazało się, jak bardzo nieprzygotowany był cały aparat sanitarny wojska do chorób zębów i szczęk w ogólności; wydawano nowe przepisy i zakładano nieprze-

widziane poprzednio przychodnie. Obecnie zmieniło się to znacznie na korzyść, a w Niemczech posiada wojsko swoich specjalistów (Weski i in.) nawet dla paradentyzy.

Charakterystycznym jest stanowisko berlińskiej Kasy Chorych wobec problemu szkolnej kliniki dentystycznej. W sprawozdaniu z roku 1919 czytamy m. in., że corocznie wzrastające wydatki na cele dentystyczne wymagają większego zastanowienia się. Poprawy tych stosunków oczekuje sprawozdawca od systematycznej opieki dentystycznej szkolnej, i poleca oddanie dzieci ubezpieczonych dentystycznym klinikom szkolnym po wprowadzeniu ubezpieczenia rodzin. Jak bardzo podobne są stosunki obecnie i u nas!

Jeżeli więc patrzymy na stomatologię pod kątem widzenia społecznego, a sprawę tę tak musimy ująć, to możemy powiedzieć, że tylko mały odsetek naszych pacjentów przedstawia obraz atypowy i wymaga indywidualnego leczenia. Społeczeństwo, względnie jego przedstawiciele, mogą zatem się domagać od stomatologów pracujących w instytucjach społecznych jak największego wyniku pracy przy najmniejszych kosztach, a dobrze wyszkolony zastęp lekarzy temu zadaniu mógłby w całości sprostać. Psychiczne tylko nastawienie pacjentów wymaga większego uwzględnienia, co w masowym leczeniu nie zawsze może być zachowane, a które jest zależne od owego, nie dającego się bliżej określić, powszechnie tak zwanego, zaufania lekarskiego. W masowym leczeniu próchnicy i paradentyzy, w leczeniu protetycznym i ortopedycznym musi być każdy ruch ręki lekarza i pomocnicy obliczony i zmechanizowany, a sposób wykonania zabiegów ujednostajniony, przyczem materiał powinien być jak najlepszej jakości. Tylko tak pracując możemy osiągnąć największy efekt pracy społecznej na niwie stomatologicznej.

Dla przykładu pozwolę sobie na koniec przedstawić wyniki pracy stomatologicznej z ubiegłego roku w cyfrach tych instytucji społecznych, które się zajmują masowym leczeniem zębów we Lwowie. Instytut stomatologiczny miejskiej Kasy Chorych zajmuje 11 pokoi, ma 17 lekarzy, 6 pomocnic dentystycznych, 6 techników dentystycznych, 1 siłę kancelaryjną i 3 woźnych. W Instytucie tym wykonano 37.664 usunięć zębów, zrobiono 21.468 wypełnień, wykonano 704 dostawek kauczukowych i wykonano kilkanaście większych zabiegów chirurgicznych.

Wynik jednorocznej pracy przedstawia się ilościowo dość wysoko, ale w stosunku do ilości wszystkich ubezpieczonych (150.000) jest zaledwie znikomą cyfrą.

Jeżeli weźmiemy średnią arytmetyczną z ostatnich trzech lat, to korzystało z oddziału chirurgicznego Instytutu stomatologicznego Kasy Chorych m. Lwowa 20%, a z oddziału zachowawczego 6,5% .

W Państwowej Poradni Szkolnej pracuje w 3 przychodniach w jednej centralnej i w dwóch filjach 11-tu lekarzy i 5 pomocnic, którzy wykonali w ostatnim roku szkolnym 2343 usunięć zębów, 5050 wypełnień i 7 większych zabiegów chirurgicznych.

W uniwersyteckim Instytucie dentystycznym pracuje 4 lekarzy, 2 pomocnice, 1 technik dentystyczny, 1 rysownicza, 1 ksiązkowa, 3 woźnych i 1 pielęgniarka, oprócz lekarzy specjalizujących się i praktykantów. Wykonano 4.111 usunięć zębów, założono 1926 wypełnień, wykonano 51 dostawek

kauczukowych i 17 prac ortopedycznych, 40 mostków złotych, wiele złotych koron i wykonano około 100 większych zabiegów chirurgicznych. Zakład ten ma jednak główne zadanie dydaktyczne, a wszystkie typowe ekstrakcje i wszystkie zabiegi zachowawcze wykonują wyłącznie uczniowie-lekarze, przyszli specjaliści. Tamże też wychowało się prawie że całe pokolenie młodych stomatologów, którzy obecnie zajęci są w ambulatoriach Kas Chorych i klinikach dentystycznych szkolnych.

W dziale stomatologii opieki akademickiej pracuje 5 lekarzy w swoich ordynacjach prywatnych i wykonało 2.212 usunięć zębów, założyło 5.124 wypełnień i wykonało 141 większych zabiegów operacyjnych.

W ambulatorjum dentystycznym kolejowym pracuje 2 lekarzy, którzy wykonali 1.900 usunięć zębów i założyli 1.700 wypełnień.

W ambulatorjum szpitala żydowskiego pracuje 3 lekarzy, którzy wykonali 4.280 usunięć zębów i założyli 317 wypełnień.

Stomatolog miejski przyjmuje dzieci miejskiego Zakładu sierót; wykonał 203 ekstrakcyj i założył 278 wypełnień.

Ambulatorjum dentystyczne wojskowe ma 2 lekarzy, powiatowa Kasa Chorych i Okręgowy Związek Kas Chorych mają po jednym stomatologu. Ogółem pracuje we Lwowie we wszystkich stomatologicznych instytucjach o charakterze społecznym 29 stomatologów i 3 lekarzy-dentystów na 47 systemizowanych posadach.

Praca lekarzy-dentystów we wszystkich wymienionych instytucjach ogranicza się od jednej (szpital żydowski) do najwyżej 4 godzin dziennie i trwa w większości instytucyj tylko 9 miesięcy rocznie. W Niemczech pracują lekarze-dentyści w takich samych instytucjach pół dnia, lub nawet przez cały dzień. W wymienionych instytucjach stomatologicznych lwowskich z wyjątkiem ambulatorjum wojskowego, powiatowej Kasy Chorych i Okręgowego Związku Kas Chorych usunięto w r. 1929, względnie w roku szkolnym 1928/29 łącznie 52.713 zębów, wypełniono 35.863 zębów, wykonano około 350 większych zabiegów operacyjnych.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że we Lwowie jest na 280.000 mieszkańców, czynnych prywatnych zakładów stomatologicznych i lekarsko-dentystycznych 70, uprawnionych techników dentystycznych 115 i samodzielnych techników dentystycznych 42, a więc razem 227 czynnych osób w zębolecznictwie, otrzymamy rezultat, że we Lwowie przypadała w roku 1929 1 osoba czynna w zębolecznictwie na 1.056 osób.

Przyjmując zasadę ekonomii społecznej, że popyt reguluje podaż, to ten rezultat jest dość pochlebny dla Lwowa i mógłby świadczyć o wysoko stojącej higienie jamy ustnej jego mieszkańców.

Staraniem się w powyższych swoich wywodach przedstawić wyjątkowe stanowisko stomatologii w medycynie społecznej i ważność zapobiegawczego leczenia szczególnie w wieku szkolnym. Czego brak nam jeszcze, to większego zrozumienia doniosłości tego zagadnienia szerokich warstw społeczeństwa i niektórych miarodajnych czynników, koordynacja pracy tych instytucyj społecznych, które się zajmują zębolecznictwem jako też fachowe kształcanie stomatologów, względnie lekarzy-dentystów, a przede wszystkim usunięcia niewykształconych w zębolecznictwie, a na podstawie istniejącej ustawy, praktykujących techników dentystycznych.

Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych powinien reaktywować referat dentystyczny, który zredukowano ze względów oszczędnościowych; powinien powstać referat dentystyczny przy Naczelnym Wizytorze Higieny w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i taki sam referat w Departamencie Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Rząd powinien więcej dbać o budowę i wyposażenie tych zakładów akademickich, w których się kształcą lekarz-dentyści i stomatologowie, gdyż te wyższe zakłady naukowe zasługują na szczególną opiekę ze względu na ich znaczenie w higienie społecznej. Wobec wysokiego obecnie poziomu nauki stomatologicznej powinny wszystkie placówki, zajęte obecnie przez uprawnionych techników dentystycznych nie posiadających żadnego wykształcenia lekarskiego, być zastąpione przez odpowiednich specjalistów lekarzy.

Celem zorganizowania całokształtu dentystycznej opieki szkolnej zarówno w szkołach powszechnych, średnich, seminarjach nauczycielskich, zawodowych tak prywatnych jak i rządowych jakoteż i w opiece akademickiej i celem skoordynowania tej pracy z Kasami Chorych przy uwzględnieniu warunków miejscowych, powinien się zawiązać mały komitet centralny dla opieki dentystycznej wśród młodzieży w Polsce pod egidą Ministerstwa W. R. i O. P. Ten Komitet miałby ponadto za zadanie zainteresowanie ogółu lekarzy dentystów tym problemem w porozumieniu z Komisją Higieny F. D. I. na zjazdach dentystycznych i wejść w osobisty kontakt podczas tych zjazdów z kierownikami i pracownikami klinik szkolnych.

Zrzeszenie docentów stomatologii powinno urządzać kursy dokształcające dla stomatologów i lekarzy-dentystów i wprowadzić do programu nauczania stomatologię społeczną z szczególnem uwzględnieniem szkolnej opieki dentystycznej.

Walka z partactwem w zawodzie stomatologicznym jest sprawą ważną, ale również ważną jest walka z nieuctwem i z niesumiennością samozwańczych lekarzy-specjalistów wobec pacjentów. Dlatego też powinno się od każdego specjalisty, a więc i od stomatologa, wymagać wykształcenia fachowego według ścisłego planu i dowodu z ukończonej specjalizacji. Sprawa ta powinna być ustawowo załatwiona i uregulowana.

My z naszej strony mamy dać rzetelną i uczciwą pracę, pouczać i dawać wskazówki o higienie jamy ustnej, co wywoła największe zrozumienie dla naszej gałęzi medycyny i wyjdzie na dobro całego społeczeństwa.

Dr. M. Brill. Lwów. Soziale Stomatologie und Prophylaxe namentlich im Kindesalter.

ZUSAMMENFASSUNG. Die Erkenntnis, dass die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit eines Individuums ein best angelegtes Kapital und gleichzeitig das beste Kapital des Staates im sozialen Sinne bildet, ist der wichtigste Grund, weshalb die kulturellen Nationen die grösste Arbeit auf dem Gebiete der sozialen Hygiene zu leisten sich anstrengen. Ein Teil dieser Wissenschaft bildet die sozial-stomatologische Hygiene, die Bekämpfung des Zahncaries, der Parodontose, der dentalen Herdinfektion, der stomatologischen Berufskrankheiten sowie auch die Schulzahnpflege.

Die Berufskrankheiten der Zahnärzte und ihr sozialrechtlicher Schutz bilden die wesentliche Aufgabe der sozialen Stomatologie und sind Gegenstand vorliegender

Arbeit. Die Feststellung der Tatsache, dass die Zahnfäule einen epidemischen Charakter besitzt, ca. 97% der Gesamtbevölkerung ohne Unterschied von Geschlecht und Stand beträgt, ferner, dass der kranke Zahn keine Krankheit für sich allein darstellt, sondern oft die entlegenen Organe des menschlichen Körpers beeinflusst, dass andererseits oft die gesunden Mundverhältnisse von der Gesundheit des Organismus abhängen und dass endlich die kranken Zähne das Erwerbsvermögen herabsetzen und das äussere Aussehen beeinflussen — diese Momente zwingen uns zur Erfassung der gesamten Zahnheilkunde in den Rahmen eines sozialen Problems.

Die Verhütung der Krankheiten, die Prophylaxe ist das billigste und zielbewussteste Mittel zum Schutz der Gesundheit und trägt bedeutend zur physischen und geistigen Kraft des Volkes bei. Da in keinem Zweige der Heilkunde die Prophylaxe eine so grosse Rolle, wie in der Zahnheilkunde spielt, da nur die vorbeugenden Massnahmen den vollsten Erfolg gewährleisten, sind die vorbeugenden Massnahmen darunter insbesondere die Einführung der planmässigen Schulzahnpflege in Sinne von Kantorowicz — es sei auch unter einem gewissen Zwang seitens der Schulbehörden — das einzig Richtige.

Die einheitliche und zentralisierte Verwaltung des polnischen Schulwesens kann diese Aufgabe vielfach erleichtern und zur vollen Ausführung dieser grossen Idee verhelfen. Die weitere zahnärztliche Behandlung während der Universitäts-Studien in der zurzeit existierenden obligatorischen Universitätskrankenpflege, sowie auch während der Militärdienstzeit und in den weit ausgebauten Krankenkassen, zu denen Familienangehörige auch gehören, könnte leicht die Frage der Zahnpflege zu den besten Resultaten führen. Wir haben in Polen nur wenige statistische Zahlen auf dem Gebiete der sozialen Zahnheilkunde. Was die Stadt L w ó w anbelangt (250.000 Einwohner) kann ich feststellen, dass gegenwärtig 29 Stomatologen und 3 Zahnärzte auf 47 fest besoldeten zahnärztlichen Stellen 1—4 Stunden täglich unbeschadet ihrer Privatpraxis in zahnärztlichen Instituten von sozialem Charakter tätig sind. Ingesamt befinden sich in Lwów 277 Personen (darunter 157 Zahntechniker, die nach dem neuen Gesetze auf dem Aussterbeetat sich befinden), welche die Zahnbehandlung ausüben; es entfällt hiermit ein Zahnbehandler auf 1.056 Einwohner. Die Schulzahnpflege in Lwów ist bisweilen noch nicht planmässig durchgeführt, da heujahr nur je 2 untere und 2 obere Klassen der Mittelschulen (10, 11, 15 u. 16 durchschnittliches Lebensjahr) und die oberste Klasse (13 Lebensjahr) der Volksschulen der planmässigen Schulzahnpflege obliegen und im nächsten Jahre weitere Jahrgänge umfassen wird. Die zahnärztliche Untersuchung dieser Klassen zeigte im letzten Jahre in den Lehrbildungsanstalten und im Mädchengymnasium 80%, in den anderen Schulen 50% als zahngesund. Die sich vorbereitende grössere Zusammenarbeit der Regierungsbehörden, der Krankenkassen mit den Professoren der Stomatologie und den zahnärztlichen Berufsorganisationen ist sehr erwünscht und dürfte zur Gesundheit der Zähne der ganzen Bevölkerung beitragen.

Piśmiennictwo.

Wiadomości lekarskie 1930.

Lekarz Polski 1930.

Wykład Min. Chodźki o lecznictwie zapobiegawczem.

Brenneisen, Przegląd dentystyczny 2. 1930.

Drucker, Praktikum der sozialen Zahnheilkunde 1921.

Cohn, Leitfaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde 1922.

Cohn, Die Verstaatlichung der Zahnheilkunde 1921.

Misch, Zahnärztlich-soziale Hygiene. Fortschr. d. Zahnheilk. 1926, 1927, 1928.

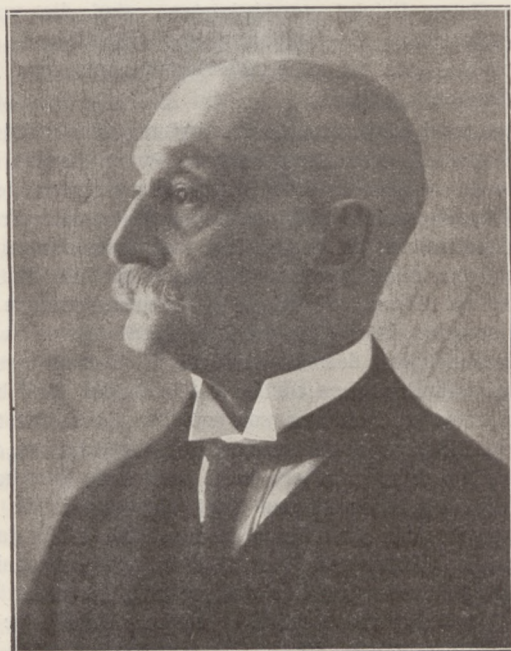
Schenk, Organisation und Finanzierung der planmässigen Schulzahnpflege 1925.

Tholuck, Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnheilk. 1928 i 1929.

Pickerill, Verhütung von Zahncaries.

Klöser, Zur Statistik der Zahncaries. Deutsche Mon. f. Zahnheilk. 1913.

Kantorowicz, Misserfolge der heutigen Schulzahnpflege. Deutsche Mon. f. Zahnheilkunde 1914.



Dr. EMIL LATEINER

Stomatolog lwowski, senior Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Z okazji 75-cio lecia uczczono zasługi Jubilata i cenionego Kolegi uroczystą Akademią, która się odbyła dnia 4 maja b. r. w sali Tow. Politechnicznego we Lwowie. (Życiorys i przebieg Akademii podaliśmy w zeszłym numerze na str. 157).

Państwowy Instytut dent. w Warszawie, 18-go czerwca odbyły się nowe wybory dyrekcji P. I. D. Dyrektorem wybrano prof. dr. Czubalskiego, wicedyrektorem prof. dr. Alfreda Meissnera.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI.

LWÓW.

STOMATOLOGJA WE WŁOSZECH.

Szkic z podróży odbytej w kwietniu 1930 r.

*Stomatologie en Italie.***Stomatologie in Italien.**

Doc. pol. 7.81

Doc. int. 616.21 (07) Italie.

Na 40 milionów mieszkańców jest we Włoszech 2.300 stomatologów, 700 lekarzy-dentystów i 1.600 techników dentystycznych, zajętych w pracowniach.

Główną organizacją stomatologiczną jest: „Federazione stomatologica italiana“ a lekarzy-dentystów: „Federazione Odontoiatrica d'Italia“.

Uniwersytety. We Włoszech jest przeszło 20 uniwersytetów. W Polsce zaś mamy na niespełna 30 milionów mieszkańców tylko pięć i jeden prywatny — zato o wielkiej liczbie studentów. We Włoszech są to uniwersytety przeważnie małe z wyjątkiem większych uniwersytetów jak w Rzymie, Bolonji, Medjolanie i Neapolu. Wielka liczba uniwersytetów tłumaczy się tem, że przed połączeniem małych państweczek we Włoszech w jedno państwo każde państweczko — wzgl. większe miasto — pragnęło mieć własny ośrodek wiedzy i kultury. Niektóre miasta uniwersyteckie odległe są od siebie zaledwie o kilkanaście kilometrów n.p. Bolonja, Padwa, a niektórzy docenci wykładają nawet równocześnie na dwóch uniwersytetach. Pod względem administracyjnym istnieją dwie kategorie wyższych uczelni, kategoria A. i B. — Kategoria A. utrzymywana zostaje przez państwo, kategoria B. natomiast przez miasto. Nie wszystkie uniwersytety posiadają Wydziały lekarskie, a nie wszystkie wydziały lekarskie posiadają katedry stomatologiczne.

Już w średnich wiekach uzyskały niektóre uniwersytety sławę wszechświatową. Bolonja i Padwa n. p. wydała prawników o sławie wszechświatowej. W Bolonji były pierwsze sekcje anatomiczne już w XIV. wieku po Chrystusie, a amfiteatr sekcyjny dziś jeszcze tamże oglądać można. Wielu uczonych polskich kształciło się w średnich wiekach w uniwersytetach włoskich. I dziś jeszcze studjuje tamże medycynę kilkudziesięciu medyków Polaków, przeważnie tych, którzy w Polsce nie zostali przyjęci na studia lekarskie. — Zakłady lekarskie mieszczą się często w szpitalach przerobionych z klasztorów. Dotacje są skąpe jak w Polsce, liczba asystentów zazwyczaj jeszcze mniejsza, aniżeli u nas, których płace odpowiadają mniejwięcej poborom w Polsce; większa jest natomiast liczba asystentów wolontariuszy.

Ciało nauczycielskie składa się z profesorów należących do wydziałów uniwersytetu, przedstawicieli systemizowanych katedr, profesorów tytularnych i docentów. Pierwsza kategoria powołana zostaje zazwyczaj na katedry drogą konkursową, a po latach stabilizowaną, druga kategoria mniej więcej odpowiada profesorom tytularnym. Spotyka się często profesorów na stanowiskach asystentów.

We Włoszech są 4 systemizowane katedry stomatologii, obsadzone drogą konkursów, na które powołuje się zwyczajnych profesorów stoma-

tologii, mianowicie w Rzymie (Prof. Perna), w Bolonji (Prof. Baretta), w Medjolanie (Prof. Fasoli) i w Genui (Prof. Chiavaro). Inni profesorem należą tylko do wydziału lekarskiego (określają ich jako „incaricato“), wykładają stomatologię i prowadzą kursy obowiązkowe dla medyków a zarazem są w tych miejscowościach, w których istnieją instytuty lub polikliniki stomatologiczne uniwersyteckie, kierownikami tychże zakładów. Tak w Neapolu Prof. R. D'Allice, we Florencji Prof. Cavallaro, w Pavia Prof. Palazzi, w Padwie Prof. Cavina, w Sienie Prof. Franci, w Perugji Prof. Taviani, w Bari Prof. Papa, w Torino Prof. Boggio, w Modenie Prof. Manicardi, w Palermo na Sycylii Prof. Ribolla, w Parmie Prof. Conradi, na wyspie Sardynji w Sassari dr. Tocco, w Cagliari dr. S. Melas. Poza tem są docenci z tytułem profesora; tak w Rzymie prof. Coen-Cagli wykłada radiologję, Prof. Piergili, Prof. Prof. Masenti, Prof. Abanese, w Bolonji Prof. Muzzi wykłada ortodonję, w Medjolanie profesorowie Arlotta, Brusita i Roviada.

