

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY ZRZESZEŃ STOMATOLOGÓW I LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, STAŁEJ DELEGACJI POLSKICH ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH, ZWIĄZKU SŁOWIAŃSKICH STOMATOLOGÓW, POLSKIEGO KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENTYST. (F. D. I.), SEKCJI POL. MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.), ORAZ MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU BADAJĄCYCH PARODONTOZĘ „ARPA“.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:

Naczelny redaktor: Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI.

Redaktor działu sprawozdawczego Dr. Henryk ALLERHAND. — Redaktor działu zawodowego Dr. Mieczysław JANKOWSKI.

Administracja: Józef POLKOWSKI.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a. — P. K. O. nr. 505.125.

TREŚĆ:	Str.	SOMMAIRE:	p.
Prof. Dr. A. Cieszyński: Badanie nad statyczną budową czaszki ze szczególnem uwzględnieniem aparatu żucia (c. d.) . . .	1	Prof. Dr. A. Cieszyński: Recherches sur la formation statique du crâne et spécialement sur l'influence de l'appareil masticateur (Suite)	1
Oceny książek (Reichborn, Kjennerud)	9	Revue critique	9, 11
Dział sprawozdań	11	Congrès scientifiques	18
Dział zawodowy	16	F. D. I. Séance annuelle à Milano-Como 1934	19
Kalendarz zjazdowy	18	F. D. I. Congrès à Vienne 1936	26
F. D. I. 28. Zebranie w Medjolanie i Como 1934. Sprawozdanie (Dr. Allerhand)	19	Renseignements universitaires	27
F. D. I. Kongres. Wiedeń 1936	26	Revue bibliographique	29
Wiadomości uniwersyteckie	27	„ARPA“ No. 2	33
Najnowsze wydawnictwa	29		
„ARPA“, dodatek Nr. 2	33		

INHALT: Originalartikel. Prof. Dr. A. Cieszyński: Untersuchungen über den statischen Bau des Schädels unter besonderer Berücksichtigung des Kauapparates. (Fortsetzung). S. 1.

Cena niniejszego numeru zł. 2.50

Abonament roczny 24 zł., półroczny 12.50 zł.

BOLE USMIERZA



DEMALGON CHINOIN

ŚRODEK ZAPOBIEGAWCZY PRZECIWKO BÓLOM
PRZED I PO ZABIEGACH DENTYSTYCZNYCH.

DAWKA POJEDYNCZA: 1-2 TABLETKI PO 0.45 gr
OPAKOWANIA ORYGINALNE PO 4, 10 I 20 TABLETEK

PIŚMIENICTWO I PRÓBKİ

GEN. PRZEDST. BREZEL i BRUZDA SP. KOMAND.
WARSZAWA, Ś-TO KRZYSKA 35.

„CHINOIN” FABR. PRZETW. CHEM. FARM. T.A. UJPESZT KOŁO BUDAPESZTU.

Badania nad działaniem „DEMALGONU” zob. doświadczenia
Kliniki stomatologicznej U. J. K. Pol. Stom. 1933/5, str. 143—147.

W. ŚWIATŁOWSKI

skład przyborów dentystycznych

WARSZAWA, ul. Zgoda 15, Telefon 615-15.

NOWOŚĆ!



Wziernik dentystyczno-laryngologiczny

Niezastąpiony przyrząd djagnostyczny; nieodzowny przy sprawdzaniu
dokładności oczyszczania ubytków i nader poręczny przy wszelkich
zabiegach doraźnych.

Wziernik składa się z latarki elektrycznej o średnicy 16 mm, żarówki
2,5 Volt, oraz pierścieni z lusterkami dentystycznymi i laryngologicznymi.
Całość długości 16 cm, wykonanie chromowane, baterijki wymienne,
wszędzie do nabycia. — Wyrób krajowy. Cena przystępna.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

LWÓW

BADANIE NAD STATYCZNĄ BUDOWĄ CZASZKI ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM APARATU ŻUCIA.

2) (Ciąg dalszy do Pol. Stom. 1934, Nr. 12. str. 298).

*Recherches sur la formation statique du crâne et spécialement sur l'influence de l'appareil masticateur. (Suite).***Untersuchungen über den statischen Bau des Schädels unter besonderer Berücksichtigung des Kauapparates. (Fortsetzung).**

Doc. pol. 15,12:15,5:15,1.

Doc. int. 611.715.

Rozkład i analiza sił mięśni służących do żucia.

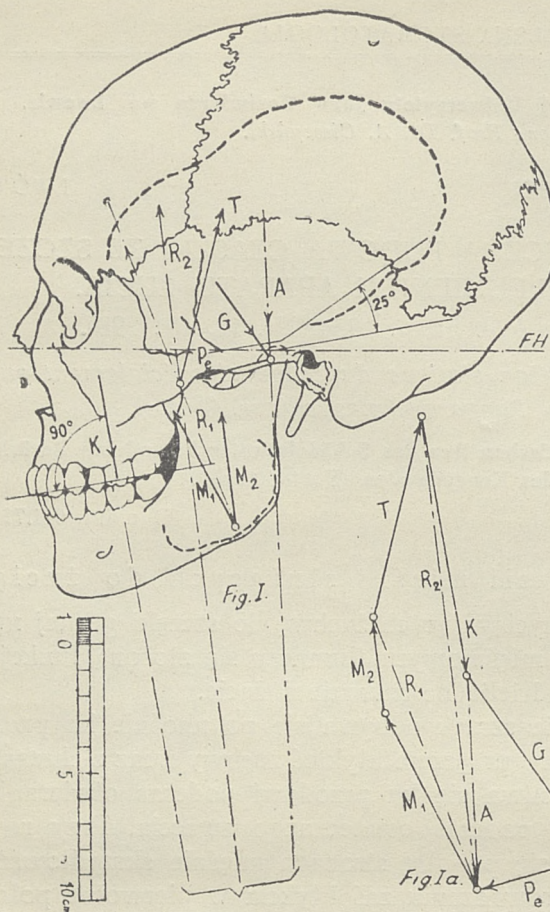
Kierunek mięśni przyciągających żuchwę do szczęki górnej nie jest jednolity. Układ sił mięśniowych tłumaczy się złożoną funkcją żucia, którą możemy podzielić na zwarcie i żucie.

Rozwarcie i zwarcie szczęk odbywa się po ukośnie ku przodowi przebiegającym torze, przyczem kłykiec żuchwy wraz z chrząstką międzystawową przesuwają się ku przodowi podczas otwierania szczęki — a ku tyłowi podczas ostatecznego zwarcia. Przy rozwieraniu szczęk kurczą się po obu stronach mięśnie skrzydłowate zewnętrzne Pe , przy sprowadzaniu zaś kłykcia w pierwotne położenie tylne włókna obu mięśni skroniowych T_3 . Włókna Pe i T_3 mają więc zasadniczy przebieg poziomy.

Zwarcie jako takie odbywa się w zasadniczym kierunku ukośnym. Mięśnie mające swój przyczep blisko kąta żuchwy M_1 i P_1 wykazują więc przedewszystkiem ukośny kierunek.

Natomiast mięśnie T_1 i T_2 , mający swój przyczep dosyć wysoko na wyrostku skroniowym żuchwy, mają przebieg prawie pionowy.

Zwarcie szczęk umożliwia odgryzanie pokarmów, żucie zaś ma na celu roztarcie pokarmów na miazgę i następuje przy zbliżonych do siebie szczękach, przyczem dolna szczęka przesuwa się o kilka milimetrów w bok w jedną i drugą stronę. Ruchy te następują na skutek skurczu mięśni Pe na zmianę, raz lewego, raz prawego, których włókna mają zasadniczy przebieg poziomy.



Ryc. 15. Graficzne przedstawienie działania sił mięśni, służących do zwarcia szczęk, na uzębienie i staw (według Schrödera). Strzałki oznaczają kierunek działania mięśni (Fig. I).

M_1 górna warstwa m. żwacza (masseter) i synergisty m. skrzydłowego wewnętrznego;

M_2 głębsza warstwa m. żwacza (masseter);

T wypadkowa siły mięśni skroniowych (temporalis).

Pe m. skroniowy zewnętrzny (m. pteryg. ext.).

Sposób wykreślenia wypadkowych sił w Fig. Ia.

W rysunku I. przyjęto, że wszystkie mięśnie działają równomiernie, to znaczy, że napięcie sił jest to same odnośnie do jednostki powierzchni przekroju każdego mięśnia. Wówczas bowiem siły mięśni są proporcjonalne przekrojom poszczególnych mięśni i mogą być przez nie zastąpione;

w ten sposób określenie wielkości poszczególnych sił mięśniowych staje się zbędne. Siły wykreślone w Ia są zatem względne, co jednak wystarcza do wykreślenia wypadkowych.

Wymiary: M z doliczeniem $Pi = 7\frac{1}{2}$ cm; $M_2 = 3\frac{1}{2}$ cm; $T = 8$ cm; $Pe = 4$ cm. Równoległe do M_1 w Fig. I. kreślimy linię w Fig. Ia. M_1 długości $7\frac{1}{2}$ cm, przedłużamy ją równoległe do M_2 w Fig. I. o $3\frac{1}{2}$ cm. Połączenie końcowych punktów daje nam wypadkową R_1 , którą wykreślamy w Fig. I. u dolnego przyczepu M_1 .

Analogicznie postępując z T otrzymujemy R_2 . R_2 przenosimy na Fig. I. jako równoległą do miejsca skrzyżowania się R_1 z T . R_2 jest więc wypadkową, otrzymaną z 3 sił mięśniowych M_1 , M_2 i T .

W dalszym ciągu wykreśla Schröder kierunek siły zwarcia K (określając go „Kaudruck“), który stać winien pionowo do płaszczyzny zgryzu (zob. Fig. I).

Silę naciskową kłykcia na powierzchnię stawową konstruuje Schröder w sposób następujący:

Silą naciskową (A) kłykcia na powierzchnię stawową jest wypadkową dwóch sił oddziałujących na staw: Pe i G (siła naciskowa stawu). G napiera przytem pionowo na tor przesuwania kłykcia (Gleitbahn). (Fig. I).

Wykreśla się A w Fig. 1a w sposób następujący:

W punkcie końcowym M_1 kreślę równoległą do $Pe = 4$ cm, w punkcie końcowym Pe równoległą do G , a w punkcie końcowym T równoległą do K . Miejsca skrzyżowania się K i G łączymy z miejscem kończyn M_1 i otrzymujemy w ten sposób kierunek A (t. j. kierunek siły naciskowej kłykcia na powierzchnię stawu. Kierunek ten przenosi się na Fig. 1.

Z Fig. 1a wynika, że siła K t. j. siła naciskowa na uzębienie jest większa, aniżeli siła A uciskowa na staw. (Szczegóły i dalsze wnioski zob. Schröder: *Lehrbuch der techn. Zahnheilkunde*, Berlin 1925 Lief. I. str. 79—82).

Jakkolwiek mięśnie te mają różnoraki kierunek można z nich drogą konstruktywną wykreślić wypadkową. Ryc. 15. wykazuje kierunek mięśni a obok fig. 1. a. przedstawia sposób wykreślenia wypadkowej według Schrödera. Autor ten przeprowadził również dowód, że pomimo wielkiej siły występującej przy zwarciu szczęk nie następują żadne obciążenia stawu ani jakkolwiek nacisk na zagłębienie stawu. Szczegóły podajemy w podpisie do ryc. 15.

Dla zrozumienia wywodów tamże pomieszczonych dodajemy:

Siłę działania tychże mięśni oblicza się z ich przekroju. Przekroje mięśni żwaczy M_1 M_2 wynoszą $7\frac{1}{2}$ cm², mięśnia skrzydłowego wewnętrznego Pi 4 cm², m. skroniowego 8 cm², z czego liczę na $T_1 + T_2$ 6 cm², T_3 2 cm², na dwie warstwy m. skrzydłowego zewnętrznego Pe 4 cm².

