

# 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: Ozakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (Ciąg d.) . . . . .	305
Dr. M. Brill: Sprawozdanie z posiedzenia Arpy w Dreźnie . . . . .	327
Dr. H. Allerhand: Sprawozdanie z uroczystego obchodu 10-lecia Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem . . . . .	333
Dr. M. Jankowski: Sprawozdanie z kongresu włoskiego stomatologicznego we wrześniu 1930 w Wenecji . . . . .	337
Prof. A. Cieszyński: Sprawozdanie z działalności Instytutu dentystycznego Uniw. Jana Kazimierza za rok akad. 1929/30 . . . . .	369
Nekrologja: † Prof. E. Machek i † Prof. R. Barącz . . . . .	324
Zjazdy naukowe: F. D. I. Zjazd w Paryżu 1931. — A. S. I. Wenecja 1930 i Budapeszt 1931 . . . . .	353
Kalendarz Zjazdowy . . . . .	326
Dział Sprawozdań i Streszczeń . . . . .	358
Przegląd piśmiennictwa . . . . .	363

SOMMAIRE:	p.
Prof. A. Cieszyński: De l'infection putride, de phlegmones perimaxillaires et de leur traitement. (Suite) . . . . .	305
Dr. M. Brill: Session annuelle de l'Arpa à Dresden . . . . .	327
Dr. H. Allerhand: Séance solennelle de la Société dentaire polonaise à Varsovie . . . . .	333
Dr. M. Jankowski: Congrès stomatologique italien à Venise, septembre 1930 . . . . .	337
Prof. A. Cieszyński: Compte rendu annuel (1929/1930) de l'Institut stomatologique de l'Université de Jean Casimir à Lwów . . . . .	369
Necrologie: † Prof. E. Machek et † Prof. R. Barącz . . . . .	324
Congrès scientifiques. . . . .	353
Revue critique . . . . .	358
Revue des journaux . . . . .	363

INHALT (Originalartikel): Prof. A. Cieszyński: Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen u. deren Behandlung (Fortsetzung). S. 305. — Dr. M. Brill: Jahressitzung der Arpa in Dresden. S. 327. — Dr. H. Allerhand: Bericht über die Festsitzung aus Anlass des 10-jährigen Bestehens des Verbandes poln. Zahnärzte in Warszawa. S. 333. — Dr. M. Jankowski: Bericht über den italienischen stomatologischen Kongress in Venedig. S. 337. — Prof. A. Cieszyński: Jahresbericht des zahärztl. Instituts der Joh. Casimir Univ. zu Lwów 1929/30. S. 369.

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.





# Przeciw bólow Veramon

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

*Zapobiega skutecznie wszelkim bólow*

*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.

8\*) 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.

## 4. Ropowice szczęk powstałe po operacjach kostnych.

Do najczęstszych zabiegów kostnych w szczęce należą ekstrakcje zębów, dlatego też najczęściej po tychże zabiegach mogą wystąpić ropowice szczęk. Jeżeli po ekstrakcji zęba stan chorego się pogarsza i dopiero po zabiegu operacyjnym występuje gorączka i wybitny obrzęk, skłonny jest każdy lekarz sprowadzać objawy te na zakażenie wywołane zabiegiem samym, wzgl. niewyjałowionemi narzędziami użytymi do operacji. Rozumowanie jest bardzo proste: „post hoc — ergo propter hoc“. Tymczasem w przeważnej ilości przypadków tak nie jest. Przecież należy wziąć pod uwagę, że tylko w tych wypadkach rozumowanie to miałoby uzasadnienie, jeżeli kość szczękowa byłaby zdrową przed zabiegiem samym — jak n. p. w razie wyjęcia zęba przy miazdze zdrowej albo przy pulpitis. Tymczasem w tychże wypadkach ekstrakcje zębów następują tylko wyjątkowo, podczas gdy przeważny kontyngent zębów wyjętych stanowi zapalenie ozębnej przy miazdze zgorzelinowej zęba, lub gdy ropne sprawy wychodzą z okolicy parodontalnej wykluwającego się zęba mądrości, w których to wypadkach zawsze już jest zaatakowany szpik kostny a sprawa sama ma charakter zakaźny.

Jeżeli się więc nawet ząb wyjmie, usunie się wprawdzie przyczynę choroby, ale ognisko choroby, która już wyszła poza obręb zęba, pozostaje w kości samej; przez wyjęcie zęba wytworzyło się jedynie lepsze warunki wygojenia się sprawy. Jeżeli zabieg nie sprawiał żadnych trudności, jest też tak istotnie. Jeżeli zaś był trudnym, a ząb musiał być usuwany dźwigniami lub nawet wydłutowany i trwał długo, a krwawienie podczas zabiegu zmuszało do częstego tamponowania — lub jeżeli jeszcze był w okolicy w częściach miękkich naciek ropny, wówczas warunki podczas zabiegu były niepomysłne. Nastąpiło zmiażdżenie kości narzędziami w okolicy korzeni i zębów sąsiednich, wskutek czego zmniejszyło się naturalną odporność tkanki kostnej i tkanek miękkich; zarazem zostały otwarte nowe drogi limfatyczne. Jeżeli zabieg ma miejsce w szczęce dolnej nie obejdzie

się przytem bez wywarcia nacisku na okolice podszczękową, która często wykazuje już nacieki. Przy istniejącym już szczękościsku już same gwałtowne rozwarcie szczęk ma wpływ niekorzystny i przychodzi do przeniesienia istniejących już nacieków do przestrzeni okolicznych. Szczególnie często należy się spodziewać powikłań po wydlutowaniach dolnych zębów mądrości, które jak już wyżej wspominaliśmy, stanowią przejście do kilku przestrzeni międzypowięziowych. Dlatego też w tejże okolicy należy postępować ogromnie ostrożnie i unikać wydlutowań, stosując odpowiednią technikę i odpowiednie instrumentarium.

Niebezpieczeństwo zakażenia z zewnątrz istnieje nietyle przez narzędzia same, które obecnie już każdy praktyk wyjaławia przez wygotowanie, jak przez użycie niewyjałowionych tamponów, albo przez zanieczyszczenie ręką podczas długotrwałej operacji przy niedostatecznej asyście. Te momenty najczęściej wchodzi w rachubę w praktyce prywatnej, nie przygotowanej do cięższych zabiegów.

Zazwyczaj jednak należy przy ocenie zabiegu samego stosować tezę: „Post hoc, non propter hoc“ i szukać przyczyny nie w zakażeniu z zewnątrz, ale w zakażeniu przed zabiegiem istniejącym w kości lub też w słabej odporności ustroju; wówczas to istniejące już zakażenie rozwija się pomimo zabiegu w dalszym ciągu. Klasycznym przykładem jest przypadek ogłoszony swego czasu przez Kol. A t l a s a w Pol. Dent. (1927, nr. 3. str. 105—112), który nawet mimo późniejszej interwencji wybitnych chirurgów skończył się zejściem śmiertelnem. W tymże przypadku do zakażenia w kości doszła słaba odporność organizmu chorego, cierpiącego na białaczkę.

Ale i w klinice naszej mieliśmy sposobność spostrzegania kilkudziesięciu przypadków, w których ropowice występowały po zabiegach „lege artis“ wykonanych. Jako jeden z ciekawszych przytoczymy tu przypadek następujący:

**Przypadek III.** Nr. klin. 4475. 29. I. 1930. Li. Zbigniew, lat 26. stud. med.

**Rozpoznanie:** Powikłania z ropowicą po trudnej ekstrakcji zatrzymanego dolnego zęba mądrości.

**Wywiady:** Przed  $\frac{1}{2}$  rokiem usunięto po lewej stronie zatrzymany ząb mądrości bez szczególnych powikłań następowych. Od kilku tygodni dolegliwości w okolicy prawego dolnego zęba mądrości. Za 7 zauważył pacjent wydobywanie się ropy barwy mlecznej. Ponieważ ropienie nie ustępowało, chory zgłosił się do kliniki.

**Stan obecny:** 29. I. 1930. Otwieranie szczęk swobodne. Gruczoły podszczękowe nie są macalne. Za 7 płat dziąsłowy obrzękły, zaczerwieniony, pokrywający guzek niewyrzniętego zęba 8. Gardło i tuki podniebienne nie wykazują zmian.

**Leczenie:** Zrobiono zdjęcie roentgenowskie, które wykazało zatrzymany ząb 8 ukośnie położony i zwrócony pod kątem  $45^{\circ}$  ku szyjce 7. Ryc. 47. Przystą-



piono do wydłutowania zęba w znieczuleniu przewodowym intraoralnym. Nacięto dziąsło nad okolicą retromolarną zęba  $\overline{8}$  na przestrzeni 2 cm, usunięto części miękkie i przystąpiono do wyjęcia zęba, postępując w sposób następujący:

1. Próba wyważania pazurem Barrego od zewnątrz do wewnątrz bez skutku. 2. Wycięcie klina za zębem dłutem; ząb nie poddaje się naporowi dźwigni. 3. Odcięcie blaszki zewnętrznej, metodą Partscha. 4. Podważenie od zewnątrz Leclus'em



Ryc. 47. Ukośnie ułożony i zatrzymany w szczęce  $\overline{8}$  zaklinowany koroną swą w okolicę szyjkową  $\overline{7}$  go.



Ryc. 48. Rana kostna po wydłutowaniu  $\overline{8}$ . Klin kostny za zębodołem  $\overline{8}$  został wydłutowany, ażeby można wyważyć ząb.

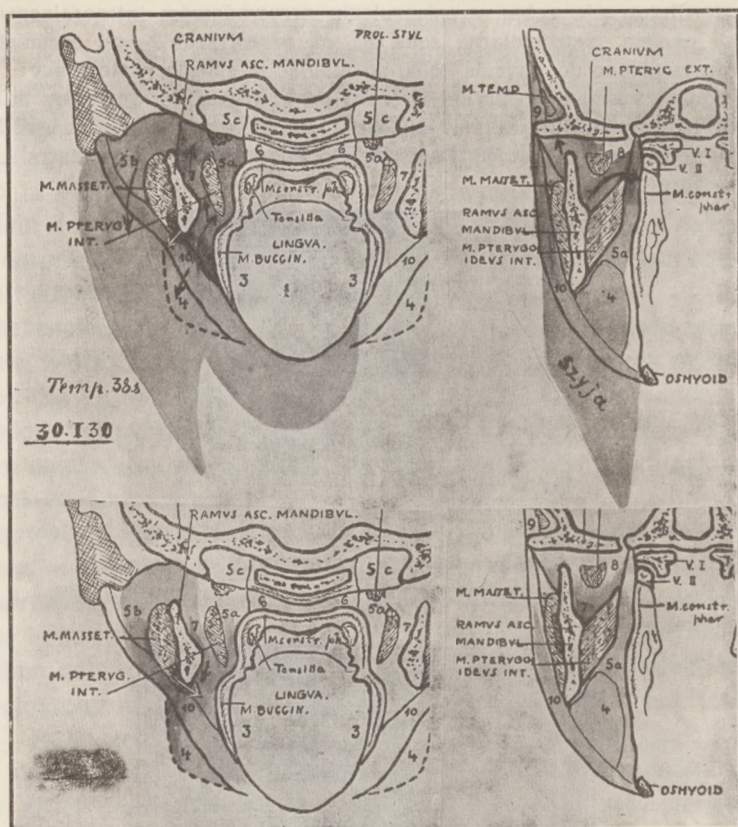
bez efektu. 5. Próba mobilizacji ku zewnątrz sierpowym narzędziem do czyszczenia kamieni bez skutku. 6. Po skombinowaniu ruchów 4+5 wyważono ząb dźwignią Bertena. Ryc. 48.

Po wypłukaniu rany złączono ranę dwoma szwami, a chory pozostał w leczeniu ambulatoryjnym.

W kilka godzin po wydłutowaniu zęba wystąpił szczękocisk, który dnia następnego bardzo się spotęgował. (Trwał, zwolna ustępując, sześć tygodni).

Pod wieczór dnia operacyjnego wystąpił słaby obrzęk okolicy podżuchwowej i policzkowej, który do dnia następnego t. j. 30. I. bardzo znacznie się powiększył i zajął okolicę podszczękową, przyusznicową, podniebienia





Ryc. 49. Schematyczne przedstawienie rozmiaru nacieku. — Dwie ryciny górne dzień po operacji; dwie ryciny dolne w sześć dni później. (6. II.).

miękkiego. górną część okolicy szyjnej, przeszedł poza linię środkową i posunął się ku dołowi wzdłuż mięśnia mostkowo-obończykowo-sutkowego. Okolica podbródkowa i policzkowa została zajęta aż do kąta po stronie lewej, następnie przygardłowa przednia, skrzydłowo-żuchwowa i łuki podniebienne. Ryc. 49. Wystąpiły bardzo znaczne trudności w połykaniu połączone z silnym bólem. Tak samo mowa była utrudniona i połączona z silnym bólem. Temperatura podniosła się aż do wysokości 38,8°.

Dnia następnego, t. j. 31. I. zauważono nacieki łuku podniebiennego przedniego, a obrzęk szyi posunął się prawie do mostka. Wieczorem przybył asystent Inst. przeciął i wyjął szwy, i założył seton, a z rany wypłynęła ciemno zielona ropa rzadka, cuchnąca i krwawa. Temperatura nie opadła a trudności przy połykaniu nieustąpiły. Zastosowano okład kwaśny. Dnia 1. II. zlokalizował się obrzęk nieco, zmiażdżony od strony wewnętrznej a obrzęk na szyi minimalnie się cofnął. Ranę prze-



plukano roztworem Sol. jod. jodat. i założono seton napojony kamfenolem. Temperatura nieco opadła — do 37,7. Dnia następnego t. j. 2. II. zauważono mały absces wielkości soczewicy na łuku podniebiennym, zresztą objawy niezmienione, wobec czego zalecono choremu, by poddał się leczeniu klinicznemu. Przez cały czas dawano okłady z kwaśnej wody od zewnątrz, na okolice zajęte. Dnia 3. II. chory został przyjęty do kliniki. Odtąd aż do 10. II. temp. waha się rano między 36,0—36,8 a po południu 37,0—37,4°. Również wszystkie objawy powolnie ustępują. Ilość wydzielanej ropy znacznie się zmniejsza, tak, że 10. II. na setonie nie zauważono ropy, naciek twardy w okolicy podżuchwowej i policzkowej staje się znacznie mniejszy. Leczenie w dalszym ciągu takie same. Zatem codziennie dwa razy t. j. rano i po południu przepłukiwano roztworem Sol. jod. jodat., nagrzewano Solluxem; robiono okłady z wody kwaśnej i setonowano ranę od j. ustnej gazą kamfenolową.

Dnia 10. II. po południu pacjent opuszcza klinikę, pozostaje jednak w dalszym leczeniu ambulatoryjnym. Szczękościsk trwający sześć tygodni z wolna się zmniejsza. Obrzęk ogranicza się do okolicy podżuchwowej i policzkowej, jednak ropa w dalszym ciągu wycieka. Łuki podniebienne i jęczyzek obrzękłe i zaczerwienione w niektórych miejscach z niebieskawym odcieniem, również takie zabarwienie na błonie śluzowej dziąsła i policzka prawego, nadto na podniebieniu miękkim i tylnej stronie gardła liczne wybroczynki.

14. II. temp. nieco się podniosła a już 16. II. opada do 36,8. Leczenie w dalszym ciągu takie same. Dnia 19. II. wystąpiła u chorego wysypka na stronie wyprostnej obu kończyn, tylnych brzegach małżowin usznych i na czole w postaci plamek i guzków. Zawezwany lekarz (skórnik) stwierdził wysypkę (jodową).

Zaczerwienienie łuków ustąpiło, utrzymał się tylko lekki obrzęk podniebienia a ropa w małej ilości dalej się wydobywała. W następnym dniu wystąpiły małe wybroczynki w miejsce plamek. Dnia 21. II. wieczorem temp. podnosi się do 37,4°, wysypka cokolwiek się cofa, lecz już dnia następnego po przepłukaniu roztworem Sol. jod. jodat. przez pacjenta na nowo się zaostrza, dlatego dn. 22. II. zaprzestano stosowania jodu (idjossynkrazja jodowa), a ranę zaczęto traktować stale wodą utlenioną (przyżeganie), kamfenolem na igle aż do ukończenia leczenia. Seton od 21. II. bez ropy, atoli już 25. II. ropa znowu się pojawia, natomiast obrzęk prawie zupełnie znika. — Wysypka powoli ustępuje, a 28. II. znika. Dn. 27. II. ranę przyżęgano lapisem. Dn. 1. III. zauważono lekki nalot na migdałkach Od 3. III. zaczynają wydzielać się martwiaki z brzegu żębodołu operowanego.

Choremu polecono czekać, aż martwiaki same się wydziela, a zabieg chirurgiczny odłożono. Naciek ustąpił w dniach następnych, a temp. spadła do normalnej wysokości. Rana do trzech miesięcy od operacji wygoiła się.

Rzadziej, aniżeli w szczęce dolnej występują powikłania w szczęce górnej. Ale i tutaj mogą wystąpić nacieki ropne nawet po nacięciu ropnia podokostnego, pomimo doskonałego odpływu ropy. Wielką rolę odgrywa przytem złośliwość drobnoustrojów.

Często staje się powodem wystąpienia następnych ropowic zaniechanie nacięcia ropnia podokostnego w częściach miękkich od strony przedstonka lub z zewnątrz, jeżeli niezbyt wielki naciek ropny już utworzył się w okolicy podszczękowej. W wątpliwych wypadkach powinien



lekarz z góry uprzedzić chorego o możliwości powikłań, skoro ich się spodziewa.

Występujące po zabiegach operacyjnych obrzęki nie zawsze muszą być już ropowicami, mogą być tylko obrzękiem surowiczym, który wskutek zaburzenia w krążeniu występuje dnia następnego, gdy chory noc przepędzi w łóżku w pozycji poziomej; obrzęki te znikają zazwyczaj podczas dnia, gdy chory znowu przyjmuje postawę pionową.

Wspomnieć jeszcze muszę o powstawaniu ropowic, mimo wykonanej ekstrakcji przy zapaleniu szpiku kostnego, które przed zabiegiem nie zostało stwierdzone. Osteomyelitis wymaga bowiem radykalnej interwencji. O tem zachorzeniu kości mówiłem już w rozdziale poprzednim.

Do grupy ropowic, które powstają wskutek zakażenia ozębnej należy zaliczyć te, które wywołane zostaną niewyjałowioną strzykawką i igłą lub też niewyjałowionym środkiem znieczulającym. Że istotnie ta przyczyna zachodzi, możemy przypuścić w tych przypadkach, w których ekstrahowany ząb nie wykazywał ropnego zapalenia ozębnej, lub jeżeli usuwano korzenie znajdujące się w przewlekłym stanie zapalenia, które zostały usunięte celem sanacji jamy ustnej. Jeżeli natomiast było ropne zapalenie ozębnej, i już w okolicznem dźwięśle wystąpiły nacieki ropne, wówczas należy raczej przyjąć, że zakażenie zostało przeniesione w części miękkie igłą iniekcyjną lub środkiem znieczulającym.

Spostrzegałem także przypadek, w którym wystąpiła ropowica a zarazem zapalenie szpiku kostnego w kości po dokonaniem zastrzyknięciu i wyjęciu zęba z zapaleniem miazgi. Przypadek ten leczony przez innego specjalistę dostał się do kliniki naszej na 3-ci dzień po zabiegu i wymagał radykalniejszej interwencji, ażeby opanować szybko szerzące się zakażenie. Dlatego też należy baczną uwagę poświęcić dokładnemu wyjałowieniu narzędzi i środków znieczulających i nigdy nie wykonywać znieczulenia w tkankę wykazującą wybitne zmiany zapalne.

##### *5. Ropowice szczęk wywołane urazem.*

Jako urazy uszkodzające najprzód części miękkie a potem kości wchodzi w rachubę uderzenie narzędziem tępem lub obrażenie kości szczękowej pociskiem.

Pierwsze z nich mogą stać się przyczyną wystąpienia ropienia, jeżeli w kości szczękowej znajdują się korzenie lub zęby wykazujące przewlekłe zapalenie ozębnej, przyczem dany uraz staje się momentem wywołującym i pobudzającym ognisko zapalne będące w stanie spokojnym.

Może jednak zająć ten rzadki wypadek, że uraz spowoduje złamanie szczęki i zęba, przyczem dany ząb o zdrowej z początku miazdze wskutek złamania korzenia przejdzie w stan zgorzelinowy.



Dla ilustracji podam przypadek następujący, który zarazem budzi pewne zainteresowanie ze względu na zastosowanie konserwatywnego postępowania złamanego zęba.

**Przypadek IV.** Nr. klin. 1030. 24. VI. 1930, Hnat Iwan, lat 25, rolnik.

**Rozpoznanie:** Złamanie szczęki dolnej lewej. — Ropowica podszczękowa.

#### Przetoka.

Wywiady: 12. kwietnia 1930 został chory uderzony żelaznym narzędziem. Powstał zaraz obrzęk i po tygodniu pojawiła się ropa, która wychodziła otworem, który wytworzył się na policzku po stronie lewej w okolicy kąta żuchwy. Po 4 tygodniach pacjent zgłosił się do kliniki, ponieważ obrzęk się zwiększył i ropienie nie ustępowało.



Ryc. 50. Linja złamania przebiega między korzeniem dośrodkowym a odśrodkowym  $\overline{8}$  w kierunku kąta żuchwy. Odlamany jest dośrodkowy korzeń. Plamy ciemne w okolicy krawędzi żuchwy, w okolicy korzenia  $\overline{8}$  i wyrostka zębodołowego brakujących  $\overline{7}$  i  $\overline{6}$ ; to lipiodol, wstrzyknięty do przetoki z zewnątrz celem stwierdzenia drogi tejsze. Zdjęcie to zrobione jest przed wypełnieniem przewodu odśrodkowego korzenia  $\overline{8}$  parafiną.

Stan obecny: 24. VI. 1930. Po stronie lewej na policzku w okolicy kąta żuchwy wybitny obrzęk dosyć twardy, i w pobliżu krawędzi żuchwy przetoka, którą wychodzi ropa. Skóra w okolicy przetoki zaczerwieniona, lekko zmacerowana. Wykonano zdjęcie roentgenowskie, które wykazało złamanie w okolicy dolnego  $\overline{8}$ ; dośrodkowy korzeń był odlamany, odśrodkowy zaś z całą koroną w odcinku tylnym.

Leczenie: W znieczuleniu do foramen ovale po stronie lewej otwarto przestrzeń podszczękową, wyskrobano przetokę, dano gazę. W następnych dniach zmiana opatrunku. Obrzęk zmniejszył się cokolwiek i ropienie nie ustępowało. Po wyleczeniu  $\overline{8}$  wypełniono distalny korzeń parafiną i założono w ubytek w koronie wypełnienie cementowe. Następnie usunięto odlamany dośrodkowy korzeń  $\overline{8}$  i założono krzywą pochyłą po stronie prawej. Ryc. 50 i 51.



Kontrola przypadku: 18. X. 1930. wygojenie się złamania szczęki. Ząb  $\overline{8}$  osadzony mocno. Badanie zgryzomierzem Habera wykazuje siłę zgryzu w okolicy  $\overline{8}$  o jednym korzeniu wynoszącą 24 kg., a po stronie przeciwnej (bez złamania) 40 kg. Ząb  $\overline{8}$  może być użyty jako filarek do mostka, do którego dołączy się przeszło z zębami  $\overline{7\ 6\ 5}$ , które złączy się z koronami na  $\overline{4\ i\ 8}$ .



Ryc. 51. Kontrolne zdjęcie po 3 $\frac{1}{2}$  miesiącach wykazuje prawidłowe wygojenie się złamania kości szczękowej, brak jeszcze osyfikacji w okolicy wyjętego dośrodkowego korzenia. Pień  $\overline{8}$  znosi obciążenie 23 kg.

Stosunkowo często występują ropowice przy obrażeniach szczękowych w czasie leczenia, a więc już po założeniu szyn ustalających lub też przy obrażeniach szczękowych spowodowanych pociskiem bądź to zaraz po obrażeniu, bądź też w ciągu dalszego leczenia. W pierwszym przypadku dostają się zarazki od zewnątrz, w drugim zaś zakażenie wychodzi od zębów stojących w pobliżu złamania, które obumierają wskutek zaburzeń odżywczych i przechodzą następnie w stan zgorzelinowy. Dlatego też należy przy każdym obrażeniu szczęk poddać dokładnemu zbadaniu prądem faradycznym zęby, stojące w pobliżu złamania, a w razie ujemnego odczynu należy je trepanować, usunąć obumarłą miazgę, wyleczyć przewody i wypełnić, ażeby uniemożliwić wytworzenie się ogniska zakaźnego, wychodzącego z obumarłej miazgi.

#### 6. Ropowice występujące przy zakażeniu grzybkami promienicy.

Aktinomykoza, która powstaje w szczęce albo w okolicznych częściach miękkich ma charakter przewlekły, tworząc nacieki twarde, rozszerza się powoli bez względu na zapory, wytworzone przez powięzie. W dalszym przebiegu choroby przychodzi do wytworzenia się przetoki.



Przewlekły przebieg sprawy zmienia się w ostry, jeżeli dojdzie jeszcze zakażenie wychodzące od zębów o przewlekłym lub ostrym zapaleniu ozębnej. Kliniczny obraz o tyle jest ostrzejszy, że posuwa się drogą już poprzednio istniejących nacieków, a nie ogranicza się tylko w przestrzeniach międzypowięziowych. Jeżeli istnieją już przetoki, następuje obfity wypływ ropy — przyczem występują wybitniejsze obrzęki. Obraz kliniczny przedstawia się zazwyczaj tak, jakobyśmy mieli przed sobą sprawę podobną do zejścia ropowic, gdy już przyszło do przebicia ropy na zewnątrz.

Dokładne badanie mikroskopowe i stwierdzenie grzybka promienicy w ziarnkach w ropie wyjaśni charakter sprawy — i skieruje leczenie na należyte tory. Zbadanie roentgenowskie szczęk jest przytem bardzo ważne, wykaże bowiem często ognisko w okolicy szczytowej chorych zębów.

Nacieki twarde, które istnieją długo, przeważnie bez zajęcia gruczołów chłonnych, a zarazem obecność przetok budzą podejrzenie, że mamy przed sobą sprawę na tle zakażenia grzybkiem promienicy.