Jak z powyższego zestawienia wynika, istnieje bardzo wiele profesorów i docentów stomatologii odpowiednio do wielkiej ilości uniwersytetów włoskich.

Studja. Już w roku 1890 wymagano na podstawie dekretu we Włoszech, ażeby każdy specjalista, zajmujący się zębolecznictwem, miał za sobą pełne studja lekarskie. — Ustawowo wprowadzono jednak te postulaty dopiero w roku 1911.

W rozporządzeniu królewskim z dnia 31. grudnia 1923 został stworzony przy uniwersytecie w Rzymie Instytut Dentystyczny z początkiem roku szkolnego 1924/25. Według tegoż rozporządzenia autonomiczne studjum stomatologiczne miało trwać 6 lat, z których pierwsze cztery lata są wspólne z wydziałem medyczno-chirurgicznym (ogólna medycyna) każdego uniwersytetu w kraju, a po złożeniu egzaminu rozpoczynać mieli kandydaci 2-letnie specjalne studjum dentystyczne. Po ukończeniu tego studjum i złożeniu egzaminu otrzymywać mieli kandydaci tytuł doktora zębolecznictwa. Propagatorem tegoż studjum był Prof. Dr. Chiavaro. Czas od r. 1924—1927 oznaczono za czas przejściowy, w którym wszyscy, którzy wykonywali dotychczas zawód dentystyczny nie będąc lekarzami, mogli po jednorocznym kursie w instytucie w Rzymie zdać egzamin i uzyskać tytuł doktora. Każdy zaś lekarz, który chce wykonywać praktykę dentystyczną musi odbywać 2-letnie studjum specjalne w Rzymie (Pol. Dent. II. 1924. p. 116).

To autonomiczne studjum dentystyczne, wprowadzone w roku 1923 z doktoratem nauk dentystycznych, stworzone ustawą t. zw. Chiavaro-Gentile, zostało dekretem królewskim z dnia 16 października 1924 zniesione (zob. „La Stomatologia“ 1924 nr. 11. i „Pol. Dent.“ 1925 p. 177 i 195). Według art. 1. wspomnianego dekretu nie może we Włoszech nikt wykonywać dentystyki, kto nie zdał egzaminu rządowego z medycyny i chirurgji z dyplomem lekarskim tudzież z wyjątkiem osób, które są uprawnione do wykonywania dentystyki na myśl postanowień wcześniej wydanych od niniejszego dekretu. Do egzaminów lekarskich ustnych i praktycznych przepisanych dekretem królewskim z dnia 29 czerwca 1924 r. a upoważniających do wykonywania medycyny i chirurgji dodany został egzamin z odontojatrji i protetyki zębowej. Przywrócono zatem studja stomatologiczne w tej formie, że każdy specjalista stomatolog musi zarazem być lekarzem i odbyć poza tem 2-letnie

studja specjalne. Zmiana ta została przeprowadzona głównie z inicjatywy Prof. Perny, deputowanego do parlamentu włoskiego, który jest obecnie dyrektorem uniwersyteckiego Instytutu w Rzymie. W związku ze zmianą kierunku wykształcenia stomatologów, Prof. Chiavaro został przeniesiony z Rzymu do Genui.

Co do zakresu wiadomości teoretycznych wymaganych podczas egzaminu dla specjalizujących się w Instytucie uniw. w Neapolu daje pogląd w k a z g ł ó w n y c h p y t a ń e g z a m i n a c y j n y c h, otrzymany tamże:

1. a) Ogólna anatomja i fizjologja systemu zębowego człowieka. b) Wskazania i przeciwwskazania do ekstrakcji zębów.

2) a) Charakterystyczne cechy morfologiczne uzębienia mlecznego. b) Miejscowe znieczulanie, technika iniekcyjna, instrumentarium, środki znieczulające.

3. a) Charakterystyczne cechy uzębienia stałego. b) Technika wyjmowania zębów.

4. a) Próchnica zębów (definicja, etiologia, patogenez, anatomja patologiczna). b) Powikłania podczas wyjmowania zębów.

5. a) Semjologja jamy ustnej: badanie jamy ustnej oraz uzębienia, instrumentarium i technika. b) Zasady higieny jamy ustnej.

6. a) Objawy bólu zębów a przede wszystkim skutek choroby miazgi. b) Kamień nazębny, środki służące do czyszczenia zębów.

7. a) Leczenie próchnicy. b) Obrażenia szczękowe i ich leczenie.

8. a) Powikłania wskutek próchnicy zębów, zapalenie miazgi, zgorzel miazgi, zapalenie ozębnej, zapalenie kości szczękowej, ropowice, sepsis.

b) Ogólne zasady protetyki dentystrycznej. Różne typy aparatów.

9. a) Zapalenie ozębnej, ostre i przewlekłe, ziarniniaki i torbiele korzeniowe. Przetoki zębowe, sposoby ich leczenia. b) Nieprawidłowości uzębienia, ogólne zasady ortopedji zębów i szczęki.

10. a) Zapalenie dziąseł jamy ustnej. (Djagnostyka i terapia). b) Choroby zębów i stosunek ich do chorób ogólnych.

11. a) Przyczyny ropotoku zębodołowego. b) Zęby obumarłe. Podrażnienie miazgi bez próchnicy.

12. a) Zwapnienia zębów. Embrjologja zębów i szczęk. b) Pierwsza pomoc i leczenie przy próchnicy zębów. Preparowanie ubytków. Różne środki lecznicze oraz sposób ich używania.

Kto wykonuje we Włoszech zębolecznictwo?

Między praktykami spotykamy więc we Włoszech typ najstarszy t. j. dentyków „Dentisto“ z przed r. 1890. oraz stomatologów. Stomatologowie nazywają się na godłach swych również „dentisto“ z dodatkiem „dottore medico et chirurgico“ poczem następuje nazwisko. Określenia „stomatolog“ używają bardzo nieliczni, ponieważ publiczność nie łatwo ten tytuł rozumie i miesza go ze specjalistami leczącymi choroby żołądka...

Podpadło mi również, że wielu lekarzy-dentyków mają na kamienicach dość wielkie godła, szczególnie po małych miastach, że ogłaszają się plakatami nalepionymi na kamienicach, o ile przyjeżdżają praktykować na kilka dni do małych miejscowości (n. p. na Sycylii). Spotkałem także i specjalistów stomatologów, którzy ordynują w dwóch miejscowościach, praktykując przez 2 dni w jednej a przez dwa dni w drugiej miejscowości. Jeden wybitny ortopeda i ortodonta praktykuje równocześnie w Neapolu i Rzymie,

co według naszych pojęć polskich nie jest dopuszczalne. Koledzy włoscy są przeważnie skrajni stomatologowie i wybitni wrogowie ruchu studjum autonomicznego dentystycznego. Panują więc we Włoszech stosunki podobne jak we Francji, gdzie istnieje wybitny antagonizm między stomatologami a lekarzami-dentystami. Dla kolegów włoskich podobnie jak i dla francuskich harmonijne współzycie stomatologów i lekarzy dentystów jest zupełnie niezrozumiałe, i nie spotykamy tamże dążenia do wyrównania tychże przeciwieństw.

Istnieje także we Włoszech wielu stomatologów, którzy specjalizację swoją odbyli w Ameryce, a więc w uczelniach par excellence o charakterze autonomicznym dentystycznym, następnie stomatologów, którzy się specjalizowali przez pewien czas w innych krajach Europy, przeważnie w Austrii (Wiedniu) i Szwajcarii. Ci, którzy kończyli studia w Ameryce, posługują się także tytułem D. D. S.

Technikom dentystycznym nie dozwolonym jest w zasadzie wykonywanie praktyki dentystycznej, dozwolona jest im tylko praca w pracowni a nie przy pacjentach. Są jednakowoż i technicy dentystyczni, którzy wykonują zabiegi dentystyczne przy pacjentach, którzy uzyskali swój dyplom przed rokiem 1890 zanim wymagano dyplomu lekarskiego od specjalistów. Tym zaś, którzy już wykonywali praktykę dentystyczną zezwolono wówczas praktykować nadal na podstawie osobnego dodatku ustawowego¹⁾.

Uniwersyteckie instytuty i polikliniki stomatologiczne.

Instytuty uniwersyteckie.

- 1) Instytut dent. uniw. w Rzymie, kierownik Prof. A. Perna.
- 2) Instytut dent. uniw. w Medjolanie, kierownik Prof. G. Fasoli.
- 3) Instytut dent. uniw. w Bolonji, kierownik Prof. A. Baretta.
- 4) Instytut dent. uniw. w Pavia, kierownik Prof. S. Palazzi.
- 5) Instytut dent. uniw. w Neapolu, kierownik Prof. D'Alise R.
- 6) Instytut dent. uniw. w Florencji, kierownik Prof. G. Cavallaro.
- 7) Instytut dent. uniw. w Modenie, kierownik Prof. Manicardi.
- 8) Instytut dent. uniw. w Genui, kierownik Prof. Chiavaro.
- 9) Instytut dent. uniw. Bari, kierownik Prof. N. Papa.

Katedry dentystyki są przy uniwersytetach (wykłady dla stud. medycyny).

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. Parma: Dr. G. Conradi. | 5. Piza: Prof. Carraras. |
| 2. Turyn: Prof. Boggio. | 6. Palermo (Sycylja): Prof. Ribollo. |
| 3. Padua: Prof. Cavina. | 7. Sassari. (Sardynja): dr. Tocco. |
| 4. Siena: Prof. Franci. | 8. Cagliari. (Sardynja): dr. Melas. |

Największe instytuty stomatologiczne są w Bolonji, Medjolanie i Rzymie i produkują rocznie razem około 100 stomatologów.

Osobiście zwiedziłem Stomatologiczne Zakłady Uniwersyteckie w Bolonji, Rzymie, Neapolu i w Florencji.

W Rzymie ma instytut stomatologiczny uniwersytecki bardzo piękne pomieszczenie w gmachu, w którym się mieszczą także inne zakłady

¹⁾ Coën-Cagli: The Present Educational Status of Stomatology in Italy. Med. Journ. and Record 1926, 19 May. — Symposium of Stomatology p. 674.

lekarskie uniwersyteckie. Gmach jest nowy i nowoczesnie urządzone. Znajduje się w westybulu wielka sala przyjęć z jednym fotelem operacyjnym, gdzie następuje przegląd pacjentów i rozdział do poszczególnych oddziałów. W gmachu tym jest także oddział chirurgiczno-stomatologiczny, kancelarja i pracownia kierownika, laboratorium roentgenowskie i bardzo piękna sala oddziału dentystyki zachowawczej zupełnie nowo urządzone z 40-stu fotelami operacyjnymi. Oddział protetyczny mieści się w osobnym baraku, gdzie są pracownie dla studentów oraz sale przyjęć chorych. Instytut ten uniwersytecki dozna w najbliższym czasie znacznego powiększenia przez wspaniałomyślny dar Eastmana z Ameryki, właściciela wielkich zakładów przemysłowych „Kodak“, który ofiarował na cele dentystyki społecznej z szczególnym uwzględnieniem profilaktyki uzębienia dzieci dziewięć milionów dolarów. Plac ogromnie obszerny znajduje się w pobliżu klinik uniwersyteckich. Miałem też sposobność oglądania planów mającego być wybudowanego gmachu, który jest zakreślony w wielkim stylu; uzyskanie fundusów na ten cel zawdzięcza się przedewszystkiem staraniom prof. Perry'ego.

Pomyślane są osobne oddziały dla dziewcząt i osobne dla chłopców, osobne dla młodszych jako i dla starszych. Przewidziane jest wielkie audytorjum propagandowe dla kilkuset osób. W gmachu tym mieścić się będzie także klinika z łózkami dla dzieci, u których usuwane będą migdałki i adenoidy; będzie także osobny oddział ortodontyczny. Plany zostały już zaakceptowane przez delegata Eastmana, który właśnie w kwietniu b. r. przybył do Rzymu, zwiedził miejsce i ustalił szczegóły budowy. Przepuszczalnie klinika ta stanie w najbliższych dwóch latach.

W Rzymie jest około 500 studentów medycyny i około 47 kształcących się w stomatologii.

Najstarszym a pod względem naukowym najwyższym Zakładem jest instytut stomatologiczny uniwersytecki w Bolonii Prof. Barretty, który odbył studia stomatologiczne w Szwajcarii, Francji, Niemczech i Londynie w latach 1903 i 1904, a w roku 1906 i 1907 został kierownikiem ambulatorjum chorób jamy ustnej i zębów przy uniwersytecie bolońskim; od tego czasu rozwinął także intensywną działalność na polu stomatologii społecznej, wojennej i na polu naukowem, ogłosiwszy od roku 1900 do roku 1928 73 prac naukowych, z których pierwsze 10 dotyczą zagadnień ogólnie lekarskich. Tematy jego prac dotyczą histologii, patologii, bakterjologii, chirurgii, protetyki i dentystyki zachowawczej. Oddział chirurgiczno-stomatologiczny prowadzi w Bolonii starszy asystent. W pracy dydaktycznej pomagają profesorowi Barrecie Prof. Carlo Gottardi, Prof. Muzzi, Dr. Macaferi, a przedewszystkiem Prof. Cesare Cavina, który ma osobny oddział kliniczny z 20 łózkami, zajmujący się specjalnie wielką chirurgią stomatologiczną, w praktyce zaś prywatnej chirurgią całej głowy i szyi włącznie z chirurgią mózgu. Nazwisko Prof. Caviny znane jest doskonale w literaturze świata z szeregu bardzo poważnych publikacji. Prof. Muzzi zajmuje się specjalnie ortopedją zębów i szczęk oraz gnato-statyką, z którego działu ogłosił bardzo ciekawe i cenne prace. Najlepszą biblioteką stomatologiczną i zawierającą komplety roczników z ostatnich dziesięciu lat kilkunastu czasopism dentystycznych i stomatologicznych w językach włoskim, niemieckim, angielskim i francuskim posiada również Instytut stomatologiczny w Bolonii jak i wspaniałą kolekcję kleszczy i dźwigni z dawniejszych stuleci.

Zwiedzając Zakład w Bolonji odniosłem wrażenie, że tam jest centrum naukowej pracy stomatologicznej we Włoszech.

W Neapolu mieści się instytut stomatologiczny w kompleksie klinik lekarskich. Zakład znajduje się na trzecim piętrze, odpowiada pod względem rozmiarów swoich mniej więcej klinice dentystycznej monachijskiej z około roku 1902 przed jej powiększeniem. Znajduje się obecnie w rekonstrukcji, jest on stosunkowo bardzo skromnie urządzony pod względem urządzeń klinicznych, natomiast posiada on wspaniale urządzoną pracownię histologiczną i bakterjologiczną.

Bardzo skromnie urządzony jest również zakład we Florencji, umieszczony w dawnym klasztorze, w którym mieszczą się jeszcze także zakłady medycyny sądowej i patologii. Poliklinika stomatologiczna składa się tamże z dwóch sal o 6 czy 8 fotelach operacyjnych oraz pracowni protezyjnej i kancelarii dyrektora. Przypuszczam, że w takich rozmiarach utrzymane są także polikliniki stomatologiczne mniejszych uniwersytetów włoskich.

Ze statystyki prowadzonej w Neapolu wynika, że na oddziale zachowawczym leczono w roku 1928 razem około 3.400 chorych, na oddziale operatywnym 2.170, razem z oddziałem protetycznym około 7.000, we Florencji zaś leczono w r. 1925/26 chorych 1530 i wykonano około 700 ekstrakcyj, w r. zaś 1926/27 przyjęto chorych 1921 i wykonano około 1000 ekstrakcyj.

Zwiedzwszy szereg zakładów stomatologicznych włoskich odniosłem wrażenie, że stomatologiczne Zakłady uniwersyteckie nie mają we Włoszech wielkiego poparcia rządu i skazane są w wielkiej mierze na własne siły i pomoc finansową miast, które to przeważnie utrzymać muszą zakłady uniwersyteckie. Z powodu wielkiej ilości uniwersytetów nastąpić musiała wielka decentralizacja sił naukowych, a zarazem i urządzeń klinicznych. Jeżeli zaś chodzi o dobre warunki wykształcenia, pożądaną jest centralizacja w kilku głównych ogniskach.

· Piśmiennictwo.

We Włoszech istnieją następujące czasopisma stomatologiczne i dentystryczne:

1) *La Stomatologia* — Rzym, Lungotevere Mellini 17. Dyrektor Prof. Dr. Arrigo Piperno; naczelny redaktor Prof. Dr. Coën-Cagli.

2) *Nuova Rassegna di Odontoiatria*. Naczelny Redaktor Prof. Dr. Silvio Palazzi, Milano, via Valpetrosa 10, Administracja via Broletto 10.

3) *La Cultura Stomatologica*. Neapol. Via Corona Luccia 6.

4) *Rivista Italiana di Odontoiatria*. Organo della Societe Odontologica Neapolitane. Dirett. G. Galle, Neapol via Santa Lucia 97.

5) *Ananali di Odontologica*. Wydawca: Prof. Angela Chiavaro, Genua, Corso Italia 20.

6) *La Reforma Stomatologica*, Neapol.

Koszty druku są we Włoszech bezporównania niższe aniżeli w Polsce. Zecer otrzymuje we Włoszech tygodniowo przeciętnie 60 lirów t. j. 30 zł w Polsce około 100—120 zł. Redaktor naczelny pisma „*La Stomatologia*“ otrzymuje nawet miesięczną pensję 1500 lirów, podczas gdy u nas w Polsce praca ta jest honorowa — bezinteresowna.

Z podręczników wydał prof. B a r e t t a podręcznik własny, dawniej przetłumaczył pozatem podręcznik Preiswerka. Drugim a zarazem największym podręcznikiem dentystycznym włoskim jest podręcznik prof. P a l a z i e g o.

Wkońcu wspomnieć muszę o bardzo sympatycznym i koleżeńskim przyjęciu, jakie mnie spotkało w Rzymie, Bolonji i Florencji, gdzie przyjazd swój zaawizowałem poprzednio, spędzając tamże na pogadance z kolegami kilka do kilkunastu godzin. Rozmówić się można z kolegami włoskimi przeważnie językiem włoskim, francuskim, angielskim lub niemieckim. Przeważna ich liczba włada francuskim językiem, ci, którzy studjowali w Niemczech i Austrii, językiem niemieckim. O ile przepędzi się trzy do pięciu tygodni we Włoszech, rozumie się wcale dobrze język włoski, szczególnie jeżeli chodzi o sprawy zawodowe.

Wrażenia te, które odniosłem z pobytu we Włoszech ułatwią zapoznanie się ze stosunkami włoskimi w naszym zawodzie tym kolegom, którzy pojedą do Wenecji na Zjazd stomatologiczny i przy tej sposobności zobaczą przepiękne cuda przyrody i zwiedzą wspaniałe zabytki sztuki.

Odznaczenie. Prof. Dr. Antoni Cieszyński zamianowany został „Honorowym Towarzyszem“ (honorary fellow) Amerykańskiego Związku Stomatologicznego.

Dr. Alfred A s g i s, sekretarz Amerykańskiego Związku stomatologicznego przesłał Prof. Cieszyńskiemu następujące pismo:

Amerykański Związek Stomatologiczny (członek Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.).

505. Madison Avenue, New York, N. Y.

Zarząd na lata 1930 — 1931.

Członkowie Zarządu: Dr. King S. Perry, przewodniczący, Jeanete. Pa. Dr. Lloyd L. Baker, przewodniczący z wyboru, Eugene, Ore, Dr. Alfred J. Asgis, sekretarz, New York, City. Dr. F. M. Dimas-Aruti, skarbnik, San Juan, Porto Rico.

Komitet wykonawczy: Dr. Louis Ottofy (1931) Oakland, Cal. Dr. Alfred Asgis (1931) New York, City. Dr. F. M. Dimas-Aruti (1932) San Juan, Porto Rico. Dr. George H. Wardner (1932) Portland Ore. Dr. Vide A. Latham (1933) Chicago, Ill. Dr. A. T. Rasmussen (1933) La Crosse. Wis.

30. kwietnia 1930.

Profesor Antoni Cieszyński — Lwów — Polska.

Drogi Panie Kolego!

Mam zaszczyt zawiadomić Pana, że na VII. dorocznym Zjeździe ruchu stomatologicznego w Ameryce, który się odbył pod naszym protektoratem został Pan wybrany **Honorowym Towarzyszem** (Honorary Fellow) Amerykańskiego Związku Stomatologicznego za

„Pańskie prace odnoszące się do reformy wykształcenia stomatologicznego w Polsce i za rozbudowę nauki i piśmiennictwa polskiego stomatologicznego“.

Odznaczenie powyższe jest drugim z rzędu które otrzymał Prof. Cieszyński od kolegów amerykańskich; w r. 1926 bowiem został już mianowany honorowym członkiem Amerykańskiego Związku Stomatologicznego.

Ruch w Towarzystwach.

Protokół Posiedzenia Stałej Delegacji Zjazdów stomatologicznych,
odbytego w sobotę dnia 31. maja 1930 o godz. 10-tej w Warszawie w sali posiedzeń
Państwowego Instytutu Dentystycznego ul. Marszałkowska 151.

Porządek obrad:

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia odbytego w Wilnie w dniu 28. września 1929 (zob. Pol. Dent. 1929/6. str. 369) i zebrania konstytucyjnego Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych odbytego w dniu 28. września 1929 w Wilnie (zob. Pol. Dent. 1929/6. str. 372).

2. W myśl §. 26. Statutu: Odebranie aktów i rachunków, wydatki Komit. Warsz. 300 zł, od Miejscowego Komitetu Organizacyjnego (od Kol. Dra Mancewicza, wzgl. jego zastępcy).