Znając kierunek mięśni można na podstawie powyższych danych obliczyć siłę pociągającą mięśni.

A więc na siłę pociągającą ku górze dla każdej strony przypada:

$$M_1 + M_2 + Pi + T_1 + T_2 = 7\frac{1}{2} + 4 + 6 = 17\frac{1}{2} \text{ cm}^2$$

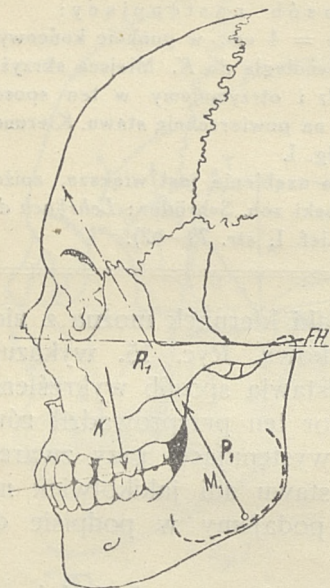
na siłę ku przodowi: $Pe = 4 \text{ cm}^2$.

na siłę ku tyłowi: $T_3 = 2 \text{ cm}^2$ *).

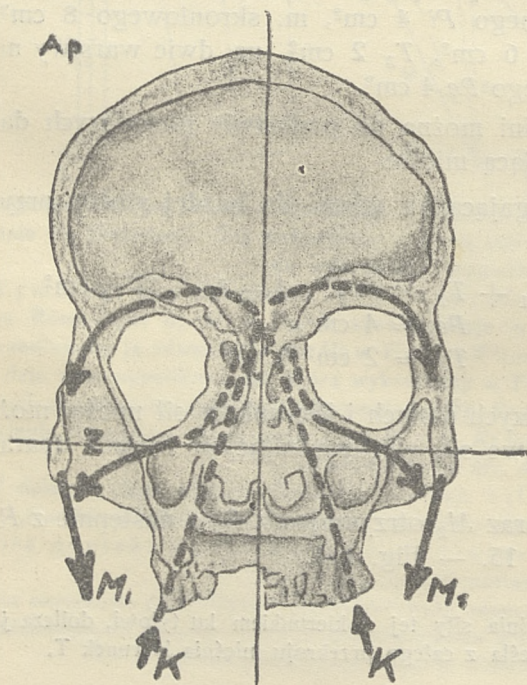
Na podstawie powyższych danych i kierunków sił mięśni można skonstruować wypadkowe siły, wprowadzających w ruch aparat żucia.

Tak n. p. z M_1 i Pi oraz M_2 otrzymujemy R_1 a następnie z R_1 i T otrzymujemy R_2 (ryc. 15. — Fig. 1a).

*) Schroeder nie uwzględnił siły tej z kierunkiem ku tyłowi, dolicza ją natomiast do T_1 i T_2 i wykreśla z całego przekroju mięśnia kierunek T .



Ryc. 16. Kierunek siły odprężeniowej mięśni M_1 i P_1 przechodzi przez trzon żuchwy i wyrostek czolowy kości jarzmowej w kierunku szczytu sinus frontalis.



Rys. 17. Przekrój przez ząb 6/6 pionowo do FH, konstrukcja statyczna kośćca, wywołana obustronnym działaniem siły pociągającej M_1 , zamortyzowanej przez siły odprężeniowe = uciskową podczas zwiarcia K w okolicy sinus frontalis.

Każdej sile pociągającej odpowiada siła odprężeniowa, idąca w przeciwnym kierunku jako reakcja według ogólnych zasad dynamiki (ryc. 5). Stąd też kierunek strzałek oznaczających siły w ryc. 10—14, mogliśmy odwrócić, konstruując tem samym kierunki sił odprężeniowych (Ryc. 15).

Ujęcie graficzne Schrödera w ryc. 15. tłumaczy w wystarczający sposób odciążenie stawu przy pracy mięśni służących do żucia, nie daje natomiast wyjaśnienia co do wpływu funkcji mięśni na architekturę czaszki twarzowej, która prawdopodobnie dostosowana będzie do sił poszczególnych mięśni służących do żucia jak i całego ich zespołu.

Zamiast oprzeć się na syntezie sił sprowadzimy badanie nasze na rozbiór ich według głównych kierunków. Rozróżniamy trzy główne kierunki:

1. Mięśnie przebiegające ukośnie od podstawy kości jarzmowej do kąta żuchwy z kierunkiem siły odprężeniowej R_1 . (Ryc. 16., 14. i 17.),

2. Mięśnie o kierunku pionowym do FH : M_1 i T_1 i T_2 . (Ryc. 18. i 19.)

3. Mięśnie o kierunku prawie że poziomym Pe i T_3 . (Ryc. 12, 13, 10, 14 i 20).

Przekrój czołowy czaszki Ap w ryc. 17. przeprowadzony jest pionowo do FH przez główną oś pierwszego zęba trzonowego. Siła pociągająca m. żwacza, który się przyczepia do kości jarzmowej, daje się we znaki począwszy od górnej krawędzi oczodołu, otaczając jakby pętlą cały oczodoł (ryc. 17). Przy obustronnem skurczu tegoż mięśnia mogłoby przyjść do rozerwania obu oczodołów. Te zaś są silnie ze sobą złączone przednią i tylną ścianą jamy czołowej oraz górnem sklepieniem oczodołu i przednią płytą podstawową mózgu.

Na przekroju czołowym czaszki Bp , przeprowadzonym pionowo do FH w pośrodku gałęzi wstępującej, a więc za wyrostkami skrzydłowatemi kości klinowej, widzimy kierunek działania włókien pionowych mięśnia skroniowego T_1 i T_2 jego synergisty M_2 oraz amortyzację tychże sił. (Ryc. 19.).

Sile pociągającej przeciwdziałają dwa ku dołowi zwrócone sklepienia 1 i 2, gdzie siła naciskająca amortyzuje się w linii środkowej. Odciążenie następuje tamże przez siłę pociągającą mięśnia Pi , ciągnącego podstawę czaszki ukośnie na zewnątrz ku dołowi.

Na tymże przekroju widzimy również amortyzację wszystkich mięśni służących do zwarcia szczęk, znajdujących swój wyraz w sile zgryzu *K* (ryc. 15). Siła ta przebiega w kierunku ukośnym od dołu ku górze wzdłuż osi zębów ustawionych na powierzchni płaszcza stożka, którego szczyt leży w okolicy punktu nosowego (nasion).

W końcu przypatrzymy się na przekroju poziomym trzeciej składowej sił: m. skrzydłowatemu zewnętrznemu *Pe* i przeciwdziałającemu mięśniowi *T₃* (tylnym włókienkom m. skroniowego). Funkcja tychże mięśni zaznacza się tak przy rozwieraniu szczęk jak i podczas żucia. Wypadkowe skonstruowane z tychże mięśni krzyżują się w guzowatości potylicznej (fig. 1 a w ryc. 20). Widzimy jak działanie tychże mięśni, występujące tak często podczas każdego dnia, znajduje swoją wypadkową w okolicy potylicy a tem samem funkcja aparatu żucia udziela się również czaszce mózgowej.

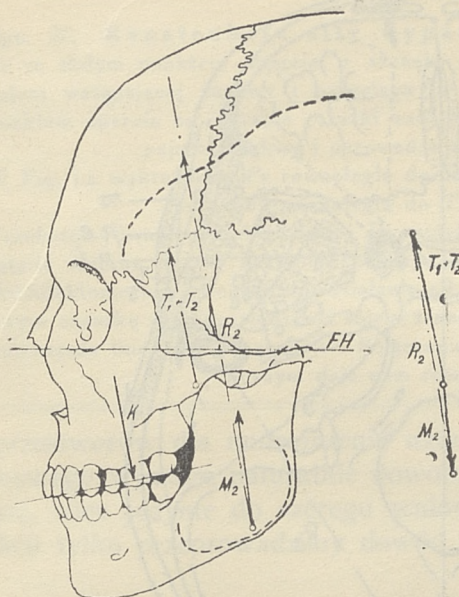
Aparat żucia jako całość.

Żuchwa z szeregiem zębów stanowi część ruchomą aparatu żucia, szczęka zaś górna z szeregiem górnych zębów bierną część aparatu żucia, odbierającą napór siły zgryzu, podobnie jak kowadło odbiera siłę uderzenia młota; w danym przypadku kowadło to jest odwrócone i spoczywa na rusztowaniu nosa środkowego i jam szczękowych o budowie komorowej; siła uciskowa przenosi się przez ściany trzonu kości jarzmowej na krawędzie oczodołu i ściany jamy czołowej złączone z przednią podstawą czaszki mózgowej. (Ryc. 5).

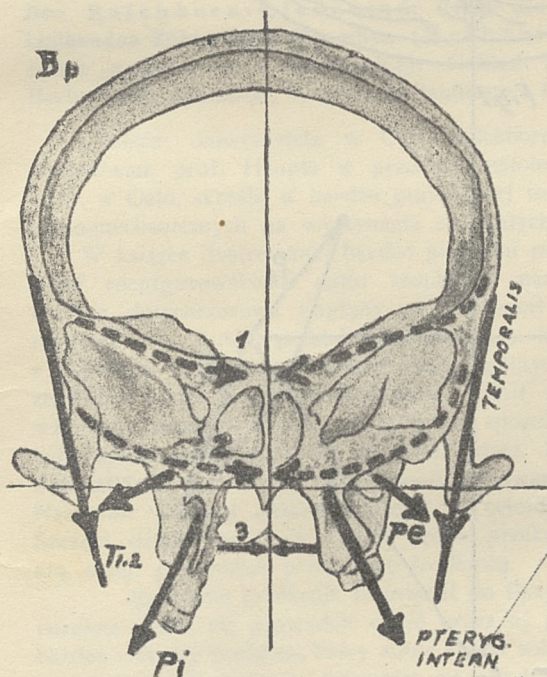
Poszczególne jednostki aparatu żucia: zęby muszą się przeciwstawić głównej sile uciskowej, działającej w kierunku od kąta żuchwy do nasionu.

Z pomiarów siły zgryzu wynika, że najsilniejsze działanie występuje w osi przechodzącej przez pierwsze zęby trzonowe. Wobec tego kierunek siły wypadkowej tychże mięśni przechodzi w teje osi.

Rozważania powyższe doprowadziły nas do hipotezy, że istotnie aparat żucia posiada szczególne znaczenie na architekturę kośćca twarzowego, która jest wynikiem statystycznej równowagi sił oddziaływujących na kościec twarzowy, opierających się jakby na podłożu na przedniej podstawie czaszki mózgowej. Założenie to a zarazem twierdzenie, że kościec twarzowy jest wynikiem funkcji mięśni, służących do żucia z pozostawieniem z góry odpowiednich



Ryc. 18.



Ryc. 19.

Ryc. 18. T_1 i T_2 oraz M_2 o wypadkowej R_2 . R_2 stanowi zarazem główny kierunek sił wszystkich mięśni, przyciągających żuchwę do szczęki górnej (zob. ryc. 15, Fig. I a). K kierunek siły zgryzu, działający jako ucisk na szczękę górną, pionowo do powierzchni zgryzowej zębów.

Ryc. 19. Przekrój czołowy; cięcie przeprowadzone przez okolice otworów owalnych w pobliżu R_2 . Obustronna siła pociągająca T_1 i T_2 rozerwałaby czaszkę w środku górnego sklepienia, gdyby nie przeciwdziałała siła odprężająca, która przechodzi przez sklepienia zwrócone ku dołowi 1 i 2.

1. przednia płyta mózgowa.
2. przednia podstawa czaszki od wewnątrz z środkowymi dołami czyli sklepieniami, zwróconymi ku dołowi. Sklepienia te zostały uformowane przez półkule mózgowe.