**Przypadek V.** Nr. klin. 7928. Kat. Domar., lat 18.

**Rozpoznanie:** *Actinomycosis glandulae parotideae et colli, Phlegmone regionis buccalis, temporalis, submaxillaris et colli. Periodontitis chronica granulomata* 8 Trismus.

**Wywiady:** Z początkiem kwietnia 1927 wystąpił ból zębów w lewej żuchwie. Pacjentka się nie leczyła. 14. kwietnia przechodziła poród bez powikłań i zaraz w dzień po porodzie uczuła silny ból zębów i głowy po stronie lewej. Nastąpił obrzęk twarzy, który się zmieniał co do nasilenia i bolesności i do którego się przyłączył szczękościsk.

W 4 tygodnie po porodzie udała się pacjentka do lekarza, który jej zalecił okłady ciepłe i płukania. Zabiegi te jednak stanu nie poprawiły. Drugorazowa porada innego lekarza, który wykonał cięcie i zastrzyknął trzykrotnie propidon w odstępach trzydniowych. Nieco ropy się wydzieliło, lekarz stwierdził temperaturę 39,5°; obraz chorobowy się nie poprawił. Lekarz przekazuje pacjentkę do Instytutu dentystrycznego U. J. K.

**Stan obecny.** 22. VI. 1927. Pacjentka blada, odżywienie liche. Lewa strona twarzy wykazuje obrzęk miękkiej, nieco zaczerwieniony, bolesny na dotyk. Na najwyższym miejscu obrzęku w okolicy mięśnia skroniowego jest widoczne cięcie wielkości 3 cm, z którego przy nacisku wydziela się ropa. Poniżej tego obrzęku w okolicy mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego tuż nad obojęczkiem znajduje się guzowaty obrzęk wielkości gęsiego jaja, czerwony, miękki. Chełboczący. Na całym policzku lewym znać ślady maceracji po stosowaniu maści czarnej. Ryc. 52.

Pacjentka wcale ust nie otwiera, błona śluzowa ust jest zaczerwieniona, cokolwiek obrzękła, a w lewej dolnej szczęce bolesna na ucisk palca wzdłuż zębodołu; bolesność od 4—8 zęba zwiększa się.

Serce i płuca zmian nie wykazują. — Temperatura 37,1° — tętno 110.

Zdjęcie roentgenowskie (ekstraoralne) wykazuje małe ziarniaki nad szczytami korzeni 8.





Ryc. 52. Ropowica przy zakażeniu grzybkami promienicy i zapaleniu włośnicowym wychodzącym od  $\overline{8}$ ; (Przed zabiegiem).



Ryc. 53. Przypadek podany w ryc. 52. podczas leczenia, 2 $\frac{1}{2}$  tyg. później.



Ryc. 54. Ognisko włośnicowe nad  $\overline{8}$ ; zresztą innych zmian w kości szczękowej nie widać. (Przed zabiegiem operacyjnym).



Badanie mikroskopowe wykazało kolonie grzybka promieniczego (*Actinomyces*).

Leczenie: W narkozie eterowej nacięto ropień na m. sternocleidomastoideus cięciem 5 cm długim wzdłuż mięśnia. Drugie cięcie przeprowadzono pod brzegiem dolnym żuchwy i tym otworem przeprowadzono łyżeczkę do okolicy przysznicy; wydobyto obfitą masę zropiałą, leżącą powierzchownie. Masy te przedstawiały się jako tkanka zserowaciała z dodatkiem krwi. Z tej tkanki posłano część do badania anatomo-patologicznego. Szczęki rozwarto zapomocą rozwieracza Heistera na szerokość 4 cm, usunięto dźwignią Lecluse'a  $\overline{8}$  i zrobiono cięcie wzdłuż wyrostka zębodołowego po policzkowej stronie od  $\overline{5}$  do  $\overline{8}$ . Cięcie podżuchwowe połączono z cięciem w jamie ustnej. Założono seton kamfenolowy do ran, a nazewnątrż okład kwaśny. Podczas operacji wstrzyknięto podskórnie 2 cm. kamfory.

Badanie anatomo-patologiczne (Nr. 503 ex 1927) masy wydobytej ze zropiałego gruczołu przyszniczowego podczas wyłyżeczkowania wykazuje tkankę ziarninową z bardzo świeżym obfitym naciekiem zapalnym; miejscami stwierdza się kolonie grzybka promieniczego. *Actinomyces*.

Dalszy przebieg leczenia: 22. VI. 1927, rycynus — coffeina — opatrunek i nacięcie w okolicy stawu żuchwowego w kierunku poziomym długości 4 cm.

Do 30. VI. i w dniach następnych: Cupr. sulf. na setonie. Rana zaczerwieniona — się oczyszcza. Po każdym opatrunku cupr. sulf. — czuje się chora słabiej i sennie, występuje podniesiona temperatura.

1. VII.—5. VII. Ponieważ przy badaniu internistycznym płuco lewe wykazało lekkie stłumienia, posłano pacjentkę do prześwietlenia płuc i do naświetlań okolicy chorej.

Badanie roentgenowskie płuc w klinice chorób wewnętrznych (Nr. 3254 ex 27) wykazuje: Przepona nisko ustawiona, gorzej ruchoma. Kąty wolne. Cienie wnękowe nieco gęstsze. Pola płucne zmian wyraźniejszych nie wykazują.

6. VII. Roentgenoterapia. — 7. VII. Roentgenoterapia.

9. VII. Po znieczuleniu obstrzyknięto ranę presojodem 12 cm<sup>3</sup>.

10. VII. Wystąpił lekki obrzęk okolicy.

11. VII. Ropienie utrzymuje się. Znieczulenie za pomocą 10% nowokainy na setonie i wyskrobanie zaulków rany.

13. VII. Chora opuszcza klinikę dentystyczną z powodu zamknięcia kliniki podczas wakacyj i odesłana zostaje do dalszego leczenia do szpitala w miejscu zamieszkania. Ma się przedstawić 1. XI. 27. z powrotem w klinice dentystycznej lwowskiej. — Chora nie przedstawiła się mimo ponownego zawiadania listownego.

**Przypadek VI.** Nr. klin. 5939, 22. IV. 1927. Kom. Marja, lat 54, wieśniaczka.

Rozpoznanie: **Promienica prawej żuchwy. Ogniska osteomyelityczne w gałęzi wstępującej i w wyrostku stawowym oraz w trzonie żuchwy aż do  $\overline{6}$ ; ropowica policzka i okolicy podszczękowej.**

Wywiady: Zawsze była zdrowa i w rodzinie nie było żadnych chorób. Przed 3 miesiącami bolał ją ząb i nastąpił obrzęk, który po paru dniach pękł i ropa się wylała do przedśionka jamy ustnej.

Pacjentka nie leczyła się u lekarza, przykładała tylko gorącą kaszę na policzek i po 2 tygodniach utworzyła się przetoka na spuchniętym prawym policzku i od tego czasu ropa uchodziła ciągle tym otworem.





Ryc. 55.

Ryc. 55. i 56. Ropowica przy centralnej promienicy gałęzi wstępującej i trzonu żuchwy.



Ryc. 56.

W ryc. 56. widać wielkie zniszczenie w kości szczękowej, połączone ze znacznym odwapnieniem kości, oraz sekwestrację.



Stan obecny: Pacjentka rosła, silna, średnio odżywiona. Prawy policzek obrzęknięty, niezaczerwieniony, skóra przesuwalna. W połowie trzona prawej żuchwy poniżej dolnego brzegu widać twardy naciek i 2 otwory, z których sączy się ropa. W okolicy lekkie zaczerwienienie, otwór górny ma wygląd kraterowaty. Sondowanie jamy w szczęcie przez przetokę wykazuje: w kierunku kłykcia wchodzi zgłębnik na 6 cm, w kierunku spina nasalis na 4 cm, w kierunku foramen mentale na 5 cm. Ściany chropowate, luźnego sekwestru nie czuć. Gruczoły limfatyczne podżuchwowe nie są wymagalne. W jamie ustnej brak zębów:  $\overline{8765}$ ; korzenie  $\overline{76}$  Obrzęk i rozdęcie wyrostka zębodołowego, wysięk ropny do jamy ustnej. W okolicy linea obliqua znajdujemy wał zlewający się z podłożem i wobec niego nieruchomy.

Rozpoznanie Szpitala Powszechnego: Osteomyelitis corp. mand. dextr. Pacjentkę przysłano celem wykonania krzywej pochyłej, albowiem miano resekować połowę żuchwy.

Zrobiono w Instytucie dent. zdjęcie roentgenowskie.

Opis zdjęcia roentgenowskiego: Odcinek gałęzi wstępującej począwszy od szyjki wyrostka kłykciowego rozdęty, brak konturów, zamazany, wykrój półksiężycowy jednak wyraźniejszy. W okolicy gałęzi wstępującej obraz zamazany, wskazujący na odwapnienie kości, sięga aż w okolice zęba  $\overline{6}$ , od której to części obraz staje się wyraźniejszy, jednakowoż bez widocznej struktury kostnej. Na całej przestrzeni zajętej sprawą chorobową brak jakiegokolwiek struktury a cienie widoczne na obrazie spowodowane są przez jugum proc. zyg., proc. coron., collum proc. condyloid., podniebienie miękkie oraz cieniem języka. Pasma ciemne między językiem a podniebieniem prowadzi do przełyku.

Rozpoznanie: Przypuszczalnie grzybica — promienica centralna gałęzi wstępującej oraz części trzonu. Ropowica z przetokami.

Leczenie: Na zarządzenie Szpitala Powszechnego przygotowano krzywą pochyłą na wypadek złamania i przesunięcia żuchwy podczas odpowiedniego zabiegu chirurgicznego, przyczem spilowano zęby.

29. IV. 1927. Po odstąpieniu przypadku Instytutowi dentyście stosowano wewnątrz: solutio kali iodati (5 : 200) 3 × dziennie; o ile pacjentka będzie znosić jod, podwyższy się dawkę do 10 g. Do przetoki bez uprzedniej ekskochleacji założono seton 15 cm. długi, 2 cm. szeroki, przepojony presojudem. — Naświetlania roentgenowskie.

2. V. 1927. Wynik badania bakteriologicznego: Obfita flora jamy ustnej z krętkami jamy ustnej, bac. fusiformis, Gram + ziarenkowiec, oraz Gram — Koki, ponadto liczne Gram + dłuższe laseczki i nitki, układające się miejscami podobnie do promienicy, lecz brak im typowych odgałęzień. Obecność promienicy.

4. V. 1927. Zabieg operacyjny. W narkozie eterowej nacięto od zewnątrz wzdłuż brzegu dolnego żuchwy po prawej stronie, wypreparowano brzeg żuchwy, wyskrobano i usunięto sekwestry. Stworzyła się komunikacja z jamą ustną. Cięcie około 8 cm długie.

4. V. 1927. Wynik badania bakteriologicznego: Moc saprofitów. Dostyc liczne pojedyncze Gram + nitki nietypowe dla promienicy.

5. V. 1927. Seton z presojudem. — 7. V. 1927. 2% sol. cupr. przez 3 dni na setonie. Rana się przytem zupełnie oczyściła i brzegi zaczerwieniły. Obrzęk ustępuje — opatrunki rany z gazy kamfenolowej. — 10. V. 1927. W ustach po wyskrobianiu nekrotycznych części kostnych i odpreparowaniu śluzówki, złączono



brzegi rany i zaszyto; jednakowoż szwy po 2 dniach pękły i komunikacja nadal się utrzymywała. W następnych dniach opatrunki z gazy kamfenolowej.

14. V. 1927. Wynik badania bakteriologicznego: Pojedyncze Gram + ziarenkowce. Promienicy nie stwierdzono.

20. V. 1927. Pacjentka wyjechała do szpitala miejscowego — miała się pokazać we wrześniu.

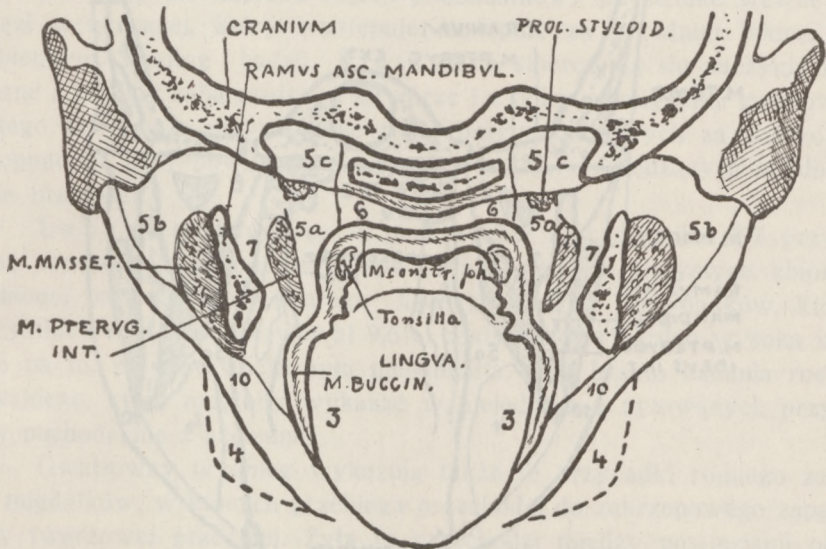
### 7. Zapalenie gruczołów ślinowych i kamienie ślinowe.

Ślinianka podszczękowa leży w trójkącie podszczękowym między wewnętrzną ścianą trzonu żuchwy a mięśniem dwubrzuścowym, tuż przed przednim brzegiem mięśnia żwacza i sięga ku przodowi aż do okolicy przedtrzonowców, otoczona jest otoczką łączno-tkankową, która tylko ze strony zewnętrznej wykazuje zrost z powięzią powierzchowną szyjną. Samoistne zapalenie gruczołów ślinowych prowadzące do wytworzenia się ropni i następnie ropowic jest stosunkowo rzadkie. Częściej wywołują ropne zapalenia gruczołów ślinowych, kamienie ślinowe, które zamykają przewód ślinianki. W sprawach ropnych ślinianek stwierdzić można zazwyczaj gronkowce (Küttner). W ropowicach zaś podszczękowych pochodzenia zębowego, spotykamy przeważnie zakażenia mieszane, ropę cuchnącą a w niej obok gronkowców, paciorkowce i drobnoustroje gnilne. Jeżeli w podręcznikach chirurgicznych mowa jest o tem, że ropienie gruczołu podszczękowego staje się często przyczyną ropowic podszczękowych, to polega to przeważnie na niedokładnem rozpoznaniu i niedokładnem zbadaniu uzębienia, z którego sprawa ropna pochodzi. Wyjątkowo, bo tylko 3% wszystkich ropowic podszczękowych, wychodzą ropowice od zropiałego gruczołu ślinowego podszczękowego (Wassmund). Wtedy to żadnej przyczyny w uzębieniu znaleźć nie można. Wassmund opisuje przypadek, w którym tego rodzaju ropowica wystąpiła wskutek zatkania przewodu ślinowego. Przebieg był jednakowoż łagodny i wymagał nacięcia a później ekstyrapacji gruczołu. Autor ten wspomina również jeszcze o przypadku drugim o przebiegu gwałtownym, któremu towarzyszył obrzęk nagłośni, przyczem nastąpiły trudności w oddechaniu. Przypadek ten wymagał nawet tracheotomji. Przyczyną i w tym przypadku był kamień ślinowy w przewodzie. Jeżeli zatem tak rzadko tylko występują ropowice na tle ropnego zapalenia gruczołu ślinowego podszczękowego, nie można się zgodzić z Rehne'm, który poleca przy ropowicach szczękowych ekstyrapację gruczołu ślinowego. W przypadkach ropowic przezemnie operowanych zawsze udało się wykryć przyczynę w kości szczękowej i zgorzelinowych zębach, a sprawy te wygoiły się po otwarciu ropowic bez ekstyrapacji gruczołu ślinowego. Także Williger jest zdania, że samoistne zapalenie ślinianek prowadzące do ropowic jest nader rzadkie.



8. *Ropowice gardłowe. Ropne zapalenie migdałka podniebiennego i gardłowego.*

W razie ropnego zapalenia migdałka podniebiennego (tonsilla palatina) przychodzi do zajęcia przestrzeni zagardłowej (6 w ryc. 50), a w razie zaś utworzenia się ropnia w migdałku gardłowym, do zajęcia przedniej przestrzeni przygardłowej (5a w ryc. 57 i 58).

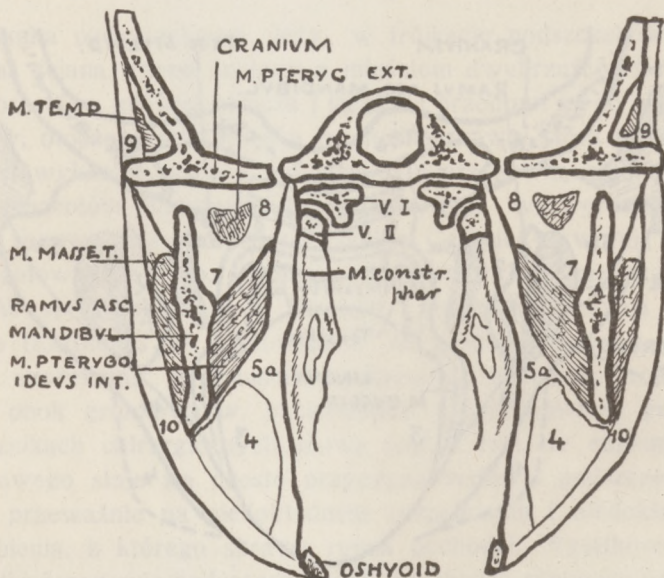


Ryc. 57. Przekrój poziomy na wysokości migdałka.

Sprawy te należą wprawdzie do zakresu laryngologa i rinologa, mniej zaś do stomatologa; muszę jednak o nich wspomnieć, ponieważ wchodzą w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowym, gdy chodzi o wyodrębnienie spraw wychodzących od zębów i kości szczękowej, które zająć mogą przestrzeń przygardłową przednią i skrzydłowo żuchwową (5a i 7 w ryc. 57 i 58) — dlatego też muszę ropnie migdałków bliżej scharakteryzować.

Odływ limfy od migdałków idzie do gruczołów chłonnych szyjnych, znajdujących się między gardłem, gałęzią wstępującą żuchwy a mięśniem mostkowo-obojęczykowo-sutkowym. Sprawy ropne wychodzące z migdałków mają skłonność do lokalizacji, rozwijają się w tylnej okolicy gardła, pozostawiając niezajętą okolice podjęzykową, wyjątkowo tylko mogą i to wtórnie zająć okolice podszczękową. Występują zazwyczaj bez szczękostresu i mniej gwałtownie, a ropa, którą napotyamy po nacięciu nie oka-

zuje się tak cuchnącą jak u ropowic wychodzących z gnilnych spraw zębowych. Charakterystyczne te objawy pozwalają nam odróżnić sprawy ropne wychodzące z migdałków od spraw ropnych pochodzenia zębowego. Wprawdzie przy ropowicach wychodzących od drugiego lub trzeciego dolnego zęba trzonowego skarżą się chorzy również na ból gardła, ale dokładne zbadanie szczęk i zdjęcie roentgenowskie wykaże nam rzeczywistą przyczynę. Objawy bólu gardła występują także przy zakażeniu



Ryc. 58. Przekrój czołowy przez For. ovale.

podczas iniekcji mandybularnej; występuje jednakowoż wówczas szczękocisk, sprawa szerzy się wówczas w przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej (7 w ryc. 57 i 58). Ropowice wychodzące od dolnych zębów trzonowych przechodzą niekiedy z przestrzeni podszczękowej (4 w ryc. 57 i 58) przez przestrzeń skrzydłowo-żuchwową (7) do przestrzeni podskroniowej i mogą także przebić do przestrzeni przygardłowej przedniej (5 a). Występuje wówczas uwypuklenie w okolicy łuków podniebiennych migdałka, po nacięciu wydobywa się cuchnąca ropa.

Obserwowałem także dwa przypadki ropnego zapalenia migdałka gardłowego w następstwie wydlutowania dolnego zęba mądrości. Anamnestycznie stwierdziłem wówczas w jednym przypadku, że chory już przed zabiegiem skarżył się na ból gardła a w migdałku gardłowym stwierdzić jeszcze było można czopki ropne. Wystąpiły objawy, które były bardzo groźne, wybitne trudności w połykaniu i oddechaniu, przyszło do wytwo-



zenia się ropnia przygardłowego w przestrzeni przygardłowej przedniej. Objawy te ustąpiły dopiero po otwarciu tejże przestrzeni.

Także Grünwald i Canuyt wspominają o ropniach migdałka gardłowego, powstałych wskutek zapalenia wychodzącego od dolnych zębów trzonowych. Henke stwierdza również łączność między zapaleniem okostnej wyrostka zębodołowego, pochodzącym od dolnego zęba mądrości. FINDER tłumaczy powstawanie tej sprawy ropnej w ten sposób, że tworzy się naprzód ropień podokostnowy po stronie wewnętrznej gałęzi wstępującej, który występuje następnie za przednim łukiem podniebiennym. Według badań Klestadta skierowują się naczynia limfatyczne z okolicy zęba mądrości ku górze i z boku od migdałka gardłowego; dlatego też uważa powstawanie ropni przymigdałkowych za bardzo prawdopodobne przy powikłaniach spraw ropnych, wychodzących od dolnego zęba mądrości.

Laband stwierdził na 70 przypadków ropowic tylko 2% przypadków, wychodzących od migdałków, Paulsen w statystyce zbiorowej zrobionej na podstawie szeregu historii chorób przypadków, których wszystkich sam nie obserwował 9,6%. Statystyka ta bardzo wysoka wskazuje na to, że obserwacja była niejednolita, i że brakło badania roentgenowskiego, które mogłoby wykazać w niejednym z cytowanych przypadków pochodzenie z uzębienia.

Gwałtowny przebieg wykazują także te przypadki ropnego zapalenia migdałków, w których przebiegu przechodzi do zakrzepowego zapalenia żyły twarzowej przedniej. Żyła ta przechodzi między powięziami odgraniczającymi przestrzeń przyusznicową od podszczękowej; czyli w okolicy tylnego brzegu gałęzi wstępującej. Podczas zapalenia zakrzepowego żyły twarzowej tylnej może przyjść zatem zarówno do zakażenia przestrzeni przyusznicowej jak i przestrzeni podszczękowej z objawami ropowicy.

Klaus mający do dyspozycji materiał szpitala Virchowa w Berlinie nie obserwował jednak przy zapaleniu zakrzepowym tejże żyły oraz przy zakażeniu wychodzącym od migdałków ani razu ropowic dna jamy ustnej.

Należy wspomnieć jeszcze o ropowicach gardła pierwotnych dla odróżnienia ich od ropowic wtórnie powstałych bądźto od zapalenia dziąseł (przypadek opisany przez Dublera) oraz od przypadków opisanych jako Angina Ludovici a mających swoje wyjście w zachwyceniu żuchwy i zębów.

Senator opisał klasyczne przypadki pierwotnych ropowic gardła oznaczając je nazwą: „ostre zakaźne ropowice gardła“. Charakterystyczne objawy były następujące: Rozlane ropne zapalenie głębokich warstw tkanek gardła z przejściem do krtani. Trzy opisane przypadki miały zejście śmiertelne. Przypadki te uważał Guttman jako powstałe na tle

róż y błony śluzowej gardła. Kuttner, Lemon i FINDER są zdania, że sprawy te mają wspólną etiologię, różnią się jednak pod względem anatomo-patologicznym; przy róż y bowiem zachodzą początkowo zmiany w błonie śluzowej, skąd mogą się szerzyć w warstwy głębsze, a przesiek jest surowiczy, podczas gdy przy ropowicach występuje zapalenie już od samego początku ropne, obejmując głębsze warstwy. Określenie Senatora ma więc znaczenie praktyczne i kliniczne.

Początkowo występuje ból gardła, wzmagający się szybko, powstają trudności i wprost niemożliwość połykania. Skoro sprawa przejdzie na krtań, występuje chrypka i utrudnione oddychanie; wcześniej pojawiają się objawy o charakterze septycznym: gorączka, dochodząca do 40° i dreszcze. Zazwyczaj przyśpieszone jest tętno, występuje niepokój i upadek sił, zaburzenie a nawet utrata świadomości. Dalszym wyrazem ogólnego zakażenia są przerzutowe zapalenia stawów, błon surowiczych, zapalenie wśrdsierdzia i obrzęk śledziony — objawy te stwierdzane są zazwyczaj dopiero na stole sekcyjnym. Za życia: zapalenie nerek, gastritis z silnymi bólami żołądka, które później okazują się jako hemoragiczne zapalenie błony śluzowej żołądka. Niektórzy stwierdzili cukier w moczu.

Dla nas, stomatologów, ważnem jest, że przy ropowicach gardła występuje także obrzęk gruczołów podszczękowych i gruczołów chłonnych wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Często stwierdzić można również silną bolesność na ucisk w okolicy kości gnykowej. Skoro wystąpi naciek w okolicy szyi i okolicy podszczękowej, sięgający aż do obojczyka, wtedy występuje obraz podobny do „zgorzeli-nowego stwardnienia tkanek szyjnych“ opisanego przez Ludwiga (1837), któremu później nadano nazwę Angina Ludovici. Jednakowoż przy tym zachorzeniu objawy na zewnątrz gardła występują na plan pierwszy już z początkiem choroby i objawy zapalne w przestrzeni podszczękowej są pierwotne, podczas gdy przy ropowicy gardła występują one dopiero wtórorzędnie.

Przy pierwotnej ropowicy gardła stwierdza się w początkach choroby przy oględzinach gardła obraz podobny do zwykłej anginy: zaczerwienienie i obrzęki jednego lub obu migdałków. W tych to przypadkach uzasadnione jest przypuszczenie, że wyjście choroby stanowią narządy limfatyczne. W innych przypadkach występują już w początkach choroby ropowicze zapalenia gardła o charakterystycznym zaczerwienieniu tylnej ściany gardła, sięgające często także na miękkie podniebienie o intensywnej czerwieni z niebieskawym odcieniem. Okolica języczka jest obrzmiała. Laryngologiczne badanie wykazuje już często w początkach choroby szklisty obrzęk nagłośni, który wkrótce przechodzi do wnętrza krtani. Śluzowata wydzielina zmusza chorego do częstego chrząkania.



Opis ten kliniczny podaliśmy obszerniej, ażeby tem łatwiej móc odróżnić pierwotną ropowicę gardła od powstałej wtórnie.