3. Wniosek o udzielenie absolutorjum Miejscowemu Komitetowi Organizacyjnemu w Wilnie po złożeniu sprawozdania.

3 c. Sprawozdanie przewodniczącego Stał. Delegacji za czas ubiegły.

4. Wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującej Stałej Delegacji Zjazdów z zarządu funduszami.

5. Sprawozdanie co do ogłoszenia referatów i streszczeń z ostatniego Zjazdu, (Przewodniczący i Miejscowy Komitet Organizacyjny w Wilnie).

6. Ustalenie terminu Zjazdu we Lwowie — w myśl uchwały ma się zjazd odbyć w czasie Zielonych Świąt albo około święta Piotra i Pawła 1931 r.

7. Udzielenie mandatu Miejscowemu Komitetowi Organizacyjnemu we Lwowie.

8. Propozycje Stałej Delegacji co do tematów głównych.

9. Wolne wnieski.

Wysłano zaproszenie do wszystkich przedstawicieli katedr: Prof. Łepkowski, Prof. Cieszyński, Prof. Wilga, Prof. Meissner, Dr. Zeńczak, Dr. Mancewicz, Lek. dent. Jarząb, Dr. Cybulski,

oraz członków Stałej Delegacji: Dr. Wodniecki, Dr. Skutecka, Lek. dent. Ujejski,

oraz ich zastępców: Dr. Gorczyński, Lek. dent. Bobrowska, Lek. dent. Mokrzycki. (W razie niemożności przybycia na zebranie Członków Stałej Delegacji: Kol. Wodnieckiego, Dr. Skuteckiej i Kol. Ujejskiego, wstępują w ich miejsce: Kol. Mokrzycki, Kol. Bobrowska i Kol. Gorczyński).

Obecni: prof. Cieszyński — przewodniczący, prof. Wilga, kol. Cybulski, Zeńczak i Meissner przybędą nieco później, do lek.-dent. Mokrzyckiego telefonowano z prośbą o przybycie. Prof. Łepkowski i dr. Gorczyński nadesłali telegramy usprawiedliwiające nieobecność. Mancewicz nadesłał sprawozdanie M. K. O. w Wilnie. Kol. Wodniecki, Ujejski, członkowie stałej Delegacji nie zgłosili uprzednio swego przybycia, tak że nie można było specjalnie poprosić już zaproszonych zastępców Gorczyńskiego, Bobrowską i Mokrzyckiego.

Sekretarzuje Cybulski. — Przystąpiono do porządku dziennego.

1. Protokół odczytuje Kol. Jarząb. Protokół przyjęto.

2. Przyjęto na wniosek Kol. Cieszyńskiego dodatkowy punkt porządku dziennego sprawę 300 zł. M. K. O. Warszawskiego.

Na wniosek Kol. Cieszyńskiego zastępcą sekretarza wybrano Cybulskiego.

2. Uchwalono zwrócić się do kol. Mancewicza z prośbą o uporządkowanie

wszystkich aktów zjazdowych M. K. O. w Wilnie i nadesłanie ich do Lwowa; w myśl paragrafu 5 statutu Delegacji Stałej. Prof. Cieszyński odczytał nadesłane sprawozdanie Mancewicza z wydatków M. K. O. w Wilnie. Prof. Cieszyński proponuje, aby Kol. Jarzab i Cybulski przeprowadzili szkole z nadesłanego sprawozdania kasowego. Propozycję przyjęto, szkole przeprowadzono.

Prof. Cieszyński stawia wniosek: „Na każdym zjeździe stomatologicznym polskim odbywającym się łącznie ze zjazdem lekarzy i przyrodników polskich członkowie sekcji stomatologicznej wpłacają po 5 zł. na cele Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych przez wykupienie odpowiednich legitymacji na sekcję stomatologiczną“. Wniosek przyjęty jednogłośnie należy uważać jako paragraf dodatkowy dla statutu Deleg. Stałej Zjaz. Pols. Stomat.

Nadeszli dr. Zeńczak i prof. Meissner biorą udział w obradach.

Komisja skontrolująca stwierdza: Nadesłane sprawozdanie rachunkowe jest w porządku; remanent wynosi 765 zł., który powinien być przesłany do kasy Del. Stałej. Absolutorjum może być udzielone po nadesłaniu tej kwoty. Komisja stwierdza brak dowodów rachunkowych.

Po wyjaśnieniu sprawy rozchodów komitetu warszawskiego na cele organizacji Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w Wilnie w kwocie 330 zł., które nie były pokryte przez komitet organizacyjny zjazdu wileńskiego, uchwalono jednogłośnie, że Stała Delegacja wobec szczupłości funduszy, jakimi rozporządza i niezalatwienie sprawy przez M. K. O. w Wilnie w terminie właściwym nie może pokryć tego rozchodu.

Remanent znajduje się w M. K. O. w Wilnie powinien być nadesłany do 15. VI. 30 r. na ręce przewodniczącego delegacji stałej polskich zjazdów stomatologicznych. Absolutorjum uważa się za udzielone z chwilą otrzymania wymienionej sumy przez przewodniczącego Stałej Delegacji Polsk. Zjaz. Stomatol.

Przewodniczący stawia wniosek: „Delegacja Stała Polsk. Zjazd. Stomatol. wyraża podziękowanie M. K. O. w Wilnie za trudy poniesione przy organizacji zjazdu i serdeczne przyjęcie“. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

Nadszedł Kol. Mokrzycki i bierze udział w posiedzeniu.

5. Szczegółowe sprawozdanie przewodniczącego prof. Cieszyńskiego za ubiegły czas przyjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie przewodniczącego Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych Prof. Cieszyńskiego za rok 1930.

Krótki pogląd na prace Stałej Delegacji od chwili jej powstania.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych powołana została do życia uchwałą Sekcji stomatologicznej XII. Zjazdu lekarzy i Przyrodników Polskich (II. Pol. Zjazd Lekarzy-dentystów i Stomatologów Polskich) w Warszawie w r. 1925 mocą następującej uchwały (Pol. Dent. 1925, str. 263).

1. „Ażeby zapewnić ciągłość Naukowym Zjazdom Stomatologicznym, Sekcja Stomatologicz. XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wybiera stałą delegację, składającą się z przedstawicieli katedr stomatologii oraz tworzy fundusz zjazdowy, którym dysponuje wybrana delegacja zjazdów stomatologicznych.

2. Delegacji stałej przysługuje prawo kooptacji.

3. Delegacja stała postanawia termin i miejsce następnego Zjazdu i nadaje charakter temuż oraz powołuje Komitet organizacyjny zjazdu w tem mieście, w którym takowy się odbędzie.

4. Fundusz delegacji stałej zjazdu stomatologów polskich tworzy się ze składek (w wysokości 5-ciu złotych), złożonej przez każdego uczestnika zjazdu Naukowego Stomatologicznego (względnie sekcji stomatologicznej), oraz dobrowolnych składek.

W skład delegacji weszli: Prof. Łepkowski, Prof. Cieszyński, Prof. Wilga, doc. Meissner, dr. Mancewicz oraz dr. Zeńczak.

Na posiedzeniu konstytuującym przewodniczącym Stałej Delegacji obrany został Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

Następny Zjazd uchwalono odbyć w Krakowie za dwa lata.

W r. 1926 starano się przygotować III. Polski Zjazd Stomatologiczny w Krakowie. Lokalne trudności, których nie mógł przezwyciężyć Miejscowy Komitet Organizacyjny nie dozwoliły zorganizować III. Pol. Zjazdu Stomatol. w Krakowie w czasie oznaczonym, t. j. w r. 1927. Zjazd ten przyszedł dopiero do skutku w r. 1928, połączony z 25-letnią rocznicą istnienia katedry stomatologicznej w Krakowie, i pracy tamże Prof. Łepkowskiego.

Do miejscowego Komitetu Organizacyjnego w Krakowie należeli: Prof. Wincenty Łepkowski, przewodniczący; Dr. Józef Wodniecki, jako II. przewodniczący; Dr. Tadeusz Merunowicz, jako zastępca przewodniczącego; Dr. Jerzy Drozdowski, jako gener. sekretarz; Dr. Maurycy Haber, jako skarbnik.

III. Polski Zjazd Stomatologiczny odbył się w dniach 27., 28. i 29. maja 1928 w Krakowie, przy udziale 277 uczestników. (Szczegóły zobacz Pol. Dent. 1928, str. 4 i 58, zaproszenia, str. 342—346 protokół Zjazdu i streszczenia; sprawozdanie Komitetu Organizacyjnego str. 346).

Stała Delegacja przekazała Miejscowemu Komitetowi Organizacyjnemu w Krakowie 680 zł. na pierwsze wydatki organizacyjne Zjazdu.

Koszty urządzenia Zjazdu wynosiły 5,324 zł., pogłówne dla funduszu Stałej delegacji 1,135 zł., dochód z wkładek 6,370 zł. razem z różnych źródeł 7,825 zł.

Remanent 1,066 zł. przekazany przez Komitet Organizacyjny Związku Stomatologów Krakowskich jako zaczątek funduszu naukowego im. Prof. Łepkowskiego.

Po Zjeździe Krakowskim wynosił fundusz Stałej Delegacji 1,130 zł., który został zdeponowany w Polskim Banku Związku Spółek Zarobkowych we Lwowie.

Z okazji III. Polskiego Zjazdu Stomatologów w Krakowie i 25-letniej rocznicy utworzenia katedry stomatologii w Krakowie, wydała Polska Dentystyka okazałą książkę pamiątkową, obejmującą 226 stron (Pol. Dent. od str. 90—316) zawierającą prace polskich i zagranicznych autorów.

Jeszcze w tym samym roku przystąpiono do zorganizowania IV. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, który miał się odbyć w roku następnym (1929) w Wilnie łącznie ze Zjazdem Lekarzy

i Przyrodników Polskich (zobacz Pol. Dent. VI. 1928, str. 330, I. Komunikat, str. 409, II. komunikat).

Miejskowy Komitet Organizacyjny w Wilnie ukonstytuował się w składzie następującym, zarazem jako Komitet Organizacyjny Sekcji Stomatologicznej XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich: Dr. Eugenjusz Mancewicz, przewodniczący; Lek. dent. Adam Wolański, I. wiceprzewodniczący; Dr. Czesław Koneczny, II. wiceprzewodniczący; Lek. dent. Andrzej Mikulski, sekretarz; Szachno-Szachnowicz, skarbnik (zobacz Pol. Dent. 1928, str. 409). Ogłoszone zostały również tematy główne.

Stała Delegacja przystąpiła zarazem do przygotowania Statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych. Projekt opracowany przez przewodniczącego Prof. Cieszyńskiego na wzór statutu Stałej Delegacji Lekarzy i Przyrodników Polskich został szczegółowo przedyskutowany przez Stałą Delegację, obecnie już rozszerzony przez reprezentantów Związków lekarzy-dentystów i stomatologów (jako członkowie weszli: Dr. Allerhand — Lwów, Lek.-dent. Ujejski — Warszawa — zobacz protokół z posiedzenia Stałej Delegacji z dnia 2. lutego 1929 r., Pol. Dent. VII, 1929, str. 280 — i już z poprawkami uchwalonemi przez Stałą Delegację wydrukowany w Pol. Dent. 1929/VII, str. 276. Na Zjeździe w Wilnie został ponownie przedyskutowany przez Komisję wyłonioną przez Zjazd i ostatecznie przyjęty na ostatnim posiedzeniu plenarnem IV. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego (Pol. Dent. VII. 1929, str. 369).

Na zorganizowanie IV. Polskiego Zjazdu (Sekcji stomatologicznej XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich), stawił przewodniczący Stałej Delegacji do dyspozycji Komitetowi Miejscowemu Organizacyjnemu w Wilnie 1,000 zł., pozostawiając 135 zł. w kasie na wydatki biurowe.

IV. Zjazd Stomatologiczny odbył się w Wilnie w dniach 26—29-go września 1929 r. Wzięło w nim udział 177 uczestników (Wykaz Pol. Dent. 1929. VII. str. 367).

Sprawozdanie z naukowych posiedzeń IV. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, zawierające streszczenia wygłoszonych wykładów wydrukowano w Pol. Dent. VII. 1929, str. 356—367.

Przewodniczącym Zjazdu obrano Prof. Wilgę z Warszawy, zastępcą Prof. Cieszyńskiego ze Lwowa i Prof. Łepkowskiego z Krakowa, zast. prof. Dra Zeńczaka z Warszawy, Dra Mancewicza z Wilna i lek. dent. Stokowskiego z Warszawy, sekretarzem generalnym zast. prof. lek. dent. Jarzaba z Poznania i sekretarzem sekcji lek. dent. Mokrzyckiego i Ujejskiego z Warszawy oraz Mikulskiego z Wilna (str. 356).

Prezesami honorowymi zjazdu wybrano z Polski: Prof. Różyckiego z Poznania i Prof. Zwierzchowskiego z Warszawy, oraz szereg uczonych zagranicznych z Francji, Belgii, Szwajcarii, Holandji, Hiszpanji, Danji, Anglii, Ameryki, Kanady, Szwecji, Norwegji, Niemiec, Włoch, Czechosłowacji i Jugosławji (razem 34), na znak łączności polskiej nauki ze stomatologią i dentystryką zagranicą (str. 356).

Prawie wszyscy prezesi honorowi przesłali podziękowania na ręce Stałej Delegacji (Pol. Stomatologia, 1930, str. 110).

W myśl nowo przyjętego statutu Stałej Delegacji ukonstytuowała się Stała Delegacja w nowym składzie wybranym na

posiedzeniu konstytucyjnym odbytem w Wilnie w dniu 28. września 1929 (Pol. Dent. 1929, str. 372).

W skład nowej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych weszli przedstawiciele katedr stomatologicznych: Prof. Cieszyński, Prof. Łepkowski, Prof. Wilga, Prof. Meissner, Dr. Mancewicz, Dr. Zeńczak, Lek.-dent. Jarzab i nowo wybrani członkowie: Dr. Wodniecki — Kraków, Dr. Skutecka — Poznań, Lek.-dent. Ujejski — Warszawa, zastępcami: Lek.-dent. Mokrzycki — Warszawa, Lek.-dent. Bobrowska — Wilno, Dr. Gorczyński — Lwów.

Przewodniczącym wybrano Prof. Cieszyńskiego, sekretarzem Dra Gorczyńskiego.

Przewodniczący Miejscowego Komitetu Organizacyjnego Dr. Mancewicz przyrzekł nadesłać sprawozdanie z działalności Miejsc. Komitetu Organizacyjnego w Wilnie do tygodnia i postarać się o zwrot wyłożonej przez Stałą Delegację kwoty 1.000 zł. u Stałej Delegacji Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, ponieważ do kasy centralnej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wpływały wkładki zjazdowe uczestników.

Ponieważ sprawozdanie Miejscowego Komitetu w Wilnie nie nadeszło dotychczas, postawiono sprawę tę na porządek obrad zebrania Stałej Delegacji w dniu 31 maja 1930.

W międzyczasie powołany został na katedrę protetyki w Warszawie jako zastępca profesora Dr. Cybulski. Wobec tego faktu wszedł Dr. Cybulski automatycznie do Stałej Delegacji jako przedstawiciel katedry.

Ażeby przygotować sprawę V. Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie, który ma się odbyć w myśl uchwały ostatniego Zjazdu — w roku 1931 w czasie Zielonych Świąt lub około Piotra i Pawła, przewodniczący Stałej Delegacji nawiązał kontakt z zarządem Związku Stomatologów Lwowskich, prosząc o rozpoczęcie prac wstępnych.

Jako najodpowiedniejszy termin proponuje Miejscowy Komitet Organizacyjny we Lwowie czas od 26. do 29 czerwca 1931.

Statut Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych został wydrukowany w 200 egzemplarzach.

Fundusz Stałej Delegacji przedstawia się w sposób następujący:

Stan Kasy Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych.

W dniu 12. stycznia 1929 r. złożono w Banku Związku Spółek Zarobkowych we Lwowie kwotę przyslaną ze Zjazdu Krakowskiego w wysokości	1.130 zł.
W dniu 26. maja 1929 r. przekazano Zjazdowi w Wilnie, na ręce Dra E. Mancewicza kwotę	1.000 zł.
Pozostałość w Banku Związku Spółek Zarobkowych, Lwów	130 zł.
A. Cieszyński m. p.	

Przyjęto do wiadomości i udzielono absolutorjum w Wilnie, dnia 28 września 1929.

H. Wilga, m. p.

E. Mancewicz, m. p.

Jarzab, m. p.

Prof. Cieszyński podaje do wiadomości, że uchwały, referaty i streszczenia z ostatniego zjazdu zostały bezinteresownie wydrukowane w Polskiej Stomatologii.

Na wniosek prof. Wilgi uchwalono wyrazić podziękowanie redakcji „Polskiej Stomatologii“, wówczas „Polskiej Dentystyki“, za wydrukowanie referatów zjazdowych.

Uchwalono na wniosek prof. Meissnera, aby w przyszłości zgłoszenie objęcia referatów tematów głównych było dawane na piśmie, tak jak tematów wolnych.

6. Termin następnego zjazdu ustalono od 26—30 czerwca 1931 r. i przyjęto czas trwania w ogólnych zarysach.

7. Stała Delegacja powołuje Miejskowy Komitet Organizacyjny we Lwowie i zwraca się do przewodniczącego Zw. Stomat. we Lwowie dr. Allerhanda oraz stawia do dyspozycji fundusze Stałej Delegacji.

8. Ustalono temat główny:

1) Stomatologia społeczna, jej cele i zadania.

a) Kasy chorych, (Referenci: dr. Szafran, dr. Lipszyc).

b) Kliniki szkolne, (Referenci: dr. Brill, dr. Koczyński).

c) Statystyka, organizacja, tayloryzacja pracy, — (Referenci: prof. Cieszyński i dr. Brennejsen).

9. Delegacja uchwała, że wskazane by było, żeby tematy główne zajęły dwa przedpołudnia, a wolne tematy dwa popołudnia, ewentualnie w sekcjach.

10. Ponawiając uchwałę posiedzenia Stałej Delegacji z dnia 28 września 1929 r. postanowiono zwrócić się do Stowarzyszenia Stomatologów Krakowskich, aby przystali statut funduszu naukowego im. Łepkowskiego.

Na propozycję Prof. Cieszyńskiego uchwalono przyznać 50 zł. gratyfikacji sekretarce Stałej Delegacji.

Przewodniczący: (—) prof. A. Cieszyński.

Zast. sekretarza: (—) W. Cybulski.

Protokół Zjazdu Delegatów Rady Centralnej.

Dnia 5 stycznia 1930 r. odbyło się w Warszawie, Bracka 18, zebranie Delegatów Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Rzpl. Polskiej.

Przewodniczył dr. Allerhand, sekretarzował kol. Lubczyński.

Obecni Delegaci: Zw. Lek. Dent. Chrześcijan: kol. Dobko-Dobkowicz, Goldberg-Górski, Stokowski i Urbańska-Filipowiczowa, Zw. Lek.-Dent. w P. P. kol. kol. Bloch, Dr. Brzeziński, Glikman, Herszlik, Lubczyński, Meloch, Neufeld, Sachs, Sokalski i Ujejski. T-wa Lek.-Dent. Warsz. kol. kol. Blikle i Mokrzycki. Stowarzyszenia Wz. Pomocy Lek.-Dent. Rzpl. P. kol. kol. Bergor, Essigman i German, Zrzeszenia Lek.-Dent. K. Ch. m. Warszawy: kol. Szatkowska i Rytłowa, Zw. Lek. Dent. Polaków w Wilnie: kol. Bobrowska. Związku Lek.-Dent. Ziem Zachodnich: dr. Cyłkowski, Zw. Stomatologów Izby Lek. Lwowskiej: dr. Allerhand oraz Związek Odont. w Częstochowie kol. kol. Grün i Rozenowicz.

Porządek dzienny:

1. Zagajenie zebrania.
2. Wybór przewodniczącego i sekretarza.
3. Odczytanie protokołu ostatniego zebrania.
4. Sprawozdanie z czynności Zarządu za rok 1929.
5. Sprawozdanie kasowe.
6. Sprawozdanie komisji rewizyjnej.
7. Sprawozdanie Komisji Kasy Chorych.
8. Sprawa przepisywania leków, ref. kol. Sachsa.
9. Sprawa Izby Dentystycznej, ref. kol. Essigmana.
10. Wnioski Zarządu.
11. Wnioski Zrzeszeń.
12. Wolne Wnioski.

Przed porządkiem dziennym w sprawie przyjęcia — Związku Częstochowskiego do R. C. w Poznaniu na wniosek kol. Bliklego Zjazd ustalił powołać specjalną komisję w osobach: Bliklego, Blocha, Essigmana, Perlińskiego i Stokowskiego.

Po odczytaniu protokołu Zjazdu w Poznaniu odczytano sprawozdanie z czynności Zarządu R. C., z którego dowiadujemy się, iż Zarząd R. C. ingerował w sprawie komisji egzaminacyjnej dla techników oraz w sprawie wniosku o nowelizację ustawy z wynikiem pomyślnym.

W sprawach podatkowych Zarząd R. C. delegował kolegów Germana i Stokowskiego do Dyrektora Departamentu Podatków i Opłat Skarbowych, domagając się zmniejszenia podatku obrotowego do 1% i powołania lekarzy-dentystów do komisji szacunkowej.

W sprawie leków Zarząd R. C. wysłał delegację do P. I. D. w osobach: kol. kol. Germana, Perlińskiego i Sachsa w sprawie rewizji opinii P. I. D. odnośnie przepisywania kokainy.