P_i działa odprężeniowo na 2 i 1. Rozdarciu dolnego sklepienia 2 przeciwdziałają sklepienie podniebienia 3.

Silny napór w linii środkowej 2 doznaje odprężenia również przez siłę pociągającą P_e (m. pterygoideus externus), przebiegającą w odwrotnym kierunku. — Niniejszy przekrój ilustruje w znakomity sposób równowagę sił działających.

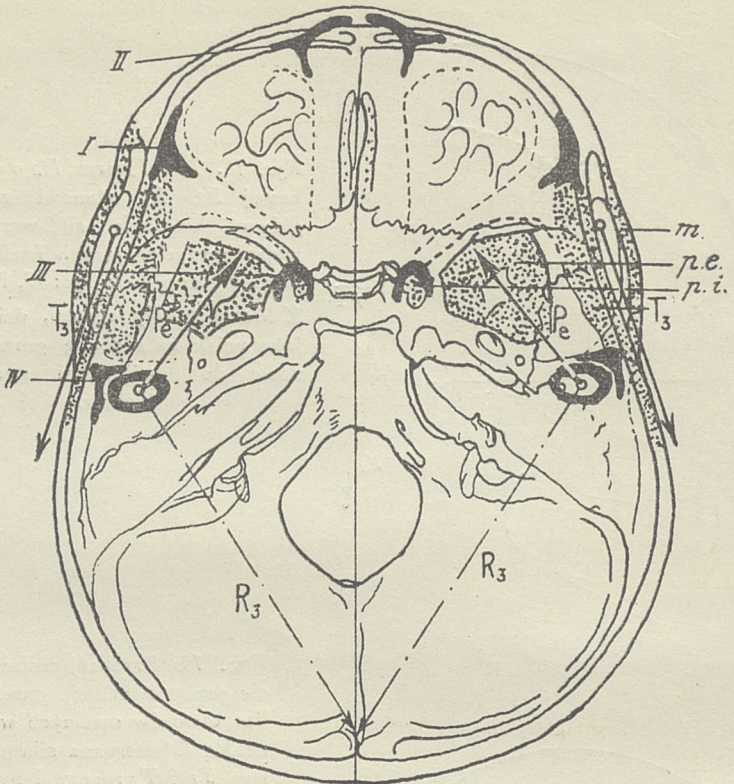
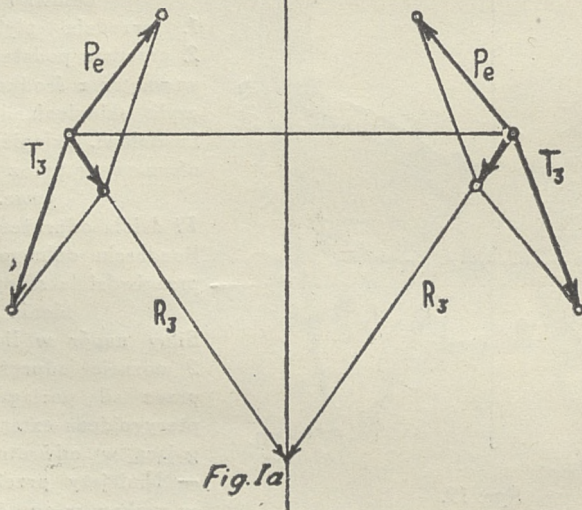


Fig.I



Ryc. 20. Konstrukcja siły wypadkowej R_3 ze sił P_e i T_3 . P_e ze stałym punktem oparcia u szczęki górnej zaczyna o wyrostek stawowy gałęzi wstępującej żuchwy i przyciąga ją ukośnie ku przodowi. T_3 ze stałym punktem oparcia na czerepie czaszki zaczyna o wyrostek skroniowy gałęzi wstępującej żuchwy i sprowadza ją z powrotem ku tyłowi.

W Fig. 1a wykreślamy P_e równoległe do P_e w Fig. 1., a od zakończenia P_e przeciągamy równoległą do T_3 odpowiednio długą.

Przekątne równoległoboku sił R_3 i R_3 spotykają się w okolicy protuberantia occipitalis interna, gdzie następuje ostateczna amortyzacja sił w punkcie potylicy. Architektonicznie przenosi się działanie sił pierścieniem wewnętrznym wzmacniającym czaszkę czyli krawędziami sulcus transversus, któremu po zewnętrznej stronie odpowiada linea nuchae superior. Połączenia poprzeczne stawów z wzgórkiem potylicznym daje nam równoboczny trójkąt.

przestworów dla umieszczenia narządu powonienia, narządu wzrokowego wymaga naturalnie dowodu materialnego, nie ograniczymy się, więc jedynie do szeregu wniosków, otrzymanych drogą dedukcji tylko przeprowadzimy dowód wystarczający.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny książek.

Doc. Reichborn-Kjennerud. Ueber die Mechanik des Durchbruchs der bleibenden Zähne beim Menschen. (Mechanika wyrzynania się stałych zębów u człowieka). Nakład komisowy (Hermann Meusser), Berlin 1934, 178 stron, 91 rycin na tablicach i 18 rycin w tekście. Cena 15 mk. n.

Docent uniwersytetu w Oslo Reichborn-Kjennerud, pracujący pod kierownictwem prof. Häupla w pracowni patologicznej Instytutu dentystycznego uniw. w Oslo, skreślił w bardzo przystępnej formie znaczenie wpływów funkcjonalno-mechanicznych na wyrzynanie się stałych zębów u człowieka.

W książce ilustrowanej bardzo pięknymi preparatami histologicznymi i zdjęciami roentgenowskimi autor rozpatruje następujące zagadnienie i poddaje krytyce dotychczasowe poglądy na tworzenie się zębów ludzkich i ich wyrzynanie się. Autor poddał szczegółowym badaniom 10 szczęk całkowitych z zupełnym uzębieniem i szereg poszczególnych szczęk górnych i dolnych. Po zbadaniu szczęk roentgenologicznym, zrobił autor odlewy gipsowe i ustalił wzajemny stosunek szczęk, ażeby w ten sposób mógł uwzględnić wpływy funkcyjno-mechaniczne. Materiał utrwalał przez 1—3 miesięcy w płynie Müllera z dodatkiem $\frac{1}{3}$ roztworu 5% formaliny, odwapniał zaś w 5% kwasie azotowym. Następnie zatapiał autor preparaty w celoidynie i zabarwiał metodą Bocka. Szczęki dzielił na 3—5 części; jeden przekrój przeprowadzał przez okolice kła, drugi przeważnie przez linię środkową.

Radjalnie przekroje prowadził do fikcyjnego ośrodka w jamie ustnej — pozatem starał się prowadzić cięcie przez oś podłużną korzeni. Ze względu na bardzo ciekawy problem, który autor stawiał sobie do rozwiązania, podam w kilku zdaniach wyniki badania, trzymając się przytem możliwie słów autora.

1. Nowotworząca się kość pod miazgą wypycha cały zawiązek na zewnątrz w kierunku osi zęba.
2. Dochodzi do tego wysuwanie się zęba przez wydłużający się korzeń dzięki jego rozrostowi.
3. Jeżeli jednak wystąpi resorbcja kości poniżej szczytu korzenia, wówczas nie zmienia zawiązek zębowy swej pozycji, pomimo że korzeń zęba rośnie.
4. Podczas wyrastania i wyrzynania się zębów trwałych stwierdza się proces dobudowy i odbudowy przyzębnej, a zarazem i zębów mlecznych.
5. Przyczyny dobudowy kości i wytwarzania się tkanek wogóle należy dopatrywać się w potencjonalnej energii dziedziczno-rozwojowej, oraz we wpływach funkcyjno-mechanicznych na ząb mleczny.
6. W ten sposób tworzące się tkanki jakoteż wpływy funkcyjno-mechaniczne wywołują zaburzenia w krążeniu, skutkiem czego miejscowe ciśnienie krwi i wewnątrztkankowe tak dalece wzrasta, że przychodzi do odbudowy ostoklastycznej.
7. Odbudowa kości powyżej zawiązka ułatwia posuwanie się zawiązka ku górze (w kierunku zwarcia).
8. Resorbcja kości pod zawiązkiem zęba tworzy miejsce dla dalszego rozwoju korzenia w kierunku szczytowym.
9. Wiele spostrzeżeń przemawia za tem, że podczas wyrzynania się zębów przychodzi do wygięcia żuchwy.
10. Wygięcie żuchwy następuje w okolicy poszczególnych zębów trzonowych; w ten sposób powstaje miejsce dla dobudowy kości obok tychże zębów.
11. Wygięcia występują także w okolicy kąta żuchwy. Przez utworzenie rozwartego kąta żuchwy, poziomy odcinek szczęki zostanie wraz z zębami przesunięty ku przodowi i ku dołowi. Wygięcie tego kąta następuje podczas wyrzynania się zęba.
12. Zmiany te w obrębie kąta żuchwy tłumaczą wydłużenie się trzonu żuchwy. Resorbcja od strony wewnętrznej kąta, a dobudowa od strony jego zewnętrznej nadaje w czasie późniejszym żuchwie kształt ostateczny.
13. Wytworzenie się korzeni i dobudowa kości pod miazgą przedtrzonowców, wypychają trzonowe zęby mleczne w kierunku zwarcia, przez co następuje podniesienie zgryzu. Proces ten zostaje przyśpieszony przez wygięcie żuchwy w okolicy kąta, z powodu wyrznięcia się pierwszego zęba trzonowego.
14. Tendencja wysuwania się trzonu ku przodowi naskutek znacznieszego wygięcia się kąta a zarazem zmniejszonej szerokości koron dwuguzkowców w stosunku do szerokości zębów mlecznych powoduje wędrowkę ku przodowi dwuguzkowców i zębów trzonowych oraz ich wzajemne zbliżenie.

Wywody autora wyjaśniają w wielkiej mierze ciekawy proces mechaniki wyrzynania się zębów; dla zajmującego się jednak statyczną budową czaszki niekiedy są niewystarczające i mało przekonujące. Autorowi należy się wdzięczność za próbę rozwiązania tegoż trudnego problemu.

Książka wydana jest wykwinnie, ryciny są bardzo starannie i dobrze dobrane, a preparaty wykonane z wielką wprawą i doskonałą techniką. Autor potrafił zagadnienie to przedstawić w bardzo interesujący i dostępny sposób. Załączył wyczerpujący wykaz piśmiennictwa odnośnie do tegoż tematu.

Prof. Cieszyński (Lwów).

Dział sprawozdań.

CHIRURGJA. (Referaty z *Zentralblatt für Chirurgie* 3. XI 1934/44).

B. T. Rose and F. S. Philips (Birmingham). Buccal cancer and its treatment by radium. (Rak jamy ustnej i jego leczenie radem). (Lancet 1933 II, 172).

Z 192 przypadków raka warg i jamy ustnej, leczonych radem, było po 2 latach i więcej 39,6% wolnych od raka. Najmniej korzystnie zachowywały się tutaj raki języka. Przy raku podniebienia zastosowano, zamiast nakłuwania, łatwiejsze techniczne działanie radu na powierzchnię. We wszystkich przypadkach usunięto gruczoły chłonne, nawet gdy ich zupełnie nie wyczuwano, gruczoły niedające się operować odsłonięto i nakłuto igłami radowemi.

Lehrnbecher. *P.

Gerard Maurel et René Weil. Les indications respectives du traitement chirurgical et du traitement radiumtherapique dans les tumeurs malignes du maxillaire supérieur. (Wskazania do leczenia chirurgicznego i radem złośliwych guzów szczęki górnej). *Presse méd.*, 1934. Nr. 24.