#### 9. *Sprawy zapalne w okolicy twarzy a w szczególności ust a ropowice.*

Także sprawy zapalne w okolicy twarzy i ucha mogą spowodować ropowice podszczękowe. Stosunek ich do ropowic wychodzących od szczęk określił Paulsen na 7.6% na podstawie 249 przypadków. Między nimi wychodziły one w 2 przypadkach z okolicy ucha, w 2 z przewodu zewnętrznego usznego, w 4 od ręki twarzy, w 2 z powodu figówki, w 2 z owrzodzeń wargi, w 3 z owrzodzeń uszu, w 3 od zapalenia spojówki, raz wywołane zapaleniem jamy ustnej.

Zakażenie szło drogą naczyń limfatycznych, które — jak wiadomo — mają swój odpływ z powyższych okolic do gruczołów podszczękowych, z wyjątkiem wargi dolnej, skąd limfa odpływa do gruczołów podbródkowych.

W gruczołach limfatycznych wytworzyły się ropnie. Wassmund, mający do dyspozycji materiał wyłącznie szczękowy raz tylko zaobserwował na 300 przypadkach ropowicę od sprawy zapalnej na brodzie.

#### 10. *Choroby zakaźne a ropowice.*

Szczególnie podczas odry i szkarlatyny możemy stwierdzić obrzęki gruczołów chłonnych, które mogą przejść w stan ropienia i wywołać ropowicę okolicznej przestrzeni.

#### 11. *Ropowice na tle gruźlicy. Lymphadenitis tuberculosa.*

Obrzęki gruczołów podszczękowych powstają szczególnie u dzieci niezbyt rzadko na tle gruźlicy. (Lymphadenitis tuberculosa). Obok gruczołów podszczękowych zajęte być mogą i gruczoły szyjne, przeważnie obustronnie. Ponieważ mamy do czynienia ze sprawami przewlekłymi, gruczoły są ograniczone stosunkowo twarde i niebolesne. Jedni autorowie tłumaczą, że powstają one na tle zakażenia, wychodzącego z błony śluzowej jamy ustnej, inni, że są objawami czynnej gruźlicy, przyczem spotyka się naprzód już zajęcie gruczołów bronchialnych, a przy gruźlicy jelit — mezenterjalnych i retro-peritonealnych. Czy zakażenie gruczołów podszczękowych jest na podkładzie gruźliczym, czy wyłącznie pochodzenia zębowego, rozstrzyga zbadanie uzębienia.

Zilz zwrócił już przed 20 laty uwagę na to, że w wielu wypadkach próchnicze zęby stanowią wrota wejścia dla gruźlicy. Klinicznie możemy przypuścić prawdopodobieństwo, że mamy przed sobą lymphadenitis tuberculosa, jeżeli nie spotykamy w jamie ustnej wogóle zębów z miazgą zgorzelinową. Nie wyklucza to jeszcze, że może istnieć także zapalenie gruczołów chłonnych na tle gruźliczem przy zębach zgorzelinowych. W razie powstania nacieku ropowiczego na policzku, przychodzi do rozpadu i two-

rzą się ograniczone ropnie, t. zw. zimne abscesy. Przed przebicciem się przez skórę uwypuklają ją na przestrzeni złotówki, wykazując wkoło pole wybitniej zaczerwienione. Ryc. 7. i 35. W razie pęknięcia samoistnego mają słabą skłonność do wygojenia się sprawy.

Po wtargnięciu prątków gruźliczych do gruczołów chłonnych drogą limfatyczną, występuje obrzęk gruczołów i wytworzenie się w tkance gruczołków, które z czasem się zlewają ze sobą. Większe ulegają z czasem zsewowaceni lub rozpadowi i mogą doprowadzić tkankę gruczołową do zropienia. Przejście w stan ostry z wybitnym obrzękiem można tłumaczyć zakażeniem mieszanem.

### *12. Przypadki ropowie o nieznannej etiologii*

zachodzą stosunkowo rzadko. Liczba ich była większą przed odkryciem promieni Roentgena i zastosowaniem ich do celów rozpoznawczych w stomatologii. Jeżeli odliczymy przypadki te, które powstały na tle osteomyelitis o nieznannej etiologii, to we wszystkich przez nas obserwowanych mogliśmy stwierdzić przyczynę. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

### † Prof. Dr. Emanuel Machek.

W pierwszych dniach sierpnia 1930. rozstał się z życiem znakomity okulista polski Prof. Dr. Emanuel Machek, w 78 r. życia. Ś. p. Prof. Machek położył wielkie zasługi jako członek Tow. Lek. Lwowskiego i przyczynił się w wielkiej mierze do powstania Tygodnika Lekarskiego lwowskiego.

Piśmiennictwo polskie i zagraniczne wzbogacił kilkudziesięciu pracami z zakresu okulistyki. Ś. p. Prof. Machek był stałym referentem roczników okulistycznych Nagla. W latach 1916/17 leczył On na Swoim oddziale przeszło 1000 chorych pokaleczonych na oczy skutkiem wybuchu nabożów; (w r. 1914 przyjął podczas wojny światowej w jednym dniu 130 rannych). W r. 1918 podczas inwazji ukraińskiej oddał cenne usługi rannym. Ś. p. Prof. Machek był znany w całej Polsce jako doskonały praktyk i świetny operator, a zarazem doskonały profesor. Z pracowni Jego wyszło przeszło 200 prac naukowych. Wśród kolegów był bardzo ceniony dla niezwykłych zalet charakteru, bystrości umysłu i wielkiego doświadczenia życiowego. W r. 1906 był Dziekanem Wydziału lek., a w r. 1921 Rektorem Uniw. J. K. Za zasługi wobec nauki został „Komandorem orderu Polonia Restituta“, „Officier de l'instruction publique“ i był zamianowany członkiem honorowym licznych Towarzystw lekarskich. Nauka polska utraciła w ś. p. Prof. Macheku wybitnego i zasłużonego przedstawiciela.

Cześć Jego pamięci.



**† Prof. Dr. Roman Barącz (1856—1930).**

Dnia 29. sierpnia 1930 r. zmarł we Lwowie w 74 r. ż. ś. p. Dr. Roman Barącz, nadz. prof. chirurgji Uniw. Jana Kazimierza.

Urodz. w r. 1856 we Lwowie, odbył studia lekarskie przy Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie; w r. 1880 otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Następnie odbył praktykę w Szpitalu Powszechnym we Lwowie, w r. 1881 praktykował w szpitalu w Londynie, od r. 1882—1884 był sekundariuszem Szpitala Powsz. we Lwowie, a w latach 1884 i 1885 pracował w klinice chirurgicznej sławnego prof. Billrotha we Wiedniu jako wolontariusz. Od r. 1885 pozostaje we Lwowie, zostawszy w r. 1886 kierownikiem Oddziału chirurg. polikl. powszechnej. W r. 1897 habilitował się przy Uniwersytecie Lwowskim z zakresu chirurgji.

W r. 1902/03 odbył podróż naukową do Stanów Zjednoczonych Półn. Ameryki, gdzie na zaproszenie Tow. Chirurgów w Chicago wygłosił wykład „O promienicy ludzkiej na podstawie własnych spostrzeżeń“ („Annals of Surgery“ 1903 p. 463—468). W r. 1906 otrzymał tytuł prof. nadzw. chirurgji przy Uniwersytecie lwowskim.

W pracach swoich naukowych zajmował się przede wszystkim badaniem promienicy i przy końcu swego życia dysponował materiałem około 130 przypadków; jest to największy materiał kliniczny dotyczący promienicy jaki kiedykolwiek był obserwowany przez jednego lekarza. Do leczenia promienicy zastosował własną metodę wstrzykiwania 2% — 4% roztworu cupr. sulf., którego dawniej używano do bajcowania zboża. Oprócz prac z tego zakresu ogłosił kilkadziesiąt prac, wymienionych w „Kronice Uniwersytetu Lwowskiego“ (T. I. str. 183—186 i T. II. str. 422—424), oraz kilkanaście prac po roku 1908, których nie cytuje „Kronika Uniwersytetu“, a które ukazały się w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ i pismach zagranicznych. Prace Jego dotyczą poza wspomnianą już promienicą, zakresu chirurgji narządu słuchowego, operacyj laryngologicznych, znieczulania, operacyj ginekologicznych, a przede wszystkim operacyj jelit i żołądka.

Nam stomatologom znany jest dobrze ś. p. Prof. Barącz z częstych Swych wizyt w Instytucie dent. Uniw. J. K., gdzie niemal każdy przypadek promienicy obserwował, znany nam jest z I. Zjazdu dentystyczno-stomatologicznego we Lwowie w r. 1923, na którym wygłosił wykład o promienicy, oparty na obfitym materiale klinicznym i przedstawił swoje metody leczenia. Brał On także udział w wystawie urządzonej podczas tegoż Zjazdu, przedstawiając kilkanaście tablic z promienicą twarzy i szyi oraz rysunki preparatów anatomo-patologicznych tejże choroby. Nazwisko Jego — jako badacza promienicy znane było dobrze w Polsce i zagranicą.

Cześć Jego pamięci!

Z kilkudziesięciu prac ogłoszonych przez Niego drukiem w języku polskim, niemieckim i angielskim, przytaczamy tylko te, które mają styczność ze stomatologią:

- Przenośność promienicy z człowieka na człowieka. *Przegl. lek.* 1888/12.  
 Spostrzeżenia nad miejscowem znieczuleniem kokainą. *Medycyna* 1888/18 i 19.  
 Zur lokalen Cocainanaesthesia. *Wiener med. Woch.* Nr. 33, i 34.  
 Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. *Gaz. Lek.* 1888/32.  
 Przyczynek do nauki o promienicy. *Przegl. lek.* 1890/18, 19, 20, 21 i 22.  
 Ueber neun Fälle der menschlichen Actinomyose. ein Beitrag zur Lehre von der Actinomyose. *Wiener klin. Woch.* 1890/26, 28.  
 Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. *Nowiny Lek.* 1890/12.  
 O wegetacjach adenoidowych jamy nosopółkowej. *Wiadomości Lek.* Lwów, 1891/10.  
 Beobachtungen über die Brom-Aethyl-Narkose in der chirurgischen Praxis auf Grund von 200 mit diesem Mittel ausgeführten Narkosen. *Wiener klin. Woch.* 1892/26.  
 Plastyka błony śluzowej jamy ustnej sposobem M. Obersta. *Gaz. Lek.* 1893/27.  
 Plastik der Wangenschleimhaut nach Oberst. v. Langenbeck's *Arch. für klin. Chir.* 1893. T. XLVI. zesz. 2.  
 Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. *Gaz. lek.* 1899/23, 24 i 25.  
 Ueber einen Fall von chronischem Rotz beim Menschen. *Virchovs Arch. f. pathol. Anat.* 1900. t. 159. z. III.  
 Zur Frage eines speziellen Krankheitserregers bei der sogenannten Botryomykose des Menschen. *Wiener klin. Woch.* 1901/14.  
 W sprawie swoistej przyczyny tak zwanej botryomykozy u człowieka. *Przegl. lek.* 1901/15.  
 Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy. *Przegl. lek.* 1901/42.  
 Ueber Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen. *Archiv. f. klin. Chir.* 1902. t. 68. zesz. 4. z 4 tablic litograf.  
 W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych, rozpuszczalnego srebra (collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. *Medycyna* 1903/1 i 3.  
 Report of sixty cases of Actinomycosis. *Annals of Surgery.* 1903, tom 37.  
 Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń. *Przegl. lek.* 1904/9—12.

*Cieszyński.*

### Kalendarz Zjazdowy.

1931.

28. czerwca do 1. lipca: Lwów. V. Polski Zjazd stomatologiczny.  
 3.—8. sierpnia: Paryż. VIII. Międzynarodowy Kongres dentystyczny, zorganizowany przez F. D. I.  
 I. Kongres Międzynarodowy Radiologiczno - dentystyczny, ma się odbyć w Paryżu 1931 r. z okazji V. Międzynarodowego Zjazdu Radiologicznego.  
 2.—7. września: Budapeszt. Międzynarodowy Kongres stomatologiczny A. S. I. z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu.



Dr. M. BRILL.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA ARPY W DREŹNIE  
(3—5 LIPCA 1930).*Session annuelle de l'Arpa à Dresden (3—5. VII. 1930).*

Jahressitzung der Arpa in Dresden (3—5. VII. 1930).

Doc. pol. 24,762; 9,41.

Doc. int. 616,314,170081 (061).

Schorzenia paradentium, które się objawiają w zaniku zębodołu i prowadzą do rozchwiania się zębów i ich wypadnięcia, są polem badania lekarzy rozmaitych działów medycyny. Badacze tych działów stworzyli zespół pracowników: Arbeitsgemeinschaft für Parodontoseforschung: ARPA i wydają własne czasopismo „Paradentium“, które wychodzi kilka razy rocznie jako dodatek do Zahnärztliche Rundschau. W nagłówku tego periodycznego czasopisma jest napisane: Zeitschrift für die Grenzfragen der Medizin und Odontologie i przypuszczam, że jest ono jedynym czasopismem lekarsko-dentystycznym w pełnym znaczeniu tego słowa. Towarzystwo to zawiązało się w r. 1925 i urządziło w bieżącym roku piąte doroczne zebranie, na którym było około 100 uczestników z Niemiec i z kilku sąsiednich krajów, a z Polski był prócz mnie kol. Miłkowski ze Lwowa.

Wrażenie, jakie odniosłem na jeździe Arpy czyto w Kolonji czyto w Dreźnie jest też zupełnie inne niż na innych zjazdach lub kongresach dentystycznych. Przy jednym stole obradują lekarze-dentyści względnie stomatolodzy, lekarze chorób wewnętrznych, lekarze higieniści, przedstawiciele anatomji i patologji, jakoteż lekarze instytucji ubezpieczeń społecznych i lekarze zajmujący się higieną społeczną. Dotychczas było już kilka takich zjazdów. Zazwyczaj odbywały się w czasie i miejscu obrad zjazdu Towarzystwa centralnego niemieckich lekarzy-dentystów, ostatni jednakowoż odbył się samoistnie w Dreźnie, w nowych bardzo pięknych salach nowo otwartego muzeum higieny.

Głównym tenorem obrad i dyskusji było: systematyczna profilaktyka paradentalna głównym wymogiem higieny socjalnej.

W dwóch dniach można było usłyszeć wiele ciekawych rzeczy. Dyrektor państwowego departamentu zdrowia Frey mówił o **znaczeniu paradentozy w publicznej opiece zdrowotnej**. Jedną trzecią lub może nawet połowę wszystkich straconych zębów ludności niemieckiej należy przypisać paradentozie, która pod tym względem nie o wiele ustępuje miejsca próchnicy zębów. Zorganizowana szkolna opieka dentystyczna wiele zrobiła dla zapobieżenia próchnicy, Kasy Chorych mają wielkie pole działania przy zwalczaniu paradentozy. Nie jest jeszcze wyjaśnioną sprawą, do jakich rozmiarów sięga obowiązek Kas Chorych przy leczeniu paradentozy.

Przy istniejącej dyspozycji do paradentozy może samoleczenie chorego przez czyszczenie, środki wzmagające krążenie krwi i wpływ na zmianę składu śliny najwięcej zrobić, a leczenie w początkowych stadiach daje również dobre wyniki. W zakładach przemysłowych n. p. chemicznych, metalurgicznych, gazowych mogą lekarze zakładowi przez stosowanie środków zapobiegawczych wiele się przyczynić do zmniejszenia się odsetka paradentozy.

Prezes Zentralvereinu L i n n e r t, bardzo wymowny i pewny siebie, mówił: o **zadaniach lekarzy-dentystów przy sanacji paradentalnej ubezpieczonych** i wywodził, że lekarze-dentyści jako stan są w ogólności zanadto skromni i zamało obciążają budżety ubezpieczenia społecznego. Tak jak zastępcą n. p. okulisty, w razie niemożności osiągnięcia go, jest lekarz praktyk, a nie cyrulik, taksamo powinien być zastępcą lekarza-dentysty lekarz praktyk a nie technik dentystyczny. Dostawka zębowa jest tylko konieczną namiastką, lekarze-dentyści powinni leczyć paradentozę a nie tylko zęby usuwać. Kursy doształcające dla lekarzy-dentystów są ogromnie ważne.

Docent Higjeny z Upsali N a e l s u n d, spokojny i bardzo sympatyczny Szwed, wygłosił łamaną niemczyzną najbardziej interesujący na tym zjeździe odczyt p. t.: **Eksperymentalne studia nad środkami do pielęgnowania zębów.** Wywody swoje poparł prelegent wielką ilością przeźroczy i doszedł w swoich wywodach do druzgocących wprost wniosków. Prelegent wychodzi z założenia, że przestarzałe zapatrywanie o wielkiej profilaktycznej wartości czyszczenia zębów jako środka zaradczego przeciw chorobom zębów nie wytrzymuje więcej krytyki. Profilaktyka musi pójść innemi zupełnie drogami, a czyszczenie zębów należy uważać głównie za oczyszczanie jamy ustnej, które ma tylko o tyle znaczenie zapobiegawcze, o ile niehigieniczne warunki w jamie ustnej mogą się przyczynić do powstawania chorób zębów. Sprawą szczoteczki do zębów się nie zajmuje, uważa jednak małą szczoteczkę z miękką szczecina, której się stosownie używa, za dość ważny czynnik w ogólnej higjencie ciała. Tą sprawą wiele dentystów się zajmuje, natomiast środkami do pielęgnacji zębów: proszkami, pastami i mydełkami doświadczalnie dotychczas nikt się nie zajmował, gdyż uważa się te środki za obojętne. Faktem jednak jest, że te środki mają tylko jedną dobrą stronę, a mianowicie ułatwiają czyszczenie zębów przy używaniu szczoteczki, natomiast bez znaczenia są często przypisywane tym środkom działania: odkażające, zubożniające kwasy, tworzące substancje kostne, rozpuszczające kamień nazębny i t. d. Mechaniczne czyszczenie nie jest jednak tak ważne przy pielęgnacji zębów, ażebyśmy mogli usprawiedliwić zawartość szkodliwych składników w tych środkach. Doświadczenia swoje przeprowadzał prelegent na znacznej ilości zębów królików i ludzi.



Głównymi składnikami tych past, proszków i mydełek są: węglan wapnia, trójwęglan fosforu, mydło i gliceryna. Węglan wapnia i trójwęglan fosforu są nierozpuszczalne w wodzie i mylnie sądzono, że się rozpuszczają w ustach pod wpływem kwasu węglowego śliny. Te główne składniki past i proszków do zębów znajdował prelegent w zmniejszonych ilościach w kieszonkach zębowych królików jeszcze po tygodniu, a u ludzi jeszcze po 2 dniach po jednorazowym czyszczeniu zębów. Przez kilka miesięcy wkładał prelegent ostrożnie do kieszonek zębowych połowy uzębienia dziesięciu królików pastę do zębów, a do drugiej połowy sproszkowany cukier, który się w ślinie rozpuszczał. Wynik doświadczenia był ten, że 5 królików miało po tej stronie, gdzie wkładał pastę do zębów, zgrubiałe i przekrwione dziąsła, a druga strona nie wykazywała żadnych zmian. Histologiczny preparat potwierdził ten wynik badania wykazując zgrubienie, nagromadzone białe ciała krwi i naciek okrągłych komórek, a w barwionych preparatach widoczne były także drobnoustroje. Podobnie przeprowadzone doświadczenie u ludzi o jednostajnie przewlekłym zapaleniu dziąseł dało taki sam wynik drobnowidowy, mimo że makroskopowo w ustach nie znać było żadnej różnicy. Doświadczenie wykazało zatem, że te dwa główne składniki wywołują w starych, przewlekłych stanach zapalnych **rozognienie sprawy zapalnej**.

Co do ścierania się zębów skutkiem szczotkowania powiada prelegent, że przy niezbyt częstem i silnem tarciu istota zębowa się nie ściera. Co do mydła zawartego w środkach do czyszczenia zębów stwierdził autor doświadczalnie, że tworzące się wolne zasady w ślinie wywołują chemiczne podrażnienie nabłonka, połączone z rozpułchnieniem tkanek, co powoduje zmniejszoną ich odporność na drobnoustroje. Ponadto powoduje powinowactwo mydła do wody, ściągnięcie się tkanek wokoło szyjki zęba, co się przyczynia do obsuwania się dziąsła. Mydło jako część składowa jest zatem więcej szkodliwa aniżeli pożyteczna. Nie można porównywać dziąseł ze skórą ciała, dla której mydło jest bardzo dobre. Gliceryna zawarta w każdej paście jest prawie nieszkodliwą. Oprócz orzeźwiającego więc smaku nie mają środki do pielęgnacji zębów żadnego znaczenia. Czyszczenie szczoteczką z wodą jest bardziej wskazane szczególnie dla ludzi z niezupełnie zdrowym dziąsłem. W zupełnie zdrowej tkance okołozębowej nie wywołują wymienione składniki naszych past, proszków i mydełek żadnych widocznych zmian chorobowych, natomiast w niezupełnie zdrowej tkance działają sole wapniowe jak ciała obce, ułatwiają rozwój drobnoustrojów i powodują ich ropotwórcze działanie.

W bardzo ożywionej dyskusji podnoszono, że właśnie w Dreźnie, w siedzibie fabrykantów odolu i chlorodontu i w sali muzeum higieny im. Lingnera podniesiono ciężkie zarzuty przeciw fabrykatom. Należałoby się

zwrócić do fabrykantów i skierować całą fabrykację (Mamlock) na drogę biologiczną, podobnie jak to przed 30 laty wystąpił przeciw rozmaitym fabrykatom Miller. Na elsund jako teoretyk miał, podnosząc te zarzuty słuszność, bo przy takiej chorobie, jaką jest paradentozą, małe przyczyny wywołują ciężkie formy tej choroby.

Citron mówił o **znaczeniu historii choroby przy paradentozie**. Chirurg mało się troszczy o historię choroby, lekarz-dentysta ogląda tylko zęby i myśli o tem, jak w danym wypadku należy postąpić z zębem. Przy paradentozie jednak musi się inaczej postępować, ponieważ ci pacjenci chorują równocześnie na inne choroby, które wywierają znaczny wpływ, albo są nawet powodem paradentozy. Miejscowe leczenie paradentozy nie prowadzi bardzo często do żadnych wyników. Ogólne zbadanie pacjenta jest zatem bardzo wskazane i często decyduje o planie leczenia. W szczególności znajdował prelegent u chorych na paradentozę zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu i w przemianie materji, dalej znajdował na błonie śluzowej jamy ustnej i warg zły rozwój naczyń włosowatych, wagotonję i lymphocytozę. Prelegent odczytuje wyjątki z 27 historii chorób swoich prywatnych pacjentów, w których przeważają choroby takie jak: cukrzyca, choroba Basedowa, rozmaite cięższe i lżejsze formy chorób nerwowych i umysłowych.

Drugi internista Boenheim wskazywał w swoim referacie o **badaniu krewnych chorych na paradentozę**, na ważność badania nawet dalszych członków rodziny chorego na choroby stojące w związku z paradentozą, aby tem łatwiej można było u młodszych osobników wczas rozpocząć profilaktykę, a sposób leczenia starszych skierować na odpowiednie tory t. zn. na leczenie przyczyn. Dziedziczność przy paradentozie odgrywa bardzo ważną rolę.

Weski, generalny sekretarz Arpy i główna osoba zjazdu, wygłosił z wrodzoną mu swadą referat p. t.: **O ile musi leczenie paradentozy w lecznictwie socjalnem pójść innemi drogami aniżeli w praktyce prywatnej**. Referent omawia różnicę poglądów swoich i Gottlieba na powstawanie i istotę paradentozy i powiada między innymi, że „Schmutzpyorrhoe“ jest paradentozą endogennie negatywną, a rozlany zanik zębodołu (diffuse Atrophie) jest paradentozą, która nie reaguje na miejscowe leczenie. W prywatnej praktyce nie jest tak potrzebny jednolity plan pracy i standaryzowana metoda jak przy leczeniu w Kasach Chorych. Łatwiejszem jest leczenie paradentozy w prywatnej praktyce, aniżeli w kasowej. W Kasach Chorych musi się więcej stosować usuwanie zębów i metody odciążające zgryz (Entlastungsbehandlung), jakoteż postawienie dokładnego rozpoznania. Wyraża swoje zadowolenie, że coraz częściej się stosuje mały schemat



paradentozy (kleiner Paradentosestatus) w praktyce kasowej i prywatnej i uważa to za bardzo wielki sukces Arpy.

Wolf mówił o 5-letniej statystyce parodontalnej u członków państwowej instytucji ubezpieczeniowej (Reichsversicherungsanstalt). Ilość ubezpieczonych wynosi 4 miliony. Na 107.000 ubezpieczonych w Berlinie było 38.000 przypadków paradentozy. Inne kasy nie robią jeszcze żadnych zestawień, co by jednak należało zrobić. U mężczyzn pojawia się paradentozę najczęściej między 40—50 r. życia, u kobiet rzadziej między 14—20 rokiem i częściej w czasie praeklimakterycznym. Państwowy urząd ubezpieczeń uchwalił się przyczynić pewną subwencją do współdziałania z Arpą nad ujęciem statystyki paradentozy. Co do przyczyny okazało się tymczasowo, że 70—75 stanowi przeciążenie, według teorii Karoly'ego, a 25—30% stanowią podwójne przyczyny. Co do leczenia to w 85% są wskazane roboty mostkowe i szyny nagryzowe (Aufbisskappe) a w 15% dostawki kauczukowe względnie metalowe. Na leczenie paradentozy wydały Kasy wedle Citrona około 300.000 mk.

Prócz wymienionych przemawiali jeszcze generał-lekarz Handloser: O leczeniu paradentozy przy wojsku, prezes Arpy prof. Loos o znaczeniu konstytucji ciała przy profilaktyce paradentozy, prezes stowarzyszenia ortodontów Winkler o zapobieganiu powstawaniu paradentozy przy ortodontycznym leczeniu i Starke o sporządzaniu mostków i zwracaniu uwagi na profilaktykę paradentozy. Wymienieni nie wnieśli nic ciekawego do obrad. Wiemy bardzo dobrze, że korony na zębach nie są niczem dobrem dla nich, dalej, że brzeg korony sięgający pod dziąsło predysponuje go dla paradentozy, a nie sięgający pod dziąsło może się przyczynić do powstawania próchnicy.