W sprawie Izb Dentystycznych utworzono komisję o następującym składzie: kol. kol. Essigman, Mokrzycki, Neufeld.

W sprawie zatrudniania w Kasach chorych techników, uprawiających zębolecznictwo, ingerowano za pośrednictwem kol. kol. Neufelda i Perlińskiego w Głównym Urzędzie Ubezpieczeń i Min. Pracy.

Utworzono komisję, złożoną z kolegów Germana, Essigmana, Stokowskiego, która przeprowadziła fuzję Kasy Wz. Pomocy Odontologów Polskich z kasą istniejącą przy Zw. Lekarzy Dent. Chrześcijan.

Zorganizowano komisję, mającą na celu podniesienie zębolecznictwa w Kasach chorych i polepszenie warunków pracy i płacy. W skład jej weszli koledzy Essigman, Neufeld i Perliński.

Ingerowano w sprawie ulg w uzdrowiskach z wynikiem jednak niepomyślnym. (German i Mokrzycki).

Sprawozdanie kasowe odczytał skarbnik kol. Mokrzycki; sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał kol. Goldberg-Górski.

Sprawozdanie z pracy komisji Kas chorych wygłosił kol. Perliński. Referent zwraca uwagę na wypadki nie stosowania się K. ch. do art. 42 ustawy o Kasach chorych; Komisja ingerowała w tej sprawie z wynikiem pomyślnym.

Z kolei referent zastanawia się nad brzmieniem art. 84. tejże ustawy, przewidującego komisje pojednawcze w wypadkach zatargów między lekarzami a zarządami kas. Jasnym jest, że pod artykuł ten winni podpaść i lekarze-dentyści, których zatargi regulują się według widzimisię odnośnych zarządów lub komisarzy.

Najbliższą pracą komisji będą starania nad uzupełnieniem tego artykułu, późniejszą zaś domaganie się ustawowej nowelizacji poszczególnych artykułów ustawy. W związku z nowym projektem wolnego wyboru lekdent. komisja rozesała pisma do organizacji z prośbą o dostarczenie materiału.

Co się tyczy biegu przeróżnych ingerencji u władz, wszelkie oświadczenia władz winny być publikowane, zatem wnosi, by Zarząd R. C. ogłaszał komunikaty prasowe.

Po przerwie obiadowej kol. Sachs omówił sprawę przepisywania leków przez lekarzy-dentystów. Zdaniem referenta sprawa leków utkwiała na martwym punkcie. Departament Służby Zdrowia w swoim czasie powiadomił przedstawicieli zawodu, iż sprawa przepisywania leków przez lekarzy-dentystów będzie załatwiona w nowej ustawie farmaceutycznej, później zaś zaczął ją traktować jako sprawę odrębną.

W międzyczasie został wydany zakaz przepisywania narkotyków przez lekarzy-dentystów, który sprawę jeszcze więcej zagmatwał. Nie mogą tu być brane pod uwagę żadne argumenty, dotyczące zwalczania międzynarodowego handlu kokainą, ponieważ zakaz nie może odnosić się tylko do lekarzy dentystów, dając zupełną swobodę w tej materji lekarzom i lek. weterynarji.

Wobec oświadczenia Władz, iż nakaz ten został spowodowany opinią P. I. D.-go R. C. wysłała delegację do Dyrekcji uczelni.

Obecnie podobno mimo oświadczeń dyrekcji Instytutu co do rewizji w swoim czasie wydanej opinji, opinja ta zmianie nie ulegnie.

Zarząd C. R. zwrócił się o opinję w tej sprawie do profesora Dr. A. Cieszyńskiego i zast. prof. lekarza-dentysty J. Jarząba *).

*) Pan Profesor Cieszyński podaje:

„Lekarz-dentysta otrzymuje tak samo jak i lekarz na podstawie swojego dyplomu prawo zapisywania wszelkich środków leczniczych bez jakichkolwiek ograniczeń podobnie jak lekarz. Podczas swoich studjów otrzymał on bowiem wystarczające wykształcenie z fizjologii, patologji, farmakologii, na podstawie których wiadomości ordynować może środki lecznicze w zakresie swojej specjalności.

Tak jest zagranicą, np. w Niemczech i przypuszczam, że i w Polsce.

Wszelkie recepty podlegają kontroli aptekarzy, którzy przekroczenia jakiegokolwiek dawki powinni zgłosić danemu lekarzowi, jeżeli przypuszczają, że zaszła omyłka, albo władzy sanitarnej, jeżeli przypuszczają, że chodzi o nadużycie. Jeżeli zaszły jakiegokolwiek nadużycia w tym względzie przez jednostki, nie może za to odpowiadać cały stan lekarzy-dentystów.

Ograniczenie lekarzy-dentystów co do ordynowania niektórych środków nie jest przewidziane, o ile mi wiadomo jakimikolwiek przepisami, a gdyby to było faktycznie, to niema to z punktu zasadniczego żadnego umotywowania.

Natomiast wzbrouione powinno być wydawanie jakichkolwiek recept lub zapisywanie nawet środków nieszkodliwych w postaci recepty technikom dentystycz-

nym — nawet takim, którzy otrzymali uprawnienie drogą egzaminu, albowiem ci nie posiadają żadnych wiadomości i żadnego wykształcenia z fizjologii, patologii i farmakologii, a wypisując recepty oddawane do rąk chorych, wprowadzają ich w błąd co do kwalifikacyj zawodowych, tworząc pozory, że posiadają kwalifikacje naukowe lekarzy albo lekarzy-dentystów.

Przesyłając to oświadczenie zasadnicze, nie widzę żadnych powodów, dlaczego ordynowanie kokainy w dawkach, potrzebnych do leczenia chorób zębów i jamy ustnej, mogłoby być lekarzom-dentystom wzbronione“.

Zast. prof. lek.-dent. J. Jarzab pisze:

„Usunięcie bólu, towarzyszącego naszym zabiegom przy leczeniu chorób zębów i jamy ustnej — jest kwestią pierwszorzędną wagi dla lekarza, jak i dla chorego. Lekarz, będąc pewnym humanitarnego i bezbolesnego zabiegu, działa spokojnie z bardziej skoncentrowaną uwagą, a chory zaś, przekonawszy się raz, że zabieg ten lub ów nie sprawia bólu, nabiera więcej chęci do leczenia, zachęca innych, i tą drogą pośrednią działa na podniesienie poziomu higieny społecznej.

Wprowadzenie środków syntetycznych, nietrujących, jak nowokaina, alipina i t. p. jest wielkim postępem na tym polu, ale nie mogą one we wszystkich naszych potrzebach zastąpić kokainy. Brak im bowiem własności działania na wazomotory, a więc same nie mogą mieć nigdy zastosowania z powodu bardzo przelotnego działania.

Mieszanie ich z płynnymi preparatami adrenaliny wyklucza ich użycie w proszku (in substantia) kokaina zaś sama w sobie łączy te własności razem i jako proszek przy znieczuleniu np. miążgi nie zdewitalizowanej arsenikiem (nie dającej się zdewitalizować) po jej otwarciu jest środkiem dotychczas nie do zastąpienia. Także preparowanie ubytków przyszyjkowych i zbytnią wrażliwość zębiny — najłatwiej dotychczas można usunąć kokainą w proszku. Zastępcze środki znieczulające, któreby tu mogły wchodzić w rachubę, musiały by być wstrzykiwane w znacznej ilości wśródziąsłowo, a wiemy jak nasi chorzy bronią się przed igłą i każdym zastrzykiem do dziąsła. Z tych przyczyn kokainy rychło nie usuniemy z praktyki lekarsko-dentystycznej, byłoby to raczej cofaniem się przy naszych zabiegach w niehumanitarne barbarzyństwo.

Co się tyczy trujących własności kokainy, to one nie powinny zupełnie wchodzić w rachubę przy tak znikomem wprost, a dla nas wystarczającym dawkowaniu, podobnie zresztą jak ma sprawa z arsenikiem. Przeciwno zaś właściwym nadużyciom kokainy, która dotyczyć może tak lekarzy-dentystów jak i lekarzy chorób ogólnych, Państwo powinno zastosować jak najdalej idące środki, — nawet utratę dyplomu lekarskiego. Nadużycia te będą należeć w każdym razie do ilości znikomej, a korzyść racjonalna dotyczy całego społeczeństwa.

W konkluzji uchwalono cały szereg wniosków, określających należyte stanowisko P. I. D. w całej tej sprawie oraz wzywających zarząd R. C. do wszczęcia najenergiczniejszych starań celem przyśpieszenia przewidzianego przez ustawę dentystyczną rozporządzenia o lekach.

W sprawie zakazu przepisywania kokainy, uchwalono wezwać Zarząd R. C. do domagania się wstawienia do rozporządzenia klauzuli, umożliwiającej lekarzom-dentystom nabywanie kokainy, a to zgodnie ze zwyczajami, panującymi zagranicą oraz zgodnie z opinią, wydaną przez katedry stomatologiczne we Lwowie i Poznaniu.

Ewentualnie odmowne decyzje zaskarżyć do Trybunału adm., pokrycie potrzebnych na ten cel kosztów podejmą zrzeczenia przynależne do R. C. drogą nadzwyczajnego opodatkowania się.

Z kolei kol. Essigman zreferował działalność R. C. w sprawie Izb, poczem zaczęto omawiać wnioski Zarządu, zrzeczeń i wolne wnioski.

Uchwalono:

- 1) domaganie się nowelizacji art. 84 statutu K. chor.
- 2) podniesienie składek ze zł. 50 na zł. 75.
- 3) domaganie się wprowadzenia w życie przewidzianego ustawą rozporządzenia o praktyce jednorocznej dla lekarzy-dentystów.
- 4) złożenie podziękowania przedstawicielom katec., a zwłaszcza p. prof. A. Cieszyńskiemu za sprawiedliwe, słuszne i koleżeńskie ustosunkowanie się do sprawy przepisywania leków przez lekarzy-dentystów.
- 5) uregulowanie sprawy pomocy Lek. Dent. młodzieży szkolnej.
- 6) zwołanie Zjazdu Zawodowego,
- 7) domaganie się miejsca dla przedstawiciela lek. dent. w Naczelnej Radzie Zdrowia.

W imieniu Związku stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej przewodniczący tegoż dr. All e r h a n d zgłosił wniosek:

Opieka nad zdrowiem młodzieży spoczywa w rękach lekarzy szkolnych i szkolnych dentystów. W niektórych środowiskach zaprowadzono od szeregu lat obowiązkową sanację jamy ustnej. Sanację taką przeprowadzają lekarze-dentyści szkolni względnie instytucje ubezpieczeniowe (Kasy chor. pomoc urzędnicza, ambulatorja kolejowe i wojskowe). Część dziatwy korzysta z opieki lekarzy prywatnych. Na terenach na których pracują uprawnieni technicy dentystyczni i ci iure caduco pomocy dentystycznej prywatnie udzielają.

Wnosi się, by R. C. memorjałem skierowanym do Min. W. R. i O. P. spowodowała okólnik do podległych Minist. kuratorów okręgowych, wskazujący na konieczność dopilnowania przez lekarzy szkolnych i dyrekcje poszczególnych zakładów naukowych, przeprowadzania leczenia prywatnego jamy ustnej wyłącznie przez stomatologów i lek. dent.

Zaświadczenia więc wystawiane przez techników dent., jako leczących prywatnie, nie powinny być uznawane. Uzasadnienie tego wniosku ustawowe polega na tem, że technikom dentystycznym uprawnionym wolno wykonywać pewne zabiegi lecznicze tylko w tych wypadkach, w których okazuje się koniecznem wstawienie dostawki zębowej.

2) Ustawa dentystyczna, normująca uprawnienia techników dent. spowodowała, iż niektóre wojewódzkie Urz. Zdrowia wydały okólniki mylnie traktujące o uprawnieniach tychże techników. Ominięcie całego okresu stylistycznego, a mianowicie, że technik. dent. uprawnionym wolno wykonywać zabiegi lecznicze tylko w nieuniknionej konieczności przy wstawianiu dostawki zębowej spowodowało chaos w pojęciu o możliwości leczenia przez techników. Niektóre więc Kasy chor. powiatowe, wprowadzone w błąd przez techników dent. i przez okręgowych lekarzy, dopuszczają techn. dent. jako samoistnie pracujące siły lekarskie.

Wnosi się, by R. C. memorjałem do Min. P. i O. Sp. spowodowała wydanie okólnika do Okr. Urz. Ubezp. Społ., polecającego władzom w pow. Kasach chor. przyjmowanie na samoistnych lekarzy dent. wyłącznie jedno-

stek o kwalifikacjach specjalistów - stomatologów i lek. dentystów, a techników dent. wyłącznie jako siły pomocnicze.

Uzasadnienie ustawowe wniosku znajduje się w ustawie o Kas. chor., w której powiedziane jest wyraźnie, iż: pomocy udzielać mogą dyplomowani lekarze i lek. dent.; technicy dent. wyłącznie pod kierownictwem i odpowiedzialnością lekarza.

Obydwa wnioski zostały przyjęte.

Dr. Allerhand zapytuje, czy techników ubezpiecza się tylko w kasach, odp. Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (broшура Kopankiewiczza) reguluje tę sprawę. Dr. Allerhand komunikuje, iż Lwowski Urz. Probierczy zapytuje, ile kto wyrobił złota. — Wyjaśnia się, że Warsz. Urz. Probierczy nie zapytuje kolegów o to. Wnioski lek. dentystów ziem zachodnich uchwalono przekazać aRządowi R. C.

Wniosek zgłoszony do Prezydium Zjazdu przez Związek Częstochowski Odontologiczny na skutek zarządzenia przewodniczącego Zjazdu nie był rozpatrywany przez plenum i został przekazany Zarządowi R. P.

Dr. Allerhand ogłasza, iż w 1931 roku odbędzie się w Paryżu Międzynarodowy Zjazd Dentystyczny. Prof. Vilam z Paryża zwrócił się do Prof. Cieszyńskiego, zapraszając polskich Kolegów na Zjazd i prosząc o propagowanie tego Zjazdu w Polsce.

Na wniosek kol. Ujejskiego złożono gorące podziękowanie przewodniczącemu Zjazdu kol. dr. Allerhandowi.

Uchwalono, by następny Zjazd delegatów R. C. odbył się za pół roku we Lwowie. Na tem Zjazd został zamknięty.

Przewodn. Zjazdu Del. Rady Centr.: (—) *Dr. Allerhand.*

Sekretarz: *Lek.-dent. (—) Lubczyński.*

Fédération Dentaire Internationale.

Polski Komitet Narodowy F. D. I. — Wydział Wykonawczy — Grupa Lwowska.

Protokół posiedzenia z dnia 19-go maja 1930, odbytego o godz. 20-tej w sali bibliotecznej Instytutu Dentystycznego U. J. K., Lwów, Zielona 5a. Obecni: Profesor Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Górczyński.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano, przyjęto i podpisano. W wykonaniu uchwał poprzedniego zebrania postanowiono rezolucje Komisji Higieny F. D. I. przysłane przez Dr. Bruskego i Tholucka przepisać w kilku egzemplarzach i rozesłać do wszystkich pism dentystycznych w Polsce.

2 Prof. Cieszyński komunikuje list prezesów honorowych sekcji Międzynarodowego Zjazdu Dentystycznego, mającego się odbyć w Paryżu w sierpniu 1931, którą zaproponował Komitetowi Organizacyjnemu Kongresu.

3. Statut Międzynarodowego (VIII) Kongresu Dentystycznego w Paryżu zostanie przetłumaczony na język polski i rozesłany organizacjom fachowym i redakcjom pism po wydrukowaniu w numerze 3/30 Polskiej Stomatologii.

4. Następne posiedzenie grupy Lwowskiej W. W. P. K. F. D. I. odbędzie się 26. V. 1930. Zaproszenie na nie otrzymają również doktorzy Brill, Szafran, Gorczyński.

5. **Organizacja piątego Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie w 1931. (Dodatkowo).** Jako termin oznaczono dni 26. do 29. czerwca. Prowizoryczny program 26. VI. (piątek wieczór) Zebranie zapoznawcze 27. VI. zebrania naukowe i dwudziestoletni jubileusz Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej 28. VI. (niedziela) przed południem; Uroczysta Akademia z okazji 25-lecia pracy naukowej Prof. Cieszyńskiego. Wieczorem raut. 29. VI. posiedzenia naukowe (święto Piotra i Pawła). 30. VI. wyjazdy na wycieczki. W sprawach organizacyjnych uchwalono powołać do życia cztery sekcje: 1. Sekcja naukowa i prasowo-propagandowa: Przew. Prof. Cieszyński, zast. przew. Dr. Allerhand, sekr. Dr. Szafran, 2. Sekcja towarzyska: Przew. Dr. Stobiecki, sekr. Dr. Nacher, 3. Sekcja naukowo-filmowa Przew. Prof. Cieszyński, zast. przew. Dr. Gorczyński, sekr. Dr. Bardaszówna 4. Sekcja finansowo-gospodarcza, Przew. Dr. Atlas, sekr. Dr. Brill.

Tematy główne: Stomatologia społeczna: jej cele i zadania a) Kasy Chorych, b) Kliniki szkolne, wojsko, Instytucje naukowe, statystyka, organizacja i tayloryzacja pracy, referenci: Prof. Cieszyński, Dr. Szafran, Dr. Brill. Koreferenci zamiejscowi.

Na tem posiedzenie odroczone do 26. V. 1930.

Prof. Cieszyński
Przewodniczący

Dr. Allerhand
Sekretarz

Protokół posiedzenia z dnia 26. maja 1930. Obecni Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Nacher. Przedewszystkiem zajęto się ustaleniem porządku dziennego posiedzenia Wydziału Wykonawczego Polskiego Komitetu Narodowego, tudzież walnego zebrania Polskiego Komitetu Narodowego, mającego się odbyć dnia 1-go czerwca 1930. w Warszawie (Bracka 18) o godz. 10-tej względnie 11-tej.

1. „Stwierdzenie przynależności Związków do P. K. N. w myśl statutu § 25 i § 30“. W tej sprawie Dr. Atlas pisał do Zarządu Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem w sprawie nieuiszczenia przez nich zaległych wkładek już od kilku lat. Ponieważ niemożliwym byłoby temu Związkowi uiszczenie obecnie całej wkładki z powodu trudnych warunków gospodarczych, przeto Zarząd Związku zgodził się na skutek interwencji dr. Atlasa na to, że za lata, za które zalega, 1926, 1927, 1928 zapłaci 30 proc. należności, natomiast za rok 1929 i za rok 1930 ma opłacić wkładkę w pełnej kwocie, to znaczy po § 25. rocznie.

2. „Odczytanie protokołu z ostatniego walnego zgromadzenia w Wilnie z września 1929 (Polska Dentystyka 1929 str. 159 i 372)“. Co do spraw poruszonych na tych dwóch zebraniach, omówiono sprawy następujące:

a) W sprawie fundacji pogrzebowej. W sprawie tej postanowiono jeszcze zaczekać do następnego zebrania, które ma się odbyć w r. 1931 z powodu V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie.

b) Sprawa czy F. D. I. ma opłacać redakcji „Polskiej Stomatologii“ pewną kwotę za komunikaty umieszczone w niej, będzie również przedmiotem obrad we Lwowie.

c) Sprawa funduszu Prof. Łepkowskiego. Po pokryciu wszystkich wydatków związanych z urządzeniem zjazdu w Krakowie w r. 1928 pozostało jeszcze 1000 zł. Ponieważ właściwie fundusz Łepkowskiego nie istnieje, przeto ta pozostałość w kwocie 1000 zł powinna zostać użyta na organizację V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, mającego się odbyć we Lwowie 1931 r. Na organizację IV. Zjazdu w Wilnie, który był właściwie nie zjazdem samodzielnym lecz tylko sekcją stomatologiczną Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, otrzymał Prof. Mancewicz zaliczkę w kwocie 1000 zł. Tych 1000 zł powinno zostać Prof. Mancewiczowi refundowanemu z kasy Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie a Prof. Mancewicz powinien następnie tę kwotę zwrócić do kasy stałej delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

3. Sprawozdania: a) Przewodniczącego, b) sekretarza, c) skarbników, d) komisji skontruującej.

ad. a i b Prezydium Wydziału Wykonawczego złoży wyczerpujące sprawozdanie z działalności w ubiegłym roku administracyjnym. Będzie ono przedewszystkiem obejmowało obfitą korespondencję, zarówno krajową jak i pozakrajową, przeprowadzoną w okresie sprawozdawczym.