Kostniaki mięsakowate i nabłoniaki pochodzenia śluzowego (mucosa) wymagają leczenia czysto miejscowego. Polega ono na operatywnym usunięciu, lub na leczeniu radem samym, lub w połączeniu z zabiegiem operacyjnymi. Dziaślak i mięsak szpikowy leczą się dobrze resekcją chirurgiczną. Rokowanie przy mięsakach pochodzenia kostnego jest złe, mimo (radykalnego) chirurgicznego wycięcia i następowego leczenia radem. Nieznany jest przypadek zupełnego wyleczenia. Nabłoniaki szczęki górnej wymagają całkowitego wycięcia guza z zastosowaniem radu w powstałym ubytku. Gruczoły są najczęściej niezmiennione i nie wymagają potem żadnego leczenia. Jeżeli wyjątkowo są one zajęte, to muszą być zupełnie usunięte, a miejsca te leczone radem. Przy tem leczeniu rokowanie nie jest złe. Wielka część chorych, pozostałych przy życiu, nie ma przez długi czas nawrotów. Przypadki nie nadające się do operacji leczą się wyłącznie radem. Chociaż przez to nie można osiągnąć wyleczenia, to jednak przychodzi do miejscowego zatrzymania procesu chorobowego i do poprawy ogólnego stanu zdrowia. Leczenie polega na współdziałaniu chirurgji i działania leczniczego radu. Z udoskonaleniem techniki obu metod będzie można liczyć na poprawę wyników.

Lindenstein. *P.

R. H. Kenedy (New York). Epithelioma of the lip. (Nabłoniak (epithelioma) wargi, ze szczególniejszem uwzględnieniem przerzutów w gruczołach limfatycznych). *Ann. Surg.* 99. 81/93 1934.

Analiza 246 przypadków raka płaskonabłonkowego warg. Z pośród chorych było 6 kobiet. Jedna trzecia część przypadków wystąpiła u chorych w wieku

*P oznacza tłumaczył Dr. Pietrzycki.

między 50 a 59 rokiem życia. 13% używało tytoniu w mniejszej ilości, zaś 53% w większej ilości. Schorzenie trwało przed przyjęciem do szpitala przeciętnie ponad 9 miesięcy. Wargę górną była dwukrotnie częściej dotknięta schorzeniem niż dolną. Gruczoły limfatyczne szyji były u chorych w 60% macalne, — z tych 33% wykazały przerzuty. U 14% chorych, u których nie wyczuło żadnych gruczołów szyjnych, znaleziono przerzuty. Przeciętny wiek u chorych z przerzutami jest nieco wyższy, a trwanie cierpienia nieco dłuższe. Ani jednak krótkie trwania schorzenia, ani nieznaczna wielkość guza nie dają pewności, że niema przerzutów. U 80% chorych dokonano wycięcia gruczołów chłonnych. Śmiertelność szpitalna chorych, u których dokonano wyluszczenia gruczołów chłonnych szyji wynosiła 11,4%. Na 147 chorych zdrowych jest 67%, z tegoż 60 chorych po 3 letnim, a 31 po 5 letnim okresie leczenia. Na 32 chorych z przerzutami zdrowych jest 34%, z tego 7 od trzech lat.

*Hans Hanke. *P.*

C. Eggers (New York). Cancer of the mouth. (Rak jamy ustnej).
(Ann. Surg. 99, 69/80 (1934).

Wywody ogólnej natury odnoszące się do powstawania, szerzenia, i leczenia raka jamy ustnej. Co się tyczy etjologii zarówno raka jamy ustnej, jak i tak zwanych schorzeń przedrakowych (präcanceröse Läsionen), (*Leukoplakie*), zdaje się, że uraz w postaci przewlekłego drażnienia, lub zapalenie odgrywają tu bezpośrednią rolę, a nie, jak to można było stwierdzić w rakach w innych częściach ciała. Prawdopodobnie, żaden z tych poszczególnych czynników nie jest odpowiedzialny, lecz raczej kombinacja dwóch lub więcej, jak: zakażenie i palenie, albo kiła i palenie. Jest rzeczą ważną zwracać uwagę na ten związek, ponieważ przez odpowiednie poznanie tych kombinacji, można odkryć schorzenie w okresie przedrakowym i je leczyć. Co się tyczy samego leczenia, istnieje wiele rozmaitych zapatrywań, zwłaszcza od kiedy radjoterapeuci czynią na tem polu wysiłki.

Autor jest zdania, że należy je kombinować i postępować indywidualnie. Celem ma być usunięcie wraz z pierwotnem schorzeniem rakowem okolicznych gruczołów limfatycznych, o ile nie istnieją przeciwwskazania, lub gdy się nie wie, że pierwotne schorzenie jest bardzo wczesne i małej złośliwości. W takich przypadkach, zwłaszcza na wargach i policzkach, można się zadowolić zastosowaniem radu, lub wycięciem. Przy rozleglejszych rakach warg wskazane jest jednak radykalne wycięcie pierwotnego guza i w całości (en bloc) naczyń chłonnych. Raki języka i dna jamy ustnej wymagają koniecznie postępowania radykalnego, musi się usuwać zawsze łańcuchy węzłów limfatycznych obojętnie, czy się usuwa pierwotnego raka chirurgicznie, czy przy pomocy radu. Autor dokonuje zwyczajnie na jednym posiedzeniu „wycięcia en bloc“ i podwiązania tętnicy językowej danej strony. Skoro tylko rana się zagoi przychodzi kolej na drugą stronę i na tem samym posiedzeniu wycina się pierwotny guz, — albo raka usuwa się sposobem elektrokaustycznym, a „wycięcia en bloc“ po stronie przeciwnej dokonuje się jeszcze później. Obustronne wyluszczenie gruczołów chłonnych szyji w czasie jednego posiedzenia wysiła zbyt choroego i mogłoby mieć zastosowanie tylko w niektórych wybranych przypadkach. Jest rzeczą

ważną, by nie przeceniać w leczeniu raka jamy ustnej danego środka leczniczego, lecz by sobie uświadomić granice każdego poszczególnego.

Hans Hanke *P.

M. Wassmund. Über die eitrigen Prozesse des Mundbodens und der tiefen Spalträume am Schädel. Kieferstation des Virchow-Krankenhauses Berlin. (O ropnych procesach dna jamy ustnej i głębokich przestrzeni szczelinowatych na czaszce. (Dtsch. Z. Chir. 240, 681).

Z wielkiego rozdziału o ropieniach w okolicy szczęk wyjęto kilka ciekawszych zagadnień. Procesy zapalne wychodzące z migdałków wykazują na ogół znaczne różnice w stosunku do ropni, które wychodzą z kości szczękowych i rozszerzają się na sąsiednie lub dalej położone przestrzenie międzypowięziowe. Różnica uwidacznia się w tem, że zakażenia pochodzenia migdałkowego wykazują skłonność do szerzenia się wzdłuż w postaci powróżka, a w żyłach przez naciek komórkowy tkanki łącznej, zakażenia ropne wychodzące natomiast ze szczęk mają dążność do rozlanego szerzenia się z wczesnym obumieraniem tkanki łącznej i mięśni. Następnie omawiane jest powstawanie procesów ropnych w zakresie splotu skrzydłowego, — z uwzględnieniem jego objawów. Proces zapalny w dole skrzydłowo-podniebiennym i w dole podskroniowym, oraz pozaszczękowym ustosunkowuje się do oczodołów w podobny sposób jak przy ropieniu kości sitowej i ropieniu jam czołowych. Te obrazy chorobowe są wzajemnie odgraniczone z podaniem przykładów.

Szerzenie się ropowicy dna jamy ustnej wzdłuż szyji na drodze wielkich naczyń szyji przypisuje się tej okoliczności, że zakażenie z przyczyn anatomicznych bierze na ogół drogę (określną) ponad przestrzenią przygardzielową (spatium parapharyngeum), aby stąd towarzyszyć naczyniom. Zwrócono uwagę na bardzo utajone posuwanie się zakażenia w głębokie przestrzenie limfatyczne szyji, gdyż tylko bardzo wczesne rozpoznanie może zapobiec zapaleniu śródpiersia. W przypadkach rozległego zropienia dna jamy ustnej ostrzega się, by nie robić cięcia od strony jamy ustnej, co ostatnio propagował Klestadt, gdyż gwałtowne pokonywanie szczękowości, przy silnym obrzęku dna jamy ustnej i gardzieli, prowadzi często do zaburzeń w oddechaniu i do śmiertelnych powikłań.

Köhler. *P.

Touraine et Solente. La cheilite glandulaire (état pré-cacéreux de la lèvre inférieure) Gruczolakowe zapalenie warg (Cheilitis glandularis), jako przedrakowe schorzenie wargi dolnej. Presse med. 1934, nr. 10.

Istota schorzenia polega na zwyrodnieniu rakowatym. Opisał je po raz pierwszy Richard Volkmann w roku 1870 jako przewlekłe schorzenie, głównie wargi dolnej, charakteryzujące się przerostem gruczołów śluzowych i ich kanałów końcowych, zgrubieniem śluzówki warg i ropieniem powierzchni. Schorzenie to spotyka się u wszystkich ras i prawie równomiernie u obu płci. Najczęściej zdarza się ono w wieku od 20—40 lat. W $\frac{2}{3}$ częściach przypadków poprzedzało je: zapalenie jamy ustnej, zapalenie dziąseł, i zapalenie ję-

zyka. Klinicznie rozróżnia się 3 postaci: 1) zapalenie warg (cheilitis simplex), które umiejscawia się zawsze w środkowej trzeciej części wargi i rozpoczyna się niepostrzeżenie. Później przybiera wygląd podobny do „leukoplakji“. Rozwój jest bardzo przewlekły. Rokowanie jest poważne w następstwie rakowatego przeobrażenia. 2) Cheilitis apostematosa usadawia się również w środkowej trzeciej części dolnej wargi, rozpoczyna się także niepostrzeżenie, prowadzi jednak do postępującego obrzęku i stwardnienia tak, że powstaje zniekształcenie oblicza. Tworzą się strupy, pod którymi powstają owrzodzenia. 3) Rak na podłożu zapalenia wargi (cheilitis). Pod względem anatomiczno-patologicznym charakteryzuje cheilitis simplex przerost (hyperplasia) gruczołów ślinowych, rozszerzenie kanałów końcowych i ujścia. W cheilitis apostematosa znajduje się jeszcze nacieczenie drobnokomórkowe (lymfocytowe) dokoła gruczołów i w skórze (corium). Rak rozwija się z nabłonka płaskiego przewodów końcowych. Pod względem rozpoznania różniczkowego wchodzi w grę: ostry i przewlekły wyprysk (eczema), — toczeń zwykły i rumieniowy (lupus vulgaris et erythematodes) zwykła leukoplakia, opryszczki (herpes), wrzód miękki (ulcus molle). Leczenie promieniami Roentgena dało najlepsze wyniki. Z uwagi na niebezpieczeństwo przeobrażenia rakowego konieczna jest troskliwa obserwacja, ewentualnie próbne wycięcie.

*Lindenstein. *P.*

K. H. Link (München). Zur Kenntnis der muskulären Kieferklemme (Arch. klin. Chir. 179, 168, 175, 1934). O szczękokościsku mięśniowym.

Autor ustalił na podstawie studjów na preparatach kostno-więzadłowych i na chorych, że w przypadku mięśniowego szczękokościsku stale występuje charakterystyczne przesunięcie szeregów zębowych, zależnie od tego, czy tylko jeden, czy oba stawy są chore i czy staw łokotkowo-skroniowy, łokotkowo-łykciowy, albo zarówno jeden jak i drugi są chore. Tak na przykład przy jednostronnem schorzeniu stawu łokotkowo-skroniowego przychodzi do znieśnienia ruchu na przód główki chorej strony, szczęka dolna przesuwana się przy otwarciu ku stronie chorej i stoi tutaj wyżej, niż po stronie zdrowej. Autor omawia 6 typów przesunięć i przechodzi następnie do przesunięć szeregów zębowych przy schorzeniach w okolicy stawów szczękowych (ropień około-szczękowy, zropiały krwiał). W tych przypadkach występują także typowe odchylenia szczęk co przemawia za tem, że szczękokościsk mięśniowy jest tu także głównie natury odruchowej.