Uzupełnieniem niejako tego zjazdu były statystyczne wykresy, rysunki i preparaty wystawione na ogólnej wystawie higienicznej. Zjazd Arpy jest zawsze wyrazem stanu badania i wymianą myśli na polu teorii paradentozy, a o praktycznym leczeniu wcale się na nim nie mówi. Szkoda tylko, że szkoła wiedeńska wcale nie była reprezentowana.

---

---

### Archivum chirurgiae oris.

Pod redakcją Prof. Caviny poczęło wychodzić w Bolonji nowe archiwum międzynarodowe pod tytułem: „Archivum chirurgiae oris“. Do współpracowników tegoż pisma należą: Arlotta (Milano) — Asgis A. J. (New-York) — Axhausen G. (Berlin) — Bruhn C. (Düsseldorf) — Cieszyński A. (Lwów) — Grandi G. (Tryest) — Kostečka F. (Praga) — Lindemann A. (Düsseldorf) — Moral H. (Rostock) — Morelli G. (Budapeszt) — Perna A. (Rzym) — Pichler H. (Wiedeń) — Szabo J. (Budapeszt) — Wassmund M. (Berlin).

### Statystyka śmiertelności lekarzy w Ameryce.

Liczba ogólna przypadków śmierci wynosiła w r. 1928 i 1929 podobnie jak w 1930 r. 2790 przypadków. Między nimi znajdowało się 65 lekarek. Ponieważ w r. 1930 udzielono 4446 dyplomów lekarskich, powiększyła się liczba lekarzy o 1649. Przeciętny wiek wynosił 64,9 lat, 102 zmarłych lekarzy doszło do wieku 85—90 lat, a 7-miu lekarzy ponad 90 lat.

Nieszczęśliwym przypadkiem uległo 202 lekarzy, t. zn. 67 osób więcej jak w r. 1928.

Główna ilość katastrof spowodowana była wypadkami samochodowymi. Z pośród nieszczęśliwych przypadków przypada 9 na zatrucie gazem przy eksplozji w klinice w Cleveland. 47 zmarło śmiercią samobójczą lub przez zabójstwo, z tego 6-ciu z ręki pacjentów a 1 przez kolegę.

Częstość przypadków śmierci naturalnej równa się teź u ogółu ludności. Na pierwszym miejscu stały choroby serca, na drugim i trzecim zapalenie płuc i apopleksja, podczas gdy w roku poprzednim kolejność była przeciwna.

Następnie idzie zapalenie nerek, rak, miażdżycy, a dopiero na 9-tym miejscu gruźlica.

193 ze zmarłych brało udział w wojnie światowej, 67 brało udział w wojnie domowej, a 36 w wojnie hiszpańsko-amerykańskiej. (Med. kl. 1930/25).

---

---

**Fotele i maszyny dentystyczne.** Fabryka „Dens“ J. Szwarca w Łodzi i w Warszawie wydoskonalila swoje fabrykaty w 25 latach swego istnienia tak dalece, że mogą śmiało konkurować z wyrobami zagranicznymi. Z zadowoleniem mogę skonstatować wielki postęp w precyzyjności i wyglądzie zewnętrznym jedno- i wieloteleskopowych tłokowych foteli tej fabryki od czasu wystawy na I. polskim zjeździe stomatol. we Lwowie w r. 1923 aż do dnia dzisiejszego. Taborety, szlifiarki i kotły do wulkanizowania dostawek kauczukowych, są również bardzo starannie wykończone. Cena wszystkich wyrobów jest niższa od zagranicznych i przy całym urządzeniu gabinetu dentystycznego może bardzo znacznie wpłynąć na obniżenie kosztów. Starannie wydany katalog przynosi zaszczyt stosunkowo młodej i nowoczesnej urzędzonej fabryce krajowej, której produkcja może pokryć całe zapotrzebowanie kraju. Brak zaufania do rodzimych wyrobów zniknie przypuszczalnie niebawem, do czego się przyczyni po kupiecku dobrze prowadzony zarząd fabryki.

Brill (Lwów).



Dr. H. ALLERHAND.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z UROCZYSTEGO OBCHODU DZIESIĘCIOLECIA  
ZWIĄZKU LEKARZY - DENTYSTÓW W PAŃSTWIE POLSKIM  
ODBYTEGO W DNIU 1. XI. 1930 W WARSZAWIE.

Związek Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim święcił w nowej swej siedzibie przy ulicy Miodowej l. 6. w sposób uroczysty dziesięciolecie swego istnienia. W pięknie przyozdobionej krzewami sali zgromadzili się w dniu 1. XI. 1930. liczni członkowie zarówno z Warszawy, jak i z miast prowincjonalnych, tudzież zaproszeni goście i delegaci oficjalni. Uroczysty obchód dziesięciolecia był częścią VII. zjazdu delegatów Związku Lekarzy-Dentystów, obradującego w dniach 31. X. — 2. XI. 1930 w Warszawie i wypełnił dzień drugi zjazdu. W dniu pierwszym, przeznaczonym wyłącznie dla członków Związku, odbyły się prócz spotkania koleżeńskiego obrady przygotowawcze równoległe w trzech posiedzeniach, na których obradowano nad likwidacją ubezpieczenia w Funduszu pośmiertnym, tudzież nad organizacją Oddziału zbiorowego Związku.

W dniu drugim Zjazdu, jako w dniu właściwej uroczystości jubileuszowej odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu o godzinie 11. przed południem w pięknej, nader gustownie w modernistycznym stylu urządzonych sali zebrali. Zagaił Dr. Brzeziński (Lublin), przedstawiciel Zarządu Głównego, prezes Oddziału Lubelskiego i przedstawivszy cel zebrania poprosił na przewodniczącego obrad Profesora Czubalskiego, na przewodniczących honorowych: Profesora Cieszyńskiego (Lwów), Prof. Wilgę (Warszawa), Prof. Gen. Zwierzchowskiego (Warszawa, Wicehrabię Casa-Aguilara, przewodniczącego FDI (Madryt), i Prof. Morala (Roztoka). Na zastępców przewodniczącego powołał lek.-dent.: Zawidzkiego (Warszawa), Dra Allerhanda (Lwów), lek.-dent. Orłowskiego, przedstawiciela absolwentów PID, i lek.-dent. Ujejskiego, przewodniczącego Związku. Nastąpiły przemówienia oficjalne. Pierwszy przemówił przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Jarniński. W dłuższym przemówieniu wykazał on, że najważniejszym zdarzeniem w ubiegłym dziesięcioleciu jest wydanie Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej o wykonywaniu praktyki dentystrycznej z dnia 10. czerwca 1927. Prawo to stawia techników dentystrycznych na etacie wymarcia, rozszerzając im równocześnie uprawnienia zgodnie z wymogami życiowymi. Dlatego lekarze-dentyści powinni nie dbać o swe uszczerbki materialne, nie dbać o swą kieszeń, lecz zgodnie żyć z technikami, skoro wymogi życiowe tego żądają.

Ten tenor przemówienia delegata oficjalnego wprowadził pewien przykry dysonans, gdyż mówcy następni zmuszeni byli niechętnie

wprawdzie wnosząc nutę polemiczną w obrady odznaczające się odświętną powagą, odpowiedzieć, że tu chodzi nie o „kieszęń“, nie wyłącznie o stronę materialną, lecz że w grę wchodzi dobra wyższe, że trudno się pogodzić z myślą, że uprawnienia nabywane długimi studjami średnimi i wyższymi, uzyskują częstokroć ludzie, nie posiadające żadnych do lecznictwa kwalifikacji.

Następnie przemawiali delegaci oficjalni: Dr. W r o c z y ń s k i imieniem prezydium miasta stołecznego Warszawy, Dr. E b e r h a r d imieniem Komisarjatu Rządu, Prof. C z u b a l s k i imieniem Państwowego Instytutu Dentystycznego, Profesor W i l g a imieniem Warszawskiego Towarzystwa Stomatologicznego, lek.-dent. S t o k o w s k i imieniem Związku lekarzy-dentystów Chrześcijan, lek.-dent. B l i k l e imieniem Towarzystwa lekarzy-dentystów warszawskich, lek.-dent. M e s z imieniem Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy lekarzy-dentystów, lek.-dent. O r ł o w s k i imieniem Zrzeszenia Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego. W szeregu mówców oficjalnych zabrałem też głos i będąc delegatem pięciu organizacji przemówiłem nieco szerzej, zarówno odpowiadając na pewne zdania Dra J a r n i ń s k i e g o, jak również kreśląc obraz tego, co w Polsce przez ubiegłych lat dziesięć na polu dentystyki stworzone zostało i co jeszcze do zrobienia pozostało. (Tych pięć instytucji, które reprezentowałem, są: „Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“, Polski Komitet Narodowy FDI, Sekcja Polska ASI, Redakcja „Polskiej Stomatologii“ i Katedra Stomatologii we Lwowie w zastępstwie Prof. C i e s z y ń s k i e g o, który z powodu chwilowego niedomagania nie mógł uczestniczyć w zebraniu). Naskicowawszy powstanie najpoważniejszych placówek stomatologicznych w Państwie Polskiem w ostatnich dziesięciu latach, tudzież nakreśliwszy historję polskich zjazdów stomatologicznych zaprosiłem obecnych do wzięcia jak najliczniejszego czynnego udziału w V. Polskim Zjeździe Stomatologicznym, mającym się odbyć we Lwowie w czasie od 28. czerwca do 1. lipca 1931.

Po wyczerpaniu listy mówców oficjalnych nastąpiły przemówienia koleżeńskie: imieniem oddziału białostockiego lek.-dent. K o p e l m a n, oddziału łódzkiego Dr. S a d o k i e r s k i, częstochowskiego lek.-dent. L u b c z y ń s k i, Zagłębia dąbrowskiego lek.-dent. H e r s z l i k, warszawskiego lek.-dent. F r e y d k i n, imieniem Spółdzielni Kredytowej prezes Rady Nadzorczej H e y b u r t - H e y b o w i c z; następnie odczytano pisma gratulacyjne tudzież telegramy Prof. C i e s z y ń s k i e g o, Prof. Ł e p k o w s k i e g o, Prof. N i t s c h a, Dra W o d n i e c k i e g o, Dr. S z e p e l s k i e g o, lek.-dent. P e r l i ń s k i e g o, z oddziału Kowelskiego i inne.

Nastąpiła prelekcja lek.-dent. L e o n a S a c h s a, przewodniczącego Oddziału Warszawskiego p. t.: „Pierwsze dziesięć lat istnienia Związku



lekarzy-dentystów w P. P.“. W treściwym i barwnym przemówieniu skreślił mówca historję Związku od chwili jego powstania do chwili obecnej: W roku 1919 rzucił nieżyjący już Kolega Beatus z Kalisza myśl utworzenia Związku, 8. grudnia 1919 odbyło się pierwsze konstytucyjne zebranie, a dnia 20. IV. 1920. Władze zatwierdziły statut Towarzystwa, poczem w czerwcu 1920 odbył się pierwszy zjazd delegatów. Pierwszym przewodniczącym był lek.-dent. Zawidzki, obecnie jest nim od roku 1925 lek.-dent. Ujejski. Wszelkie poczynania Związku, sprawy organizacyjne, walka o sprawiedliwą stylizację ustawy dentystycznej, wszystko to znalazło w przedstawieniu kol. Sachsa plastyczne i wyczerpujące przedstawienie.

Następnym punktem było mianowanie 12. członków honorowych; zostali nimi mianowani: Prof. Cieszyński (Lwów), Prof. Zwierchowski (Warszawa), Prof. Aguilar (Madryt), Prof. Moral (Roztoka), Dr. Falkowski (Warszawa), lek.-dent. Zawidzki (Warszawa), Prof. Nitsch (Warszawa), Prof. Czubalski (Warszawa), Dr. Wroczyński (Warszawa), Dr. Chodźko (Warszawa), Dr. Wodniecki (Kraków), lek.-dent. Ujejski (Warszawa).

Po „skromnem“ śniadaniu à la fourchette nastąpiły dwa referaty: Kapitana lek.-dent. T. Karnibada: „O powołaniu lekarza-dentysty“, i Lek.-dent. St. Blocha, redaktora „Dentystycznych Wiadomości Związkowych“: „Polska Prasa Dentystyczna i Pismo Związkowe“. Zapowiedziany referat lek.-dent. Chmieleńskiego: „Dola i niedola Lekarza-Dentysty“ nie odbył się z powodu niedyspozycji prelegenta. Oba referaty odznaczały się wyczerpującem przedstawieniem tematu, referat kol. Karnibada ukaże się w „Polskiej Stomatologii“, referat kol. Blocha skreślił genezę polskich pism dentystycznych, „Przeglądu Dentystycznego“, założonego przez ś.p. Dra Dzierżawskiego i wskrzeszonego następnie w roku 1921., „Polskiej Dentystyki“, (obecnie „Polskiej Stomatologii“), wychodzącej od roku 1923, tudzież „Dentystycznych Wiadomości Związkowych“. Referat kończył się projektem pewnej unifikacji czasopiśmiennictwa fachowego, przez co zyskałoby się znaczne korzyści zarówno materialne przez znaczne obniżenie kosztów druku i administracji, tudzież intelektualne przez rozszerzenie koła współpracowników; mamy nadzieję, że referat ten ukaże się wkrótce w druku i będzie substratem do owocnej w tym względzie dyskusji.

Na tem skończyła się część oficjalna zjazdu. Część nieoficjalna obejmowała jeszcze: Wspólny obiad składkowy w restauracji Hotelu Brühlowskiego, Przedstawienie w Teatrze Polskim (Romain Rolland: „Gra miłości i śmierci“), tudzież bankiet składkowy w salonach górnych restauracji „Polonia-Palace“.

Dnia trzeciego, 2. listopada, odbyła się część trzecia, sprawozdawcza zjazdu delegatów i ogólnozawodowa w trzech sekcjach: Sekcja I. Uprawnienia lekarzy-dentystów, Sekcja II. Sekcja Pracy, i Sekcja III. Finansowo-organizacyjna. Poza tem wspólny obiad składkowy w restauracji „Oaza“ i zwiedzanie miasta, kolonij miejskich, Zamku, Pałaców w Łazienkach i Wilanowie pod kierunkiem specjalnych przewodników. W końcu zebrania odbyło się uchwalenie preliminarza budżetowego, wnioski, wybory, przemówienia ogólne, przyjęcie protokołu wreszcie zamknięcie Zjazdu.

**W sprawie nadania praw akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie wniesione zostały wnioski do Sejmu.**

1) **Wniosek** Bezpartyjnego Bloku Współpracy z Rządem w sprawie zmiany niektórych przepisów ustawy z dnia 13. lipca 1920 r. o szkołach akademickich. Warszawa, dnia 6. marca 1930 r. — Ustawa o zmianie niektórych przepisów ustawy z dnia 13. lipca 1920 r. o szkołach akademickich (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 72, poz. 494) w brzmieniu ustawy z dnia 16. lipca 1924 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 2, poz. 10).

Art. 1. W ustawie z dnia 13. lipca 1920 r. o szkołach akademickich (Dz. U. Rz. P. Nr. 72, poz. 494), zmienionej ustawą z dnia 16. lipca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 2., poz. 10) wprowadza się następującą zmianę:

w art. III. po punkcie 11) dodaje się punkt nowy, treści następującej: „12) Instytutu Stomatologicznego w Warszawie“. (Druk sejmowy Nr. 849).

2) **Wniosek** Związku Parlamentarnego Polskich Socjalistów w sprawie przyznania praw szkoły akademickiej Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu. Warszawa, 8. marca 1930 r. — Ustawa w sprawie przyznania praw szkoły akademickiej Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu.

Art. 1. Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie, utworzonemu na zasadzie rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17 lutego 1920 r. (Mon. Pol. Nr. 43/1920), przyznaje się prawa państwowej szkoły akademickiej, umieszczając go (art. III. Ust. o szkołach akademickich Dz. U. R. P. Nr. 72 ex 1920, poz. 494) w spisie tychże szkół.

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. Jankowski — Członkowie korespondenci: Lek.-Dent. Józef Jarzab, 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.



Dr. M. JANKOWSKI.

LWÓW.

st. asyst. Instytutu dent. U. J. K.

SPRAWOZDANIE Z KONGRESU WŁOSKIEGO STOMATOLOGICZNEGO,  
ODBYTEGO W DNIACH 15—21 WRZEŚNIA 1930 R. W WENECJI.*Congrès stomatologique italien à Venise. (15—21. IX. 30).*

Bericht über den italienischen stomatologischen Kongres in Venedig.

(15.—21. September 1930).

Doc. pol. 9.41.

Doc. int. 616.31(04) 063—Venise.

Kongres włoski narodowy odbył się w dniach 15—21 września 1930 w Wenecji pod protektoratem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego.

Zaraz po przybyciu do Wenecji uczestników zjazdu uderzyła wspaiała organizacja zjazdu. Na dworcu w Wenecji już czekali portjerzy, pod których opieką udali się uczestnicy do pierwszorzędných hoteli tak, że mimo nieznamomości języka włoskiego znalazło się pomieszczenie i nie potrzeba było o nic się troszczyć. Nawet drobne wydatki jak opłacenie bagaży, przejazdów etc. opłacało się kuponami po wydarciu kartki odpowiedniej z bloczka. Na nieznamących Wenecję zrobiła wielkie wrażenie przejażdżka łodzią motorową po Canale Grande na Lido, gdzie znajdowały się dwa pierwszorządne hotele przeznaczone dla uczestników zjazdu.

Sam zjazd odbywał się w Wenecji — którego początek stanowiło uroczyste otwarcie w sali Napoleona w Palazzo Reale. Na otwarciu przemawiało wielu mówców przeważnie w języku włoskim. Dowiedzieliśmy się i przekonali, jak wielką opieką otaczają rząd faszystowski i władze municipalne stomatologię włoską. W zjeździe wzięło udział przeszło 400 uczestników, w tem około 150 z zagranicy.

Same wykłady odbywały się w wielkiej sali szpitala cywilnego ozdobionej pięknymi rzeźbami i sztukaterjami. Sala była odpowiednio przygotowana i zaopatrzona w aparat projekcyjny i kinematograficzny. Posiedzenia naukowe rozpoczęły się w dniu otwarcia o godz. 3-ciej po poł. i trwały przeważnie do godz. 7-mej wieczorem.

Pierwszym z mówców był Prof. Cieszyński, który w języku francuskim wygłosił odczyt na temat: Własne metody wstrzykiwań u podstawy czaszki w celu znieczulenia i leczenia rwy nerwu trójdzielnego. Odczyt ten, na którym była obecna największa ilość uczestników, wzbudził olbrzymie zainteresowanie nie tylko ze względu na temat i sposób wygłoszenia lecz także ze względu na demonstrację filmową sposobu znieczulenia tak teoretycznie jak i praktycznie, który to film stał pod każdym względem wyżej, niż ilustrowane filmy amerykańskie, wykonane przez wytwórnie filmowe. Film ten w sposób krótki a jasny przedstawiał poglądowo teorię

wstrzykiwań i praktyczne jej zastosowanie tak na pacjentach jak i na fantomach.

Prócz tego były i projekcje.

Następnym mówcą po Prof. Cieszyńskim był Prof. Jarzab, który mówił o środkach znieczulających w języku włoskim — demonstrował swój odczyt przeżroczami.

Oba te odczyty świadczyły na jakim poziomie znajduje się stomatologia w Polsce — i zrobiły dodatnie wrażenie budząc ogólne zainteresowanie uczestników zjazdu.

Tylko tych dwóch prelegentów reprezentowało Polskę na zjeździe na ogólną liczbę 22 Polaków. Reprezentowany był tylko Lwów, Warszawa, Poznań, Częstochowa, Kraków.

Następne odczyty według szczegółowego sprawozdania jak poniżej podano, były wygłaszane przeważnie w języku włoskim i wywoływały na ogół bardzo żywą i długą dyskusję i mimo nieznamomości języka można było je zrozumieć z przeżrocz demonstrowanych, tudzież pokrewieństwa języka włoskiego ze znanymi nam językami francuskim i łaciną.

Prócz odczytów była demonstrowana operacja ekstyrpacji Ganglion Gasseri na pacjencie przez tamtejszego prof. chirurgji, w sali operacyjnej szpitala cywilnego. Operacja przy znieczuleniu miejscowem trwała około 3 godziny przy wielkiem zainteresowaniu uczestników zjazdu.

Na obszernym korytarzu szpitala była urządzona wystawa najnowszych urządzeń i przyrządów dentystycznych, gdzie demonstrowano aparat termokoagulacji. Następnie nowy piec elektryczny platynowy do topienia wysoko topliwej porcelany, którym można pracować bardzo szybko i wygodnie. Następnie urządzenia roentgenowskie i unity wyrobów włoskich i niemieckich.

Ogólne zainteresowanie wzbudziły też 2 nowe preparaty znieczulające Kol. Linki z Triestu, których działanie polega na narkozie komórek i drobnoustrojów. Narkoza ta trwająca 8—12 godzin dla drobnoustrojów, pozwala na zniszczenie tychże w tymże czasie przez leukocyty. Jednym z głównych składników tego preparatu jest gaz trujący, używany w czasie wojny przez Niemców.

Jednym z najbardziej interesujących punktów programu zjazdu był pokaz szpitala morskiego dla dzieci, gdzie zastosowano wszystkie najnowsze zdobycze dla urządzeń szpitali jak radio, solarium, elektryczną pralnię, elektryczne chłodnie, parowe kuchnie, elektryczne urządzenia dla mycia i suszenia naczyń i t. d. — Szpital ten znajduje się nad brzegiem Adrjatyku i posiada olbrzymią plażę, gdzie wśród piasków bawiła się olbrzymia ilość dzieci. W sanatorjum tem umieszczono w ubiegłym sezonie przeszło 3000 dzieci.



Do rozrywkowych punktów programu zjazdu należał bankiet urządzony w największym i luksusowym hotelu na Lido. W czasie bankietu przemawiało wielu mowców. Przedstawiciele poszczególnych narodowości przemawiali w kolejności alfabetycznej.

Z wielkim zainteresowaniem wysłuchano przemówienia Prof. Cieszyńskiego i Dr. Asgisa. Po bankiecie do późnej nocy przeciągała się zabawa we wspaniałych salach i ogrodach hotelu.

Do bardzo interesujących należały wyścigi łodzi motorowych, wycieczka łodziami motorowymi do Murano, gdzie zwiedzono artystyczną fabrykę wyrobów szklanych, w Burano zwiedzono fabrykę koronek. Specjalnie urządzono dla uczestników kongresu nocną serenadę na udekorowanych lampionami gondolach. Odbyło się wspólne zwiedzenie wystawy sztuk pięknych, na której znajdował się też dział polski, bardzo słabo reprezentowany; dział ten wzbudził jednak zainteresowanie niektórych uczestników zjazdu.

Na zakończenie odbyło się wspólne zwiedzenie pałacu dożów.

Muszę jeszcze wspomnieć, że cały pobyt w Wenecji w czasie zjazdu był bardzo miły i bez wszelkich trosk o codzienne potrzeby, o które z góry organizatorzy zjazdu troszczyli się i wszystko przygotowali. Możliwe dlatego, że uczestnicy wpłacili z góry wkładkę zjazdową w wysokości 780 wzgl. 600 lirów (= 390 wzgl. 300 zł.).

Po wyjeździe z Wenecji wyjechałem z Prof. Cieszyńskim do Bolonii, gdzie zwiedziłem klinikę stomatologiczną Prof. Beretty, gdzie Prof. Cavina, najznakomitszy chirurg-stomatolog włoski prowadzi dział specjalny dla chirurgji stomatologicznej i głowy.

Prof. Cavina dysponuje oddziałem z 20 łózkami i operuje w 2 małych salach przedzielonych takąż małą salą dla sterylizacji, wskutek czego nie potrzebuje czekać na przygotowanie pacjentów do operacji.

W czasie 2-dniowego pobytu i przypatrywaniu się jego operacjom, między którymi odbyła się resekcja szczęki dolnej, szczęki górnej, operacja rozszczipu podniebienia, obserwowałem nadzwyczajną wprawę i szybkość przy operacjach tegoż operatora. Prócz operacyj demonstrował Prof. Cavina szereg przypadków pooperacyjnych na pacjentach i fotografiach z zakresu chirurgji stomatologicznej, jak i plastyki twarzy, przeważnie ze świetnymi wynikami. Wszystkie operacje wykonuje Prof. Cavina w znieczuleniu miejscowem. Do znieczuleń używa płynów świeżo przygotowanych przez chemika zakładu, dostarczanych do sali operacyjnej w ampułkach po 10 cm<sup>3</sup> objętości. Jako setonów używa gazy jodoformowej — świeże rany pooperacyjne zwilża eterem — przeważnie używa katgut — przy operacjach podniebienia używa ssawek błonnych działających zapomocą rurki

włożonej przez nos, oczyszczających bardzo szybko pole operacyjne ze krwi i śliny.

Do resekcyj szczęki dolnej używa własnego pomysłu kleszczy śrubowych, które bardzo szybko i prosto ją przecinają.

Operacyjne usuwanie progenji według swego sposobu Prof. Cavina przeprowadza przez wyłamywanie szczęki zapomocą specjalnych małych kleszczy, podobnych w działaniu do kleszczy Luera. Tętnice i nerwy szczękowe pozostawia nienaruszone. Przy złamaniach stosuje szyny lane srebrne, a szczęki unieruchamia przez wzajemne połączenie górnej szczęki z dolną za pomocą szyn związanych drutem, przy zastosowaniu sztucznego odżywiania. Przy flegmonach wykonuje nacięcia bardzo małe, setonuje gaza jodoformową.

Zakład posiada bardzo dużo miejsca z obszerną biblioteką, pracownią asystenta i t. d. Dział zachowawczy posiada 30 foteli, obszerne sale i zbiory. Prof. Cavina posiada własnego specjalnego fotografa do robienia zdjęć wszystkich pacjentów i ma zamiar po upływie kilku lat opublikować swoje rezultaty.

Prócz tego zwiedziliśmy olbrzymi szpital ortopedyczny w Bolonii urządzony z komfortem według najnowszych wymagań higieny ze wspólną biblioteką, i warsztatem mechanicznym — potem odbyliśmy wycieczkę autami do prywatnego muzeum hr. Arii do miejscowości Montebuzzo 30 km odległej od Bolonii z nekropolis Etrusków i Galów.

Podkreślić należy nadzwyczajną gościnność i serdeczność, z jaką przyjęto nas Polaków w Bolonii.