Od czasu walnego zebrania P. K. N. F. D. I. odbytego w Poznaniu w maju 1929 objęła korespondencja nasza sprawy następujące: Przedewszystkiem sprawy kasowe. Celem sprawniejszego funkcjonowania uległa kasowość decentralizacji, polegającej na tem, że kasę główną objął dr. Atlas i zajął się ściąganiem wkładek od organizacji a Dr. Zeńczak objął ściąganie wkładek od organizacji i osób mających siedzibę swoją w Warszawie. Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej przystąpił do P. K. N. F. D. I. z wkładką zniżoną do 100 zł z powodu małej ilości członków. Dalszą sprawą która została przeprowadzona, jest prowadzenie ewidencji członków i organizacji. Pismem z dnia 27 maja 1929 wysłano wezwanie do wszystkich organizacji o przysłanie dokładnego wykazu członków, zawierającego imię, nazwisko, rok urodzenia, tudzież rok uzyskania dyplomu. Wezwaniu temu uczyniły organizacje zadość i żądane wykazy przesyłały, które też zostały umieszczone w „Polskiej Dentystyce“ (r. 7 Nr. 4, str. 221). Nie otrzymaliśmy jedynie dotychczas wykazu od Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem. Zarząd tego Związku w piśmie z dnia 1 czerwca 1929 prosił o prolongatę terminu nadesłania wykazu do dnia 1. VIII. 1929, lecz i w tym terminie wykaz nadesłany nie został. Dalszą sprawą, w której Wydział Wykonawczy interweniował z zupełnym powodzeniem, było uzyskanie paszportów zagranicznych dla kolegów, mających zamiar uczestniczenia w zjeździe dorocznym F. D. I. w Utrechcie. Na pisma nasze Ministerstwo W. R. i O. P. zaświadczenia na paszporty ulgowe przysyłało zawsze w rychłym terminie. Liczna korespondencja obejmowała też sprawy Komisji Higieny. Od Prof. Jessena otrzymaliśmy klisze ilustrujące wzorowe urządzenia higieniczne w szkołach powszechnych w mieście Badenweiler. Klisze te zostaną użyte do odpowiedniej publikacji. Komisja Dokumentacyjna F. D. I. (Przewodniczący Dr. Huët, Bruksela) przysłała liczne noty dotyczące organizacji Okręgowych ośrodków dokumentacyjnych, Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego, tudzież Fundacji Dokumentacyjnej. Najważniejsze z tych not, zawierające postanowienia zasadnicze organizacyjne, przetłumaczył organizator Komisji Doku-

mentacyjnej P. K. N. F. D. I. (Dr. Allerhand) na język polski, poczem ukazały się w druku w „Polskiej Dentystyce“ (1929, str. 221—227, 1930 str. 56—58). Również umieszczane były komunikaty Komisji Prasowej F. D. I. zwłaszcza komunikaty dotyczące VIII. Międzynar. Kongresu Dentystycznego mającego odbyć się w sierpniu 1931 w Paryżu. Po nadzwyczajnym walnym zebraniu odbytem we wrześniu 1929 w Wilnie, wysłano do wszystkich członków P. K. N. wyciągi protokołu. Na wniosek w Utrechcie by F. D. I. interwenjowała u rządu polskiego w sprawie uzyskania pełni praw akademickich przez P. I. D. otrzymaliśmy odpowiedź odmowną. Dnia 7 listopada otrzymaliśmy pismo od Dr. Watry (Bruksela) w sprawie wystawy higienicznej, mającej się odbyć w Brukseli w lipcu 1930 roku. List ten został odstąpiony Prof. Wildze w Warszawie, organizatorowi Sekcji Higieny. Dr. Tholuck (Frankfurt n/M.) przysłał dnia 27-go stycznia zaproszenie na posiedzenie Komisji Higieny F. D. I. mającej się odbyć w Brukseli dnia 15-go i 16-go lutego, niestety nie było możliwe nikomu z członków uczestniczenie w tem zebraniu. 7-go lutego zrezygnował Prof. Wilga z godności organizatora Sekcji Higieny, na jego miejsce pozyskano Dr. Brenejsena z Warszawy, który pozyskał jeszcze Dr. Gruszczyńskiego, Kopczyńskiego i Meyera. Towarzystwo Stomatologiczne w Warszawie zgłosiło gotowość przystąpienia do P. K. N. F. D. I. z wkładką roczną wynoszącą \$ 6 (zł 50) ze względu na nieznaczną liczbę członków. Redakcja „Polskiej Stomatologii“ zwróciła się pismem z dnia 28 stycznia z prośbą o zwrot kosztów za druk komunikatów. Dr. Villain z Paryża przysłał broszurę o nauczaniu dentystyki we Francji i zagranicą. Została ona użyta jako materiał informacyjny dla Min. W. R. O. P. W odpowiedzi na to przesłane zostały Dr. Villainowi następujące broszury Prof. Cieszyńskiego: 1. O reformie studjów stomatologicznych, 2. Sprawa studjów dentystycznych, 3. Projekt ustawy normującej wykształcenie stomatologów. 4. Rozmieszczenie lekarzy dentystów. 5. Der heutige Stand der Zahnheilkunde. 6. Stan lekarski. 7. Zahnheilkunde in Polen. — Prof. Cieszyński został zaproszony do uczestniczenia w komitecie organizującym bankiet honorowy dla Prof. Hermana Prinza w Filadelfji i wysłał życzenia z tejeż okazji imieniem wszystkich lekarzy dentystów i stomatologów w Polsce, Pol. Kom. Nar. F. D. I. i Sekcji Pol. A. S. I. Również wysłano pismo gratulacyjne z powodu otwarcia Tygodnia Odontologicznego (Sémaine odontologique) odbytego od 6. do 13. kwietnia 1930 w Paryżu w Grand Palais des Champs Elysées. Kilka kart kwestionaria wysłanych na ten zjazd zostało rozesłanych do docentów. W sprawie międzynarodowego Kongresu Dentystycznego w Paryżu przeprowadzono korespondencję z Dr. Villain w Paryżu w sprawie propagandy tego kongresu w Polsce. Dr. Villain zaproponował, by komitetem propagandowym tej imprezy w Polsce był Polski Komitet Narodowy F. D. I.

Również wysłano na ręce Dr. Villaina jako przewodniczącego komitetu organizacyjnego pismo z żądaniem podniesienia liczby prezesów honorowych, zaproponowanych w liczbie 5-ciu w Polsce do liczby 10-ciu, a mianowicie:

Sekcja I. (Anatomja, fizjologia, histologia, embrjologia) Prof. Dr. Wincenty Lepkowski, Kraków.

Sekcja III. Dentystyczna patologia i terapia, zastępca profesora Dr. Eugenjusz Mancewicz, Wilno.

Sekcja V. Dentystyka zachowawcza Prof. Dr. Hilary Wilga, Warszawa.

Sekcja VII. Roentgenologia i terapia fizykalna Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

Sekcja IX. Dostawki częściowe, korony i mostki Dr. Leopold Brenneisen, Warszawa.

Sekcja X. Chirurgja jamy ustnej, ekstrakcje, znieczulenie, zastępca profesora Józef Jarzab, Poznań.

Sekcja XI. Ortopedja zębów i szczęk zastępca profesora Dr. Marjan Zeńczak, Warszawa.

Sekcja XII. Chirurgja, protetyka szczękowa i twarzowa Prof. Dr. Alfred Meissner, Warszawa.

Sekcja XV. Nauczanie dentystyki, Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

Sekcja XVI. Historia, ustawodawstwo, deontologia, prasa fachowa, literatura dentystyczna, Dr. Henryk Allerahand, Lwów.

Podobnie jak pośredniczyliśmy w wyrobieniu paszportów ulgowych dla członków, mających zamiar wzięcia udziału w zjazdach F. D. I. tak również pośredniczyliśmy w przesłaniu wkładek do skarbnika Dr. Hasselta w Hadze. Ogółem obejmuje protokół pisma od 195 do 353, czyli razem 258 numerów, przyczem pod tym samym numerem są rejestrowane i odpowiedzi.

Do punktu 9. porządku dziennego: Wniosek przewodniczącego do Wydziału Wykonawczego w Brukseli o powiększenie liczby delegatów na Polskę z jednego na trzech. Uzasadnienie: W Polsce jest około 3000 lekarzy dentystów przyczem mamy cztery rozmaite typy praktyków, z których każdy reprezentuje swoje interesy, pozatem około 200 stomatologów, którzy należą tak samo jak lekarze-dentyści do F. D. I. nie prowadzą u nas akcji przeciw lekarzom-dentystom, lecz starają się zarówno w kraju jak i zagranicą, by dysonanse zamilkły. Następnie wykształcenie w Polsce obejmuje 4 lata studjów dentystycznych w Państwowym Instytucie Dentystycznym, a we Lwowie, Krakowie, Poznaniu są pełne studia stomatologiczne.

Do punktu sprawozdania Komisyj uchwalono zwrócić się z prośbą do organizatorów Komisji P. K. N. — F. D. I. by Komisje te zaczęły energicznie funkcjonować i wydatniej pracować i by weszły w ściślejszy kontakt z dotychczasowymi Komisjami F. D. I. W szczególności:

A. Komisja Badań Naukowych: Kol. Kol. Meissner i Jarzab.

B. Komisja Deontologii: Kol. Cytkowski, Szafran.

C. Komisja Dokumentacyjna: Kol. Allerahand.

D. Komisja Higjeny: Kol. Brenneisen.

E. Komisja Nauczania: Kol. Cieszyński.

Komisje przygotowują swe sprawozdania na piśmie i oddają je po przeczytaniu Przewodniczącemu.

Następnie uchwalono remunerację dla sekretarki p. Orlickiej w kwocie 120 zł i 200 zł na wydatki dla Komisji. Na tem posiedzenie zamknięto.

Prof. Cieszyński

Przewodniczący

Dr. Allerahand

Sekretarz

Protokół posiedzenia Wydziału Wykonawczego Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. odbytego dnia 1. czerwca 1930. o godz. 10 w Warszawie przy ul. Brackiej 18, m. 30. w lokalu Towarzystwa Lekarzy Dentystów. Obecni: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Zeńczak, lekarz-dentysta Urbańska-Filipowiczowa.

1. Przewodniczący Prof. Cieszyński zagaja posiedzenie oświadczając, że posiedzenie niniejsze ma być przygotowaniem walnego zgromadzenia, mającego się odbyć tego samego dnia o godz. 11-tej. Wydział Wykonawczy jest organem na którym ciąży odpowiedzialność za wszystko co będzie zdziałane i dlatego winien wszechstronnie przygotować program i tok prac walnego zgromadzenia. Zastępca Przewodniczącego Prof. Lepkowska i z Krakowa usprawiedliwił telegraficznie swoją nieobecność, skarbnik Dr. Atlas usprawiedliwił również swoją nieobecność i odesłał akta kasowe na ręce skarbnika. Dr. Zeńczak prostuje pomyłkę, która zaszła w zaproszeniach, mianowicie według uchwały poprzedniego walnego zgromadzenia skarbnikiem został wybrany Dr. Atlas a zastępcą skarbnika Dr. Zeńczak z tem, że do jego czynności ma należeć ściąganie opłat od organizacji i osób przebywających stale w Warszawie.

2. Porządek dzienny zebrania Wydziału Wykonawczego obejmuje te same punkty co porządek dzienny walnego zgromadzenia z dodatkowym punktem: „Preliminarz budżetowy na r. 1930. Preliminarz ten ma obejmować fundusze na wysłanie delegata na Polskę do Brukseli w sierpniu 1930 na doroczne zebranie F. D. I. pozatem fundusze dla celów Komisji Higieny, tudzież remunerację dla sekretarki. Protokół pism wykazuje liczbę 353, wskazuje to na znaczne agendy sekretarjatu, przyczem należy uwzględnić, że przeważna ilość korespondencji prowadzona była w językach obcych, co naturalnie zwiększyło znacznie pracę sekretarjatu. We Lwowie ustalono kwotę 120 zł jako remunerację. Propozycja ta została jednomyślnie przyjęta.

3. Wniosek Przewodniczącego aby preliminować 200 zł na prace Komisji został jednomyślnie przyjęty. Na koszt wyjazdu delegata preliminuje się 165 \$ prócz tego na koszt prac komisyjnych 200 zł. co czyni 22 \$ czyli razem 187 \$. Związek lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem winien jest 72.50 \$; na zebranie przysłała pismo treści następującej: Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem Zarząd Główny, Warszawa, Wielka 17, m. 6a. Do Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. Warszawa, dnia 1/VI 1930. L. 281/30.

„Wobec wyjątkowo ciężkiej sytuacji finansowej w której znalazł się obecnie nasz Związek z racji nabycia lokalu, uprzejmie prosimy o sprolongowanie dla nas terminu wpłacenia należności członkowskiej do początku następnego roku. Z poważaniem Prezes A. Ujejski, Sekretarz Szawlewski.

Pismo to przyjęto do wiadomości i tem samem uznano wobec złożenia zobowiązania na piśmie Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem nadal za członka Towarzystwa.

4. Towarzystwo Stomatologiczne Warszawskie zgłosiło chęć uczestniczenia w Polskim Komitecie Narodowym F. D. I. przyczem ze względu na skromną liczbę członków Towarzystwa zadeklarowało jedynie kwotę 50 zł. Propozycja ta została przyjęta wraz z wysokością proponowanej wkładki.

5. Spisy członków wymagane statutem zostały przysłane przez wszystkie organizacje z wyjątkiem Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem. Postanowiono zwrócić się do tego Związku z prośbą o przysłanie spisu tudzież do innych związków z prośbą o przysłanie ewentualnych uzupełnień.

6. Na prace Komisji Higieny zostało wyasygnowane 100 zł z których ma zdać sprawozdanie rachunkowe organizator Sekcji Higieny Dr. Brennejsen. Wydatek ten został zaaprobowany.

7. W sprawie oznaczenia miejsca i czasu następnego walnego zgromadzenia P. K. N. przyjęto termin święto Piotra i Pawła w czerwcu 1931 r. we Lwowie ze względu na mający się w tym czasie odbyć V. Polski Zjazd Stomatologiczny we Lwowie. W razie potrzeby postanowiono ewentualnie zwołać zebranie w międzyczasie.

8. W sprawie punktu 9 porządku dziennego walnego zgromadzenia dotyczącego Zjazdu Dorocznego F. D. I. w Brukseli w sierpniu 1930 oświadcza Przewodniczący, że w roku 1929 do Utrechtu nie pojechał i pieniądze w ten sposób zaoszczędzone przyczyniły się do zrównoważenia bilansu P. K. N. Natomiast ma zamiar pojechać w r. b. na zebranie do Brukseli celem postawienia tam odpowiednich wniosków. Wnioski te mają dotyczyć przede wszystkim sprawy przyznania Polsce 3 delegatów w miejsce jednego. Pozatem ma się na zebraniu w Brukseli odbyć narada nad organizacją i przygotowaniem tudzież propagandą VIII. Międzynarodowego Kongresu Dentyścycznego, mającego się odbyć w Paryżu w r. 1931. W Kongresie tym weźmie według wszelkiego prawdopodobieństwa udział około 4000 uczestników (na kongresie poprzednim w r. 1926 w Filadelfji było 10.000 uczestników).

9. Postanowiono w miarę możliwości zachęcić organizacje nie należące dotychczas do P. K. N. do wstąpienia doń. Organizacją taką byłby przede wszystkim Związek Lekarzy-Dentystów Kas Chorych, który przez swoich delegatów (M e s z, R y t ł o w a) należy już do Centralnej Rady.

10. W Komisji Higieny postanowiono stworzyć oprócz już istniejących podkomisyj, podkomisję dentystyki społecznej.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prof. Cieszyński

Przewodniczący

Dr. Allerhand

Sekretarz

Polski Komitet Narodowy — F. D. I.

Protokół z Walnego Zgromadzenia odbytego dnia 1. czerwca 1930 r. o godzinie 11-tej przed południem w lokalu Towarzystwa Lekarzy Dentystów w Warszawie, ul. Bracka 18, m. 30.

Obecni: Przewodniczący Prof. Cieszyński (delegat na Polskę), Prof. Wilga, Prof. Meissner, Dr. Zeńczak, Dr. Cybulski, lekarz-dentysta Jarzab, Dr. Allerhand, Dr. Szafran (Lwów), lekarz-dentysta Stokowski, lekarz-dentysta Urbańska-Filipowiczowa, lekarz-dentysta Bloch, Dr. Cykowski, Dr. Zabilski, Dr. Brennejsen jako organizator Komisji Higieny.

Zagajenie: Przewodniczący zagaja zebranie i oświadcza, że przedmiotem obrad mają być sprawy obchodzące ogół kolegów wykonujących praktykę dentyścyczną, zarówno krajowe jak i zagraniczne. Sprawy te

łączą nas z zagranicą. Praca dotychczasowa nie idzie jeszcze niestety w tem tempie i w tych rozmiarach w jakich by iść powinna, lecz jest uzasadniona nadzieja, że rozwinie się ona w przyszłości, do czego przyczynić się będzie mógł jak najściślejszy kontakt Polskiego Komitetu Narodowego z centralną organizacją (F. D. I.), co niewątpliwie się stanie w wysokim stopniu za pośrednictwem mającego się odbyć w r. 1931 VIII. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego w Paryżu. Łączność dotychczasowa polegała przede wszystkim na utrzymaniu korespondencji zarówno z Wydziałem Wykonawczym F. D. I. jak z poszczególnymi Komisjami. Dotyczy to przede wszystkim dwóch bardzo ruchliwych Komisji F. D. I., a mianowicie Komisji Higieny i Komisji Dokumentacyjnej. Komisje P. K. N. mają za zadanie tę łączność z Komisjami F. D. I. nawiązaną w dalszym ciągu utrzymywać i prace odnośnych Komisji propagować w Polsce przy uwzględnieniu ewentualnie odrębnych stosunków krajowych.

1. Stwierdzenie przynależności Związków do P. K. N. w myśl § 25 i 30 statutu. Stwierdzono, że za wyjątkiem Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem wszystkie związki opłaciły wkładkę, wobec czego wszystkie są nadal członkami P. K. N. F. D. I. Związek Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem przysłał pismo odczytane już poprzednio na posiedzeniu Wydziału Wykonawczego, w którym wobec wyjątkowo ciężkiej sytuacji finansowej, prosi o sprolongowanie terminu wpłacenia należności do początku roku następnego. List ten przyjęto do wiadomości i uznano że Związek Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem pozostaje nadal członkiem P. K. N. F. D. I. z powodu złożenia pisemnego zobowiązania zapłacenia wkładek.

Wobec tego zwrócono się telefonicznie do delegatów Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem z prośbą o wzięcie udziału w zebraniu. Kolega Ujejski nie mógł temu wezwaniu zadość uczynić z powodu zebrania delegatów Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem, przybył natomiast jedynie kolega Bloch.

2. Odczytano protokoły z Walnego Zgromadzenia odbytego dnia 19. maja 1929 r. w Poznaniu, oraz z Nadzwyczajnego Zebrania odbytego we wrześniu 1929 r. w czasie zjazdu w Wilnie. Oba protokoły zostały po odczytaniu przyjęte i podpisane.

3. Sprawozdania. Dr. All er h a n d odczytuje sprawozdanie Prezydum, obejmujące czasokres od ostatniego walnego zgromadzenia do obecnego. Dr. Z e ń c z a k przedkłada sprawozdanie kasowe, a mianowicie saldo z r. 1929 wynosi 726.05 zł. Wpłaty 1.082.50 zł. razem 1.808.55 zł. rozchód 643.55 zł. pozostałość 1165.— zł.

Niezapłacone wkładki wynoszą 1072 zł. 40 groszy. — Sprawozdanie Komisji Szkontrującej składa kolega S t o k o w s k i. Komisja badała księgi kasowe i znalazła wszystko w porządku i zgodność gotówki ze stanem ksiąg. Przewodniczący oznajmia, że pożądanem jest, by wszyscy członkowie należący do F. D. I. płacili regularnie wkładki na ręce skarbnika Dra Van Hasselta w Haadze, gdyż na zebraniu corocznem odczytuje się nazwiska zalegających z opłatą. Wniosek: P. K. N. F. D. I. przystąpi jako członek korporatywny do F. D. I. z wkładką zniżoną. Jednomyslnie przyjęto. 19-tu członków opłacałoby po jednym dolarze, należałoby więc wstawić w budżet 19 \$; zostało przyjęte.

4. Przedłożenie spisu członków. Wszystkie związki nadesłały spisy z wyjątkiem Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem.

5. Ewentualne uzupełnienia Wydziału Wykonawczego nie miały miejsca.

6. Sprawozdania Komisji.

A) Komisja Deontologii (organizator kolega Cylkowski). Do zadań Komisji Deontologii będzie należało ułożenie kodeksu deontologii. Sprawę tę należy załatwić w drodze korespondencji. Kolega Stokowski rezygnuje z godności członka Komisji. W jego miejsce wybrano Dr. Meyera, Warszawa, Mokotowska 20. Pozatem postanowiono zwrócić się do Dra Zweigbama, bibliotekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Niecała 6) z prośbą o uprzyśtępnienie dokumentów, pod jego pieczęcią się znajdujących.

Komisje sprawią sobie pieczęcie z odpowiedniami napisami, tudzież poduszeczki, każda Komisja o innej barwie. Podkomisja historyczna. Kolega Jarzab ma utrzymywać kontakt z Prof. Wrzoskiem w Poznaniu i Prof. Szumowskim w Krakowie. Ewentualnie będzie można przenieść Podkomisję Historyczną do Komisji Badań Naukowych, lub do Komisji Higjeny. Pozatem postanowiono zakooptować na wniosek Dra Brennejsena, Prof. Giedroycia z Warszawy. Dr. Brennejsen wspomina przytem, że we wstępie do swego podręcznika Techniki Dentystycznej uczynił wzmiankę o chirurgu wileńskim Szymkiewiczu, który około r. 1808 tłumaczył dzieła chirurgiczne z języka francuskiego na język polski i napisał rozprawkę o dentystach. Do zadań Podkomisji Historycznej należałoby również założenie archiwum ciekawych dokumentów dentystycznych, tudzież zbioru starych narzędzi. Należałoby w tej sprawie wydać odpowiednią odezwę a przechowaniem archiwum zająłby się kolega Jarzab. Dr. Szafran wspomina o Prof. Birkenmeierze z Krakowa, historyku matematyki i fizyki, który w pracach swych wspomina o dentystyce również. Należałoby się zwrócić do syna jego Władysława. Prof. Cieszyński wspomina o Dr. Biegeleisenie, który zajmuje się folklorem i mógłby się przyczynić swoją pracą do zbiorów Podkomisji Historycznej. Należy zbierać sztychy, obrazki humorystyczne, obrazy św. Apolonji i t. d. Z tego możnaby zrobić małe wydawnictwo któreby mogło wyjść nakładem ewentualnie albo Kasy Mianowskiego, albo Towarzystwa Krajoznawczego.