*Karl Fritsch. *P.*

S. Rücker (Kiel). Die chirurgische Behandlung der Facialislähmung. Inaug. Diss. 1933. Chirurgiczne leczenie porażenia nerwu twarzowego.

W najściślejszym związku z przyczyną porażenia nerwu twarzowego pozostaje pytanie, co do postępowania leczniczego. Większość autorów jest przeciwna wczesnej operacji, ponieważ często przy zachowanych nerwach następuje samoistne wyleczenie w ciągu pierwszych 4 tygodni. Gdy się operacja okaże konieczna, to najodpowiedniejszym terminem jest czas od 3-5 miesięcy. Na-

leży zaniechać dłuższego wyczekiwania niż 2 lata ze względu na powiększający się zanik zwojów i mięśni. Aczkolwiek połączenie (zespolenie) nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym, względnie podjęzykowym zdaje się dawać pewne wyniki, obojętnie czy się dokonuje przeszczepień w postaci gałązki łączącej (anastomosis), albo skrzyżowania, co jest jednak niekorzystne pod 2 względami: 1. z powodu występowania porażenia mięśni unerwionych przez przeszczepienie i 2. pojawiania się współruchów. Do tego dołącza się wtórne uszkodzenie kosmetyczne. Dlatego zwrócono się do znanej już plastyki mięśniowej. W mięśniowym unerwieniu (neuratyżacja) posiadamy sposób, który dlatego góruje nad innymi, że osiąga ruchowe ożywienie mięśni twarzowych. Do tejże plastyki używa się tylko trzeciej części mięśnia skroniowego i żwacza. Dobre wyniki zdają się wskazywać na to, że mięśniową neuratyżację będzie się częściej stosować w przyszłości w leczeniu zniekształceń twarzy z powodu porażenia nerwu twarzowego.

*E. Paal. *P.*

I. Lorenzen (Kiel). Habituelle Unterkieferluxationen. Inaug.-Diss., 1933, Nawykowe zwichnięcia dolnej szczęki.

Autor omawia pokrótce normalną anatomję i funkcję stawu szczękowego. Jako przyczynę obustronnego zwichnięcia szczęki ku przodowi należy przyjąć nadmiernie szerokie otwieranie ust. Przy niesymetrycznym otwieraniu ust powstaje jednostronne zwichnięcie szczęki, podczas gdy mechanizm stawu szczękowego wyjaśnia stosunkowo rzadkie zwichnięcie dolnej szczęki ku tyłowi. Kiedy już raz przyszło do zwichnięcia stawu szczękowego, obojętnie jakiej postaci, może to często występować. Rokowanie cierpienia jest dość dobre, ponieważ podmiotowe przypadłości chorego najczęściej wcześniej prowadzą go do lekarza. Zapatrywania co do metod leczenia są podzielone, jednak ostatnio pierwszeństwo zdobywa sobie zabieg chirurgiczny, ponieważ stwarza się przez to znowu stosunki anatomiczne, które przywracają prawidłową funkcję stawu szczękowego.

*E. Paal. *P.*

J. Poul (Zuoz). Zur Behandlung der Epistaxis. (Leczenie krwawień z nosa). (Schweiz. med. Wschr. 1933, Nr. 49).

Autor zaleca nakładać na nos przy nawykowych krwawieniach z nosa, celem zaoszczędzenia sobie trudu, drewniane (klamery) spinaczki używane przy suszeniu bielizny, na przeciąg 10 do 15 minut.

*V. Schaefer *P.*

C. Cavina (Bologna). La correzione chirurgica della macrognazia inferiore e della progenie di alto grado. (Die chirurgische Korrektur der Makrognathie und der hochgradigen Progenie). (Poprawa olbrzymiej szczęki dolnej i progenji wysokiego stopnia na drodze krwawej). (Riforma med. 1933, H. 44).

Leczenie szczęki dolnej olbrzymiej (Macrognatja) i progenji, może być tylko krwawe i polegać tylko na obustronnem wycięciu szczęki dol-

nej w odpowiedniej rozległości. W grę wchodzi tu (osteotomia) cięcie kostne gałęzi wstępujących szczęki dolnej metodą wśródustną lub pozaustną. W jednym przypadku dokonano obustronnego wycięcia klinowego z trzonu, w 4 przypadkach z gałęzi. Wyniki były pod względem kosmetycznym i czynnościowym dobre.

*K. Volkmann. *P.*

J. Mofarland (Philadelphia). Geschwülste im Bereich der Parotis. (Guzy w obrębie (okolicy) Slinianki przyusznej). (Surg. etc. 57, 104/114, 1933).

Na podstawie poczynionych doświadczeń w 35 przypadkach guza gruczołu przyusznego (parotis) przychodzi autor do następujących wniosków: Guzy okolicy gruczołu przyusznego dają bardzo rozmaite objawy, oraz obrazy histologiczne i nie pozwalają na wyciąganie żadnych wniosków z obrazu histologicznego na przebieg kliniczny. Chodzi tu o guzy mięsane, które wykazują skłonność do nawrotów, a które wkońcu prowadzą do zejścia śmiertelnego, przez wzrost naciekowy, nie dając przerzutów. Pomimo, że drobnowidowo nie można ich często odróżnić od raka i mięsaka, może nastąpić po ich usunięciu wyleczenie na dłuższy czas do 30 lat. Wzrost ich jest zazwyczaj powolny. Jeżeli jednak ujawnia się szybki wzrost, a badanie drobnowidowe wykazuje ułamki raka, w rokowanie jest złe. Z wieku chorego nie można nic wnosić o złośliwości. Tego rodzaju małych guzów nie należy operować, ponieważ właśnie one dają nawroty. Naogół zabieg operacyjny jest mniej korzystny, niż w przypadkach szybko wzrastających, złośliwych guzów, przedewszystkiem nie należy się śpieszyć, natomiast przeciwnie zalecić najpierw obserwację. W czasie zabiegu operacyjnego istnieje niebezpieczeństwo obrażenia nerwu twarzowego lub przewodu ślinowego, przez co jeszcze można stać pogorszyć.

*Karl Fritsch. *P.*

Dział Zawodowy.

Cybulski (Warszawa) w sprawie szkół zawodowych dla techników dentystycznych (Przegl. Dent. Nr. 11 z 1934 r.).

Profesor Cybulski, kierownik jedynej w Polsce katedry protetyki dentystycznej, zabiera głos w sprawie, w której jest najbardziej miarodajnym i w sprawie ważnej, obchodzącej ogół stomatologów i lekarzy-dentystów. Chodzi mianowicie o unormowanie szkolenia techników dentystycznych, w którejto sprawie wpływają ostatnio podania do wyższych władz ze strony osób prywatnych i zrzeszeń zawodowych. Autor, otwierając na łamach „Przeglądu Dentystycznego“ ankietę nad całokształtem tej sprawy, zaprasza do zabrania głosu w tej sprawie i odpowiada sam na zadane sobie następujące pytania:

1. Czy technik dentystyczny jest potrzebny, czy też dentystyka może się bez niego obejść?

2. Czy istnieją wogóle wskazania do tworzenia szkolnictwa zawodowego dla techników dentystycznych?

3. Jeżeli szkolnictwo takie ma być wogóle tworzone, czy dopuszczalne jest szkolnictwo prywatne, z pominięciem państwowego, czy może powstawać obok państwowego równoległe, czy też ma być jedynie państwowe?

4. Jakich zmian wymaga ustawodawstwo o wykonywaniu praktyki dentystycznej, i niezależnie od tego o uprawnieniach techników, jeżeli mają być otwarte zawodowe szkoły dla techników dentystycznych?

5. Jaki kurs wiadomości powinien być objęty nauczaniem w szkołach dla techników dentystycznych, by uczniowie wychodzili na dobrych techników, dobrze wykonywujących zlecenia lekarzy i żeby nie mogli powiększać kadr partaczy?

ad 1. Stomatolog i lekarz dentysta mogliby się wprawdzie obejść bez techników dentystycznych, ale tak jak w całym świecie, tak też i u nas mają lekarze nieraz niedostateczne przygotowanie z zakresu laboratoryjnej techniki dentystycznej. Ponadto niszczy praca laboratoryjna ręce, utrudniając pracę drobnymi instrumentami, pozatem jest różnica w rentowności pracy lekarza i technika dentystycznego.

ad 2. Autor jest za utworzeniem zawodowego szkolnictwa dla techników dentystycznych, gdyż uważa, że ten zawód nie powinien być gorzej traktowany niż wszystkie inne rzemiosła.

ad 3. Autor jest za nauczaniem tego rzemiosła w szkołach państwowych, gdyż szkoły prywatne szerzyłyby partactwo przez umożliwienie stykania się z pacjentem, co powinno być surowo wzbronione. Autor ma pewne obawy przy prywatnym nauczaniu co do etycznych wartości pewnych warstw i szczepów, Polskę zamieszkujących.

ad 4. Dopóki ustawodawstwo nie ureguluje warunków pracy przyszłego pokolenia techników i ich stosunku do świata lekarskiego, jest tworzenie szkolnictwa zawodowego przedwczesne. Obecnie bowiem ustawodawstwo umieszcza techników dentystycznych w dziale zdrowia publicznego i to zarówno uprawnionych jak i tych, którzy mają dopiero wyjść z przyszłych szkół zawodowych. Toteż sprawą tych szkół zajmuje się Wydział Zdrowia Publicznego i Ministerstwo Opieki Społecznej, a nie jakby było jedynie słusznym Wydział Rzemiosła Ministerstwa Przemysłu i Handlu.

ad 5. Program nauczania powinien łożyć: Akademia Stomatologiczna i Katedry Stomatologii. W każdym razie nauki lekarskie nie powinny w nim znaleźć szerokiego uwzględnienia, jakie właśnie w przedkładanych programach zawierają.

Redakcja „Przeglądu Dentystycznego“ prosi od siebie o nadsyłanie swych poglądów i o rozpatrywanie tej sprawy z punktu widzenia dobra społecznego, wymagań nauki i potrzeb stanu lekarskiego.

(Przyp. ref. Uważam powyższe wywody za bardzo trafne; jedynie punkt 3 nasuwa pewne zastrzeżenia, gdyż etatyzacja i centralizacja mogą łatwo wprowadzić niepotrzebne przedłużenie okresu nauki, niekoniecznie dobry dobór najzdolniejszych uczniów przy realizacji państwowych szkół zawodowych dla techników dentystycznych. Ścisłe natomiast określona opieka fachowych sił Kuratorjum Szkolnego nad szkołami prywatnymi, któreby powstały ewentualnie równoległe do państwowych szkół, lub też zamiast tych, nie wymaga wielkich wkładów materialnych.

Również przy niektórych katedrach stomatologii mogłyby powstać równorzędne kursy szkolenia techników dentystycznych).

Dr. Brill (Lwów)

Zjazdy.

Kalendarz Zjazdowy.