### Wykaz uczestników Zjazdu w Wenecji w dn. 15—21 IX. 1930.

- |  |  |
|--|--|
| Stomatologowie, Dr. med.:                    |  |
| 1. Prof. Dr. Antoni Cieszyński,<br>Lwów,     | 10. Czelin S., Warszawa,                       |
| 2. Dr. Bolesław Cytkowski z żoną,<br>Poznań, | 11. Ingster A., Sosnowiec,                     |
| 3. Dr. Mieczysław Jankowski,<br>Lwów.        | 12. Prof. Jarzab Józef z żoną, Poznań,         |
|  | 13. Lejzerowicz H., Częstochowa,               |
|  | 14. Mokrzycki Antoni, Warszawa,                |
|  | 15. Mickiewicz Halina, Warszawa,               |
|  | 16. Midler Michał, Pabjanice,                  |
|  | 17. Rozenowicz M., Częstochowa,                |
| Lekarze-dentyści:                            |  |
| 4. Babad Tadeusz, Łódź                       | Dr. med.:                                      |
| 5. Babad Felicja, Łódź,                      | 18. Dr. Kłaczyński z żoną, Poznań,             |
| 6. Bernstein F., Warszawa,                   | 19. Dr. Krause-Podwińska z siostrą,<br>Kraków, |
| 7. Bernstein W., Warszawa,                   | 20. Dr. Rybacki Franciszek, War-<br>szawa.     |
| 8. Broniatowski, Częstochowa,                |  |
| 9. Bujanowska Zofja, Warszawa,               |  |



### Streszczenia wykładów:

**A. Cieszyński (Lwów). Moja dokładna technika iniekcyjna do III. i II. gałęzi n. trójdzielnego w celu znieczulania i leczenia newralgii n. trójdzielnego zapomocą alkoholu.**

Autor jest zdania, że dla dobrego wykonania głębokich iniekcji do foramen ovale, Ganglion Gasseri i foramen rotundum muszą być spełnione trzy warunki: 1) głowa chorego powinna być w ustalonym położeniu, 2) kierunek wkłucia ma iść wedle 3 wymiarów, 3) droga igły ma być znana. Tę technikę iniekcyjną do foramen ovale i canalis infraorbitalis ogłosił autor w r. 1915 i 1918 i uzupełnił ją obecnie dla foramen rotundum. — W ostatniej pracy zebrane są wyniki badań na przekrojach czaszkowych i roentgenogramach jakoteż obliczeń matematycznych i stereometrycznych.

Pracę swą ilustrował autor 40 projekcjami i filmem. Materiał pracy jest również wynikiem doświadczeń na chorych klinicznych w ciągu lat 17, wzgl. lat 12.

**J. Jarzab (Poznań). Sposób ulepszonego działania środków znieczulających.**

W stomatologii używa się ogólnie znanego znieczulenia t. j. roztworu nowokainy z adrenaliną w roztworze fizjologicznym Na. Cl. Dla utrzymania tej mieszaniny, która jest nietrwała z powodu utleniania się adrenaliny, dodajemy fosforanu lub siarczanu sodu, kwasu solnego, tymolu etc. Mieszaniny te można utrzymać dość długo w ampułkach, lecz są kwaśne; ich zawartość jonów wodorowych jest zmienna i waha się między 1.95 a 2.6. Ta kwasota, potrzebna dla utrzymania nowokainy w roztworze, wywołuje w żywej tkance zupełną hemolizę. Obniża to też własność znieczulającą nowokainy, jak stwierdził *M a n a s s e* — występuje znieczulenie najlepiej w środowisku lekko alkalicznym. Autor próbował też ulepszyć roztwór fizjologiczny Na. Cl., służący do rozpuszczenia nowokainy, i dodawał K Cl, Na Br, K Br i Ca Cl<sub>2</sub> w rozmaitych ilościach, nieszkodliwych dla ciałek czerwonych, lecz nie mógł uzyskać temi preparatami, które zawierały 0,5—2% nowokainy, dostatecznego działania znieczulającego. Najlepsze wyniki otrzymał posługując się roztworem 1% KCl. Roztwór nowokainy i adrenaliny z 1% KCl jest lekko zasadowy o stężeniu jonów wodorowych wynoszącym 7,4. Niema on działania szkodliwego dla tkanek — jak przekonał się w swych doświadczeniach, a własność znieczulająca jest większa, niż roztworu nowokainy w czystym roztworze fizjologicznym Na Cl.

**Dr. Béla Simon (Budapeszt). O naszych płynach znieczulających.**

Iniekcje znieczulające są zawsze mniej lub więcej bolesne. Przyczyna tego leży w tem, że substancje znieczulające nie są fizjologiczne. Większość

środków znieczulających w ampułkach jest zbyt wysokiego stężenia i kwasoty. Hyperkoncentrację łatwo usunąć — obniżając kwasotę, co jest zadaniem trudniejszym, gdyż następstwem tego jest rozkład adrenaliny.

Ciała konserwujące adrenalinę w roztworach zasadowych są szkodliwe, więc należy zastąpić adrenalinę środkiem o podobnym działaniu i mniej ulegającym rozkładowi lub o ile to nie jest możliwe zmniejszyć stopień kwasoty do minimum, co oczywiście pozwala na stosowanie adrenaliny bez szkody dla tkanek.

Najlepsze są płyny znieczulające świeżo przyrządzone lub przechowywane w podwójnych ampułkach.

**Arturo Beretta (Bolonja). Podstawy naukowe amputacji miazgi.**

Autor opisuje terapię schorzeń miazgi i uwzględnia szczegółowo „amputację miazgi“. Przypomina warunki anatomiczne i fizjologiczne miazgi, przyczyny, dla których leczenie miazgi jest rozdziałem najbardziej omawianym ze względów naukowych, zawodowych i społecznych. Przedstawia histologię i bakterjologię schorzeń miazgi, wykazuje dobre i złe strony obu metod, i przychodzi w swych wywodach do wniosku, że amputacja miazgi zatrutej wykonana należyście daje zawsze wyniki dobre i trwałe. Kikut miazgi, znajduje się w warunkach, umożliwiających późniejsze zmiany biologiczne, w czym biorą udział elementy komórkowe ozębnej. Możliwe jest to, o ile kikut miazgowy jest jałowy. O ile zaś miazga była otwartą i chorą przed amputacją, trudno jest stwierdzić, że część korzeniowa miazgi jest jałowa i pozostała taką po zabiegu.

Dezynfekcję następową otrzymuje się środkami antyseptycznymi (płyny lub pasty). Czynniki współdziałające i wpływające na czas potrzebny do procesu substytucji biologicznej elementami pochodzącymi z ozębnej, a podobnymi do cementu, zależne są od warunków lokalnych (od rodzaju schorzenia miazgi, sposobu leczenia, od środków stosowanych i od warunków ogólnych (wiek, właściwości tkanki łącznej) etc.).

Sposób podany przez autora wymaga koniecznej sterylizacji kikutu po zabiegu w sposób, który przywraca czynność tkanek zębowych i okołozębnych. Przeciwwskazanie do amputacji stanowi nekroza, zgorzel miazgi lub rozlane ropienie, gdzie arsenik i inne środki nie mają zastosowania.

Technika stosowana przez autora jest następująca: 1) oczyszczenie ubytku wydrążaczem, wiertłami i kamieniami karborundowemi, 2) założenie arszeniku na miazgę otwartą, a dnia następnego po szerszem otwarciu komory miazgowej powtórne założenie arszeniku na dalsze 24 godziny.

Używając kobaltu w substancji, pozostawiamy go nie krócej jak tydzień. Bez dostępu śliny wykonuje się odcięcie miazgi komorowej, następnie przestrzykuje się przegotowaną letnią wodą, przepaja się kikut środkiem antyseptycznym odpowiednio do przypadku, a o ile niema prze-



ciwwskazania trikrezolformaliną. Zaopatrza się kikut pastą antyseptyczną, kładzie się na dno ubytku cement fosforowy i wypełnia trwale ubytek.

### **Pa l a z z i (Pavia). Wyniki i kontrola biologiczna nowoczesnego leczenia przewodów.**

W ostatnich latach znaczna była ilość prac dotyczących leczenia korzeni. — Autor dzieli swą pracę na 3 części:

1. Jakie są wyniki dotychczas otrzymane; jakie są ich podstawy teoretyczne i praktyczne?

2. Jakie są sposoby kontroli biologicznej dla otrzymania dowodów pozytywnych stosowanego leczenia?

3. Jakie wyniki można otrzymać, aby leczenie przewodów uważać za zupełne.

Możemy powiedzieć (naturalnie we większości przypadków), że zabiegi zachowawcze odnośnie do przewodów korzeniowych należy tą techniką wykonywać, która zapewni utrzymanie zęba doskonale czynnego w zębodole na długi przeciąg lat (trzydzieści i więcej lat). To powiedzieć można zarówno o zębach dotkniętych chorobą miazgi jak i zębach z chorobami ozębnej. Hermetyczne zamknięcie szczytu korzeni od strony kości szczękowej, następuje drogą biologiczną. Proces biologiczny, który zapewnia utrzymanie zęba jest znany jako czynność reakcyjna i obronna organizmu. Środki używane nie powinny drażnić tkanki okołoszczytowej, lecz pobudzać czynność krążenia. Co się tyczy zmian ozębnej szczytowej i osteomyelitis okołozębowej, wywołanych środkami stosowanymi, należy stosować środki, które niszczą własności chorobotwórcze drobnoustrojów, a zarazem dają „restitutio ad integrum“ tkanek w znaczeniu biologicznym. Środki najstosowniejsze do tego celu są: jod, metale koloidalne, w szczególności srebro koloidalne, chlorfenole.

Zasada główna: Praca wykonywana w przewodach korzeniowych i komorze miazgowej powinna być aseptyczna.

2) Jakie są sposoby kontroli biologicznej dla otrzymania dowodów pozytywnych stosowanego leczenia?

Z metod biologicznych stosowanych używana jest metoda Gottlieba, Steina i Schwarza. Autorowie ci badają histologicznie tkankę łączną sąsiadującą z ogniskiem zapalnym (u zwierząt), korzeń lub część korzenia, dla skontrolowania jałowości. Można przypuścić z wielkim prawdopodobieństwem, że tkanka reaguje w jednakowy sposób na te same bodźce patologiczne. Autorowie zaszczepiali część szczytową korzeni zębów leczonych w spojówkę zwierząt i zębów ze szczytem zdrowym i zębów ze szczytem zgorzelinowym.

Zaszczepienie szczytu zgorzelinowego może wywołać objawy reakcji. Wątpliwe więc jest czy objawy reakcji wywołane są przez obce białko, czy też przyczyną jest niezupełne wyleczenie korzenia.

W Instytucie w Pawji rozpoczęto posługiwać się następującą metodą: Zaszczepia się szczyt zęba leczonego temu samemu zwierzęciu, u którego wykonano leczenie korzeni.

3) Jakie wyniki należy otrzymać, by leczenie korzeni uważać za zupełne.

Sądzę, że ze stanowiska praktycznego i teoretycznego teoria oral-sepsis ma podstawy kliniczne, patologiczne i bakterjologiczne, nie podlegające dyskusji. Leczenie zachowawcze powinno ulec zupełnej rewizji. Rosenow jest zdania, że należałoby raczej usunąć zęby, które uważamy za zakażone, niż zatrzymać je z równoczesnym niebezpieczeństwem ogniska zakażenia. Należałoby polecić i rozpowszechnić metodę, która po badaniu histologicznym, biologicznym i bakterjologicznym dałaby jaknajlepsze wyniki.

**De Vecchi i Spada (Turyn). Spostrzeżenia doświadczalne o zakażeniach ogólnych, idących drogą przewodów korzeniowych.**

Doświadczenia przeprowadzone były w Instytucie bakterjologicznym w Turynie, gdzie łańcuszkowce i gronkowce wstrzykiwano wprost do miazgi zębowej królika. Dla kontroli wstrzykiwano te same drobnoustroje w ilościach tych samych królikowi wśródzylnie i podskórnie. Wedle wyników miazga zębowa wykazuje częściową odporność na wejście drobnoustrojów. Autorowie przekonali się, że dawka śmiertelna nie działa zabójczo przy wprowadzaniu do miazgi podczas gdy wprowadzona wśródzylnie lub podskórnie powoduje natychmiastową śmierć. Być może, że ta odporność na wtargnięcie spraw chorobowych zależy od budowy miazgi. Odporność ta na drobnoustroje spowodowana jest prawdopodobnie specjalnym krążeniem bez krążenia kolateralnego i pewnym wydzielaniem odontoblastów, które zobojętnia działanie toksyn.

**Giuseppe Aiello i Nicolo Amodeo (Medjolan). Objawy schorzeń nerkowych w następstwie zakażenia ustnego.**

Autorowie wykonywali badania moczu w przypadkach zakażeń pochodzenia ustnego, jak ropni zębowych, spowodowanych zakażeniem od szczytu lub przy wyrzynaniu się zęba mądrości, przy złamaniu zębodołu i sekwestracji w następstwie ekstrakcji, przy pozostawieniu zakażonych korzeni z rozrzedzeniem kości dokoła szczytu, przy przewlekłych ropieniach z sekwestracją, osteoperiostitis, osteomyelitis. We większości badanych przypadków osobników obojga płci rozmaitego wieku, u których przedtem nie było schorzenia nerek ani objawów zakażenia, stwierdzono



zajęcie nerek, które objawia się w nieznacznym białkomoczu i obecności wałeczków w moczu, co znikало po wyleczeniu zakażenia ustnego.

#### C s e r n y e i (Medjolan). **Ozębna i leczenie korzeni.**

Większość przewodów korzeniowych jest trudno dostępna dla ekstyrpacji miazgi: dlatego oczyszczenie i wypełnienie przewodów jest niemożliwe. Autor próbuje wypełnić częściowo przewody gutaperką rozpuszczoną w eterze metylowym i kwasie krzemowym, otrzymując pewne zamknięcie przewodów przed wtórnym zakażeniem. W ten sposób ozębna nie ulega uszkodzeniu i wtórny cement wytwarza się na powierzchni przewodów. Histologicznie badał wyniki tegoż leczenia na zębach psów. Dwa miesiące po wypełnieniu wykonanem bezpośrednio po ekstyrpacji miazgi dewitalizowanej nie zaobserwowano nic więcej, jak naciek drobnokomórkowy dookoła szczytu korzenia; utkanie ozębnej było normalne. Wedle doświadczeń klinicznych prosty ten sposób leczenia jest dla człowieka zupełnie bezbolesny.

#### Guido Bracchetti (Pavia). **Środki najbardziej skuteczne z farmakologii dentystrycznej nowoczesnej w leczeniu korzeni.**

Autor przedstawia działanie farmakologiczne używanych środków leczniczych, opierając się na wynikach teoretycznych i praktycznych.

#### L i n c a (Tryjest). **Nowa metoda leczenia przewodów.**

Nie rozwiązano dotychczas problemu wyjąławiania przewodów, w których materiały wprowadzone nie działałyby jako ciała obce, lecz przeciwnie, wspomagałyby proces regeneracji. Środki skoncentrowane i materiały, służące do zamknięcia przewodów, nie są tego rodzaju, aby były tolerowane przez żywe tkanki.

Autor proponuje wypełnianie przewodów roztworem stężonym hydratów, gliceratów i sacharatów wapnia, zawierających kryształki ich w zawiesinie. Wyniki były zadowalające, ponieważ wapień odkaża tkanki bez ich drażnienia i daje pewne i trwałe zamknięcie szczytu.

#### Giulo Grandi (Tryjest). **Djatermia w stomatologii.**

Kilka danych historycznych. Prądy Tesla, światło Joula, arsonwalizacja, doświadczenia Zeineka i Nagelschmidta. Różnica między djatermią leczniczą i chirurgiczną. Stosowanie djatermii chirurgicznej w stomatologii przy leczeniu korzeni, zapomocą elektrokoagulacji miazgi. Leczenie zgorzeli miazgi. Wyniki tej metody porównywane z innymi sposobami leczenia. Ukleje dziąsłowe, przerosłe brodawki, ropnie, torebki dziąsłowe można usunąć z łatwością bezboleśnie, (w znieczuleniu miejscowym) bez krwawienia z szybkim i łatwym wyleczeniem per primam. Guzy zwłaszcza części miękkich: języka, podniebienia, śluzówki, dają pole rokujące dobre wyniki. Dalej przypadki nerwobólów, bólów pooperacyjnych etc.

Demonstracja aparatu w zastosowanym do stomatologii sposobie użycia; środki ostrożności konieczne przy jego używaniu.

#### **M a m l o k (Berlin). Djatermja w stomatologii.**

Leczenie djatermją stosowane dotychczas w medycynie ogólnej dzięki udoskonaleniu aparatu może być wprowadzone do stomatologii. W jednym posiedzeniu można wyjąłować przewody korzeniowe zębów, które przedtem musiałyby być usunięte. W miejsce środków chemicznych weszły fizykalne. Specjalny rodzaj prądu zmienia się w ciepło. To służy do zabicia wszystkich drobnoustrojów, do zniszczenia i ścięcia resztek nerwu w przewodzie, aby odebrać drobnoustrojom wszelką możliwość odżywiania. Główne znaczenie tej nowej metody polega na tem, że odcięto wszelkie dojścia następowe drobnoustrojów do ognisk ropnych, które często tworzą się na szczytach korzeni. Te ogniska ropne stopniowo znikają dzięki naturalnym siłom obronnym organizmu. W ten sposób znika też niebezpieczeństwo, grożące każdemu organizmowi, by z tych ukrytych ognisk drobnoustroje dostawały się do odległych organów i je zakaziły. Czas leczenia jest bardzo skrócony, co ma też wielkie społeczno-ekonomiczne znaczenie. Metoda ta jest od około 3 lat w użyciu; kontrola roentgenowska bardzo za nią przemawia. Sposób ten pozwala dotrzeć do wszystkich odgałęzień miazgi, co dotychczas było niemożliwe; pozatem jest ona łatwa, bezbolesna i zupełnie pozbawiona niebezpieczeństwa. Przy sprawach zapalnych nagrzanie głębokie daje doskonałe wyniki. Nóż chirurgiczny można zupełnie zastąpić djatermją. Djatermja jest więc nowym środkiem leczniczym, któremu zapewniona jest wielka przyszłość.

#### **L e y (Münster, Westfalja). Djatermja w stomatologii.**

Djatermja stosowana jest w medycynie ogólnej od 20 lat. Stosowanie jej zwiększa się z dnia na dzień, od kilku lat weszła w użycie w praktyce dentystycznej. Dziś djatermję stosuje się:

- 1) Dla nagrzania gdy chodzi o powiększenie ciepła tkanek dla pobudzenia metabolizmu i reakcji na zakażenie, ułatwiając też wyleczenie.
- 2) Jako zabieg bezpośredni może służyć do zniszczenia żywej miazgi i leczenia zęba z martwą miazgą.
- 3) Dla oddzielenia tkanki przy nowotworach jamy ustnej i w chirurgii paradontozy.

W pierwszym przypadku mówi się o djatermji leczniczej, w drugim i trzecim o chirurgicznej.

Resumując, dochodzi autor do tego, że djatermja nie jest w stomatologii konieczna, może jednak być bardzo użyteczna dla stomatologa, który zna jej stosowanie.



**Thiago Marques (Lizbona). Koagulacja zapomocą djatermji w leczeniu guzów jamy ustnej.**

Przy „epulis“ djatermokoagulacja daje najlepsze wyniki nie dając krwawień niekiedy ciężkich, które wymagają zabiegu chirurgicznego. W przypadkach gdzie stosowałem djatermokoagulację wyniki leczenia były zupełne. Nie było żadnej potrzeby zakładania opatrunków uciskowych, które okazały się potrzebne po zabiegu chirurgicznym. Również dobre wyniki otrzymał autor przy brodawczakach języka i torbielach ślinianek, po opadnięciu strupa nie nastąpiło krwawienie wtórne. Przy naczyńniakach stosował również djatermokoagulację i otrzymał w jednym przypadku małą martwicę na sklepieniu podniebienia. W dwu przypadkach nabłoniaka śluzówki policzka były doskonałe wyniki, bez nawrotu. Autor zaleca te metody przy owrzodzeniach języka i błony śluzowej policzków w przypadkach leukoplakji.

Powikłań można uniknąć przy dobrej technice. We wielu przypadkach guzów jamy ustnej nie można zastąpić djatermokoagulacji zabiegiem chirurgicznym.

**Gasparini (Rzym). Morfogeneza, umiejscowienie, pochodzenie, rozwój zębów nadliczbowych u człowieka.**

Autor pokazuje przypadek zęba nadliczbowego z małymi licznymi guzkami i jest zdania, że zęby nadliczbowe powstają z organów niedokończonych szkliwa, pochodzących z resztek nabłonka jamy ustnej. Ich postać zależy od ich umiejscowienia. Ząb ćwieczkowy jest organem niezupełnie wykształconym i przedstawia ząb typu prymitywnego.

Wyrzynanie się późniejsze zębów nadliczbowych stoi w związku z wytwarzaniem się organu szkliwnego, który znowu zależy od rozmaitych czynników anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych.

**Quintarelli (Wenecja). Badania nad histogenezą i rozwojem pierwszych stałych trzonowców.**

Po szeregu badań histologicznych, wykonanych na szczękach dolnych, płodów 3, 4, 5, 6-miesięcznych wykazuje autor, że pierwsze trzonowce stałe pochodzą bezpośrednio z blaszki nabłonkowej, nie jako ciąg dalszy, jak to ma miejsce przy powstawaniu zębów mlecznych przez proliferację i przedłużenie w kierunku distalnym blaszki pierwotnej, lecz jako nowy twór histologiczny, z którego wychodzą nie tylko pierwsze, lecz drugie i trzecie trzonowce.

**Ottolenghi. Zmiany wywołane przez dietę specjalną pozbawioną witamin na florę bakteryjną jamy ustnej. Badania doświadczalne.**

Autor zbadał czynność biologiczną drobnoustrojów jamy ustnej u szczurów i świnek morskich w warunkach prawidłowych i przy awitaminozie (brak witaminy C u świnek morskich i witaminy D u szczurów)

i stwierdził, że tak w jednym jak i w drugim przypadku zdolność fermentacyjna drobnoustrojów jest widocznie zmniejszona z powodu obecności rozmaitych węglowodanów, o ile zwierzę poddane jest djecie pozbawionej witamin.

**Brunetti (Bolonja). O unerwieniu błony śluzowej wyrostka zębodołowego dolnego w związku ze znieczuleniem obwodowym.**

Obserwowano na 200 chorych granicę, do której dochodzi znieczulenie przy znieczuleniu nervus alveolaris inferior.

Opierając się na obserwacjach wynikających z tej statystyki, można skontrolować i uzupełnić dane odnoszące się do przestrzeni objętych przez n. lingularis, n. buccinatorius i zakończeń nerwu zębodołowego dolnego, które przechodzą poza linię środkową. Po dedukcjach teoretycznych autor kładzie nacisk na znaczenie praktyczne znajomości i zbadanie tych szczegółów dla prognozy, techniki i kontroli wyników znieczulenia.

**Bergamini (Florenceja). Badania dotyczące stężenia jonów wodorowych w ślinie dziecięcej.**

Autor podaje wyniki badań reakcji chemicznej śliny dziecięcej, po omówieniu prac autorów włoskich i obcych o stężeniu jonów wodorowych w ślinie i rozmaitych zapatrywań na stosunek, jaki zachodzi między kwasotą w jamie ustnej a próchnicą zębów.

Na podstawie badań śliny u 100 dzieci, z których u 94 stwierdzono próchnicę zębów, u 6 zaś zęby w stanie dobrym (badania kontrolne) nie można było wykazać żadnego związku między ilością jonów wodorowych a próchnicą. We wielu przypadkach, nawet w których stwierdzono rozległą próchnicę, stężenie jonów wodorowych wykazywało zasadowość.

W następstwie tego dochodzi autor do zdania, że nie zachodzi związek między silną kwasotą w jamie ustnej a próchnicą.

**Campatelli (Florenceja). Wapień w naszym organizmie w związku z uzębieniem.**

Większość autorów przyznaje zgodnie fosforanowi wapnia jedno z pierwszych miejsc między ciałami nieorganicznymi, naszego ciała. Wielka jego ilość znajduje się w kości, a zwłaszcza w zębach, które w okresie rozwoju czerpią go z organizmu matki. Podawanie wapniowych preparatów matkom w okresie karmienia, a dziecku w pierwszych latach jego życia wpływa dodatnio na zwapnienie kości a w szczególności na uzębienie.

**Mori (Florenceja). „Błona śluzowa dziąsła“: badania histologiczne i rozważania krytyczne. (Z pokazami preparatów mikroskopowych i projekcyjna, djapozytów).**

Autor opisuje impregnację dziąsła metalami ciężkimi i specjalną metodą impregnacji srebrem dla otrzymania preparatów, gdzie uwidocznia się reticulum. Opisuje znaczenie aparatu siateczkowo-śródbłonkowego



w procesach obronnych tkanki dziąsłowej jak: fagocytoza, zdolność wytwarzania przeciwciał, zdolność odnowy (tkanka ziarninowa), zdolność wiązania wapnia etc. Następnie opisuje pewne uszkodzenia błony śluzowej dziąsła, uwzględniając zwłaszcza nabłonek, następstwa schorzeń gruczołów przytarczycznych i zmienioną przemianę wapnia, omawia również zmiany następowe w nabłonku dziąsłowym, przy zaburzeniach jelitowych.

#### **Armenio (Bari). O systemie nabłonkowo-siateczkowym.**

Autor badał komórki organu zębowego zabarwione jeszcze podczas życia błękitem Trypan i wykazał, że: w miazdze jest wielka ilość histjocytów Aschoffa, i to większa ilość w części koronowej, mniejsza zaś w części korzeniowej.