Dr. Szafran wnosi by sprawą gromadzenia tych dokumentów zajęły się związki w Warszawie przebywające, Dr. Allerhand wnosi, by zwrócić się o pomoc do Minist. W. R. i O. P.

W sprawie Podkomisji Almanachowej przypomina kolega Cylkowski, że Ministerstwo wydało wykaz lekarzy-dentystów, który za opłatą 6.— zł można nabyć. Dr. Allerhand zwraca uwagę, że prowadzenie ewidencji osób wykonujących praktykę należy do władz, a więc należałoby zwrócić się w tej sprawie do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i do Województw. Kolega Bloch czyni uwagę, że możnaby zwrócić się do Województw za ewentualną opłatą. Koszta na ten cel wyłożone mogłyby się później wrócić, gdyż almanach taki możnaby po wyjściu z druku sprzedawać firmom handlowym, zwłaszcza zagranicznym, które się takich wykazów domagają. Almanach musiałby zawierać dokładne dane personalne,

między innymi rok urodzenia, datę otrzymania dyplomu uprawniającego do wykonywania praktyki, miejsce zamieszkania i t. d. Do Komisji Almannachowej wybrano kolegę Allera dla Małopolski, kolegę Blocha dla Kongresówki, kolegę Cyłkowskiego dla Wielkopolski i kolegę Zabilskiego dla Śląska.

B. Imieniem Komisji Nauczania składa sprawozdanie Prof. Cieszyński i oświadcza, że związek docentów wypowiedział się za tem, by studja lekarsko-dentystyczne trwały tak długo, jak studja lekarskie, to znaczy 5, $5\frac{1}{4}$ a nawet $5\frac{1}{2}$ lat. Nie ulega wątpliwości, że Państwowy Instytut Dentystyczny w tej formie w jakiej dzisiaj istnieje i przy obecnej organizacji studjów, ma jeszcze liczne niedomagania. Olbrzymia przewaga niewiast studjujących dentystykę tłumaczy się tem, że Państwowy Instytut Dentystyczny nie posiada jeszcze tej pełni praw jaka przysługuje uczelniom akademickim. Gdy Państwowy Instytut Dentystyczny tę pełnię praw posiadzie stosunki niewątpliwie się zmienią, gdyż wtedy młodzież męska z pewnością z większym zapałem będzie się garnęła do studjów dentystycznych, co niewątpliwie przyczyni się do należytego ustosunkowania stosunku procentowego mężczyzn i kobiet wśród młodzieży studjującej w P. I. D. Bliższe szczegóły dotyczące organizacji przeprowadzonej na wzór uczelni akademickiej jednowydziałowej, zawarte są w memorjale wniesionym przez ogół studentów P. I. D. w lutym 1929. do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Od czasu założenia Państwowego Instytutu Dentystycznego zaszły w Min. W. R. i O. P. kilkakrotnie zmiany personalne na stanowiskach kierowniczych, wskutek czego przedstawicielom Min. W. R. i O. P. nie jest znana geneza powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego. 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 przyszłoby do tak fatalnego potraktowania nas, ludzi z akademickim wykształceniem przez ustawę dentystyczną z r. 1927, która zrównała prawie że zupełnie lekarzy specjalistów z partaczami bez żadnego wykształcenia akademickiego. Dnia 10 marca 1930 zastanawiał się Związek Docentów Dentystyki i Stomatologii nad krokami, które w przyszłości podjąć należy; o ile Min. 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 Min. postanowiono narazie zająć stanowisko wyczekujące. Absolwentom Państwowego I. D. należy dać prawo doktorowania się z dentystyki. Studja stomatologiczne powinny się odbywać w uniwersytetach, wewnętrzna organizacja jednak powinna być autonomiczna na wzór wydziałów uniwersyteckich. Studja stomatologiczne powinny być zaprowadzone w uniwersytecie warszawskim i 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 jedynie do nauczania stomatologii w zakresie potrzebnym lekarzowi praktycznemu, do pracy naukowej, do wyszkolenia praktycznego absolwentów studjów stomatologicznych w Warszawie i we Lwowie, którzyby mogli również w Kra-

kowe, Poznaniu i Wilnie odbywać praktykę szpitalną tak samo jak przy katedrze stomatologicznej w Warszawie i Lwowie i opracowywać w tymże czasie rozprawę doktorską.

W P. I. D. idzie obecnie 40% energii i urzędzeń na marne. Liczbe kobiet powinno się na przyszłość ustalić na jakie 20—30% (w wydziałach lekarskich uniwersytetu procent kobiet wynosi 15, jak np. we Lwowie). Co do doktoratów wydziały lekarskie wydały opinie przeciwne, przeciw czemu zostało założone votum separatum. Realizacja doktoratów dentystycznych zależy od nadania pełni praw akademickich P. I. D. Tysiąc absolwentów tego Instytutu popiera tę akcję. Niestety pojawiły się głosy przeciwe i tak ukazał się w Kronice Dentystycznej artykuł Janiszewskiego, zwalczający tę akcję. Obecnie dąży się do przemiany Instytutu Dentystycznego na Instytut Stomatologiczny. Plany pod budowę nowego gmachu są już w robocie.

Dr. Brennejsen jest zdania, że wobec tego nie powinno się umieszczać artykułów w Kronice Dentystycznej, skoro zamieszcza tego rodzaju napaści, jak artykuł Janiszewskiego.

Prof. Meissner zauważa, że i inne pisma fachowe nie są wolne od napaści i tak w Przeglądzie Dentystycznym ukazały się w swoim czasie artykuły, które zrażały i uniemożliwiały pracę. Nie krytykujmy i nie rzucajmy winy na jedno pismo. „Wiadomości Związkowe“ są redagowane poniżej wszelkiej krytyki, natomiast Kronika Dentystyczna ma nawet pewne zasługi wobec dentystyki polskiej jako pierwsze fachowe pismo dentystyczne na ziemiach polskich.

Dr. Szafrań: olbrzymi odłam lekarzy-dentystów w Polsce podziela zdanie przeciwne doktoratom z dentystyki. Inne kraje poszły daleko w tym kierunku i tak Rumunja żąda specjalizacji od lekarzy-dentystów, podobnie Czechosłowacja, Jugosławia, Węgry. Projekt przytoczony przez referenta nie jest niczem innym jak niewolniczym naśladownictwem stosunków niemieckich, gdzie podniesiono długość studjów dentystycznych bez odpowiedniego rozszerzenia go i bez pogłębienia niezbędnego przygotowania ogólnolekarskiego do czterech lat z trzech, a obecnie zauważa się tendencja do podniesienia liczby lat studjów do pięciu.

Dr. Cybulski stwierdza, że artykuł Janiszewskiego został przedrukowany z pisma codziennego. Winą jest redakcji Kroniki Dentystycznej, że nie zaopatrzyła tego artykułu żadnym komentarzem, lecz przedrukowała go żywcem.

Lek. Dent. Bloch: stosunek P. I. D. do zawodu dentystycznego nie jest szczerzy, P. I. D. nie liczy się z rzeczywistymi potrzebami zawodu dentystycznego, przez swoją „samowystarczalność“ stwarza obok Kas Chorych groźną konkurencję, 60 asystentek pracuje popołudniu. Jako redaktor „Wiadomości Dentystycznych“ musi odeprzeć zarzuty pismu temu czynione, przeciwnie stara się prowadzić to pismo jak najuczciwiej według zasad prawdziwej koleżeńskości.

Dr. Allerahand czyni wniosek, by celem zapobieżenia podobnym nieporozumieniom, jak te, o których była mowa we właśnie zakończonej dyskusji, stworzyć w łonie P. K. N. Komisję Prasową na wzór Komisji Prasowej F. D. I. Wniosek przyjęto.

C. Sprawozdanie Komisji Higieny składa Dr. Brennejsen. Sprawozdanie z czynności Komisji Higieny za czas od dn. 14 lutego do dn. 31 maja 1930 r.

W dn. 5. II. 1930 r. objąłem na mocy pisma p. Przewodniczącego Komisji Wykonawczej przewodnictwo w Komisji Higieny.

14. II. otrzymałem od p. prof. Wilgi 7 listów i paczkę wydawnictw F. D. I.

15. II. wysłałem do Brukseli pismo z wyjaśnieniem przyczyn nieobecności przedstawiciela Kom. Hig. na Zjeździe.

16. II. Zawiadomiono o powyższem Kom. Nar. we Lwowie.

18. II. Pierwsze posiedzenie Kom. Hig., na którem postanowiono 1. wydrukować w Przegl. Dent. Odezwę Zjazdu w Utrechcie wraz z wnioskiem Nr. II, 2. Zapytać Przewodniczącego Kom. Wykon.: a) Jakim statutem Kom. Hig. w Państwie Polskiem się rządzi i b) Skąd czerpie fundusze. 3. Rozesłać do wszystkich lekarzy szkolnych odbitki drukowanego w Przegl. Dent. wykładu p. t.: „Zadania lekarza szkolnego w dziedzinie stomatologii“. Odpowiednią ilość odbitek na cel ten zadeklarował autor. Rozesłało Min Oświaty za łaskawem pośrednictwem Dra St. Kopczyńskiego.

27. II. odbyło się drugie posiedzenie Kom. Hig. Postanowiono wydrukować pismo Dra Watry w Przegl. Dent. oraz zastanawiano się nad sposobami propagandy higieny. W marcu nadesłano ze Lwowa na wydatki bieżące złotych 100.—. Z tej sumy wydatkowano na listy 3 zł 10 gr. W kasie obecnie się znajduje 96 zł 90 gr.

W maju po otrzymaniu odpowiedniej ilości odbitek statutu wystąpiono do Min. Spraw Wewnętrznych o jego zatwierdzenie.

26. V. z otrzymanego zaproszenia na Zgromadzenie dowiedziałem się, że w dn. 1. VI. mam składać sprawozdanie. Aczkolwiek się domyślałem, że chodzi tu o rok ubiegły, ponieważ jednak zostało wymienione moje nazwisko, postanowiłem złożyć sprawozdanie z czynności dokonanych w czasie od 14. II. do 31. V.

Tegoż dnia, t. j. 26. V. otrzymałem od P. Prof. Wilgi drugą serję dokumentów: mianowicie sprawozdanie roczne 1928—1929 z działalności Kom. Hig. F. D. I., program Kom. Hig. na Zjeździe w Utrechcie 1929, sprawozdanie roczne skarbnika za 1929, protokół posiedzenia Kom. Hig. na Zjeździe w Utrechcie 5 — 10 sierp. 1929 oraz program pracy Kom. Hig., z którego się dowiedziałem, że mają istnieć 3 podkomisje, których wcale jeszcze nie mamy: zorganizuje się je w czasie najbliższym.

Staraniem Kom. Hig. rozpoczął się druk w „Orędowniku Zdrowia“ szeregu artykułów z dziedziny higieny i profilaktyki dentystycznej.

Poza tem czynione są zabiegi o wprowadzenie w Kasach Chorych w dziale dentystycznym zasad medycyny zapobiegawczej.

Dr. Brennejsen

D. Sprawozdanie Komisji Badań Naukowych. Kol. Jarzab starał się o nawiązanie kontaktu w Wilnie w czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, lecz to było trudno. W Poznaniu będzie miał osoby czynne w tej Komisji. Tematy, nad którymi ma zamiar pracować w czasie najbliższym są następujące: Ergosteryna i wpływ jej na uzębienie (praca eksperymentalna). Wady wrodzone szczęk w odniesieniu do sposobu odży-

wiania. Te tematy przeznaczone są do wygłoszenia podczas zjazdu lwowskiego. Poza tem opracowuje się tematy następujące: 1. Wpływ środka „Vitavit“ Klawego i innych pokrewnych środków na stan uzębienia matek, dzieci i dorosłych. Prócz tego zbiera się materiał kliniczny i bakterjologiczny w odniesieniu do innych preparatów krajowych, które dane firmy wytwórcze oddały do dyspozycji.

Prof. Meissner: twierdzi, że badania naukowe są w Polsce utrudnione z powodu braku pracowni. Instytut Państwowy nie może dać należytej pomocy w tym względzie, gdyż pracownie nie są należycie urządzone.

Prof. Cieszyński: radzi, by brać udział w ankietach międzynarodowych urządzanych w kwestjach naukowych. Ostatnio Prof. Pałazzi z Pawji nadesłał na ręce Prof. Cieszyńskiego obszerny kwestjonariusz w sprawie oral sepsis. Zadaniem Komisji Badań Naukowych jest tworzenie kontaktu pomiędzy pojedynczymi badaczami tudzież ułatwianie nie tylko porozumienia lecz także ułatwianie pracy samej przez pośredniczenie w wystaraniu się o odnośną literaturę naukową.

Kol. Bloch: zastrzega się przeciw krytyce „Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem“, a w szczególności przeciw zwrotowi użytemu przez Prof. Meissnera: „...koła lekarsko-dentystyczne odnoszą się wrogo do badań klinicznych“.

E. Dr. Allerhand jako organizator Komisji Dokumentacyjnej składa sprawozdanie z czynności organizatorskich dotychczas przeprowadzonych. Praca organizacyjna polegała głównie na kontakcie z Komisją Dokumentacyjną F. D. I. (przew. Dr. Huët, Bruksela) i tłumaczeniu not stamtąd otrzymywanych. Noty te miały na celu organizację Międzynarodowego Ośrodka dokumentacyjnego i Okręgowych Ośrodków Dokumentacyjnych. Również została już zorganizowana głównie dzięki usiłowaniom Dra Huët „Międzynarodowa Fundacja Dokumentacyjna“ jako organizacja nieobliczona na zysk, która ma scentralizować całą dokumentację dentystyczną w swem ręku. Szczegóły organizacyjne tej instytucji omówione będą na tegorocznym zjeździe F. D. I. w Brukseli i poszczególne kraje zgłoszą tam swój akces do niej. Większe biblioteki w kraju, jak na przykład biblioteki instytutów i klinik zgłoszone będą jako okręgowe ośrodki dokumentacyjne, poczem będą miały prawo i obowiązek uczestniczenia w międzynarodowej wymianie dokumentów. Wszystkie noty i statuty tudzież regulaminy, przysłane przez Komisję Dokumentacyjną F. D. I., zostały przez mówcę przetłumaczone na język polski i bywają stale drukowane w „Polskiej Stomatologii“, jako organie F. D. I.

Do punktu 9. porządku dziennego: Prof. Cieszyński jako delegat do F. D. I. na Polskę pojedzie w sierpniu na zjazd w Brukseli i przedłoży tam odpowiednie wnioski. Wnioski te będą dotyczyły: 1. powiększenia liczby przyznanych Polsce delegatów z jednego do trzech. 2. propagandy VIII. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego mającego się odbyć w sierpniu w Paryżu, 3. inne wnioski.

Do punktu 10.: Uchwalono jednomyślnie budżet w tych samych ramach co w roku ubiegłym. Poza tem uchwalono pozycje następujące:

1) 120 zł uchwalono tytułem remuneracji dla sekretarki p. Orlickiej.

2) 200 zł. uchwalono jako zasiłek dla Komisji P. K. N. na rozwinięcie intensywniejszej działalności.

Do punktu 11. Uchwalono jednomyślnie przyjąć do P. K. N. „Towarzystwo Stomatologiczne w Warszawie“ z wkładką zniżoną do 50 zł. z powodu nader niewielkiej liczby członków Towarzystwa w myśl listu nadesłanego przez Towarzystwo Stomatologiczne. Postanowiono również starać się, by również „Związek Lekarzy-dentystów Kasy Chorych“ do P. K. N. przystąpił.

Do punktu 13:

Dr. Szafran wnosi desideratum, aby na przyszłość celem sprawniejszego funkcjonowania obrad eliminować ex praesidio wszelkie sprawy osobiste z dyskusji.

Prof. Meissner zwraca uwagę, że każdy kto pisze coś w pismach fachowych, ponosi też konsekwencje tego i jest za swoje słowa równie jak i czyny odpowiedzialny.

Prof. Cieszyński prostuje twierdzenie kol. Szafrana w tym sensie, że brak odpowiedzi na zaczepkę w jakimkolwiek artykule nie należy tłumaczyć według zasady „Qui tacet consentire videtur“ tylko w ten sposób, że prowokacja nie zasługuje na odpowiedź.

Kol. Cylkowski wnosi, aby sprecyzować dokładnie pojęcie: „choroby jamy ustnej“ w myśl brzmienia Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10. czerwca 1927 r. celem uniemożliwienia technikom dentystycznym przekraczania ustawy.

Prof. Cieszyński zaznacza, że stanie się to na terenie międzynarodowym i jest to przedewszystkiem zadaniem docentów. Dotyczący ustęp powinien właściwie brzmieć: „...z wyjątkiem leczenia chorób miążgi i ozębnej“.

Kol. Zabłski radzi donosić do Władz o każdym przekroczeniu uprawnień przez techników dentystycznych.

Prof. Wilga wraca uwagę, że powinien istnieć organ kompetentny do ustalania istoty takich przekroczeń. Powinno się sporządzić kwestionariusz, w którym dana sprawa byłaby dokładnie sprecyzowana. Sprawą tą powinien się zająć Związek Docentów i ustalić punkty wytyczne. Przekroczenia odnośne powinno się karać aresztem.

Na tem zebranie zamknięto, oznaczając jako czas i miejsce przyszłego zebrania Lwów w czasie Piątego Polskiego Zjazdu Stomatologicznego (VI. 1931).

Dr. Allerhand

Prof. Cieszyński

Komisja Prasowa F.D.I. Komunikat 3.

A. Komisja dla badań naukowych w F.D.I. (przewodniczący: Dr. B. Gottlieb).

Na kongresach międzynarodowych, które w specjalności naszej co 5 lat się odbywają ogłasza się najnowsze zdobycze na polu stomatologii. Uczestnicy w zasadzie dowiadują się co mają do powiedzenia wszyscy koledzy, zajmujący się postępowaniem na każdym polu. Kongres jest osobistym łącznikiem międzynarodowym badacza i praktyka. Przy tej sposobności przychodzi do osobistego kontaktu między poszczególnymi badaczami.

Ta sposobność nadarżająca się co 5 lat, służąca obu celom, okazuje się jednak niedostateczna, zwłaszcza dla ostatniego celu. Grupy przedstawicieli poszczególnych krajów powinny o wiele częściej się stykać.

Jakkolwiek literatura służy jako łącznik pisemny, a działy referatowe wszystkich czasopism usiłują w rozmaitych językach omówić wszystkie zakresy, nie stanowią jednak wyczerpującego łącznika między kierunkami badań poszczególnych krajów. Krótkie osobiste wypowiedzenie się w ścisłym gronie często bardziej wyjaśnia kierunki zainteresowań i pracy poszczególnych autorów niż długotrwałe studjowanie danych prac. Taką coroczną możliwością porozumiewania się zwłaszcza między badaczami daje nam u k o w a Komisja F. D. I. przyczem nie kładzie się żadnych ograniczeń. Te naukowe posiedzenia Komisji dostępne są dla każdego stomatologa.

Na tych dorocznych zebraniach składają autorowie krótkie sprawozdania prac oryginalnych swoich, lub swego najbliższego otoczenia, o których informują się z pierwszego źródła. Te międzynarodowe zebrania w ścisłym gronie pozwalają zapoznać się bezpośrednio z „Original-Unterlagen“ (preparaty i t. p.). — Utrzymywana w ten sposób łączność między badaczami poszczególnych krajów w czasie od jednego kongresu do drugiego sprawia, że sprawozdanie przeznaczone na kongresy dzięki bezpośredniemu porozumieniu się „pionierów nauki“ rozmaitych krajów przychodzi na kongres wyjaśnione i oszlifowane.

Pominąwszy te stałe zadania naukowej Komisji F. D. I., wyłaniają się od czasu do czasu problemy, mogące poruszyć cały dział.

Jak przykład ogniskowego zakażenia wskazuje, mogą to być kwestje, poruszające najważniejsze nerwy życiowe dyscypliny. Odnośnie do takich przypadków jest bardzo korzystne istnienie stałego naukowego urzędzenia, do którego należą przedstawiciele wszystkich krajów. Daje to sposobność roztrząsania kwestyj nie tylko na forum międzynarodowym, lecz też naradzania się i stawiania wniosków oraz wprowadzenia jednolitego postępowania we wszystkich krajach.

B. Komisja dokumentacyjna (Statystyka i piśmiennictwo). Przewodniczący Komisji: Dr. Emil. Huet.

Komisja dla piśmiennictwa i statystyki (Komisja dokumentacyjna), powstała w Berlinie w r. 1909. Od tego czasu stale pracowała nad wytworzeniem i utrzymaniem łączności między autorami i czytelnikami. Postępuje wedle metodycznego planu zbierając wszystkie książki, dysertacje, odbitki, wogóle wszystkie pisma, katalogi i umożliwia ich używanie.

Wedle wskazówek Komisji dla piśmiennictwa i statystyki postępuje już szereg dentystycznych czasopism fachowych.

Na ostatniem posiedzeniu zajmowała się Komisja organizacją archiwów F. D. I. Rozszerzyła swój zakres działania na zbieranie wartościowych pism.

Wreszcie ustanowiła Komisja międzynarodowy ośrodek bibliograficzny dla stomatologii. Dla zapewnienia temu ośrodkowi prawnej obrony i bytu ustanowiono Fondation Documentaire Dentaire pod opieką F. D. I. — Wszystkie środki pomocnicze F. D. I. oddano do dyspozycji celem powiększenia tych zbiorów. Centrum dla światowej literatury dentystycznej mieści się w Brukseli Palais Mondial.