- 934.** Wielkanoc. *Bolonja*. II. Kongres Międzynarodowy Związku Stomatologicznego (A. S. I.) cf. komunikat Pol. Stom. 1934, nr. 1 i 2, p. 45. Posiedzenie administracyjne Związku Słowiańskich Stomatologów. Szczegóły dotyczące Kongresu ASI w Bolonji poniżej.
- 1935.** Doroczne Zebranie FDI w Brukseli.
Czwarty kongres dentystyczny narodowy belgijski, Bruksela 1935. Sekretarz generalny L. Demoulin, 15 Avenue Fonsny 15, przewodniczący A. Joachim, 3 rue de Hornes, Bruksela. W czasie międzynarodowej wystawy światowej w *Brukseli* w r. 1935 odbędzie się zjazd lekarzy dentystów belgijskich jako IV-ty zjazd narodowy z początkiem sierpnia 1935. Zjazd ten pozostaje pod wysokim protektoratem króla i królowej Belgów, tudzież królowej matki Elżbiety, ministrów spraw wewnętrznych, nauczania publicznego, obrony narodowej, przemysłu, kolonij, burmistrza miasta Brukseli tudzież najznakomitszych mężów w świecie lekarskim belgijskim. Należy oczekiwać z tego powodu, że kongres ten będzie uwieńczony wielkim powodzeniem. Wydział kierujący zamierza utworzenie 4-ch oddziałów: 1. Przewodniczący Dr. Watry: wiedza ścisła. 2. Przewodniczący Dr. Boisson: wiedza stosowana. 3. Przewodniczący Dr. Baudoux: elektroterapia. 4. Przewodniczący Dr. Cyrus Fay: pokazy praktyczne. Fabrykanci i dostawcy organizują równocześnie wystawę swych towarów, która się zapowiada bardzo poważnie. — Uprasza się wszystkich referentów i przemawiających w dyskusjach, by zechcieli na pierwszym planie postawić kwestje aktualne. Prezydjum zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich kolegów mających zamiar wzięcia udziału o zgłaszanie już obecnie wykładów i pokazów przeznaczonych na zjazd pod adresem przewodniczącego Dr. A. Joachim, 3 rue de Hornes, Bruksela.
- 1935.** 12—14/IX. *Budapeszt*. Międzyn. Zjazd „ARPA“. (Międzyn. Związek dla badań parodontalnych).
- 1935.** 15—20/IX. albo 1—3. listopada. (Termin jeszcze definitywnie nie ustalony). *Warszawa*. VII. Polski Zjazd Stomatologiczny. Przewodniczący Prof. Hilary Wilga. Sekretarz B. W. Zakrzewska. Adres Biura Zjazdowego: Warszawa, plac Małachowskiego 2. Akad. Stom. Klin. Dent. Zach. Komunikat I. Pol. Stom. 1934 str. 181. Komunikat II. str. 271. — Komunikat III. Pol. Stom. 1934. str. 316.
- 1936.** 2—8/VIII. *Wiedeń*. IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. J. (prezes prof. Pichler, sekretarz dr. Gottlieb). Statut Kongresu ogłoszony będzie w następnym numerze.
- 1937.** Lwów. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

F. D. I.

XXVIII. Zebranie w Medjolanie i Como 1934.

Sprawozdanie.

XXVIII. Zebranie doroczne F. D. I. (Międzynarodowego Związku Dentystycznego) odbyło się w myśl uchwały powziętej w r. 1933. na zebraniu Edynburskiem w dniach od 29. VII. — 4. VIII. 1934. częściowo w Medjolanie, a częściowo w miejscowości Como. Równocześnie odbył się XXI. włoski Zjazd Stomatologiczny, którego program poświęcony był zagadnieniom naukowym, podczas gdy obrady F. D. I. obracały się w myśl uartej tradycji w ramach zagadnień organizacyjnych i zawodowych. Referentem głównym zebrania naukowego włoskiego Zjazdu Stomatologicznego był Prof. Palazzi który wraz z koreferentem Dr. Bracchetti wygłosił nader poważną pracę p. t.: „*Biologia, konstytucja, i odżywianie w schorzeniach miazgi i przyzębia*“.

Delegacja Polska (Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand), nie wyjechała w roku bieżącym do Medjolanu w myśl uchwały powziętej przez zebranie Poskiego Komitetu Narodowego w maju, by oszczędzić funduszków na rok następny na zebranie F. D. I., mające się odbyć w r. 1935, w Brukseli łącznie z IV. Narodowym Kongresem Dentystycznym Belgijskim, urządzonym z okazji międzynarodowej wystawy powszechnej zapowiedzianej na r. 1935. do Brukseli. Delegacja polska, nie mając możliwości osobistego uczestniczenia w zebraniu medjolańskim zwróciła się do delegacji czeskiej z prośbą o zastąpienie jej. Propozycja ta została chętnie przyjęta i reprezentacji podjął się Dr. Ota Braun z Kolina. Wprawdzie prezydjum F. D. I. miało pewne zastrzeżenia co do tego, by delegacja jednej narodowości zastępowała delegację narodowości drugiej i oświadczyło, na przyszłość tego rodzaju proceder za niedopuszczalny, to jednak misja Dr. Brauna została w tym wypadku chętnie przyjęta, Dr. Braun wywiązał się ze swego zadania doskonale, za co mu imieniem delegacji polskiej na tem miejscu należy się podzięką. Na podstawie też materiałów przez Dr. Brauna nadesłanych ułożone jest niniejsze sprawozdanie. Winieniem przytem zaznaczyć, że wnioski delegacji polskiej, dotyczące: kwestji bezrobocia, kwestji nauczania dentystyki, a przede wszystkim kwestji zbliżenia organizacyj odontologicznych do organizacyj stomatologicznych i ewentualnej w przyszłości nastąpić mającej współpracy F. D. I. z A. S. I., obu dotychczas obok siebie działających organizacyj fachowych, zostały z całą powagą na jaką zasługiwały przyjęte, przedyskutowane i odnośne rezolucje zostały za pośrednictwem sekretariatu generalnego Polskiemu Komitetowi Narodowemu przesłane.

Jak zwykle zajęła strona reprezentacyjna i imprezowa wielką część poczynań zjazdowych. Nieodłączne przyjęcia, uroczyste powitanie w hallu Królewskiego Uniwersytetu w Medjolanie, ankiety wydane przez Włoski Stomatologiczny Związek, tudzież przez gminę miasta Como przekonały uczestników o gościnności italskiej, a liczne wycieczki urządzone w okolice malowniczego jeziora Como dopomogły odpocząć po trudach obrad komisyjnych.

Największa część pracy F. D. I. toczy się w komisjach. Niemożliwą jest rzeczą uczestniczenie równocześnie w pracach wszystkich komisji, pracujących równocześnie, dlatego też po ukończeniu prac komisji bywają wyniki ich obrad spisane na maszynie, rezolucje przetłumaczone na wszystkie 3 języki zjazdowe (francuski, angielski, niemiecki) i przedłożone Wydziałowi Wykonawczemu do aprobaty tudzież członkom komisji dla informacji. Jedną z ważniejszych kwestyj zajmujących członków zjazdu była organizacja IX. Międzynarodowego Zjazdu Dentystycznego, mającego się odbyć w r. 1936. we Wiedniu, do którego przygotowania są już w pełnym toku.

Komisje F. D. I. są następujące: 1) Dokumentacyjna, 2) Higieny, 3) Porozumienia z organizacjami międzynarodowymi, 4) Ustawodawcza, 5) Prasowa, 6) Nauczania, 7) Przygotowania IX. Kongresu, 8) Badań naukowych, 9) Finansowa i wreszcie 10) Wydział Wykonawczy.

Rezolucje odnoszące się do wniosków delegacji polskiej przedstawiają się jak następuje:

1. Komisja Porozumienia z organizacjami Międzynarodowymi: Komisja proponuje, by polecić do przestudjowania ogłoszone wyniki referatów Międzynarodowego Biura Prasy, odnoszące się do napływu i zatrudnienia pracowników umysłowych w związku z zagadnieniem bezrobocia. W szczególności przedstawić te wyniki tym komitetom narodowym, które się daną kwestją szczególnie interesują.

Komisja poleca odpowiedzieć Polskiemu Komitetowi Narodowemu, wskazując na przytoczoną rezolucję. Poza tem niektóre czynniki tego zagadnienia mają charakter ściśle państwowy wskutek czego wysuwają je z pod kompetencji F. D. I.

2. Komisja Nauczania Dentystyki: W odpowiedzi na wniosek delegacji polskiej, by Komisja ustaliła w zarysie program maksymalny studjów dentystycznych stwierdza komisja, że wprawdzie program taki nie może być narazie dokładnie ustalony, to jednak podda ona szczegółowemu studjum każdy program przedstawiony przez jakikolwiek komitet narodowy.

3. Komisja Ustawodawcza sympatyzuje w zupełności z życzeniem Polskiego Komitetu Narodowego odnoszącem się do współpracy wśród wszystkich praktyków dentystycznych, zarówno stomatologicznych jak odontologicznych.

W odpowiedzi na wezwanie delegacji polskiej odpowiada:

a) Wszelkie ataki na inne zawodowe związki lub indywidualne kolegów zawodowych sprzeciwiają się zasadom F. D. I.; niema ona jednak wpływu na osobiste opinie lub czynności swych członków.

b) Kongresy F. D. I. nie mają zwyczaju zapraszania jakichś związków „in corpore“, lecz wszyscy członkowie takich związków będą zawsze mile widziani; a każde wezwanie ze strony A. S. I. do współpracy z F. D. I. dozna jaknajżyczliwszego przyjęcia i rozpatrzenia.

Okazuje się z tego, że wnioski delegacji polskiej zostały przyjęte sympatycznie a w szczególności wniosek zmierzający do porozumienia pomiędzy F. D. I. a A. S. I., temi dwiema dotychczas sobie wzajemnie obojętnie, a nawet niekiedy wrogo usposobionemi organizacjami, Delegacja polska będzie na przy-

szłość konsekwentnie dążyła do zrealizowania idei przez siebie podanej i skorzysta ze wszelkiej akcji na terenie międzynarodowym, która da jej do tego sposobność, a więc przede wszystkim z zebrań międzynarodowych, mających się odbyć w r. 1935. (A. S. I.: Bolonja, Wielkanoc, F. D. I.: Bruksela, sierpień).

Jak wszędzie, tak i tutaj jednym z najważniejszych zagadnień jest kwestja finansowa. Niestety F. D. I. poniosła ciężkie straty materialne poprzednio z powodu dewaluacji funta ang., a ostatnio z powodu dewaluacji dolara półn. amer. Niemniej jednak skarb F. D. I. spoczywający w zapobiegliwych rękach kol. Rowletta (Leicester) jest pewny i dysponuje kilkoma funduszami specjalnemi, tudzież funduszem przeznaczonym do organizacji IX. Międzynarodowego Kongresu we Wiedniu.

Sprawozdanie kasowe złożone przez skarbnika brzmi jak następuje:

„Sprawia mi wielką przyjemność móc zdać panom sprawę z tego, że ubiegły rok administracyjny zakończyliśmy poważną nadwyżką. Ten pomyślny wynik zawdzięczamy tej okoliczności, że wkładki członków przekroczyły preliminarz o \$ 762.65, gdyż wynoszą one kwotę 2262.65 \$ zamiast kwoty \$ 1500,—, która była preliminowana. Chcę więc z mego obowiązku jako skarbnik podziękować skarbnikom poszczególnych komitetów narodowych, którzy staraniami swemi przyczynili się do uzyskania tak poważnej nadwyżki, która ma tem większe znaczenie w roku minionym, który można określić z punktu widzenia budżetowego jako rok ciężki. Rachunki bieżące Związku prowadzi się obecnie w Paryżu we frankach franc. a nie w dolarach według kursu nowojorskiego, a bilans prowadzi się w dolarach złotych, przyjmując jeden dolar złoty jako równy 25.— frankom. Co się tyczy bilansu samego, to możecie panowie zauważyć, że po stronie „Credit“ składki członków wynoszą jak powiedziałem 2262.65 \$ zamiast 1500.—, a po stronie „Debet“ są tylko dwie pozycje, które wymagają objaśnienia. A mianowicie są to koszty zebrania tudzież wydatki nadzwyczajne.

Co się tyczy kosztów zebrania, to preliminarz był za niski, a ponieważ były to wydatki gotówkowe, musiały być natychmiast wypłacone. Nadzwyczajne wydatki, które zostały spowodowane różnicą pomiędzy dolarem złotym a spadkiem dolara, i które w bilansie z r. 1933 zostały określone cyfrą \$ 951.17, zostały wydatkowane przez przewodniczącego, sekretarza i skarbnika.