#### **Moral (Rostoka). Błędy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób jamy szczękowej.**

Schorzenia jamy szczękowej leczone są dziś przez rinologów, chirurgów i stomatologów. Autor jest zdania, że wkrótce choroby te wejdą w zakres leczenia szczęk. Zapalenia jamy szczękowej dzieli na pochodzenia nosowego, przerzutowe i pochodzenia zębowego. Często nie myśli się o schorzeniach jamy szczękowej, nie bada się należycie jamy szczękowej, jakkolwiek badanie to nie nastęrcza trudności i podjąć się go może każdy lekarz. We wszystkich przypadkach newralgji II. gałęzi nerwu trójdzielnego należy pamiętać o możliwości schorzenia jamy szczękowej. Podczas leczenia popełnia się często błąd, nie lecząc chorych zębów i próchnicowych, lub pozostawia się, t. j. nie usuwa się ich, gdy zachodzi zgorzel ze zmianami wkołoszczytowemi, lub naczynia miazgi ulegają uszkodzeniu przy zabiegach chirurgicznych, podczas otwarcia torbieli lub jamy szczękowej, wreszcie nie usuwa się wszystkiego co chore, otwór do nosa jest zbyt mały i pozostają niepożądane połączenia jamy ustnej z jamą szczękową.

#### **Gorelli (Turyn). Nabłoniak jamy ustnej, jako punkt wyjścia, rozpoznawanie i leczenie guzów w szpitalu S. Baptisty i miasta Turynu.**

Autor wylicza schorzenia przedrakowe jak leukoplakja, leukokeratoza i t. d. ze względu na ich rolę w powstawaniu raka jamy ustnej. Opierając się na statystyce wymienia 43 przypadki raka jamy ustnej, omawiając warunki ogólne, warunki operacyjne, leczenie wstępne, pomocnicze, oraz jego wyniki. Zebrawszy je doszedł do następujących wniosków.

1. Leczenie nabłoniaków języka zapomocą radu przy zmianach pierwotnych, chirurgiczne przy zmianach gruczołowych, o ile pozwalają na to warunki ogólne.
2. Leczenie nabłoniaków wargi i policzka przedewszystkiem zapomocą radu; rentgenoterapia dawała złe wyniki.

**J. J a r z ą b (Poznań). Rany cięte i rany spowodowane przez czynniki termiczne i chemiczne w jamie ustnej.**

Badania zostały wykonane dla stwierdzenia objawów patologicznych powstających przy ranach ciętych i wywołanych czynnikami termicznymi i chemicznymi w jamie ustnej.

Następstwem ran ciętych jest reakcja zapalna, umiarkowana i lekki wysięk surowiczy; tworzenie się włóknika jest szybkie. Następuje rozszerzenie naczyń i przekrwienie. Rany zaś wywołane termokautetrem lub kwasami powodują stan zapalny na szerszej przestrzeni, zarazem głębsze i silniejsze przekrwienie. Gojenie się ran ciętych jest korzystne i szybkie — czas gojenia się jest krótszy niż w przypadkach poparzeń, którym towarzyszy ropienie i nekroza a gojenie się ich jest powolniejsze.

**R e g n e r (Moguncja). Spostrzeżenia nad przebiegiem gingivostomatitis ulcerosa w czasie wojny i w okresie powojennym, jako przyczynek do etiologii parodentyzy.**

Jeśli słuszne jest mniemanie, że w większości przypadków parodentyza powstaje w związku z brzeżnym zapaleniem dziąsła, to nasuwa się pytanie, czy wcześniejsze dawne stany zapalne błony śluzowej jamy ustnej, których następstwem były ciężkie uszkodzenia nabłonka i utrata tkanek okolicy przyzębnej ułatwiają powstanie przewlekłej gingivitis marginalis, czy też poprostu w nią przeszły. Liczne spostrzeżenia autora, rozciągające się na okres prawie 20 lat, wykazują, że tym bezpośrednim uszkodzeniom, które przypadły na okres niekorzystnych stosunków zdrowotnych w czasie wojny i po niej nie należy przypisać roli predysponującej jak dotychczas przyjmowano.

Badaniu poddawane były przypadki, które w r. 1915—1917 występowały jako nagminna gingivo-stomatitis, a w r. 1918—19 jako stomatitis przy grypie i to wyłącznie te przypadki, które do ostatnich lat można było obserwować. Z pierwszej postaci jest 36 przypadków, a w żadnym nie doszło do utraty zębów z powodu parodentyzy. Przyczyna tego leży prawdopodobnie w tem, że głębokie owrzodzenia zniszczyły wytworzone torebki i zajęta tkankę kostną i potem nastąpiła odbudowa zdrowej tkanki. Z 34 przypadków drugiej postaci tylko u dwóch stwierdzono parodentyzę. I tu wydaje się, że tkanka wytworzona po sprawach wrzodziejących jest bardzo odporną na czynniki wywołujące gingivitis marginalis.

**A d r i o n (Berlin). Kliniczne i anatomo-patologiczne spostrzeżenia nad zębiakami.**

Przez zębiaki rozumiane są w literaturze objawy chorobowe niejednolitej natury.



Przekonano się, że potworniaki zębowe (zęby bliźniacze, dentes geminati) i zrosty powstałe na tle spraw zapalnych niekiedy mylnie uważane są za zębiaki.

Zębiaki są guzami, powstałymi ze substancji zębowej, są to nowotwory, które mają swój punkt wyjścia z powstającej lub częściowo wytworzonej tkance zębowej. Składają się więc ze szkliwa, zębiny i cementu.

Etjologicznie uraz i brak miejsca są przyczyną powstawania zębiaków.

Na szeregu przypadków klinicznych wyjaśnił różnicę między prawdziwymi zębiakami i tworami do nich podobnymi. Przeźrocza i zdjęcia roentgenowskie uzupełniły te wywody, poczem pokrótce podał sposób leczenia.

**Chompret i Dechaume (Paryż). Próchnica zębów pochodzenia toksycznego (morfina), lub przez środki lecznicze (jodek potasu).**

Uszkodzenia te są mało znane. Cechy, charakter są następujące: Morfina wywołuje powikłania późniejsze, które występują u morfinomanów między 30—50 r. życia.

Próchnica mnoga usadawia się na zębach przednich górnych i dolnych przedtrzonowcach i trzonowcach i to zarówno na szyjkach jak na powierzchniach zgryzowych. Rozwija się bezboleśnie, spostrzega się ją też późno, ma zabarwienie brunatne i prowadzi do zupełnej próchnicy zęba. Nie komplikuje się nigdy sprawami związanymi z ostrem zakażeniem szczytowem. Próchnica kończy się wykruszeniem zęba.

Rozpoznanie jest łatwe dla kogoś, kto raz to widział. Niestety leczenie jest o tyle iluzoryczne, że chorzy nie dają się pouczyć, a wyleczenie zatrucia rzadko jest zupełne.

Z uwzględnieniem patogenezы wydaje się logiczne ten rodzaj próchnicy zaliczyć do powstających na tle wewnętrznem. Wykazuje też zmiany histologiczne, występują też troficzne zaburzenia jak hypoplazja szkliwa (?), odwapnienie i resorpcja zębiny, zanik miazgi, brak reakcyjnych objawów zapalnych miazgi przy zetknięciu z próchnicą.

Uszkodzenie zębów przez jodek potasu różni się od poprzednich uszkodzeń następującymi cechami: uszkodzenia występują wyłącznie u ludzi w okresie około 50 r. życia i towarzyszy im wybitne zabarwienie żółte zęba.

**Chompret i Dechaume (Paryż). Spostrzeżenia nad promienicą szczęk.**

Należy nazwą promienicy szczęk posługiwać się wyłącznie w przypadkach, gdzie zmiany wywołane są przez grzybek promienicy. Promienicę podzielić można na centralną, wytwórczą i promienicę zapalną, dzielącą się na obwodową, prowadzącą do zaniku i centralną drażącą. Pro-

mienica zapalna jest stanem naciekowym części miękkich bez typowego zajęcia części kostnych.

Promienica sama nie daje nigdy zmian nowotworowych. Zakażenie może iść drogą zębową. Klinicznie promienica nie daje typowych zmian. Jedynie badania drobnowidowe i hodowle pozwalają na rozpoznanie; o ile wyniki są ujemne powinny być powtórzone.

Leczenie jest miejscowe: skrobanie ostrożne lecz dokładne i leczenie ogólne (jodek potasu).

**Croquefer (Paryż). Trzy przypadki torbieli zębowych nad zębami żywymi przy zupełnym szeregu zębowym.**

Związek patologiczny między zapaleniami pochodzenia miazgowego i rozwojem torbieli zębowych był przedmiotem licznych dyskusyj. Redier twierdził, że torbiel stoi zawsze w związku ze szczytem zęba i nie uznaje zupełnie torbieli przykorzeniowych (iuxtaradicales). Cavalier twierdzi, że guzy torbielowate umieszczone na szczycie zęba są torbielami wrzekomymi.

Według Malasseza torbiele w ogólności znajdują się na korzeniu, szczyt jest obnażony i tworzy wypuklenie w ich wnętrzu — obserwowano torbiele w odległości od korzenia, połączone lub też nie, ze szczytem zapomocą szypuły. Te torbiele pozakorzeniowe mogły w czasie swego rozwoju dojść do zetknięcia ze szczytem, przebić się do niego i mieć cechy podobne jak poprzednie. Wydaje się wedle zdania ogólnego, że torbiele przyzębowe nie mogą rozwinąć się inaczej jak jako powikłanie zapalne zęba, kiedy miazga jest martwa. Trzy następujące przypadki wykazują, że może być inaczej.

1. Torbiel zębowa w szczęce dolnej lewej pod szczytem pierwszego trzonowca. Żadnego zęba nie brak w tej połowie łuku i żaden nie wykazuje martwej miazgi.

2. Torbiel zębowa w szczęce górnej nad środkowymi zębami siecznymi, szczyty wykazują znaczną resorpcję, miazgi żywe.

3. Torbiel w szczęce dolnej prawej — w okolicy zęba mądrości i drugiego trzonowca, oba wykazują miazgi żywe. Ząb mądrości jest poziomo ułożony i zatrzymany w szczęce.

Jeśli przypuścimy w dwu pierwszych przypadkach, że torbiele te rozwinęły się jako następstwo zakażenia szczytowego zębów mlecznych, nie możemy przyjąć tego w trzecim przypadku, lecz uważać za sprawę powstałą przez zakażenie woreczka zatrzymanego zęba.

Torbiele zębowe mogą się zatem rozwinąć z resztek nabłonkowych Malasseza, przez proces zwyrodnienia cholesterynowego. Można więc podzielić torbiele na: 1. torbiele korzeniowo-zębowe, i 2. torbiele tkankowo-(syndesmo) zębowe.

(Dalszy ciąg nastąpi).



# Zjazdy naukowe.

## F. D. I.

### VIII. Międzynarodowy Kongres Dentystyczny. Paryż 3—8. sierpnia 1931.

Komitet organizacyjny Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego w Paryżu zwrócił się do Pol. Komitetu Narodowego F. D. I. z prośbą o propozycje co do ew. objęcia referatów wzgl. koreferatów na programem objęte wykłady.

Poniżej podajemy ów prowizoryczny program, w którym umieściliśmy propozycje P. K. N. - F. D. I. O ile propozycje zostaną przyjęte, zwróci się, Komitet Organizacyjny do proponowanych kolegów.

### Sekcje.

#### I. Anatomja, Fizjologia, Histologia, Embryologia.

Tematy główne:

1. Fizjologia i anatomja zębów (Rozwój uzębienia).
2. Wsysanie korzeni zębów mlecznych.

#### II. Bakterjologia, anatomja patologiczna.

1. Etjologia drobnoustrojowa próchnicy.
2. Rola zapalenia w mechanizmie patogenicznym ropotoku i dziąsłaka.
3. Zrakowacenie w guzach okołożębowych.

#### III. Patologia, terapia dentystyczna.

1. Leczenie zębów dotkniętych próchnicą głęboką z miazgą żyjącą.
2. Rozpoznawanie i leczenie ziarniniaków.
3. Czy można powiedzieć, że istnieją zaburzenia towarzyszące pierwszemu zębowaniu? Jeżeli tak, jakie to są? Studium krytyczne ich etjologii i patogenezy. — Koreferent: J a r z ą b.
4. Studium anatomiczne guza szkliwiakowatego żuchwy.

#### IV. Ropotok zębodołowy.

1. Mianownictwo ropotoku zębodołowego.
2. Początek i rozwój zmian klinicznych pierwotnych ropotoku zębodołowego. — Koreferent: C i e s z y ń s k i.
3. Profilaktyka przyczyn miejscowych ropotoku. Koreferent: W i l g a.

#### V. Dentystyka zachowawcza.

1. Polecenia godne środki do aseptycznego leczenia przewodów korzeniowych w szkolnych poradniach dentystycznych.
2. Racjonalna technika amalgamu.
3. Technika lania porcelany.
4. Obumarcie miazgi pod wypełnieniami. — Koreferent: J a r z ą b.

## VI. Fizyka, Chemja, Metalurgia.

1. Rozmaite postępowania wytlaczania w zastosowaniu do dostawek.
2. Lanie siłą odśrodkową. — Koreferent: B r e n n e j s e n.
3. Sztuczny kamień używany w dentystyce.
4. Przepuszczalność zębiny.

## VII. Radiologia, Fizjoterapia.

1. Radiografja w ortopedji zębów i szczęk. — Koreferent: Z e ń c z a k.
2. Rola lecznicza diatermji i aktinoterapii w schorzeniach zębów i ozębnej i nowotworów. — Koreferenci: C i e s z y ń s k i, C y b u l s k i.

## VIII. Dostawki całkowite.

1. Zastosowanie dostawki całkowitej do indywidualnych warunków zgryzu.
2. Przygotowanie chirurgiczne jamy ustnej pod dostawkę całkowitą. Referent: M e i s s n e r.

## IX. Dostawki częściowe, korony, mostki.

1. Rozwój kształtu i budowy dostawek częściowych. — Koreferenci: C y b u l s k i, C z e r n e c k i.
2. Wskazania i technika mostków z porcelany chronionej.
3. Rozwój pojęcia mostków zapobiegawczych i leczniczych w ropotoku zębodołowym.

## X. Chirurgia jamy ustnej. Ekstrakcje. Znieczulenie.

1. Znieczulenie pni nerwowych. II. i III. gałęzi nerwu trójdzielnego, for. ovale, for. rotundum, ganglion Gasseri, for. infraorb., for. mandibulare (via externa). — Referent: C i e s z y ń s k i (60 minut, pokaz filmu).
2. Wskazania i technika usuwania zębów mądrości, dolnych zatrzymanych.

## XI. Ortopedja zębowo-twarzowa.

1. Ekstrakcje w ortodoncji. — Referent: Z e ń c z a k.
2. Sposoby rozpoznawcze w ortodoncji.
3. Przemiana wapniowa w ortodoncji.

## XII. Chirurgia i Protetyka szczękowo-twarzowa.

1. Leczenie chirurgiczne i protetyczne ubytków tkankowych patologicznych żuchwy. — Koreferent: M e i s s n e r.
2. Leczenie chir. i prot. ubytków patologicznych szczęki górnej. — Koreferenci: J a n k o w s k i, Z e ń c z a k.



**XIV. Służba dentystyczna w armjach lądowych, morskich i powietrznych.**

1. Idealna organizacja służby dentystycznej w armji lądowej.
2. Historia służby dentystycznej w marynarce, jej organizacja idealna.
3. Transport ciężkorannych samolotami.
4. Organizacja nauczania dentystów wojskowych rezerwy.

**XV. Nauczanie.**

1. Nauczanie techniki dentystycznej zapomocą kinematografji.
2. Użyteczność fantomów w nauczaniu techniki dentystycznej.
3. Ważność nauczania w studjach dentystycznych.

**XVI. Historia, Ustawodawstwo, Deontologia, Prasa zawodowa.****Dokumentacja.**

1. Początki współczesnej dentystyki.
2. Rozwój dokumentacji dentystycznej, jej przyszłość, jej postulaty, jej stan obecny. — Referent: *Allerhand*.

**Zjazd doroczny F. D. I. w Brukseli.** Szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu tego, jako i z Wystawy higienicznej w Brukseli, nadesłane Redakcji Polskiej Stomatologii przez zastępcę delegata na Polskę, dr. Henryka *Allerhanda* ukaże się z powodu braku miejsca, dopiero w następnym numerze.

**A. S. I.****Sprawozdanie z dorocznego posiedzenia w Wenecji.**

Posiedzenie Międzynarodowego Związku Stomatologicznego odbyło się w Wenecji w ostatni dzień Włoskiego Zjazdu stomatologicznego dnia 15. sierpnia 1930. Dwa dni poprzednio odbyło się posiedzenie Wydziału Wykonawczego, na którym omawiano sprawę wyboru nowego Zarządu oraz organizację I. Zjazdu Stomatologicznego w Budapeszcie.

Na głównem posiedzeniu A. S. I. wybrano nowy Zarząd A. S. I., mianowicie na miejsce ustępującego przewodniczącego Dr. *Chompreta* z Paryża, Prof. Dr. *Józefa Szabo* z Budapesztu, następnie na generalnego sekretarza Dr. *Sturma* (Budapeszt), na skarbnika Dr. *Herpina* (Paryż). Dra *Chompreta* zamianowano członkiem honorowym A. S. I. za zasługi położone wobec organizacji.

Termin I. Zjazdu Międzynarodowego Stomatologicznego, mającego się odbyć w Budapeszcie oznaczono na czas od 2—7. września 1931. Na czele Komitetu organizacyjnego tegoż zjazdu stoją: Prof. *Szabo* jako przewodniczący, Doc. Dr. *Morelli* jako generalny sekretarz

(Budapeszt IV. Városház-ucta 14). Prace Komitetu są w toku. Rozdano między uczestników statut kongresu, drukowany w języku węgierskim, francuskim, angielskim i niemieckim. Udział w Zjeździe mogą wziąć nie tylko stomatologowie, ale i lekarze-dentyści, którzy sympatyzują z ruchem stomatologicznym. Na głównych referentów zaproszeni zostaną najwybitniejsi stomatologowie wszystkich krajów. Większe państwa mają być reprezentowane przez osobnych delegatów, wysłanych przez rząd. Zgłoszenia wykładów jak i zgłoszenia uczestników w Zjeździe z Polski idą za pośrednictwem „Polskiej Sekcji Stomatologicznej” — Lwów, ul. Zielona 5 a. Komitet organizacyjny zaprasza Kolegów z Polski jaknajserdeczniej.

Podczas posiedzenia głównego wygłosił Prof. Cieszyński referat na temat: „Rewizja studjów lekarskich. Studja stomatologiczne. Rozwój idei stomatologicznej w Polsce“, po którym rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusja. Kol. Dr. Asgiz z Nowego Yorku wygłosił tegoż dnia po poł. dwa wykłady na następujące tematy: 1. Dwa obecne kierunki nauczania w amerykańskiej dentyście. Kierunek przyrodniczo-lekarski i przyrodniczo-techniczny (= kierunek stomatologiczny i autonomiczno-dentystyczny). 2. Znaczenie stomatologicznej djagnostyki w Ameryce.

Ponieważ w wielu krajach nie jest jeszcze stomatologia przedmiotem obowiązkowym w studjach lekarskich, a przy niektórych Wydziałach lekarskich niema katedr stomatologii, przedłożył Prof. Cieszyński szereg wniosków, popartych przez wielu wybitnych Kolegów, ogólnemu zebraniu. Uchwalenie tychże rezolucji posiada szczególne znaczenie dla Ameryki. Podajemy je w tłumaczeniu polskiem.

*1. Międzynarodowy Związek stomatologiczny stwierdza, że tak samo jak dentystryka stanowi integralną część stomatologii, tak samo i dentystrykę i stomatologję należy uważać za część integralną ogólnej medycyny.*

*2. Z tegoż powodu powinna stomatologia być obowiązkowym przedmiotem nauczania podczas studjów lekarskich w takim zakresie, w jakim jest potrzebna lekarzowi praktycznemu i w jakim jest konieczna dla zrozumienia zagadnień stomatologicznych medykowi.*

*3. Pożądanem jest dlatego, ażeby przy wszystkich Wydziałach lekarskich, przy których nie istnieją dotychczas katedry stomatologii, utworzono te katedry, przyczem profesorowie stomatologii posiadaliby te same prawa, co profesorowie innych przedmiotów lekarskich, jak to n.p. ma miejsce we Włoszech, Węgrzech, Czechosłowacji, Polsce i częściowo w Niemczech.*

*Rezolucje te powinny być ogłoszone w ważniejszych pismach lekarskich i dentystycznych i wysłane do wszystkich Wydziałów lekarskich tych krajów, w których wyżej podane stosunki nie istnieją dotychczas.*

A. C.



## Oceny.

**Misch. Fortschritte der Zahnheilkunde 1930 nebst Literaturarchiv.** Georg Thieme — Leipzig. — Rocznie 12 zeszytów, w subskrypcji każdy po 8 marek niemieckich.

W roku obecnym ukazuje się rocznik szósty tego nadzwyczaj cennego wydawnictwa, które w zbiorowych referatach pierwszorzędných autorów daje w nadzwyczaj treściwy sposób pogląd na postępy wszystkich dziedzin stomatologii, uwzględniając przytem prace nietylko autorów niemieckich ale i zagranicznych. Wielki rozwój piśmiennictwa stomatologicznego, nawiązanie bliskiego kontaktu z innymi gałęziami medycyny uniemożliwiło nietylko praktykowi ale i jednostce, oddającej się pracy naukowej, śledzenie wszystkich zagadnień w pracach oryginalnych źródłowych; dlatego też referaty zbiorowe jako i referaty poszczególnych prac, wchodzących w zakres stomatologii i dotyczących nauk pokrewnych stały się źródłem informacji, dotyczących postępu nauki. Znakomicie redagowane dzieło zbiorowe *Mischa* wywiązuje się świetnie ze swego zadania i powinno się znaleźć w bibliotece każdego lekarza - dentysty. Cena każdego zeszytu (8 mk. niem.) odstrasza niejednego; nie jest ona jednak zbyt wysoka, jeżeli się weźmie pod uwagę koszty konfekcji, a przede wszystkim doskonałą treść, nadzwyczajnie starannie opracowaną, i informacje źródłowe. Redakcja Polskiej Stomatologii podaje z cennego tego podręcznika, począwszy już od pierwszego rocznika prawie w każdym numerze szczegółowe streszczenie niektórych artykułów, nie ograniczając się tylko do krótkiej oceny, ażeby zwrócić uwagę Czytelników swoich na to dzieło i zachęcić ich do przeczytania w oryginale artykułów omawianych. Dla naukowo pracujących stało się to dzieło niezbędnym wprost kluczem do piśmiennictwa całego świata, odnośnie do naszej specjalności.

*A. Cieszyński.*

---

---

### Wolne posady.

Stanowisko lekarza-dentysty ma do obsadzenia zaraz **Powiatowa Kasa chorych w Przemyślu**. Wymagana co najmniej dwuletnia praktyka. Praca ambulatoryjna wieczorna, od 18—20-tej. Wynagrodzenie ryczałtowe według umowy. Podania należy wnosić do Komisarza Pow. Kasy chorych w Przemyślu. (Kr. Izby lek. lwow. XI. 1930).

Posadę lekarza stomatologa w **Skolem** ma do obsadzenia **Pow. Kasa chorych** w Skolem od 1. I. 1931. Wynagrodzenie według umowy. Podania należy wnosić do Zarządu Pow. K. ch. w Skolem do 30. XI. 1930. (Kr. Izby lek. lwow. XI. 1930).

## Dział sprawozdań i streszczeń.

### PATOLOGJA i TERAPJA.

**Feiler (Frankfurt).** Erkrankungen des apicalen Parodontiums. (Schorzenia parodontium apicale). Misch, Fort. d. Z. 1930. Nr. 5. p. 337.

Djatermja może być stosowana jako wewnętrzna z dwiema równie wielkimi elektrodami z równomiernem ogrzewaniem leżącej między nimi części ciała i jako zewnętrzna czyli chirurgiczna z maksymalnie małą (czynna) elektrodą i wielką (nieczynną) elektrodą. — Djatermja wewnętrzna uśmierza ból przy ostrych objawach zapalnych przebiegających z obrzękiem i bólami, prowadzi do ograniczenia ogniska zapalenia. Jedną elektrodę umieszcza się w pobliżu ogniska, drugą na przeciwległym policzku, karku lub ramieniu. — Djatermja zewnętrzna ma zastosowanie przy leczeniu korzeni wzgl. zmian ozębnej. Działanie jej jest dwójakie: odkażające przewod i jego odgałęzienia i ścinające masy ziarninowe. Objawy kliniczne szybko znikają, warunkiem jest zupełna drożność przewodu. Ostre objawy zapalne znikają po djatermji nie tylko w przypadkach, w których trepanacja i otwarcie komory sprawę zapalną ostrą zmienia w przewlekłą, lecz po jednym posiedzeniu djatermji można dany ząb szczelnie zamknąć. Woń zgorzelinowa treści przewodu natychmiast ustępuje.

Leczenie zębów mlecznych odbywa się w zupełnie innych warunkach niż zębów stałych. Resorpcja korzeni rozmaita w rozmaitych okresach życia jest największą przeszkodą leczenia.

Kantorowicz poleca trepanację i spiłowanie zęba do wysokości dziąsła, Weiser zaś stałą trepanację.

*Bardaszówna (Lwów).*

**Weber (Kolonja).** Pathologie und Therapie der Zahnlockerung. (Patologia i leczenie chwiania się zębów). Misch, Fortschr. d. Zahnheilk. 1930. Nr. 5. p. 361.

Chwianie się zębów jest następstwem zniszczenia aparatu utrzymującego ząb w zębodole. Może to być wynikiem albo zapalenia szczytowego, które równocześnie prowadzi do rozrzedzenia kości i łożyska zęba, po największej części chwianie się zębów spowodowane jest resorpcją kości, idącą od obwodu w głąb, z równoczesnym zniszczeniem włókien ścięgniętych zębodołu. Schorzenie to znane jest pod nazwą paradentozy. Przez tę definicję rozumiemy wszystkie sprawy zanikowe przebiegające w parodontium, prowadzące w ostateczności do wypadnięcia zęba. Prócz paradentozy zachodzą przypadki, mające z paradentozą jedynie wspólny zanik parodontium.



Paradentozą jest to postać chorobowa niezapalna, dystroficzna czy też atroficzna, paradentitis zaś to postać zanikania łożyska zęba i jego rozchwianie wśród objawów zapalnych. Postać zanikową cechuje wczesne wędrowanie zębów, spowodowane rozrzedzeniem łożyska kostnego, co prowadzi do osłabienia wzgl. zniesienia wytrzymałości na siłę zgryzu.

Postać zapalna rozpoczyna się „zapaleniem dziąseł“, idącym w głąb, prowadzącym do zaniku kości ze zniszczeniem aparatu utrzymującego ząb w zębodole. Paradentozą przejść może w paradentitis.