C. VIII. Międzynarodowy kongres w Paryżu odbędzie się z początkiem sierpnia 1931 r. — Przygotowania są już w pełnym toku. Dalsze informacje nastąpią też w tem miejscu. Zgłoszenia należy skierowywać do Sekretariatu 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris 9e.

Program XXIV. dorocznego kongresu F. D. I. w Brukseli od 10-go do 16-go sierpnia 1930 r. w hotelu „Residence Palace“ Rue de la Loi 155.

Niedziela 10. sierpnia godz. 11. Zebranie ogólne F. D. I. (korespondencja — sprawozdania); — godz. 15. pochód historyczny „L'Ommegang“; — godz. 17. Posiedzenie komitetu wykonawczego (Sprawa biuletynu FDI., Fondation documentaire, przyjęcia i wystąpienia członków; Pierre Fauchard — memoriał; — przygotowanie budżetu).

Godz. 21. Przyjęcie w hotelu Residence Palace przez belgijskich członków organizacyjnych.

Poniedziałek 11. sierpnia godz. 9. Zamknięcie kongresu higieny jamy ustnej w „Palais des Académies“. Wykład G. Villaine. — godz. 10. Uroczyste otwarcie kongresu FDI. pod honorowem przewodnictwem księcia Brabantu. — Godz. 14. Otwarcie wystawy dentystycznej; 15. godz. Posiedzenie wydz. wykonawczego. — Godz. 15. Posiedzenie komisji. — Godz. 17. Przyjęcie w ratuszu przez radę miejską.

Wtorek 12. sierpnia, godz. 9. i 14. Posiedzenia komisji. — Godz. 17. Wycieczka autobusami do Doliny rzeki Maas i do Namur.

Środa 13. sierpnia, godz. 9. i 14. Posiedzenia komisji. — Godz. 16. Zwiedzenie historycznej wystawy z okazji 100-letniego jubileuszu w „Palais d'Egmont“.

Czwartek 14. sierpnia, godz. 9. i 14. Posiedzenia komisji. — Godz. 12. bankiet F. D. I.

Piątek 15. sierpnia godz. 10. Doręczenie sprawozdań i wniosków wydziałowi wykonawczemu. — Godz. 14. Posiedzenie wydz. wykonawczego (budżet — sprawozdania komisji — dyskusja — wnioski i rezolucje — sprawozdanie co do robót przygotowawczych, odnoszących się do 8. międzynarodowego kongresu w Paryżu).

Sobota 16. sierpnia, godz. 9. Wyjazd koleją z Antwerpii. Zwiedzenie portu handlowego, przyjęcie w ratuszu przez radę miejską. Godz. 12. obiad; — godz. 14. Zwiedzenie wystawy kolonialnej.

Program szczegółowy komisji:

I. Kom. dokumentacji. 1) Sprawozdanie, 2) wewnętrzna organizacja centr krajowych, 3) katalogowanie, 4) klasyfikacja, 5) indeks biblioteczny, 6) zużytkowanie prac komisji.

II. Kom. Czerwonego Krzyża. 1) Sprawozdanie sekretarza, 2) uzyskane wyniki w „Lidze Narodów“ i „Międzynarodowym biurze pracy“, 3) rezolucje na podstawie pertraktacji z międzynarodową komisją Czerwonego Krzyża, 4) sprawozdanie w sprawie ubezpieczeń społecznych, 5) sprawozdanie w sprawie ubezpieczeń zawodowych, 6) skauting i prace społeczne, 7) pogląd na współpracę z belgijskim Czerwonym krzyżem, 8) plan pracy na rok przyszły; nominacja delegatów narodowych, 9) współdziałanie towarzystw Czerwonego Krzyża z wystawą kongresową, 10) nominacja członków.

III. Kom. terminologii. 1) Sprawozdanie przewodniczącego.

IV. Kom. Prasowa. 1) Sprawozdanie — wnioski co do rozszerzenia komunikatów prasowych.

V. *Kom. Nauczania.* 1) Pogląd na metody nauczania poszczególnych gałęzi dentystryki i polecenie ich stosowania (G. Guy).

VI. *Kom. Badań Naukowych.* 1) Dyskusja nad statutem tejże komisji, 2) wybór osobnego komitetu celem rozszerzenia organizacji konkursowej w sprawie leczenia przewodów. Prace mają być przedłożone międzynarodowemu kongresowi.

VII. *Kom. Armja i marynarka.* (Sprawozdanie przewodniczącego).

VIII. *Kom. Ustawodawstwa.* 1) Zmiany statutu, 2) ostateczne sformułowanie statutu z uwzględnieniem uchwał z r. 1927 — 1930, 3) sprawa ubezpieczenia społecznego i kas chorych wspólnie z komisją Czerwonego Krzyża. 4) Opieka dentystryczna (wspólnie z Kom. Higjeny).

IX. *Kom. Higjeny.* Uchwała komisji higjeny zakomunikowana Lidze narodów; sprawozdanie wydziału wykonawcz. z posiedzenia w dniu 15. i 16. lutego w Brukseli; sprawozdanie sekretarza i skarbnika; komunikaty prac higjeny; fundacja Jessena; pismo pouczające dla matek; pismo pouczające w sprawie parodontoz; międzynarodowy kongres 1931; wystawa w Paryżu higjeny jamy ustnej; uchwały na rok 1931; stan obecny zagadnienia szczoteczki do zębów; sprawozdania podkomisji opieki dentystrycznej dzieci, ludności i międzynarodowego instytutu higjeny.

Hotele. Główna centrala: „Residence-Palace“, 155, rue de la Loi, inne hotele: „Metropole“ i „Alberta I“. — Cena pokoi bez łazienki w powyższych hotelach od 60 — 65 franków za 1 osobę, od 75 — 150 fr. za 2 osoby; z łazienką 20 — 25% drożej, śniadanie 7,50 — 10 franków, usługa 5 — 15%, podatek 5%.

Zjazdy naukowe.

Kalendarz Zjazdowy.

1930.

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. 162.
Od kwietnia do listopada: Liège. Międzynarodowa Wystawa Przemysłowa.

Koniec lipca. Liège. Kongres i wystawa międzynarodowa higjeny.

10—16 sierpnia: Bruksela. Doroczne zebranie F. D. I.

6—7 września. Inowrocław. Kongres zwalczania reumatyzmu.

14—18 września. Liège. V. Kongres Międzynarodowy fizjoterapii, radiologii i balneologii, (zgłoszono 34 referaty i 123 komunikaty), wkładka 150 fr. belg. — Sekretariat Liège, 25 rue Louvre.

18—21 września. Liège. Liga Międzynarodowa walki z reumatyzmem.

15—21 września. Wenecja. Włoski Zjazd Stomatol. pod protektoratem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego A. S. I. (zob. str. 149. w nr. 3 1930).

22—28 września. Rzym. Międzyn. Zjazd. Historyków Medycyny.

4—8 października. Split. Wszechsłowiański kongres lekarski.

1931.

26—29. czerwca: Lwów. 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.

I. Kongres Międzynarodowy Radiologiczno-dentystyczny, ma się odbyć w Paryżu 1931 r. z okazji V. Międzynarodowego Zjazdu Radiologicznego.

W Komitecie prowizorycznym reprezentuje Francję Prof. Barail, dyrektor redakcji pisma „La Revue Dentaire d'Electrologie. Stany Zjednoczone Ameryki dr. A s g i s z Nowego Yorku. Komitet organizacyjny zwrócił się do Prof. C i e s z y ń s k i e g o z prośbą o reprezentację Polski na tymże Kongresie i objęcie referatu.

Zjazd stomatologiczny w Wenecji.

Komunikat 3.

Informacje dotyczące XIX. kongresu stomatologicznego włoskiego odbywającego się pod protektoratem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego A. S. I. od 15. do 21. września 1930. w Wenecji.

Według pisma przewodniczącego Komitetu organizacyjnego XIX. kongresu stomatologicznego włoskiego, Prof. Dr. U. Saraval (Venezia S. Marco 306) z dn. 5. VI. 1930, uczestnicy kongresu jako też i członkowie rodzin mają 50% zniżkę kolejową na wszystkich kolejach włoskich od granicy do Wenecji i z powrotem. W tymże celu należy zgłosić do 24. czerwca 1930 imienny wykaz zamierzających z tych ulg korzystać z *planem podróży*, t. j. z podaniem miejscowości wjazdu do Włoch i wyjazdu z kraju (za pośrednictwem Polskiej Sekcji A. S. I. Prof. Cieszyński, Zielona 5 a).

Pensjonaty i hotele. Pobyt w Grand Hotel des Bains na Lido (gdzie się kongres odbywa a położonym około $\frac{1}{2}$ godziny od Wenecji) wynosi dla członków kongresu i ich rodzin 85 lirów włoskich wraz z taksą i usługą (100 lirów = 48 złotych). Tańsze hotele są:

Hungaria Palace Hotel — Lido — wraz z pensjonatem	od 45	lirów	włosk.
Corno d'oro Hotel	„	„	35 „ „
Hotel Bonvecciaty-Wenecja	„	„	40 „ „
„ Panada	„	„	30 „ „

Z Wenecji San Marco kursują co $\frac{1}{2}$ godziny parowce na Lido.

Miejsce w hotelu należy sobie zapewnić jaknajwcześniej (pisać można w języku niemieckim, francuskim lub włoskim) zaznaczając, że bierze się udział w kongresie stomatologów włoskich.

Dojazd koleją i zakupno biletów. Agencja Cooka w różnych miastach Europy otrzymała polecenie organizowania grup z przynajmniej 20 osób, przyczem wliczono także członków rodziny, biorących udział w kongresie, celem uzyskania również dla osób towarzyszących zniżek kolejowych wynoszących 20—25% na kolejach Francji i innych państwach Europy.

Program naukowy jako szczegółowy urzędzeń zjazdowych ogłoszony zostanie osobno po nadejściu informacji.

Podczas kongresu odbywa się również w Wenecji wystawa międzynarodowa sztuk pięknych oraz odbędą się międzynarodowe zawody łódek motorowych.

Komunikat 4.

Według informacji uzyskanych od agencji Cooka we Lwowie koszty biletów licząc taryfę normalną bez zniżki wynoszą:

I. Przejazd przez Polskę za bilet II kl.
pociągiem pośpiesznym

Lwów—Petrowice	52·50 zł.
Kraków—Petrowice	18·30 „
Warszawa—Petrowice	46·20 „
Poznań—Petrowice	49·20 „

II. Dojazd do Wenecji

Petrowice Wiedeń—Tarvisio (granica włoska)	113·45 zł.
Tarvisio—Wenecja	

III. Podróż po Włoszech

Venezia—Firenze	}	133·25 zł.
Firenze—Livorno		
Livorno—Roma	}	49·60 „
Roma—Livorno		
Livorno—Genova (statkiem)		28·80 „
Genova—Milano	}	62·10 „
Milano—Verona		
Verona—Venezia		

Paszporty i wizy

Paszport normalny polski	100— zł.
Paszport naukowy ulgowy	20— „
Wiza czeska tam i z powrotem	5·30 „
Wiza austriacka tam i z powrotem	4·60 „
Wiza włoska pobytowa	18— „

Wiza jugosłowiańska pobytowa	1·60 „
Wiza węgierska po- bytowa	4·60 „
dla tych, którzy biorą udział także w zjeździe w Split.	

Uzyskanie wiz załatwia także agencja Cooka.

Na kolejach włoskich udzielane będą także zniżki 50% o ile przekroczy tura znaczniejszą ilość km.

Ogólne koszty biletu bez uwzględnienia zniżki

1. Petrowice—Tarvisio—Venezia i z powrotem przez Wiedeń wynosi przez Austrię i przez Włochy 303·10 zł.

Dla przykładu podajemy koszty biletu przy podróży po Włoszech:

2. Venezia—Ravenna—Rimini—Bologna—Firenze—Verona—Venezia 126·47 zł.
3. Venezia—Bologna—Firenze—Livorno statkiem do Genowy, potem koleją (II kl.) Genova—Milano—Verona—Venezia . . . 248·70 „
4. Venezia—Roma via Ancona 84·15 zł. i okrętem Ancona—Zara około 120 lir. (Dalmacja—Jugosławia) wyjazd z Włoch (granica) dla tych, którzyby mieli zamiar uczestniczyć w zjeździe wszechsłowiańskich lekarzy w Split w Dalmacji, odbywającym się od 3 8 października 1930 r. (zob. komunikat osobny).
(Można także powrócić okrętem do Suszaku — gdzie granica włoska).

Wyjeżdżający na kongres załatwiają sami w biurze podróży Cooka sprawy biletów i wiz, tak samo sami zamawiają sobie poprzednio pokoje w hotelach, podanych w komunikacie 3. W sprawach tych nie pośredniczy Sekcja Polska A. S. I.

O uzyskanie paszportów ulgowych naukowych zwróciła się Sekcja Polska A. S. I. do Ministerstwa Skarbu, prosząc o udzielenie Sekcji Polskiej A. S. I. prawa opinowania wniosków o zaświadczenie na paszporty naukowe, zaznaczając przytem, że wskazanem byłoby, ażeby wnioski wysłane zostały zbiorowo przez Polską Sekcję A. S. I. na podstawie zgłoszeń i za przedłożeniem karty uczestnictwa w kongresie.

Komunikat 5.

Pismem z dnia 27 czerwca 1930 r. zawiadamia Ministerstwo Skarbu przewodniczącego Stałej Delegacji A. S. I., iż zgadza się na udzielanie paszportów ulgowych dla uczestników kongresu stomatologicznego w Wenecji wyłącznie na podstawie zaświadczeń Sekcji Polskiej A. S. I., natomiast nie może wyrazić swej zgody na udzielenie paszportów ulgowych dla rodzin uczestników kongresu ani na czas dłuższy niż trwanie kongresów.

W odpowiedzi na pismo to zwrócił się Prof. Cieszyński osobnem pismem wysłanem wprost do Ministerstwa Skarbu a w odpisie przesłanym Odziałowi Paszportowemu Min. Skarbu — z prośbą o uchylenie klauzuli zawartej w piśmie Ministerstwa Skarbu i o wydanie paszportów ulgowych na czas przynajmniej czterech tygodni z uwzględnieniem również rodzin uczestników kongresu.

Po utrzymaniu kart uczestnictwa w zjeździe wniesie przewodniczący Polskiej Sekcji A. S. I. podanie zbiorowe do Ministerstwa Skarbu o udzielenie zaświadczeń na paszporty ulgowe zgłoszonym na kongres uczestnikom polskim, prosząc zarazem, ażeby ze względu na wakacje uniwersyteckie, zaświadczenia te wysłało Ministerstwo Skarbu wprost kolegom, którzy zgłosili udział w zjeździe.

Ponieważ przeprowadzenie korespondencji w sprawie udziału w kongresie w Wenecji, opłata maszynistki, jako i starania o paszporty ulgowe oraz druki ogłoszeń i komunikatów pociągnęły za sobą znaczniejsze koszty, uprasza się o nadesłanie 5 zł. od uczestnika na pokrycie tychże kosztów manipulacyjnych pod adresem Pol. Sekcji A. S. I.: Lwów, ul. Zielona 5 a.

III. Zjazd Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy.

I. Komunikat.

Od 4—8. października 1930 r. odbędzie się Wszechsłowiański Kongres lekarski w Splicie pod protektoratem króla Jugosławji Aleksandra I. Zgłoszenia nadsyłać należy do sekretarza wszechsłowiańskiego sojuszu lekarskiego Dra Momčila Ivkovića, Beograd, ul. Dečauska 29, najpóźniej do końca lipca, oraz podać tematy wykładów.

Główne tematy kongresu są następujące:

- 1) Reumatyzm.
- 2) Klimatologia morza.
- 3) Stan lekarzy w krajach słowiańskich.

Obok tematów głównych, dla których poszczególne sekcje mają wyznaczyć swych referentów, można uchwalić i specjalne tematy w poszczególnych sekcjach jakoteż zgłosić wykłady z różnych zakresów poszczególnych sekcji.

Wobec dążności aby ilość sekcji była jak najmniejszą, ustanowiono dotychczas tylko sekcje następujące:

1) Sekcja medycyny nieoperatywnej (interna, neurologia, pedjatria i t. d.).

2) Sekcja medycyny operatywnej (chirurgia, ginekologia, oftalmologia i t. d.) również i IV. jugosłowiański kongres oświadczył się za medycyną operatywną; z tematem: Echinococcus.

3) Sekcja medycyny teoretycznej (anatomja, fizjologia, anatomja patologiczna, medycyna sądowa i t. d.) z tematem: Fizjologia i patologia starzenia się.

4) Sekcja medycyny socjalnej i higieny.

II. K o m u n i k a t.

Związek Lekarzy Słowiańskich w Polsce.

Adres: Warsz. Tow. Lek. Niecała 7.

Wielce Szanowny Panie!

Zarząd Główny Lekarzy Słowiańskich w Polsce, otrzymał projekt programu III-go Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, który naturalnie może jeszcze w szczegółach być zmieniony.

Program, który załączamy obejmuje 12 dni, od 2-go października w Zagrzebiu do 13-go października w Belgradzie. W ciągu tych 12-tu dni Komitet Zjazdu przy pomocy organizacji turystycznej i wagonów sypialnych „Putnik“ zajmie się pobytem uczestników Zjazdu. Do Zagrzebia i z Belgradu Uczestnikom będzie pozostawiona swoboda w wyborze kierunku i czasu jazdy.

Co do ulg kolejowych na naszych kolejach, czechosłowackich, austriackich i węgierskich to jeszcze szczegółowych danych nie posiadamy. Ulgi na kolejach będą, lecz w jakiej wysokości na razie nie jest wiadomem. Dotychczas koleje jugosłowiańskie dają 50 proc. zniżki. Podobno dadzą zniżki koleje czechosłowackie, austriackie i węgierskie, lecz tylko grupom zbiorowym, czy indywidualnie, jeszcze nie wiemy. Dotychczas nasze koleje dają 50 proc. na powrotnej drodze. Staramy się o większą zniżkę. — Niektóre wizy paszportowe będą bezpłatne.

Jesteśmy proszeni przez Komitet Organizacyjny Jugosłowiański, żeby Koledzy przy zgłaszaniu chęci uczestnictwa i po zapoznaniu się z nadeszłym programem (naturalnie z mapą w ręku) zaznaczyli wyraźnie, czy odbędą całą wycieczkę, tak jak jest podana w programie od 2-go do 13-go października, czy też w jakimś punkcie przerwą podróż. Dalej czy będą do Splitu jechać tak jak w programie z Zagrzebia do Suszaku, następnie statkiem, czy też z Zagrzebia do Splitu koleją. Podanie tych wiadomości jest konieczne, ze względu na zorientowanie się Komitetu Org., ile miejsc ma zamówić i zarezerwować na statkach i t. p. (w razie nie przybycia uczestnika Komitet Org. byłby narażony na koszty).

Następnie Jug. Kom. Org. prosi, ażeby przy nazwiskach podawać tytuły zajmowanych stanowisk, potrzebne to jest do legitymacji. Na listach zgłaszanych należy wypisywać każdą osobę oddzielnie, a więc nie Dr. X z żoną, córką, lecz oddzielnie Dr. X, Córka Dra X. Jest to potrzebne do paszportu, do legitymacji i dla ułatwienia nam pracy.

Listy zgłoszonych uczestników prosimy przysłać do 6-go lipca b. r.

Według zgłoszonego programu, koszt wycieczki od 2-go do 13-go października w Zagrzebiu i w Belgradzie ma wynosić 450—500 zł od osoby (koszt przejazdów, życia i noclegów). Do tego dochodzą koszty podróży do Zagrzebia i z Belgradu, paszport i wizy, co napewno wyniesie prawie drugie tyle.

Wobec znacznych wydatków związanych ze Zjazdem, prosimy o wpłacenie zaległych składek do Zarządu Głównego.

1. Opłata za udział w Zjeździe 2 dolary.
2. Należy uiścić zaległe wkładki po trzy złote rocznie.
3. Należy uiścić trzy złote jako opłatę stemplową dla M. S. Zagr.
4. Kopję proszę podać dalej.

Z poważaniem Dr. Med. *Jakimiak*

Prezes Zarządu Głównego Związku Lek. Słow. w Polsce.

Program III-go Zjazdu Wszzechsłow. Związku Lekarzy, przysłany przez Komitet Jugosłow. Gł. Zarządowi Lek. Słowiańskich w Polsce.

2-go Października z rana zebranie w Zagrzebiu. W dniu tym zebrani (uczestnicy) są gośćmi Zagrzebia. W nocy po kolacji odjazd do Suszaku specjalnymi wagonami.

3-go października, śniadanie i oglądanie Suszaku, potem wsiadanie na statki „Kumanowo“ i „Karadjordje“. Przed południem statki idą do Crkvenicy, wysp Krku i Raba. Obiad i kolacja na statku.

4-go października. Z rana odjazd do Splitu. Cały dzień oglądanie Splitu i okolic. Wieczorem koleżeńskie zebranie w celu poznania się na tarasie hotelu „Bellevue“.

5-go października. O godz. 10 rano uroczyste otwarcie Zjazdu w teatrze. Popołudniu obrady w sekcjach.

6-go i 7-go października. Przed i popołudniu obrady w sekcjach i zamknięcie Zjazdu. Sekcje pracują od godz. 8 i pół do 11-tej i pół przedpołudniem i od godz. 15-tej wycieczki statkami na sąsiednie wyspy i pobraża: Hvar, Solta, Makarska, Trogir, i t. d. W czasie wycieczki obiad na statkach.