Na końcu bilansu można spostrzec pozycję na sumy dodatkowo wypłacić się mające, skoro zostaną one przyjęte przez Wydział Wykonawczy. Mniejsza pozycja dla Komisji Nauczania winna była być wciągnięta jeszcze w roku ostatnim pomiędzy wydatki dodatkowe, gdyż chodziło tu o sumy, które zostały wydane przed lipcem 1933, a pozycja większa odnosi się do tego, że sprawozdanie miało większą objętość a mianowicie stron 406 zamiast 262. Ten wzrost kosztów sprawozdania jest sprawą poważną gdyż udało nam się zrównoważyć bilans jedynie zapomocą jak najdalej idącej oszczędności tudzież przez niewypłacenie kwoty 1000,— \$ do „Funduszu Kredytowego“ jak to było w użyciu aż do r. 1932.

Komisja Finansowa.

Propozycje:

I. Należy stworzyć fundusz kongresowy i zawiadywać nim podobnie

jak innemi funduszami a nadwyżkę bilansową 8. Kongresu należy przenieść do tego funduszu.

II. Przewodniczącemu i Komitetowi Organizacyjnemu 8. Kongresu należy wyrazić podziękowanie z okazji przedłożenia sprawozdania rachunkowego.

III. Pan Fontanelle winien być wybrany członkiem Komisji Finansowej i administracji funduszu kredytowego i wszystkich innych funduszków.

IV. Budżet na r. 1934/35 zostaje przyjęty w ramach przedłożonych przez skarbnika.

Komisja Dokumentacji Dentystycznej.

Komisja dokumentacji dentystycznej uchwaliła wniosek przewodniczącego Dra Quintero z Lyonu domagający się by polecić Komisji Prasowej rozszerzenie odpowiednimi publikacjom w czasopiśmie fachowych dentystycznych definicji poprzednio przyjętych, a poddanych rewizji w czasie obecnego zebrania, odnoszących się do słów: „Dokument“, „Dokumentacja“, „Ośrodek dokumentacyjny“.

„Dokument“: Jest to wszelka podstawa wiadomości utrwalona materialnie, dostępna badaniu, studjum lub próbie. Np. rękopisy, druki, przedstawienia graficzne lub obrazowe, przedmioty zbiorów i t. d.

„Dokumentacja“: Zbieranie, poszukiwanie, umieszczanie i użytkowanie „dokumentu“.

„Ośrodek dokumentacyjny“: Miejsca gdzie są przechowywane, przygotowywane do użytku, użytkowane „dokumenty“ i gdzie współpraca z publicznością ograniczoną lub obszerną jest w normalny sposób zapewniona.

Wniosek 2-gi. Poleca się Komisji Dokumentacyjnej urządzenie ankiety wśród najważniejszych indeksatorów celem ustalenia zmian, któreby należało uskutecznić w tablicach klasyfikacji dziesiątej odnoszących się do odontologii. Ankieta ta ma kosztować co najmniej 250.— Fr.

Komisja Higjenu Jamy Ustnej.

Referentem podkomisji dentystyki szkolnej został wybrany Senior z Londynu, a referentem podkomisji dentystyki społecznej został wybrany Fischer z Wiednia. Powzięto następujące uchwały:

I. Komisja higjenu i Komisja porozumienia z organizacjami międzynarodowymi celem rozwinięcia w najwyższym stopniu propagandy higjenu zębowej postanawiają porozumieć się celem akcji wspólnej; podstawą porozumienia będzie podział pracy: Komisja higjenu ustali wytyczne, Komisja porozumienia zapewni związek z organizacjami narodowymi i międzynarodowymi mogącymi je zużytkować.

II. Od władz szkolnych zażąda się informacji co do stanu próchnicy zębów w wieku rozpoczęcia nauki szkolnej celem skompletowania dokumentacji tego przedmiotu i ustalenia dokładnej statystyki.

III. Nagroda Jessena zostaje przyznana p. H. J. Burkhart z Rochester N. Y. USA i zostanie mu wręczona w czasie najbliższego kongresu wraz z odpowiednim pismem.

IV. Wydział Wykónawczy upoważnia Komisję Higjenu do wydania pism pochwalnych osobom, które w zawodzie dokonały najbardziej doniosłego dzieła w dziedzinie higjenu zębowej, a w szczególności higjenu zębowej dziecięcej. Te pisma pochwalne w roku bieżącym otrzymają: Dr. Johann Brun, Oslo, Urząd Dentystyczny Wielkiej Brytanji, Dr. L. Ottofy, Oakland, Kalifornia, Dr. E. Watry, Bruksela.

Komisja Porozumienia z Organizacjami Międzynarodowymi.

I F. D. I. została przyjęta w r. b. do Stałej Konferencji Zawodowych Związków Międzynarodowych (La Conférence Permanente de Fédérations Professionnelles Internationales) i proponuje by:

- 1) przyjąć projekt statutu tej konferencji,
- 2) wyznaczyć p. Jerzego Villain jako delegata,
- 3) przyjąć uczestnictwo w wydatkach sekretarjatu w wysokości 250.— Fr. fr.

II. Komisja proponuje:

1) by zwrócić uwagę Stałej Konferencji Związków Zawodowych na użyteczność służby, np. służby „pierwszeństwa“ (le service des priorités) funkcjonującej w międzynarodowej fundacji dentystycznej.

2) Utworzyć przy tejże konferencji międzynarodowe biuro centralizujące i koordynujące czynności biur narodowych. Zadaniem tych biur będzie organizacja i zapewnienie obrony własności naukowej, tudzież przeszkoda w użytkowaniu handlowem na szkodę autora, o ile mu przysługuje prawo wyłączności. Również będzie ich zadaniem stufowanie warunków w jakich patenty handlowe lub przemysłowe mogą zostać użyte do ochrony zdrowia ogólnego.

III. Komisja jest zdania, że należy opublikować rezolucje referatu Międzynarodowego Biura Prasy (B. I. T.) w sprawie ustalenia skąd się rekrutują pracownicy umysłowi i jakie jest ich rozmieszczenie, tudzież jakie czynniki wpływają na wzrost bezrobocia. Studium tego referatu poleca się w szczególności Komitetom Narodowym tych krajów, które się daną kwestją interesują.

IV. Komisja jest zdania w odpowiedzi na wniosek Polskiego Komitetu Narodowego, że odpowiedzią jest wniosek (pod III) w szczególności odnośnie do bezrobocia. Pozatem jest zdania, że niektóre czynniki tego zagadnienia mają charakter wyłącznie państwowy i nie leżą w kompetencji F. D. I.

V. Komisja Porozumienia proponuje by F. D. I. przyłączyła się do Międzynarodowego Związku Szpitalnego (Association Internationale des Hôpitaux).

VI. Komisja jest zdania, że należałoby zaproponować najbliższemu kongresowi zniesienie Komisji Armji i Marynarki i podział jej atrybucyj pomiędzy Komisję Higjenu i Komisję Porozumienia.

VII. Wysłuchawszy sprawozdania swej podkomisji, Komisja poleca jako

wynik studjów nad interesami sanitarnymi dentystów referat p. Landoi z Dijon na VIII. Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym w r. 1931. w Paryżu. I postanawia przystąpić w przyszłym roku administracyjnym do ankiety w sprawie ubezpieczeń zawodowych.

Komisja Ustawodawcza.

I. Ukonstytuowanie prezydium: przewodniczący: Gilmour, Zastępca: Joachim, sekretarz Senior. Kooptacja nowych członków. Poza tem przyjęto na członka Związek Holenderski: Nederlandsch-Indische Maatschappij voor Tandheelkunde.

II. Poza tem uchwalono w dotychczasowych czynnościach żadnych zmian nie przedsiębrać.

Komisja Prasowa.

Wnioski przedłożone Wydziałowi Wykonawczemu:

I. Komisja zaznajomiwszy się ze sposobem, w jaki Fundacja Dokumentacyjna Dentystyczna wywiązała się z rozsyłki biuletynu F. D. I. do czasopism regularnie wymienianych, wypowiedziała życzenie, by ta misja na przyszłość została definitywnie Fundacji powierzona z tem, że koszta wysyłki z tego wynikłe obciążają F. D. I.

II. Komisja Prasowa postanawia wysłać w ciągu roku 1934. do czasopism fachowych dwa komunikaty propagandowe w sprawie Kongresu mającego się odbyć we Wiedniu w r. 1936. Komunikaty te będą redagowane w kilku egzemplarzach rozmaitej długości, tak by umożliwić redakcjom umieszczenie tego komunikatu, który redakcja uzna za najodpowiedniejszy zależnie od miejsca przez redakcję rozporządzalnego.

Sprawozdanie Komisji Nauczania Dentystycznego 1934.

Zgodnie z wnioskiem uchwalonym na zebraniu w Edynburgu w lipcu 1933 r. wysłano kwestjonariusze do dziekanów 20-tu szkół dentystycznych w Niemczech, Stanach Zjedn., Francji, W. Brytanji, Japonji, Polsce i Szwajcarii. Odpowiedzi nadeszły z 6-ciu państw. Kwestjonariusze były te same co w r. 1933 i dotyczyły protetyki, chemji, fizyki i ludzkiej anatomji. Wśród odpowiedzi zasługuje na uwagę odpowiedź Uniwersytetu Buffalo szkoły dentystycznej, p. t. „Nauczanie dentystyki widziane z lotu ptaka“. Plan nauczania w tym uniwersytecie obejmuje 3 lata, równając się przytem normalnemu 4-letniemu wykształceniu. Jest on uznawany oficjalnie przez władzę stanową Nowego Jorku i szkoła ma klasyfikację „A“ według schematów amerykańskiej Rady Wychowawczej. Tok nauk posiada następujące cechy charakterystyczne. Rok szkolny obejmuje 44 tygodnie zamiast 32 tygodni wskutek czego zyskuje się w przeciągu 3 lat jeden rok studjów. Dążeniem studjów jest danie studentowi jak najszerszej podstawy ogólnolekarskiej. Wskutek tego pierwsze 2 lata studentów dentystyki są identyczne ze studjami dla studentów medycyny z wyjątkiem anatomji topograficznej, przyczem przedmioty lekarskie są nauczane pod

kierunkiem Wydziału Lekarskiego w budynkach lekarskich. Kurs dentystyczny składa się w 40% z nauk medycznych a w 60% z dyscyplin dentystycznych. Program studjów obejmujący kurs 3-letni daje możność 8-miu tygodni wakacyj co roku, przyczem studenci dochodzą do znacznie większej doskonałości, gdyż ich wykształcenie manualne nie jest przerywane długimi okresami wakacyjnymi w czasie miesięcy letnich. Program obecny jest w mocy od roku szkolnego 1929/30 przyczem kierownictwo szkoły wypowiada pogląd, że studenci są lepiej wykształceni bez tych długich wakacyj. Również wypowiada szkoła w Buffalo pogląd, że dentystyka powinna ewentualnie stać się specjalną gałęzią wiedzy medycznej. Wprawdzie wykształcenie lekarskie 2-letnie nie jest idealne, to jednak rozszerzyło ono horyzont poszczególnego studenta i napełniło go entuzjazmem odnośnie do jego nauki. Absolwenci kursu dentystycznego nie mieli trudności w rozpoznawaniu przypadków medycznych i przyzwyczajają się zawczasu do posyłania swych pacjentów do lekarzy celem badania we wczesnych okresach chorobowych kiedy jeszcze jest nadzieja i widoki wyzdrowienia. W licznych przypadkach dentystę należy uważać za placówkę zapobiegawczą dzięki jego obszerniejszym wiadomościom.