Rozróżniamy torebki dziąsłowe: 1) ponadzębodołowe, gdzie dno torebki leży powyżej powierzchni kości (gdzie ćwiek gutaperkowy wprowadzony do torebki na zdjęciu roentgenowskim leży ponad brzegiem zębodołu, 2) wśródzębodołowe (gdzie ćwiek gutaperkowy leży w zębodole).

Pierwszej towarzyszy zanik pionowy zębodołu, w drugiej występuje ponadto zanik poziomy.

Co się tyczy etiologii chwiania się zębów, to znaczenie mają zaburzenia w przemianie materji jak dna, cukrzyca, zapalenie nerek, dalej przewlekłe zatrucia i zakażenia, wreszcie zakażenia w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. Przy rozpoznaniu chwiania się zębów zwrócić należy uwagę na stan uzębienia (brak zębów, chwianie się, chora ozębna, korony, dostawki, anomalje ustawienia, budowa guzków, zmiany na błonie śluzowej i kości, przeciążenie zgryzu), ważne też jest badanie wewnętrzne.

Każde leczenie paradentozy podzielić można na:

1. Leczenie miejscowe, usunięcie bodźców zewnętrznych (nieprawidłowo wykonane korony i wypełnienia, kamień nazębny).
2. Odciążenie zgryzu przez korony, szyny (czasowe i stałe), ewentualne usunięcie zębów i uzupełnienie lub ewentualne podwyższenie zgryzu.
3. Leczenie wewnętrzne, o ile zachodzi podejrzenie związku paradentozy ze schorzeniem wewnętrznym.

*Bardaszówna (Lwów).*

**Türkheim (Hamburg). Cariesforschung. (Badania nad próchnicą).** Misch, Fortschr. 1930. Nr. 4. p. 312.

Czy w czasie ciąży próchnica zębów częściej występuje, nie jest pewnem. Obliczenia statystyczne wykazują, że niema związku z próchnicą zębów, jedynie uzębienie bywa wtedy mniej pielęgnowane.

Driak w swej pracy statystycznej doszedł do tego, że próchnica częściej występuje w górnej szczęce prawej, a dolnej lewej, sprowadza do praworęczności tak, że lewa górna szczęka może być energiczniej czyszczona. Według niego u mężczyzn i u kobiet próchnica występuje jednakowo często; pielęgnacja zębów nie chroni przed próchnicą.

*Bardaszówna (Lwów).*

**Blessing i Weissenfeld (Heidelberg). Strahlen Licht — und Elektrotherapie. (Terapia promienista, świetlna i elektryczna).** Misch, Fortschr. d. Zahnheilk. 1930. Nr. 7. p. 555.

Głównym zakresem stosowania radu są nowotwory złośliwe. Co się tyczy radykalnych operacji, to usunięcie nowotworu wraz ze znaczną ekstyrpacją okolicy oraz gruczołów nietylko strony chorej ale i niekiedy zdrowej prowadzi zazwyczaj do wielkich zniekształceń i z tego powodu w pewnych przypadkach nie da się dziś przeprowadzić; pozatem tylko  $\frac{1}{3}$  uważać można za wyleczoną.

A więc przypadki nadające się do zabiegów chirurgicznych i nawroty są materiałem do leczenia radem.

Niektóre jednak czynniki wpływają niekorzystnie na stosowanie radem. Chodzi tu o nowotwory wybitnie złośliwe, które wcześniej dają przerzuty i po największej części bywają późno rozpoznawane. Wielokrotnie są one mało na rad czułe. Ilość radu skuteczna w innych okolicach ciała okazała się w jamie ustnej mało lub wcale nieskuteczna. Podczas gdy normalna tkanka jamy ustnej jest bardzo na rad czuła, co prowadzi do niepożądanych wtórnych uszkodzeń.

Działanie na śliniaki występuje szybko. Następuje zmniejszone wydzielanie co prowadzi do zupełnej suchości w jamie ustnej (kserostomja). Fizjologiczne oczyszczanie jamy ustnej śliną ustaje, co wzmagą niebezpieczeństwo wtórnego zakażenia.

Wcześniej występujący rozpad czyni nowotwór jeszcze bardziej na rad odporny. Gruczoły okoliczne przeładowane toksycznymi produktami rozpadu stają się mniej odporne na inwazję komórek nowotworowych. Krwawienie występujące przy nowotworach może być następstwem samostannego nadżarcia naczyń lub jako skutek naświetlania.

Stosowanie radu może być ekstratumoralne, przyczem rad w postaci naboju umocowany zostaje do aparatu z masy wyciskowej z kauczuku lub metalu. Intratumoralnie stosuje się rad w postaci igieł długości 10—20 mm. Stosuje się je obecnie w kombinacji z ekstratumoralnym naświetlaniem i djatermją; tę ostatnią należy stosować po naświetlaniu radem. Ta elektrokoagulacja ma na celu wydzielanie ściętych mas nowotworowych bez niebezpieczeństwa krwawienia.

Co się tyczy klinicznych wyników leczenia, to według doświadczeń zabieg chirurgiczny daje wyniki w stadiach początkowych raka końca języka i przedniej części bocznych ścian języka. W stadiach późniejszych i innej lokalizacji raka języka leczenie radem daje lepsze wyniki niż leczenie chirurgiczne lub naświetlanie Roentgenem. Za najlepszą metodę uchodzi skombinowanie zabiegu chirurgicznego z naświetlaniem radem odpowiednio zastosowane. — W pracy oryginalnej podane jest wiele cennych szcze-



gółów, których w krótkim streszczeniu podać nie można. Lekturę pracy tej możemy polecić każdemu, który zajmuje się w praktyce swej leczeniem zapomocą radu.

*Bardaszówna (Lwów).*

**Münch (Würzburg). Füllungen und Füllungsmethoden. (Wypełnienia i metody wypełniania).** Misch, Fortschr. d. Zahnheilk. 1930. Nr. 5. p. 380.

Wypełnienia porcelanowe palone w cienkich warstwach wystawiane na działanie siły zgryzu nie są odpowiednie. Najmniejszy błąd w preparowaniu ubytku i sporządzaniu masy Jenkinsa mści się na wypełnieniu tak, że czasem musi się pracę powtórzyć.

Dla uproszczenia skomplikowanego palenia porcelany zaczęto od pewnego czasu używać porcelany lanej. Skład i homogenność materiału jest też ulepszona. Skala barw doszła z 12 do 25. Technika jest też ułatwiona. Ostatnio w handlu znajdujący się Neo-Eldentog, który ma temperaturę topnienia 1.150 przy której materiał uzyskuje spoistość syropu, jest odpowiedni do lania. Według pomiarów siły zgryzu mierzonej zgryzomierzem Habera, w Neo-Eldentogu na zębach przednich wynosi 80 kg, podczas gdy korony Jacketa dochodzą do 50 kg.

**Amalgamy.** Przy amalgamach miedzi zachodzić może niebezpieczeństwo wydzielania rtęci, chociaż co do objawów klinicznych wydzielania rtęci zdania nie są jednolite. Amalgamy szlachetne a więc cynowo-srebrne można doskonale zarobić przy zachowaniu odpowiedniego stosunku opilków do rtęci. Stosunek ten ustala się z biegiem czasu trwania wypełnienia. Przy przedawkowaniu rtęci może też wystąpić wydzielanie. Nadmiar rtęci występuje w postaci kropelek. Dla unormowania dawkowania rtęci istnieją aparaty amerykańskie i niemiecki „Degussa“. Wypełnienia krzemionowe wymagają podkładu izolującego. Linka używa roztworu wapnia znanego pod nazwą Adhezyny, zwilża nim ubytek, gdzie nadmiar kwasu fosforowego wytwarza z nim fosforan wapnia.

**Złoto ubijane.** Przeciwwskazane jest 1) w miejscach widocznych, 2) w silnie próchnicowych zębach z licznymi ubytkami, 3) w miejscach zetknięcia z wypełnieniami nieszlachetnymi, 4) przy trudnościach technicznych i niemożliwości zakładania koferdamu, 5) przy schorzeniach konstytucjonalnych i paradentozie, 6) w zębach mlecznych i u osobników poniżej lat 16; wskazane zaś są: 1) w ubytkach podniebiennych, stycznych, szyjkowych zębów przednich, 2) w pewnych stycznych i wszystkich innych powierzchniach przedtrzonowców i trzonowców, 3) przy startych powierzchniach zgryzowych i ubytkach klinowych.

**Leczenie wrażliwej zębiny** czy też jej nadwrażliwości jest zadaniem trudnym. Najłatwiej uzyskać to można przez 1) osuszenie ubytku, 2) używanie ostrych wiertel, 3) wiercenie krótkie z przerwami.

*Bardaszówna (Lwów).*

## CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

Hesse (Jena). *Fehlgriffe in der zahnärztlichen Chirurgie. (Błędy chirurgii dentystycznej)*. Misch, Fortschr. d. Z. 1930. Nr. 3. p. 225.

Zatajenie przed pacjentem złamania igły podczas znieczulenia przewodowego jest błędem. Według Loosa wskazania do usunięcia igły niema, gdyż pozostawienie igły nie pociąga za sobą następstw, jak ropienie, wędrowanie, trwałe uszkodzenie. Szereg autorów twierdzi, że niebezpieczeństwo przy tych operacjach jest większe, niż pozostawienie aseptycznego odłamka igły.

Uśpianie gazem rozweselającym znajduje w Ameryce i coraz bardziej w Niemczech zastosowanie. Tkwi w tem jednak niebezpieczeństwo z powodu małego dopływu tlenu. Znieczulenie zaś miejscowe daje gwarancję zupełnego znieczulenia, uśpienie zaś wymaga: 1) poprzedniego zbadania ogólnego, 2) sprowadza trudności z powodu maski, która przesłania pole operacyjne, 3) następuje wykluczenie odruchów, a tem samym niebezpieczeństwo aspiracji, 4) zachodzi konieczność wprowadzenia rozwieracza i t. d.

Paradentozę leczą jedni zachowawczo, drudzy chirurgicznie. Stopnie paradentozy i ropotoku są tak rozmaite, że leczenie nie może być jednolite i szablonowe. Przy lekkich zmianach wskazane jest leczenie zachowawcze, czy też zachowawczo-chirurgiczne, t. zn. usunięcie nalotów i ziarniny z torebek, w innych przypadkach do celu prowadzi leczenie bardziej radykalne.

Punktem wyjścia spraw ropyńych w jamie ustnej są: zęby pozbawione miazgi, zakażone rany poekstrakcyjne i pooperacyjne, owrzodzenia w okolicy zęba mądrości, nieostrożne znieczulanie, zapalenie szpiku kostnego, ślinianek, migdałka podniebiennego.

Operacje rozszczepu podniebienia Diffenbacha i Langenbecka uległy różnym modyfikacjom. Im większa luka tem trudniejszy zabieg i uzupełnienie braku. Co się tyczy czasu wykonania operacji, Lexer uważa drugi rok życia za czas odpowiedni, Brophy operuje wkrótce po urodzeniu. Ważne jest wyuczenie mowy tak pacjentów operowanych jak i zaopatrzonych w zatykadło, co wymaga wiele cierpliwości zarówno ze strony pacjenta jak i uczącego.

Usuwanie zębów mądrości nawet i zatrzymanych odbywać się powinno zawsze od strony jamy ustnej, co przy dzisiejszych wiadomościach topograficznych i technice ekstrakcyjnej nie sprawia wiele trudności. Operacja drogą zewnętrzną jest błędem sztuki, sprowadza długotrwałe gojenie, zniekształcające blizny i czasem złamanie żuchwy.

*Bardaszówna (Lwów).*



## Przegląd piśmiennictwa.

### THE DENTAL COSMOS. 72. 1930.

#### Nr. 1.

- Burgess*. Plan dostawki.  
*Kato*. Histologiczne badania szkliwa ludzkiego.  
*Schultz*. Psychologiczne czynniki zachowania się dzieci.  
*Harris*. Praktyczne leczenie zębów dzieci dla praktyków.  
*Lewis*. Miejsce należne wypełnieniu amalgamowemu w praktyce współczesnej.  
*Lowery*. Siły żucia i ich wpływ na wyraz twarzy.  
*Jones*. Publiczność w programie dentystrycznym.  
*Weinberger*. Biblioteka, jej funkcja i używanie.  
*Tylman*. Poprawna praktyka koron i mostków.  
*Lambert*. Shock.  
*Hill*. Znaczenie psychologii w praktyce dentystrycznej.  
*Hodes*. Chirurgiczne usunięcie podwójnego zatrzymania kła górnego z zatrzymaniem czterech przednich zębów.  
*Childs*. Ustawodawstwo dentystryczne.  
*Blançau*. Znaczenie periodoncji w dentystrycznym wychowaniu i praktyce.

#### Nr. 2.

- Stein*. Powstawanie szkliwa przez cytomorphozę i nekrobiozę.  
*Spenadel*. Uproszczone sposoby sprawdzenia przemieszczonych zębów do płaszczyzny zgryzowej bez uszkodzenia substancji zębowej.  
*Salman*. Morbus Pageti. (Osteitis deformans). Przypadek kazuistyczny.  
*De Van*. Zachowawcze leczenie wyrostka zębodołowego przez bezpośrednie uzupełnienie prot.  
*Bossard*. Dewitalizacji i anestezja.  
*Hollister*. Potrzeba dentysty w leczeniu gminnem.  
*Scholl*. Związek Dentystryczny w Libanon Valley.

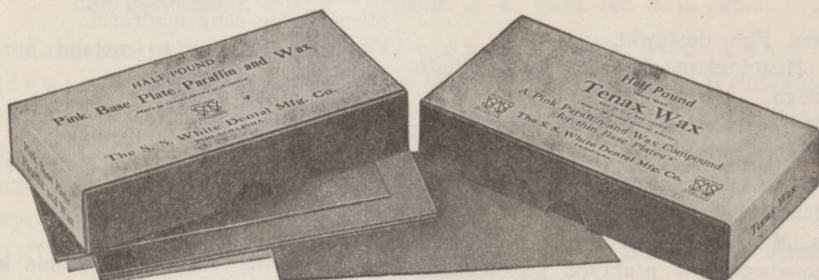
- Broderick*. Związek pomiędzy chorobami ogólnymi a chorobami jamy ustnej.  
*Sikes*. Dolne zęby mądrości.  
*Viverito*. Korony z frontami porcelanowymi i żakietowe.  
*Matthews*. Przypadki kazuistyczne z zakresu chirurgii jamy ustnej.  
*Srabian*. Dentystryka dla dzieci zapobiegawcza i kliniczna.

#### Nr. 3.

- Rault*. Zmiany chylności opadania krwinek czerwonych przy zakażeniach okółwierzchołkowych.  
*Broderick*. Związek pomiędzy chorobami ogólnymi a chorobami jamy ustnej.  
*Fitz-Gibson*. Poprawa wrodzonych rozszczepów podniebiennych zapomocą aparatów.  
*Lartschneider*. Patogeneza torbieli zawiązkowych.  
*Lancet*. Wzrost łuku zębowego bez pomocy ortodontycznego.  
*Dillon-Miller*. Negatywy elektrolityczne dla dostawek.  
*Fitzgerald*. Leczenie ostrego zapalenia szpiku kostnego szczęk.  
*Southard*. Postęp pomocnic dentystrycznych.  
*Schuyelr*. Szkic dostawek częściowych w związku ze zgryzem równoważonym.  
*Irwin*. Wzajemność dentystryczna w Stanach Zjednoczonych.  
*Rice*. Zakażenie ogniskowe z punktu widzenia dentysty.  
*Ring*. Zakażenie ogniskowe z punktu widzenia okulisty.  
*Walker*. Klasyfikacja sposobów badania ubytków próchnicznych.  
*Tishler*. Badania kliniczne w periodontoklazji.  
*Lindsay*. Stosunek myodynamii do konturów i sposobu budowy kości.  
*Greenberg*. Naświetlanie promieniami pozafajłkowymi celem zapobieżenia bólowi pooperacyjnemu.



THE S.S. WHITE DENTAL MFG. CO.



## S. S. White'a Woski Zębowe pokrywają pole roboty woskowej.

S. S. Białe woski używane były skutecznie od szeregu lat w zawodzie dentystycznym. Ich nadzwyczajne zalety są dobrze znane w praktyce klinicznej i przemawiają same za siebie w rękach tysiąca dentystów i pracowników laboratoryjnych.

### Żółty wosk do płytki podstawowej.

Prawdziwy wosk pszczelny, czysto i starannie spreparowany. Wykonany w specjalnych cienkich płytkach.

### Płytką podstawowa z różowej parafiny i wosku.

Głównymi składnikami są prawdziwy wosk pszczelny i parafina. Używane do płytek podstawowych lub brania odcisków zębów. Wykonane w płytkach.

### Różowy wosk N. 7 do płytki podstawowej.

Mieszanka wosku pszczelnego i parafiny przeznaczonych głównie dla użytku laboratoryjnego jako płytką podstawowa.

### Ziel. wosk N. 4 jako materiał do inlay'ów. Czarny wosk N. 5 jako „ do inlay'ów.

Dwa woski inlayowe o tych samych charakterystycznych właściwościach. Modele będą wykonane o czystym, ostrym zarysie. Używane do formowania modeli woskowych klamer lub podpórek. Wykonane w sześciokątnych laseczkach  $4\frac{1}{8}$  cal. dług.

### Żółty wosk do wycisków.

Prawdziwy wosk pszczelny ze wszystkimi dobrymi zaletami materiału rozwiniętego do najwyższego stopnia. Wykonany w płytkach  $3\frac{3}{8} \times 3\frac{3}{8}$  cal.

### Wosk mocno przylegający.

W zasadzie podobny do różowej parafiny i wosku, jednak z dodaniem innego składnika dołączonego celem otrzymania twardości. Stosowany specjalnie dla cienkich płytek. Wykonany w płytkach.

### Wosk lepki — przylegający.

Nader mocno przylegający. Używany celem złączenia woskiem poszczególnych części mostków, częściowych dostawek, połamanych części odcisków, również do przytwierdzenia zębów do płytek podstawowych w pełnej dostawce. Wydaje się w pudełkach o 18 pateczek.

### Różowy wosk do odlewania.

Pożądany w odlewach wszystkich siodłek, sztabek, klamer, stabilizatorów itd., jak również modeli uzębien w jednej sztuce. Wykonane w płytkach B. & S. w ilości 20, 22, 24, 26, 28, 30. Sprzedawane osobno lub w kompletach.



# The S.S. White Dental Mfg. Co.

PHILADELPHIA, U. S. A.



ZNAK OCHRONNY JEST GWARANCJĄ JAKOŚCI



## Nr. 4.

- Hopewell-Smith.* Osteoliza i odontoliza.  
*Young.* Zęby przemieszczone.  
*Manning.* Elektrobiolityczna teoria próchnicy zębowej.  
*Dorrance.* Pokazy z dziedziny chirurgii jamy ustnej.  
*Bryant, Polevitzky.* Obraz krwi i badanie moczu w przypadkach zakażenia wierzchołkowego przed i po leczeniu.  
*Broderick.* Związek pomiędzy chorobami jamy ustnej a ogólnymi.  
*Steinfelder.* Dłutko ręczne w exodoncji.  
*Goodsell.* Leczenie złamań szczęk bezzębnych.  
*Roy.* Pyorrhoea alveolaris: natura, patogeny, leczenie.  
*Bunting.* Zagadnienie próchnicy zębowej.

## Nr. 5.

- Jones, Larsen, Pritchard.* Choroby zębów na wyspach hawajskich.  
*Zemsky.* Cel chirurgii dentystycznej w ogólnej praktyce dentystycznej.  
*Seldin.* Znieczulenie bezwodnikiem podazotowym.  
*Hopewell-Smith.* Osteoliza i odontoliza czyli „wessanie“ tkanek zawierających sole wapienne.  
*Chiavaro.* Rozwój korzeni w związku z patologią dentystyczną.  
*Badan.* Źródła i objawy kliniczne szcawianów w związku z próchnicą zębową i nadżerkami.  
*Millberry.* Należyte wykształcenie w ortodoncji.  
*Waugh.* Szkic ortodoncji w uniwersytecie Columbia.  
*Noyes.* Nauczanie ortodoncji przed dyplomem.  
*Mc. Cann.* Sól.  
*Salzmann.* Zastosowanie zasad ekonomii do dentystyki.  
*Levitt.* Leczenie zimnem i ciepłem w dentystyce.

## Nr. 6.

- Dressel.* Zasady mostków stałych.  
*Jones, Larsen, Pritchard.* Choroby zębów na wyspach hawajskich.  
*Hellmann.* Leczenie fizjologiczne.  
*Denney.* Dziedziczność i jej wpływ na choroby zębów.  
*Buchanan.* Ropnie i ziarniniaki w jamie ustnej.  
*Hopewell-Smith.* Osteoliza i odontoliza.  
*Krogman.* Zmiany wzrostu w czaszce i twarzy w oświetleniu badań porównawczych człek kształtnych i człowieka.  
*Kirk.* Dynamika rozwoju uzębienia ludzkiego w związku ze zgryzem centralnym.  
*Handelman.* Konstrukcja dobrej łyżki wyciskowej.  
*Oppenheim.* Prognacja z punktu widzenia antropologicznego i ortodontycznego.  
*Zimmer.* Leczenie kooperacyjne w exodoncji.

## Nr. 7.

- Jones, Larsen, Pritchard.* Choroby zębów na wyspach hawajskich.  
*Prinz.* Foetor ex ore: przyczyny i zapobieganie.  
*Austin, Stafne.* Zatrzymane zęby mleczne.  
*Prader.* Tworzenie kości blaszkowatej z powodu zgryzu nieprawidłowego.  
*Dressel.* Zasady mostków stałych.  
*Oppenheim.* Prognacja z punktu widzenia antropologicznego i ortodontycznego.  
*Bernow.* Największa potrzeba dentystyki.  
*Faught, Russel, J. E. Garretson.*  
*Pippin.* Przyczyny próchnicy zębowej.  
*Kaushansky.* Badanie chemiczne korzeni zębowych i koron przy ropotoku i próchnicy.  
*Childs.* Ustawodawstwo dentystyczne.

## Nr. 8.

- Jones, Larsen, Pritchard.* Choroby zębów na wyspach hawajskich.  
*Felber.* Dentystyka przemysłowa: 5 przemysłowych klinik dentystycznych.

# SYNTREX



## Plomba „Syntrex“ 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



*Kornfeld.* Amalgam srebrowy.

*Meyer.* Kwestja dentystyki w państwie demokratycznym.

*Hopkins.* Detoksykacja w leczeniu chorób parodontalnych zapomocą rycynianu sodowego.

*Stein, Hinck.* Odczyny jamy ustnej.

*Bassler.* Zakażenia zębów biorące swój

początek w jamie ustnej.

*Dressel.* Zasady konstrukcji mostków stałych.

*Hyatt.* Jak zawód myśli, tak jest!

*Franken.* Leczenie dentystyczne uczennic pielęgnarskich.

*Goldberg.* Łuki zębowe bliźniaków jednojajowych.

# 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**

PRACOWNIA CERAMIKO-TECHNICZNO - DENTYSTYCZNA

**J. ŻARSKIEGO**

**Warszawa, Pańska 28/3, Tel. 313-65**

przyjmuje wszelkie roboty w zakres ceramiki dentystycznej wchodzące

Specjalność: **KORONY JACKET'A**

Stale kursy ceramiczno-dentystyczne

Preparowanie zębów do wkładek i koron Jacket'a

### VIII. Międzynarodowy kongres w Paryżu 1931.

#### Zgłoszenie wykładów.

Zgłoszenia wykładów (Communication), zawierających oryginalne pomysły oraz sposoby leczenia, należy nadesłać według regulaminu na ręce przewodniczącego Komitetu Narodowego F. D. I. (Lwów, Zielona 5a.) z podaniem sekcji, w której wykład ma być zgłoszony.

Mogą być zgłoszone wykłady nie ogłoszone dotychczas, następnie takie, które już wygłoszono gdzieindziej. (Podać należy gdzie wygłoszono, wzgl. gdzie ogłoszono je drukiem).

Tytuł wykładu ma być możliwie krótki, ale ma zawierać dokładną treść.

Przepisy dotyczące rękopisów:

1) należy dołączyć krótkie streszczenie, obejmujące około 5 wierszy, albo krótką wzmiankę, odnoszącą się do oryginalności wykładu; 2) obszerniejsze streszczenie objętości maksymalnie 20 wierszy; 3) streszczenie wykładów.

Tytuł wykładu ma być nadesłany najpóźniej do 31 stycznia 1931, streszczenie (2) do końca marca 1931 r., streszczenie (3) do końca kwietnia 1931 r., rękopis zaś przed otwarciem kongresu.

Rękopis ma być napisany maszyną z interlinią, papier ma mieć aktywy format. Należy pisać jednostronnie, po lewej stronie ma pozostać margines  $\frac{1}{3}$  strony, paginacja ma być po prawej stronie u góry, na każdej stronie po lewej stronie ma być nazwisko autora. — Piśmiennictwo należy podać według porządku alfabetycznego autorów i ponumerować. Najprzód podaje się nazwisko a później imię autora.

Rycin nie należy wklejać do tekstu, tylko należy dołączyć je w osobnej kopercie z odpowiednimi numerami. Numery na rycinach należy pisać na stronie odwrotnej. Ryciny powinny mieć odpowiednie objaśnienia; jako wzory rycin można dołączyć fotografie albo rysunki piórkem. Fotografie mają być na matowym papierze i to czarne na białym. Rysunki na twardszym, białym, matowym papierze. Barwne ryciny zostaną wykonane wyjątkowo, o ile dozwolą na to środki kongresu. Wykład niema trwać dłużej jak 20 minut. Ostatnie przemówienie dyskusyjne — 5 minut. O ile wykład już został wygłoszony gdzieindziej, należy podać dokładny tytuł oraz miejsce do 31. stycznia 1931 r.

Przy wykładzie ogłoszonym drukiem należy podać dokładnie czasopismo, w którym został drukowany, z podaniem liczby stron, a do 1. kwietnia 1931 r. ma być nadesłany egzemplarz tegoż czasopisma. O ile wykład ten ogłoszony był w książce, należy dać odpowiednie, dokładne informacje. O ile nie dotrzyma się wyżej podanych terminów, nazwisko zgłaszającego zostanie umieszczone na końcu w szeregu tych, którzy warunkom zadość uczynili.