8-go października. O godz. 2 rano odjazd statku ze Splitu do Korczuli i do Dubrownika. Cały dzień oglądanie Dubrownika i okolic: Locrum (wyspa), Kupari, Cavtat i t. d. Wieczorem raut w domu oficerskim.

9-go października. Z rana odjazd: jedna partja (według wyrażonej chęci automobilami jedzie do zatoki Kotorskiej przez Hereceg Novi, Rizan, Persat i Kotor, na górę Lovczen i do Cetynje. Nazajutrz powrót tą samą drogą do Dubrownika. Druga partja jedzie statkiem do zatoki Kotorskiej ogląda te miejscowości i jedzie do Petrovic, Budvu i Ulcynj. Powrót nazajutrz 10-go października do Dubrownika, gdzie zbierają się obie partje. Wieczorem kolacja na statkach, a po kolacji wsiadanie do specjalnych wagonów i odjazd do Mostaru i Sarajewa.

11-go października. Oglądanie Sarajewa i Banje Ilidže (miejscowość kąpielowa). Objad w Sarajewie, kolacja w Ilidže i tam nocleg.

12-go października. Z rana tymi samymi specjalnymi wagonami jedzie się dalej z Sarajewa przez Viszegrad, Użyce, Czaczak, Obrenovac do Belgradu. Pewna liczba osób, na żądanie, może jechać do Belgradu przez „Vrnjanckie Banje“ (miejsce kąpielowe).

13-go października. Zwiedzanie Belgradu. W Belgradzie, uczestnicy są gośćmi kolegów belgradzkich i gminy.

Cała ta droga do Zagrzebia do Belgradu z kosztami jazdy i utrzymania ma wynieść około 450 do 500 zł od osoby. Do tego dochodzą naturalnie koszty drogi i utrzymania do Zagrzebia w tamtą stronę i z Belgradu (z powrotem), koszt paszportu, wiz i t. p.

Prezes Zarządu Głównego Związku Lek. Słow. w Polsce
Dr. Med. B. *Jakimiak*.

Dział sprawozdań i streszczeń.

MATERIAŁY TECHNICZNE.

Schacke. Zürich. Chemisch-physikalisch-technologische Untersuchung und Prüfung von Gips und seine Verwendung in der Zahnheilkunde. (Chemiczno-fizykalno-techniczne badania i doświadczenia nad gipsem). Misch, Fort. d. Z. 1928, str. 1026, cz. II

Właściwy ilościowy stosunek gipsu do wody jest 1:2 albo 2:3 (Gysi i Schönebeck). Ta mieszanina powinna być średnio gęsta i zależnie od gipsu zawierać 130 do 185 gramów gipsu na 100 cm³ wody. Gips musi być w większej ilości od wody i nie może być dosypywany łyżkami, lecz naraz nasypany aż do nasycenia. Im gips jest starszy i w wilgotniejszym miejscu trzymany, tem trudniej twardnieje. Gips długo mieszany szybciej twardnieje, stąd siła jego ekspansji zwiększa się a siła spajania zmniejsza. Im wyższa temperatura, tem mniejsza twardość modelu. Roztwory soli wpływają na szybkość twardnienia. Ujemne przedłużają czas twardnienia, dodatnie skracają. Sole te nazywamy katalizatorami. Do soli przyspieszających twardnienie gipsu należą sole potasu i sodu: sól kuchenna, alun, glin. Sól przed zmieszaniem z gipsem rozpuszcza się w wodzie. Przy odlewaniu modelu nie dodaje się soli do gipsu gdyż ona zmniejsza twardość jego. Ekspansja gipsu jest powodem największego błędu przy protezie. Jest ona mniejsza w gipsie mieszanym 10 sekund niż w gipsie mieszanym przez 60 sekund.

Wszystkie gatunki gipsu cierpią wskutek wulkanizacji na twardości i oporności (przeszło 50%). Nałożonych gipsem kiwet nie można ogrzewać w wodzie, gdyż wtedy gips nasycy się nią. Ogrzewanie musi odbywać się w stanie suchym, wtedy gips staje się bardzo odpornym. Podczas wulkanizacji kiwety nie powinny stać we wodzie, lecz wulkanizacja odbywa się w parze. Schacke mówi bliżej o t. zw. sztucznym gipsie i wspomina o cementowym gipsie opisywanym przez Spence'a, który miał zawierać wszystkie cechy dobrego gipsu, skład jego jednak nie jest znany z powodu śmierci wynalazcy.

Lenardówna (Lwów).

Sodeau & Gibson. Londyn. Ueber Verwendung des Pariser Gipses als Abdruckmaterial. (Materiał wyciskowy). Misch, Fort. d. Z. 1928, str. 1025, cz. II.

Gips paryski pochodzący z łomów Montmartru jest najlepszym materiałem jakiego można użyć w dentystyce. Gips ten otrzymuje się przez ogrzanie $2 \text{ CaSO}_4 \cdot 2 \text{ H}_2\text{O}$, przez co powstaje $2 \text{ CaSO}_4 \cdot \frac{1}{2} \text{ H}_2\text{O} + 3 \text{ H}_2\text{O}$. Przy ogrzaniu gips ten przyjmuje barwę lekko niebieską, z tem połączona jest zmiana formy krystalicznej. Z formy krystalicznej jednostronnej zmienia się i przyjmuje postać rombu. Gips paryski używany w dentystyce zawiera 6,2% wody; ażeby przyjąć formę bardziej krystaliczną potrzebuje jeszcze 18,6% wody. Wedle badań obu autorów przyjęto jako normalną mieszaninę taką, która na 100 części gipsu będzie przyjmowała 60 części wody. Czas twardnienia gipsu zależy od tego w jakich warunkach się ten gips utrzymuje. Do przyspieszania twardnienia gipsu używa się rozmaitych środków chemicznych. Dla paryskiego gipsu najlepszym środkiem przyspieszającym twardnienie jest dodanie 2% soli kuchennej. Już przy 8% jest maksimum przekroczone a przy 30% występuje twardnienie przedłużone o 30 minut. Ekspansja jest także cokolwiek przez to powiększona. Z innych środków chętnie używanym jest K_2SO_4 , $\text{Al}_2(\text{SO}_4)_3$; $2,24 \text{ H}_2\text{O}$ w 4% roztworze, następnie K_2SO_4 , KCl i KNO_3 .

Sól roscheńska — chemiczny związek między kalium i natrium — działa dobrze z użyciem przymieszki boraksu opóźniającego twardnienie. Najgorzej z tych wszystkich środków działa sól glauberska. Środkiem opóźniającym twardnienie najlepszym jest 1% boraks i kwas borowy. Dla zabarwienia gipsu używa się rozmaitych preparatów 0,02% amarant, erytrozyny B, dalej chętnie jest używany cochinel, alizaryna S i purpura. Jako środki przeciwekspanyjne w praktyce dentystycznej są używane mieszanina Winchester, która zawiera 22,5, 18, 13,5 albo 9 gramów boraksu w połączeniu z 9 gramami siarczanu potasu i 0,9 gr. alizaryny S.

Lenardówna (Lwów).

Wannenmacher (Tübingen). Materialkunde. (Materiały wyciskowe).

Misch. Fortschr. d. Z. 1928, str. 913.

Na pierwsze miejsca zasługują badania Deichmanna nad ekspansją gipsu. Do badań swoich użył Deichmann, opierającą się na badaniach Simsa, Bakker'a, Ellenbeck'a, Wannenmachera i in. bardzo wrażliwego przyrządu, który jest właściwie modyfikacją przyrządu Ellenbeck'a. Przy pomocy tego aparatu przeprowadza się badania przez przeciąg 6 godzin, gdyż później ekspansja gipsu następuje w bardzo powolnym tempie. Czas mieszania gipsu ma trwać 15 sekund. Najlepsze rezultaty otrzymano wtedy, gdy stosunek wody i gipsu wynosił 6:10. Kreda na ekspansję ma wpływ zmniejszający, a więc dodatni. Woda o temperaturze 40°C zmniejsza ekspansję gipsu. Gdy w miejsce wody użyje się oznaczonych roztworów solnych wtedy ekspansja twardniejącego gipsu zmniejszy się. Ponieważ ekspansja gipsu może być źródłem błędów w pracy, dlatego też trzeba się starać zmniejszyć ją przez użycie roztworów soli.

Najlepsze rezultaty otrzymuje się przy 2% roztworze K_2SO_4 i przy 6% NaCl . Schacke przeprowadzał badania nad gipsem w związku z wulkanizacją kauczuku. Wedle jego zdania powinno się unikać w ogólności

solu kuchennej i innych dodatków przy sporządzaniu modeli, gdyż to wpływa na twardość i łamliwość gipsu. Jest także wskazane kiwet napełnionych gipsem nie rozgrzewać w wodzie ale nad płomieniem, gdyż suchy gips jest bardziej odporny niż wilgotny. Z tego samego powodu powinno się używać mało wody przy wulkanizacji tak, by tylko dolna część kiwety była pokryta wodą. W ten sposób wulkanizacja odbywa się w atmosferze pary wodnej. Ażeby jeszcze zwiększyć twardość modelu, który wulkanizujemy, można posmarować go gorącym roztworem boraksu. W nowszych czasach ukazała się nowa kompozycja gipsu, pod nazwą gips wyciskowy „Bego“. Wannenmacher wypróbował właściwości tego materiału i doszedł do pomyślnych rezultatów. Łamliwość jego jest tak znaczna, że wycisk bez bólu dla pacjenta można kawałkami usuwać. Czas twardnienia jest bardzo krótki. Ma jedną zaletę, której nie mają inne a mianowicie przyjemny posmak i zapach. Niemiłe wrażenia jakie daje zwykły wycisk gipsowy są ograniczone tem, że bardzo szybko twardnieje. Wszystko to razem składa się na to, że wycisk „Bego“ jest dobry do użycia i zasługuje na uwagę między innymi materiałami wyciskowymi.

Niedawno ukazał się w handlu inny materiał wyciskowy, który w swoim zastosowaniu jest częściowo dobry w użyciu. Jest to Dentocoll. Jest to materiał wyciskowy elastyczny. Głównie na tem polega dobra jego strona, że można nim brać wycisk szczęki i zębów bez najmniejszego zniekształcenia, ponieważ ta elastyczna masa po zdjęciu wycisku wraca do pierwotnego ułożenia. Dentocoll nie trzyma się zwykłej łyżki wyciskowej, dlatego trzeba, dla niego specjalnej łyżki. Są to łyżki zaopatrzone otworkami. Obok łyżek potrzebne są jeszcze inne przyrządy. Ważnym jest to, by patrony dentokolowe leżały w szczelnie zamkniętej puszcze. Dentocoll bowiem zawiera dużo wody, która przy złem opakowaniu ulatnia się, przez co masa jest potem nie do użytku. Patrony wkłada się do strzykawki dentocollowej służącej do mieszania. Strzykawkę tę wkłada się do naczynia napełnionego wodą tak jednak, by woda nie dochodziła do górnego zamknięcia strzykawki. Po 2—3 minutach gotowania wyjmuje się strzykawkę i 10—12 razy silnie się porusza tłokiem. Następnie jeszcze raz przez $\frac{1}{2}$ minuty gotuje się i miesza tłokiem, potem wkłada się do zimnej wody i ochładza do temperatury 45°. Następnie wyciska się tę plastyczną masę na łyżkę i rozprowadza palcem powleczonym wazeliną. Po włożeniu łyżki do ust, trzeba 2—3 razy przestrzyknąć zimną wodą. Wycisk powinien być wystawiony na działanie powietrza, gdyż wskutek parowania wody kurczy się i jest niedobry do użycia. Gdy nie można wycisku zaraz odlewać to powinno się go przechowywać w t. zw. hygroforze, gdzie zapobiega się parowaniu. Jedną i tę samą masę można używać u kilku pacjentów bez skrupułu, bo 3-minutowe gotowanie wystarcza do wysterylizowania. Gdy masa jest za twarda, wystarczy dodać kilka kropel wody by otrzymać właściwą konsystencję. Dentocoll dobrze jest używać w tych wypadkach, gdzie branie wycisków przedstawia pewne trudności, np. przy złamaniach szczęki. Przed kilku laty był używany materiał wyciskowy t. zw. Elastyna, jednak dziś poszedł w zapomnienie.

Lenardówna (Lwów).

DENTYSTYKA SPOŁECZNA.

Schumacher (Bonn). Uwagi nad jednolitą statystyką szkolnych klinik dentystycznych stosujących planową sanację. (Bemerkungen zur Einheitsstatistik der planmässig arbeitenden Schulzahnklinikstätten). Z. Rdsch. 1930, Nr. 10, pag. 428.

Po raz czwarty ogłasza autor wspólną statystykę wszystkich tych klinik szkolnych dentystycznych, które przyjęły jako podstawę przeprowadzania sanacji systemu Kantorowicza. Podczas gdy w pierwszym roku było takich przychodni tylko 17, to obecnie wzrosła ich ilość do 48 a z przeprowadzonej korespondencji jest widocznym, że należy się spodziewać dalszego wzrostu tej cyfry. Ilość dentystycznie zaopatrzonych dzieci szkolnych w tych 48 przychodniach wynosi 339.607, efekt higieniczno - społeczny równa się 298.124 dzieci, które mają trwałe zdrowe zęby (dauerzahngesund) t. zn. 87,78%, a zatem wynik wcale zadawalający. Prócz suchych cyfr wszystkich 48 okręgów są umieszczone także wyjaśniające uwagi niektórych kierowników klinik szkolnych. Dla przykładu podaję schemat zestawień ogólnej jednolitej statystyki z 3 miast.

Wspólne roczne zestawienie szkolnych klinik dentystycznych, które przeprowadziły sanację uzębienia wedle systemu Kantorowicza w r. 1928/29.

I. Stan dent. opieki szkolnej.

Nr.	Ujęto dzieci w latach szkolnych	Ogólna ilość zaopatrzonych dzieci	Z t y c h						kierownik przychodni dentystycznej	
			rodzice się nie zgodzili i leż. u pr. lek. nieprzepraw.		brakowało w szkole	było niegrzecznych	nie mają zdrowych zębów ponieważ			mają obecnie iąż. nie z wypełnionymi zębami zdrowe stałe zęby
			a	b			razem	w %		
17	Drezno	2 - 7	39737	-	-	3839	-	35898	90	Veith
43	Opawa (Czechy)	1-8	3148	-	174	37	56	2881	91,5	Angst
20	Frankfurt n. M.	1 - 8	52676	-	7603	1425	-	43348	82.8	Tholuck

II. Wyniki pracy szk. opieki dent.

Nr.		Wypełnienia		Z tego z wypełnieniem korzeni		U s u n i ę t o			
		w zębach stałych	w zębach mlecznych	w zębach stałych	w zębach mlecznych	zęby stałe wskutek			zęby mleczne
						próchnicy	zniekształcenia	nieprawidł. zgryzu	
17	Drezno	26075	2091	92	-	2404			8895
43	Opawa (Czechy) . .	2628	14	240	-	95	-	4	726
20	Frankfurt n. M. . . .	13649	7070	1198	1194	331			3463

FARMAKOLOGJA.

Hoffmann (Monachium). Die Verwendung von Kokain in der Zahnheilkunde. Stosowanie kokainy w zębolecznictwie). Z. R. 1929, str. 63.

Podobnie jak u nas także i w Niemczech zamierzano ograniczyć możliwość zapisywania kokainy przez lekarzy dentystów. Zamiar ten spotkał się ze zrozumiałym ogólnym protestem, a nawet tamtejsza Izba Lekarzy Dentystów łącznie ze wszystkimi swoimi organizacjami zawodowymi domaga się w Głównym Zarządzie Zdrowia wytłumaczenia się z zamierzonego, a niczem nieuzasadnionego projektu ograniczenia wolności zapisywania lekarstw. Jest to bowiem z jednej strony obniżanie poziomu naukowego lekarzy dentystów, a z drugiej zamach na ich uprawnienia uzyskane drogą nauki i państwowych egzaminów.

W związku z tem rozpatrując sprawę autor dochodzi na podstawie własnych klinicznych doświadczeń, a również i fachowego farmakologicznego piśmiennictwa do wniosku, że kokaina w postaci używanej (Cocainum hydrochloricum) w pewnych chorobach zębów i szcęk jest środkiem, którego żadnym innym nie można zastąpić. Potwierdza to Trendelenburg w dziele „Grundlagen der allgemeinen u. speziellen Arzneiverordnung“, Lipsk 1926, w którym mówi, że przy znieczuleniu błon śluzowych kokaina jest nie do zastąpienia, posiada ona działanie wgłębniejsze od innych syntetycznych środków, którym znowu należy się pierwsze miejsce w znieczuleniu infiltracyjnym lub lumbalnym.

Podobnie również wypowiedzieli się Greve, Biberfeld, Kantorowicz i Paul, zalecając do znieczulenia błon śluzowych użycia 5—20% kokainy.

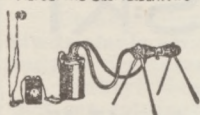
Jarząb (Poznań).

Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie pomocy dla lekarzy, odbywających praktykę szpitalną. Celem udzielenia pomocy młodym lekarzom, którzy otrzymali stopień lekarza a obecnie, stosownie do przepisów, zmuszeni są odbyć jednoroczną praktykę szpitalną, Ministerstwo poleca województwom i Komisarzowi Rządu w Warszawie, aby przy układaniu preliminarzy przez szpitale przewidziano pewne kwoty na wynagrodzenie praktykantów-lekarzy, względnie na zabezpieczenie conajmniej mieszkania i utrzymania.

Pozatem Ministerstwo zaznacza, że pod pojęcie szpital o 200 łózkach minimalnie, w których praktyka jest dozwolona i ważna, mogą podpaść i mniejsze szpitale, które przez wzgląd na posiadanie oddziałów szpitalnych, frekwencję chorych, kierownictwo, dają gwarancję dostatecznego przeszkolenia młodego lekarza. Wykaz takich szpitali zatwierdza władza centralna.

TRVDNA DJAGNOZA BEZ PRZENOŚNEGO APARATV RENTGENOWSKIEGO

ABSOLUTNE BEZPIECZEŃSTWO



WAGA 35 KG.

PHILIPS METALIX

WARSZAWA KAROLKOWA 36/44

LATWA OBSŁUGA
ZASTOSOWANIE DO
KAŻDEGO PRĄDV
BEZ RÓŻNICY
NAPIĘCIA
NAJDODGODNIEJSZE
WARUNKI SPŁATY

NEOS

**Ekskawatory, instrumenty
do oczyszczania przewodów**
są ostre

Instrumenty do wypełniania przewod.
są cienkie i giętkie

INSTRUMENTY NIERDZEWIEJĄCE NEOS
po przejrzeniu proszę zaopiniować!

NEOS DENTAL Co. FRANKFURT n/M. OBERRAD

Zastępca główny:

J. SCHREIBMANN, Warszawa, ul. Długa 25

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.

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

ELDENTOGG — porcelana do odlewów

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

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

Przy kupnie za gotówkę odpowiedni rabat

Uwaga: Wiertarki elektryczne sprzedają na długoterminowe spłaty

KRYPTEX BAKTERJOBÓJCZY

Cement niezmienny zabarwienia, potężnie bakterjobójczy dla przedwzrostu próchnicy i początkowym okresom psucia się zębów mlecznych tudzież dla zacementowania opasek ortodontycznych.

Praktyk dentystyczny otrzymuje w „Kryptexie bakterjobójczym“ środek cementujący, który jest pod względem działania bakterjobójczego dwakroć silniejszy od jakiegokolwiek bakterjobójczego cementu, dotychczas proponowanego. Jeżeli dodamy do tego zalety następujące: rzeczywista przezroczystość, trwałość, wielka odporność, stała obojętność, odporność na rozkładające własności śliny, wielka siła zgryzowa, to można łatwo przyjść do wniosku, że Kryptex bakterjobójczy przedstawia obecnie najpraktyczniejszy środek, podany do zapobiegania początkującej próchnicy w zębach mlecznych.

Zmiana zabarwienia nie stanowi przeszkody dla cementu bakterjobójczego w zębach tylnych. Zęby przednie i tylne mogą być na równi leczone i w ten sposób zmniejszy się liczba przypadków w których sroży się próchnica i zęby te będą mogły być zachowanymi przez odpowiedni okres czasu.

Do zacementowania opasek ortodontycznych

Kryptex bakterjobójczy był używany do zacementowania tysięcy opasek ortodontycznych i w żadnym przypadku nie znaleziono w chwili zdejmowania tych opasek obszarów odwapnionych. Kryptex jest mocny, nie przepuszcza wilgoci i zachowuje w ten sposób doskonale brzegi.

Kryptex bakterjobójczy w opakowaniach o 1, 3, lub 6 kolorach

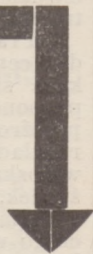
— — Na sprzedaż w składach dentystycznych — —



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



SYNTHETIC



Plomba „Synthetic“ rozpowszechniona jest na całym świecie dzięki swym niezwykłym zaletom

- 1 Wytrzymałość na ciśnienie podczas żucia.
- 2 Odporność na zużycie i ścieranie — równa odporności naturalnej emalii zębowej.
- 3 Zwartość — drobnoziarnista budowa.
- 4 Odporność na działanie śliny i leków.
- 5 Stałość objętości jak u naturalnej zębiny.
- 6 Przezroczystość naturalnej emalii, ani większa ani mniejsza.
- 7 Odcienie, nie ulegające zmianom i doskonale odpowiadające naturalnej barwie zęba.
- 8 Ścisłe przyleganie do ścianek i krawędzi ubytku.

Europejskie Towarzystwo Dentystyczne

„EDECO”

WARSZAWA, ul. Ś-to Krzyska 28