---

Prof. Dr. Antoni Cieszyński został mianowany członkiem honorowym „Stowarzyszenia Polskich Lekarzy i Dentystów w Ameryce“ na wniosek VII. Zjazdu Lekarzy i Dentystów Polskich w Ameryce, który odbył się w dn. od 2—4 października 1930 w Chicago.

---

Skorowidz prac drukowanych w roczniku VIII. Polskiej Stomatologii, oraz karta tytułowa ukaże się w 1-ym numerze następnego rocznika.



Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.

LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA WE LWOWIE ZA ROK AKADEMICKI 1929/30.

*Compte rendue annuelle (1929/30) de l'Institut stomatologique de l'Université de Jean Casimir à Lwów.*

Jahresbericht des Zahnärztlichen Instituts der Johann-Casimir Universität zu Lwów (1929/30).

Doc. pol. 7,812

Doc. int. 616,31(07)

Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

Sily pomocnicze: Asystent starszy: Józef Jarzab, lek.-dent. do 1/X. 1929.  
 " " Mieczysław Jankowski, Dr. med.  
 " " Adela Bardaszówna, Dr. med.  
 " " Dr. Adolfina Lenardówna, Dr. med.  
 " " Dr. Władysław Zaleski, Dr. med.

Książkowa: Regina Orlicka.

Pomocnik techn.-dent.: Adam Hurman do 1/III. 1930.  
 Julian Kleinrock od 1/IV. 1930.

Pomocnice dentystyczne: Anna Obalewska.  
 Zofja Schwormówna.

Służący operacyjny i pomocnik w prac. roentg.: Andrzej Wrona.  
 Woźny pomocniczy: Michał Górniak.

## WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW.

### A) Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.

Starszy asystent: Dr. M. Jankowski.

Rok 1928/29 1929/30

Ogólna ilość chorych (6317) . . . 6905  
 nowo przyjętych (3497) . . . 3512

Zabiegi chirurgiczno-stomat.:

A. Ekstrakcje zębów: . . . . .  
 ogółem (4111) . . . . . 3245  
 typowych . . . . . 3143  
 atypowych . . . . . 102  
 ze separacją korzeni . . . . . 55  
 z dłutowaniem . . . . . 34  
 wydłutowanie zatrzymanych  $\overline{8} \overline{18}$  . . . . . 13

B. Znieczulenia:

a) zapomocą wstrzykiwań: . . . . .  
 ogółem . . . . . 2484  
 miejscowe . . . . . 1345  
 mandybularne intraoralne 1119  
 ekstraoralne 20  
 do for. rot. (via infrazygom) 4  
 (via suprazygom) 8  
 do for. palat . . . . . 2  
 do for. infraorb. . . . . 8  
 do for. owale (via transv.) 9  
 do for. mentale . . . . . 1  
 b) za pomocą zamrożenia: . . . . . 80  
 c) za pomocą uspienia wzgl. . . . .  
 odurzenia — ogółem . . . . . 18  
 eterem . . . . . 5  
 eterem i chloroformem . . . . . 6

chlorkiem etylu . . . . . 4  
 chloroformem . . . . . 3

C. Inne zabiegi operacyjne:

1. Resekcje szczytu korzeni: . . . . .  
 u chorych . . . . . 33  
 liczba resekowanych zębów 47  
 mianowicie:  $\frac{1}{2} \frac{1}{2} 16$   
 $\frac{2}{2} \frac{2}{2} 18$   
 $\frac{3}{3} \frac{3}{3} 9$   
 $\frac{4}{4} \frac{4}{4} 3$   
 $\frac{5}{5} \frac{5}{5} 1$   


---

 47

wypełniono korzeni przed oper. paraf. 18

wypełniono korzeni w czasie operacji amalgamem z góry 16

2. Nowotwory:

*Epulis* sarcomatosa . . . . . 1  
 " fibromatosa . . . . . 2  
*Ca* maxillae . . . . . 5  
*Ca* linguae . . . . . 1

Torbiele

a) korzeniowe . . . . . 23  
 b) zawiązkowe od zębów  $\frac{5}{1} \frac{1}{4}$  2  
 3. Ścięcia wyrostka zębodołowego . . . . . 15

4. Przetokilicowe . . . . .	13	10. Opatrunków . . . . .	1280
"    ślinowe . . . . .	2	11. Neuralgia nerwu trójdzielnego*)	9
5. Otwarcie jamy szczękowej . . . . .	7	Iniekcje alkoholu:	
6. Gingiwoektomia . . . . .	6	u kobiet . . . . .	5
Radykalne operacje przy paradontozach:		u mężczyzn . . . . .	3
(wraz z wygładzeniem kości)	4	w tem leczono naświetleniami Rg. . . . .	4
7. Ropowice . . . . .	23	wstrzykiwaniami . . . . .	8
a) pochodzące od periodontitis apicalis . . . . .	13	12. Leczenie obraż. szczękowych . . . . .	16
b) przy utrudnionem wyrzynaniu się $\frac{8}{18}$ . . . . .	7	w tem:	
c) przy osteomyelitis . . . . .	3	złamań żuchwy . . . . .	13
8. Osteomyelitis . . . . .	9	"    szczęki górnej . . . . .	1
osteomyelitis incipiens . . . . .	1	"    wyrostka zębodoł. . . . .	1
9. Sekwestrotomia . . . . .	4	szczęki górnej . . . . .	1
		złamań wyrostka zębodoł. . . . .	1
		szczęki dolnej . . . . .	1
		13. Replantatio $\frac{56}{15}$ . . . . .	3

\*) *Neuralgia n. trigemini.*

#### Iniekcja do Foramen:

Ramus	infra-orb.	rot.	ovale	G. Gasseri	Razem
Przyp. 1) (4144) II+III	1	2	2	2	7
2) (5268) II	2	1			3
3) (6135) II+III		2	1		3
4) (6182) II	1	1			2
5) (7629) III			1		1
6) (8699) II	1		(1cm <sup>3</sup> Nov.)		1
7) (9267) II	1				1
8) (9906) II	1				1
	7	6	4	2	19

Wszystkie przypadki zostały wyleczone.

### B) Oddział II. zachowawczy.

Starsza asystentka *Dr. A. Bardaszówna.*

	W roku 1928/29	1929/30
Ogólna liczba wizyt . . . . .	4127	2806
Pacjentów nowych . . . . .	2138	1188
Wkładek fenol. . . . .	1353	
"    trójkrezol-form. . . . .	1099	
"    fenolo-kamf. . . . .	517	
Zatruc arsenikiem (715) . . . . .	594	
Wypełnień korzeni:		
"    pastą . . . . .	404	
"    paraфина . . . . .	166	
"    gutaperką . . . . .	34	
	604	
Wypełnień stałych:		
"    cementem . . . . .		156
"    silikatem . . . . .		561
"    amalgamem . . . . .		1175
"    wkładów (inlay) . . . . .		109
	(2337)	2001



**C) Oddział III. protetyczny**Starsza asystentka: *Dr. A. Lenardówna.*

Prace wykonane dla pacjentów:

(Prace fantomowe nie są objęte statystyką)

	W roku 1928/29	1929/30
Ogólna liczba wizyt . . . . .	980	835
Pacjentów nowo przyjętych . . . . .	198	223
<i>Prace w kauczuku:</i>		
Liczba protez górnych . . . . . 33)	68	Zębów platyn. w mostkach . . . . . 96
„ „ dolnych . . . . . 35)		
Napraw kauczukowych . . . . . 33		<i>Prace ortopedyczne:</i>
Liczba zużytych zębów gór. i dol. 562		Krzywych pochyłych . . . . . 9
<i>Prace w metalu:</i>		
Koron złotych . . . . . 43		Szyn Warnekrosa i innych syst. . 15
Zębów ćwiekow. Richmonda . . . . 28		Zatykaćel po resekcji szczęki gór. 8
Zębów ćwiekow. Dübla . . . . . 1		Zatykaćel przy rozszczepach szczęk 1
Mostków złotych . . . . . 51		Zatykaćel przy otwartej j. szczę- kowej . . . . . 7
(Członów w mostkach 206)		

**D) Oddział roentgenologiczny.**

Zdjęcia u pacjentów:	Zdjęć intraoralnych:	Zdjęć ekstraoralnych:	Ogółem:
674	1308	420	1728

Odesłano do roentgenoterapii

	Skutek
Ropowic . . . . . 4	+ (po zabiegu operacyjnym)
Neuralgij . . . . . 4	(4 z wynikiem +, 1 z wynikiem -)
Osteomyelitis 3	(naświetlano po zabiegu oper.)

Leczono radem:

2 Ca maxillae
2 Ca linguae

**E) Oddział chorych klinicznych. (Łóżek 5)**

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

Liczba chorych 1929/30	(1928/29)	mężczyzn	kobiet	dni choroby 1929/30	(1928/29)
67	(32)	34	33	745	(389)
w tem miało utrzym. i pobyt bezpł.		6	2	108	(32)

Przypadki leczone klinicznie:

- 2 Abscessus parapharyngealis,
- 3 Carcinoma linguae et maxillae,
- 8 Cystis radicularis,
- 1 Empyema antri Highmori,
- 1 Epithelioma linguae,
- 1 Epithelioma maxillae,
- 1 Epulis fibromatosa,
- 1 Fissura palati congenitalis,
- 7 Fractura mandibulae,

- 1 Fractura maxillae processus alveolaris,
- 1 Fract. maxillae,
- 1 Fract. proc. alveol. mandibulae,
- 2 Neuralgia Nervi trigemini,
- 7 Osteomyelitis,
- 23 Phlegmona paramaxillaris et colli (9 ex 8/18),
- 2 Periodontitis et resectio apicis.

## III. Studenci medycyny na kursach obowiązkowych stomat.

R o k	Trymestr	Ilość zapisanych	Ukończyło ćwiczenia	Trymestr		Stary system Rok VI	Według płci		Według wyzn.	
				XVI	XIV-V		męż.	kob.	rz.-kat. (gr.-k.)	mojż.
1929/30	I.	102	100	102	—	—	83	19	76	26
	II. i III.	105	105	—	101	4	98	7	85	20
	Razem	207	205							
			99-34%							

Złożyło kolokwjum ze stomatologii w czasie od 25. X. 1929 — 30. VI. 1930:

Z wynikami celującym . . . . .	13
” ” bardzo dobrym . . . . .	19
” ” dobrym . . . . .	31
” ” dostatecznym . . . . .	24
” ” niedostatecznym . . . . .	2
Ogółem . . . . .	89
Nie stawilo się do egzaminu . . . . .	8
	97

## IV. Lekarze na kursach specjalnych.

1929/30	I. i II. trymestr							III. trymestr						Razem w I, II, i III. trym.		
	Razem	mężczyzn	kobiet	wyzn. rz. k. i gr. k.	wyzn. mojż.	stud. med.	Dr. med.	Lek. dent.	Razem	mężczyzn	kobiet	wyzn. rz. k. i gr. k.	wyzn. mojż.		stud. med.	Dr. med.
Zapisało się na:																
Kurs protetyczny . . . . .	15	8	7	10	5	1	13	1	1	—	1	1	—	—	1	16
Kurs dentystryki zachow.	10	5	5	8	2	1	8	1	6	2	4	4	2	—	6	16
Kurs roentgenologiczny	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	4	4	2	—	6	6
Hospitanci . . . . .	1	1	—	—	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—	1	2
Ukończyło specjalizację i otrzymało poświadczenia																
w trymestrze I. i II. . . . .	4	2	2	—	4	—	4	—	1.	(38)	Dr. Baraniecki B. 15/V. 1930.					
” ” III. . . . .	7	2	5	7	—	—	6	1	2.	(34)	Dr. Chuwis Z. 16/XII. 1929.					
Razem . . . . .	11	4	7	7	4	—	10	1	3.	(42)	Dr. Drewnowska Julja 12/VII. 1930.					
									4.	(35)	Dr. Griffłowa K. 16/XII. 1929.					
									5.	(33)	Dr. Herzer Z. 7/XII. 1929.					
									6.	(40)	Dr. Krogulecka I. 1/VII. 1930.					
									7.	(38)	Dr. Lenardówna A. 15/I. 1930.					
									8.	(32)	Dr. Marguliesówna Rebeka 11/X. 1929.					
									9.	(36)	Dr. Patrynowna Walentyna 14/I. 1930.					
									10.	(41)	Lek. dent. Strońska Jarostawa 8/VII. 1930.					
									11.	(39)	Dr. Zaleski Wł. 1/VII. 1930					



## V. Wyszkolenie techników dentyst. i pomocnic dentyst.

Uczniów tech.-dent. (nauka trwa 3 lata)	Razem	mężcz.	kobiet	wyzn. rz.-kat.	Uczenie na pomocnice dent. (nauka trwa 1 1/2 roku)	Razem	wyzn. rz.-kat.	
Uczniów na pom. tech.-dent. ogółem	4	4	—	4	Uczennic na pom. dent. . . . .	4	4	*) 1) Miłaszewska Aniela 14, XI 1929
Przyjęto . . . . .	1	1	—	1	Przyjęto . . . . .	2	2	2) Freyówna Julja 14, XI 1929
Odeszło nie ukoń- czywszy nauki . . .	1	1	—	1	Wystąpiły wzgl. zostały zwolnione	2	2	
					Ukończyły naukę*)	2	2	

Wykaz prac naukowych Prof. Dra. A. Cieszyńskiego  
od 1. września 1929 do 31. sierpnia 1930.

(Numery w klamrach oznaczają bieżący numer prac autora).

## Prace ogłoszone drukiem:

1. (161) O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu. Ciąg dalszy. — (Pol. Stom. 1930. nr. 2. Str. 63—77 z 9 ryc. i 2 tabl.)
  - D. Przebieg zapalenia ropnego wzdłuż nerwów w kierunku centralnym.
  - E. Zapalenie zakrzepowe żył i przejście zakażenia na narząd centralny.
  - F. Ropowica w okolicy dna jamy ustnej w połączeniu z ropowicą policzka.
  - G. Ropowica opadowa szyjna.
  - III. Część kliniczna.
  - A. Uwagi dotyczące mianownictwa.
  - B. Statystyka śmiertelności.
2. (170) C. Etiologia ropowic szczękowych. 1. Źródła zakażenia w miazdze zgorzeliowej okolicy wkołoszczytowej zęba. Pol. Stom. 1930, nr. 3. str. 133—137 z 4 ryc.
3. (171) 2. Źródło zakażenia w okolicy dziąseł, lub w zakażonym woreczku wyrzynającego się zęba mądrości.  
3. Źródło zakażenia w ogniskach zakażonych, pozostałych w kości szczękowej na tle „osetomyelitis“. Pol. Stom. 1930, nr. 4. str. 177—184.
4. (158) Historyczny i krytyczny pogląd na operację resekcji korzenia po 23-letniem doświadczeniu. Leczenie zębów zgorzeliowych. Wykład wygłoszony na IV. Polskim Zjeździe stomatologicznym w Wilnie we wrześniu 1929. Pol. Dent. 1929, nr. 6. str. 299—343.
5. (169) Sprawa objęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie „Ustawą ramową“ o uczelniach akademickich. Opinia reprezentanta katedry stomatologii przy Uniw. Lwowskim, Prof. Cieszyńskiego w sprawie nadania Państw. Inst. Dent. w Warszawie praw uczelni akad. Pol. Stom. 1930, nr. 3. str. 165—166.

6. (172) Sprawozdanie z działalności Instytutu dentystycznego Uniw. J. K. za r. akad. 1928/29. Pol. Dent. 1929, nr. 6. str. 376—385.
7. (117 a) Stellung von Blutungen aus den Zahnfleischtaschen während des Zahnfüllens (Ersatz von Kofferdamm). Zahnärztl. Rundsch. 1930, nr. 15, str. 630—632.
8. (173) Stomatologia we Włoszech. Szkic z podróży odbytej w kwietniu 1930. Pol. Stom. 1930, nr. 4. str. 209—215.
9. (174) Projekt budowy gmachu Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie (wraz z umotywowaniem) przyjęty i poprawiony wspólnie z Komisją budowlaną P. I. D. w dniach 29. i 30. maja oraz 1. czerwca 1930. Pol. Stom. 1930, nr. 5. str. 259—276.
10. (175) Sprawozdanie przewodniczącego Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych Prof. Dra. A. Cieszyńskiego za rok 1929. Pol. Stom. 1930, nr. 4. str. 217—221.
11. (176) Film naukowy: Iniectiones in II. et III. ramum N. trigemini (modo Cieszyński). Orientatio stereometrica. Technica iniectionum in For. ovale, Ganglion Gasseri, in For. rotundum via suprazygomática, infrazygomática et perorbitali. Technica iniectionis in n. alveolarem infer. via externa et in canale infraorbitalem. (długość filmu 180 m.). Film demonstrowany na Zjeździe stomatologicznym w Wenecji we wrześniu 1930 i we Lwowie w Związku Stomat. lwowskich w X. 1930.

### Wygłoszone wykłady i prace przygotowane do druku.

1. 177—179) Ropowice ze stanowiska klinicznego. Wykład wygłoszony na III. Pol. Zjeździe Stomatol. w Krakowie w r. 1927. (Ukaże się w Pol. Stom. 1930, nr. 6. i w rocz. 1931).
2. (159) Choroby okolicy przyzębnej a ustrój. Wykład wygłoszony na IV. Pol. Zjeździe Stomatol. w Wilnie we wrześniu 1929, (oddany do druku do Pol. Stom.).
3. (160) O leczeniu zachowawczem i ogólnem spraw parodontalnych (okolice przyzębnej). Wykład wygłoszony na IV. Pol. Zjeździe Stomatol. w Wilnie we wrześniu 1929. (oddany do druku w Pol. Stom.).
4. (180) Unterrichts- und zahnärztliches Standeswesen in Polen. Rozdział do Kantorowicza: Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde 1930, nakładca: J. A. Barth, Lipsk i H. Meusser Berlin — Tom IV.
5. (181) Dental Surgery and Stomatology in Poland. Oddano do druku. Symposium of Stomatology. (Nr. 169 uzupełniony rozdziałem o rozwoju stomatologii w Polsce).
6. (105 d) Ma technique d'injection à la II. et III-eme branche du trijumeau pour anésthésier et traiter le névralgie, (z 36 ryc.). Wykład wygłoszony na Zjeździe włoskich stomatologów w Wenecji we wrześniu 1930 r. (oddano do druku do „La Stomatologia“).
7. (182) Quelques réflexions sur l'enseignement en stomatologie. Communication pour la Conférence préparatoire du Congrès Internat. de Stomatologie à Budapest 31. III. 1930. W rękopisie.
8. (183) Revision des bases de l'instruction médicale. Etudes stomatologiques. Développement de l'idée Stomatologique en Pologne. Wykład wygłoszony na Zjeździe włoskich stomatologów w Wenecji we wrześniu 1930. Oddano do druku do „La Stomatologia“.



9. (184) Wnioski delegata na Polskę na doroczne posiedzenie F. D. I. w Brukseli (1930).
10. (185) Odpowiedź na ankietę Prof. Palazzi'ego w sprawie „Oral sepsis. VII. 1930, (w rękopisie).

### Prace asystentów Instytutu dent. U. J. K. ogłoszone drukiem.

1. (35) Lek. dent. Jarz ą b Józef: Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego. Pol. Stom. 1930, nr. 1. str. 3—18.
2. (36) Lek. dent. Jarz ą b Józef: Poliklinika stomatologiczna Uniwersytetu Poznańskiego. Pol. Stom. 1930, nr. 1. str. 23—32.
3. (37) Dr. Bardas z ó w n a A.: Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań barwikowych i bakteriologicznych. Pol. Stom. 1930, nr. 2. str. 79—83.
4. (38) Dr. J a n k o w s k i Mieczysław: Rzadki przypadek wejścia pozostawionego korzenia drugiego dwuguzkowca górnego pomiędzy korzenie pierwszego zęba trzonowego. Pol. Stom. 1930, str. 85—86.

### Prace wydawnicze.

- (186) Kierownik Instytutu, będący redaktorem i wydawcą „Polskiej Stomatologii“, organu Instytutu dentystycznego lwowskiego, napisał szereg krótszych referatów, ocen, nekrologów, etc. do „Polskiej Dentystyki“ rocz. 1929, i „Polskiej Stomatologii“ 1930, oraz przejrzał i oddał do druku IV. kwart. 1929 i I.—III. kwart. 1930 tegoż dwumiesięcznika.

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

### Odnaczenia i ważniejsze wydarzenia w Instytucie dent. U. J. K.

1. Starszy asystent Instytutu dent. U. J. K. Józef Jarz ą b odchodzi na stanowisko zastępcy profesora przy Uniwersytecie Poznańskim od 1-go października 1929 r.

2. Prof. C i e s z y ń s k i zostaje mianowany 30. IV. 1930 honorowym członkiem-towarzyszem (honorary fellow) Amerykańskiego Związku Stomatolog. — (drugie odznaczenie ze strony American Society of Stomatology).

3. Prof. C i e s z y ń s k i mianowany zostaje prezesem honorowym w sekcji roentgenologicznej na mającym się odbyć Międzynarodowym Kongresie dentystycznym w Paryżu 1931.

4. Prof. C i e s z y ń s k i mianowany zostaje prezesem honorowym Zjazdu ku zwalczaniu reumatyzmu w Polsce (Inowrocław 1930).

5. St. asystent Dr. Mieczysław J a n k o w s k i otrzymuje stypendjum naukowe w wysokości 750 zł. na udział w Zjeździe stomatologicznym w Wenecji.

6. Pracownia roentgenologiczna została wyposażona w aparat diagnostyczno-terapeutyczny firmy Koch i Sterzel.

---

(Sprawozdanie kasowe ogłoszone zostanie w jednym z następných numerów „Pol. Stom.“).

# W. ŚWIATŁOWSKI

SKŁAD PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH

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

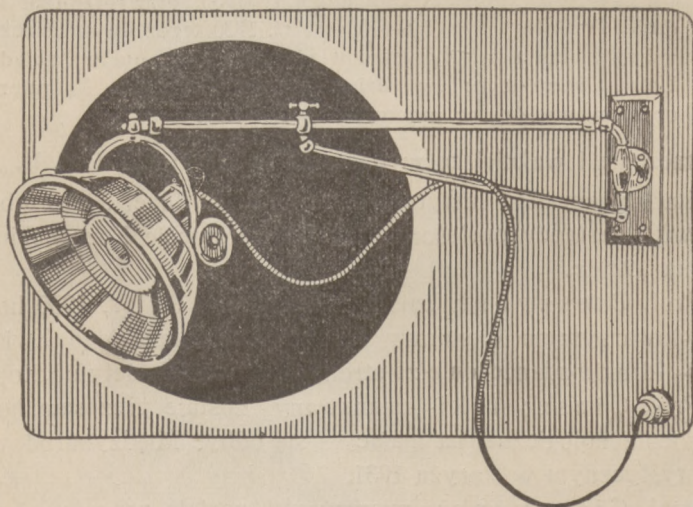
posiada na składzie

wszelkie artykuły, wchodzące w zakres dentystyki i techniki denty-  
stycznej. Wyroby pierwszorządnych fabryk krajowych i zagranicznych.

**Wszelkie nowości dentystyczne. Dogodne warunki spłaty.  
Na żądanie służę ofertami.**

**CENTROLEW** według Prof. Dr. W. Łepkowskiego, to  
przyrząd oddający niezmierne usługi  
w nowoczesnej technice dentystycznej. Niesłychana dokładność i pre-  
cyzja wykonywanych prac. Czystość w pracowni. Zawsze jednaka  
spoiistość i wytrzymałość użytych materiałów zapewniona.

ZASTOSOWANIE: Wykonanie odlewów gipsowych. Wykonanie odle-  
wów metalowych. Zatapianie modeli woskowych w masie łożyskowej  
Wszystko z pomocą jednego aparatu, dowcipnie obmyślonego, z zastosowaniem siły odśrodkowej.  
Dokładny opis zastosowania i użycia dołączam do każdego aparatu.



Najnowszy model francuskiej lampy **bezcieniowej** firmy  
**GALLOIS „ASCIATIQUE”**

średnicy 35 cm. dla celów dentystycznych i chi-  
rurgicznych na ramieniu ściennym lub statywie.

**Intenzywnie światło dzienne nieoślepiające.**

Wygląd estetyczny, precyzyjne wykonanie. Małe zużycie prądu.



# M. ARTELT

NAJSTARSZA SKŁADNICA DENTYSTYCZNA  
Lwów, Chorążczyzna 8.



**SPRZEDAŻ ARTYKUŁÓW TYLKO PIERWSZORZĘDNEJ JAKOŚCI  
JAKOTO:**

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

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

**Ash'a** angielskie kleszcze do ekstrakcji, kauczuk, masa wy-  
ciskowa (stents), gutaperka, kamienie do separowa-  
nia i szlifowania, wiertła „Star”, cement Sylca, zęby Casco i anato-  
miczne zęby djatoryczne

**Lampy Sollux** oryginalne **HANAU** we  
wszystkich wielkościach

**Herbsta** amalgam platynowo-  
złoty i srebrny 60%.

Wszelkie nowości do nabycia



## Meble aseptyczne

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

## Fotele do narkozy

**PREMIER, DOMINATOR, ASH'A, OPTIMUS**  
i fabryki **BIBERA**  
stale na składzie.



# RIVANOL

panterapeutyczny

**środek odkażający, działający  
zarówno na powierzchowne jak  
i na głębokie warstwy tkanek.**

Wybitne swoiste działanie na ropotwórcze ziaren-  
kowce w przypadkach zakażonych ran po usu-  
nięciu zębów lub nacięciach, wierzchołkowego  
zapalenia okostnej, zgorzeli, leczeniu ziarniaków itd.

RIVANOL w proszku i tabletkach.



# JOTHION

bezbarwny i bezwonny

## PREPARAT JODOWY

o znacznej zawartości jodu zamiast nalewki jodo-  
wej. Zwiększona wchłanianość; brak działania  
drażniącego na skórę i błony śluzowe.

**Opakowania oryginalne:** Jothion w oliwie (10%)

W sprzedaży Jothion pur. flakony po 10 i 25 g.

» *Bayer - Meister Lucius* «

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY  
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT  
LEVERKUSEN nad RENEM.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską:  
Dom Agenturowy „REMEDIA” - Warszawa, Hipoteczna 5 (skrz. poczt. 748).  
wysyła literaturę i próby na żądanie WP: Lekarzy bezpłatnie

Z drukarni i litografii Piller-Neumanna we Lwowie. ul. Łyczakowska 3.