Z drugiej strony uczy szkoła studentów medycyny patologii miękkich tkanek zębowych wskutek czego umożliwila im lepsze porozumienie z kolegami dentystycznymi. Chemja i fizyka jest wykładana przez 2 lata na wydziale filozoficznym a mianowicie 8 godzin chemji nieorganicznej i 4 godziny chemji organicznej, również 8 godz. fizyki. Anatomja ludzka jest wykładana pod kierownictwem wydziału lekarskiego i słuchają jej w jednakowej mierze studenci medycyny i studenci dentystyki; składają się na nią sekcje całego ciała, przyczem zużywa się na to 286 godzin, w tem 77 godzin anatomji nerwów, a 176 godzin histologii i embriologii. Studenci na wyższych latach uczą się w szpitalach i w poliklinice. Na praktykę kliniczną dentystyki ogólnej zużywa się conajmniej 1200—1400 godz. Dentystyka kliniczna obejmuje dentystykę zachowawczą, protetykę, naukę o koronach i mostkach, eksodoncję, anestezję, radiologję, patologję i djagnostykę. Dentystyka protetyczna obejmuje następujące działy zasadnicze: naukę o gipsie, o masach wyciskowych, o wosku, o kauczuku i o metalurgji. Następuje lutowanie, wytłaczanie, lanie, sporządzanie dodatkowych umocowań (attachements). Nauka o dostawkach całkowitych obejmuje sporządzanie dostawki górnej, zgodnie z podstawowemi regułami zgryzowemi, naprawy pojedynczych zębów, sporządzanie dostawek całkowitych górnych i dolnych. Technika dostawek częściowych obejmuje sporządzenie poszczególnych dostawek, lanie złotych siodełek, siodełek szkieletowych, klamer i przmocowań, tudzież trawersów językowych. Starsi studenci muszą wykonać przeciętnie 3 kompletne dostawki górne i dolne zarówno z kauczuku jak i ze złota, tudzież naprawy.

Nauka o koronach i mostkach obejmuje klasyfikację koron, mostków i dostawek częściowych, przegląd historyczny, własności fizykalne, metalurgję odnośnie do metali następujących: złoto, platyna, paladum, irydum, srebro, miedź, nikiel, cynk, ołów, cyna, antymon, bizmut, żelazo tudzież rozmaite stopy. Następuje nauka o fizykalnych właściwościach wosku w rozmaitych gatunkach, mas wyściółkowych, przeciwdziałanie ekspansji i t. d. Dalszym rozdziałem jest lanie wkładek (inlay), nakładek (onlay), siodełek i ekstensyj.

Konstrukcja mostków i koron, a mianowicie szczegóły łączenia, woskowania, osłaniania, lutowania, lania, tudzież wykańczania. Typy koron dla zębów żywych i nieżywych. Konstrukcja przęseł odnośnie do wytrzymałości nacisku zgrzewowego, lokalizacji, tudzież w przypadkach gdzie niedawno miały miejsce wyjęcia zębów. Z zakresu porcelany nauka historii, właściwości fizycznych i chemicznych w odniesieniu do gatunków porcelany wysoko- i nisko-topliwych. Wreszcie porcelanowe wkładki, korony i mostki.

Prócz uniwersytetu w Buffalo przysłały programy swych studjów jeszcze następujące uniwersytety: uniwersytet w Waszyngtonie (szkoła dentystyczna), w Pittsburgu i w Chicago. Ta ostatnia znajduje się pod kierownictwem zasłużonego dziekana Logana i dlatego jej program zasługuje na szczególniejszą uwagę. (Prócz amerykańskich nadesłały jeszcze programy uniwersytet angielski w Liverpoolu i japoński w Tokio).

Program szkoły dentystycznej w Chicago pozostającej pod kierownictwem dziekana W. H. G. Logan'a, podaje w sprawozdaniu tok nauki 4-ch głównych przedmiotów, a mianowicie: A) protetyki dentystycznej, B) Chemji, C) Fizyki, D) Anatomji człowieka. (C. d. n.)

F. D. I. — Kongres — Wiedeń 1936.

Odezwa IX. Międzynarodowego Kongresu F. D. I. Wiedeń.

KOMUNIKAT I.

IX. Międzynarodowy Kongres FDI. odbędzie się we Wiedniu w czasie od 2. do 8. sierpnia 1936.

Prezydjum Kongresu przeznacza na demonstracje cztery popołudnia, w których będą przedstawiane przedmioty z badań ostatnich 5-ciu lat. Kierownictwo Kongresu będzie się starało pójść na rękę wszystkim kolegom-wystawcom co do czasu, miejsca i pomocy w jaknajszerszym zakresie.

W myśl artykułu 11. poza ustalonymi referatami, które się odbędą przedpołudniem i poza demonstracjami wyznaczonymi na popołudnia, niema przewidzianych odczytów na tematy dowolne. Dlatego należy komunikaty te ująć w formę demonstracji.

Przy każdej demonstracji będą tłumacze, którzy udzielą każdemu Koledze najszczegółowszych wyjaśnień.

Prezydjum Komitetu FDI zwraca się do poszczególnych Kolegów z prośbą o dowolne zgłaszanie się na tłumaczy. Chodzi tu przede wszystkim o tych Kolegów, którzy znają dwa języki Kongresu.

Jest pożądanem, aby ci Koledzy, którzy pragną brać udział jako tłumacze, przy zgłaszaniu podali znajomość języków, ponieważ te nazwiska będą umieszczone w programie.

Statut IX. Kongresu jest ogłoszony w bieżącym numerze w polskim tłumaczeniu.

Inne czasopisma polskie stomatologiczne i dentystyczne prosimy o powtórzenie tegoż Komunikatu, ew. i przedruk Statutu Kongresu.

A. Cieszyński,

przewodniczący PKN—FDI.

Wiadomości uniwersyteckie.

Berlin. Tajny Radca prof. Dr. Wilhelm His. Światowej sławy internista i długoletni kierownik pierwszej medycznej kliniki w Berlinie, zmarł dnia 10 listopada 1934 w 71 roku życia. Niemiecka nauka traci w nim jednego z czołowych przedstawicieli medycyny wewnętrznej, którą wzbogacił licznem oryginalnemi pracami.

Warszawa. Akademia Stomatologiczna. Wręczenie dyplomów. Statystyka. Dnia 16 grudnia 1934 r. odbyła się uroczystość wręczenia 73 absolwentom Akademii Stomatologicznej dyplomów na lekarzy-stomatologów. Kandydaci poza dotychczasowemi 4-letniemi studjami odbyli celem uzyskania tegoż wyższego stopnia dodatkowo 3-miesięczny kurs wakacyjny. *(Według projektu Cieszyńskiego powinniaby odbyć 1 rok studjów dodatkowych według osobnego programu i 1 rok praktyczny¹⁾).*

Rektor Akademii prof. dr. Roman Nitsch zdał szczegółowe sprawozdanie za rok ubiegły. Liczba słuchaczy w r. 1933/34 wynosiła ogółem 494 osób. Kobiet 370 (75%), mężczyzn 124 (25%):

Statystyka narodowościowa:	Statystyka wyznaniowa:
395 Polaków	Rzym. kat. 343
63 Żydów	Mojż. 102
21 Bułgarów	Prawosławnych 24
12 Ukraińców	Grecko-katol. 12
3 innych	Ewangiel. 12
	Metodystów 1

		Wynik egzaminów:
I. rok studjów	125 osób (w tem repetentów 12)	108 złożyło (nie złożył 17)
II. „ „	133 „ („ „ 16)	122 „ („ „ 11)
III. „ „	129 „ („ „ 8)	126 „ („ „ 3)
IV. „ „	107 „ („ „ 8)	76 „ („ „ 31)

Nostryfikowało dyplomy: 3 osoby:

Dyplomy z ukończenia uczelni otrzymało 73 osób, (17 mężczyzn i 56 kobiet, przyczem p. Helena Rutkowska z odznaczeniem).

Do egzaminu kwalifikacyjnego, a więc na I. rok studjów przystąpiło 530 osób, z których przyjęto 116 osób (ile w tejże liczbie kobiet nie podano). Liczba zgłoszeń w roku ostatnim była największa podczas 14-letniego istnienia Zakładu.

Ze statystyki powyższej wynika, że istnieje ciągle w Polsce stan nienormalny. Na studjach dentystycznych w Warszawie jest aż 75% kobiet — jest to bodaj największy odsetek kobiet na studjach dentystycznych na całym świecie. Egzaminy w IV. roku studjów wypadły najmniej

¹⁾ Projekt rozporządzenia Minist. W. R. i O. P. w sprawie uregulowania Sperljalizacji w Stomatoljogji i określające Studjum stomatologiczne, opracowane przez prof. A. Cieszyńskiego. Pol. Stom. 1933, nr. 10, str. 296.

pomyślnie (odpadło 30%). Selekcję uczniów należałoby przeprowadzić po I. roku studjów a nie po ostatnim. Tak przynajmniej postępuje się na wszystkich Wydziałach lekarskich uniwersyteckich w Polsce.

Katedrze ortodoncji (kierownik zast. prof. Zeńczak) przyznało Ministerstwo W. R. i O. P. etat adjunkta. Należy to podkreślić jako moment dodatni.

A. Cieszyński.

Lwów. Dotychczasowy prymarjusz chirurgicznego Oddziału Szpitalika św. Zofji dr. Rodziński został zamianowany prymarjuszem Oddziału chirurgicznego Szpitala Powszechnego, a na miejsce jego otrzymał nominację doc. dr. Dobrzański, współpracownik „Polskiej Stomatologii“.

Lwów. Uniwersytet. Dnia 14 listopada 1934 r. odbyła się inauguracja roku akademickiego w Uniwersytecie Lwowskim. Inauguracji dokonał J. Magnif. Rektor prof. dr. Jan Czekanowski, światowej sławy antropolog. Wicerektorem jest prof. dr. Roman Longchamps (prawnik).

Dr. Witold Grabowski. Habilitacja. Dr. Witold Grabowski habilitował się przy Wydziale lekarskim Uniw. lwowskiego z roentgenologii i roentgenoterapii. Wniosek Wydziału został wysłany Ministerstwu W. R. i O. P. do zatwierdzenia.

Warszawa. W r. 1934/35 Rektorem Uniwersytetu jest prof. dr. Stefan Pieńkowski (prof. fizyki). Wicerektorem Uniwersytetu jest prof. dr. Franciszek Czubalski, który wielkie zasługi położył przy organizacji Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie i którego Dyrektorem był przez szereg lat.

Lwów. Członkowie korespondenci. Komitet Redakcyjny „Polskiej Stomatologii“ zamianował na posiedzeniu w dniu 4/I. 1935 członkami korespondentami „Polskiej Stomatologii“ doc. dr. Konrada Szepelskiego z Warszawy i lek. dent. J. Galasińską-Landsbergerową, st. asyst. Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. A. Bardasz-Drukerowa, Dr. Brill, Dr. Gorczyński. — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. Jankowski. Członkowie korespondenci: Lek. dent. Janina Galasińska-Landsbergerowa (Warszawa), Dr. med. dent. Józef Jarzab (Poznań), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Docent dr. Konrad Szepelski (Warszawa), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa). — Redaktor odpowiedzialny za część naukową: Prof. Cieszyński.

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

Od Redakcji.

Z powodu zwiększonej pracy, połączonej z powiększeniem agend Wydawnictwa, ustąpił z końcem ubiegłego roku pan Dr. Karol Atlas, który zajmował stanowisko administratora POLSKIEJ STOMATOLOGJI bez przerwy od lat 10-ciu.

Komitet Redakcyjny Polskiej Stomatologii składa Mu za długoletnią bezinteresowną pracę serdeczne podziękowanie.

Najnowsze wydawnictwa.

- Bloch Stanisław.** Ratujmy zęby. Broszura popularna, poświęcona higienie jamy ustnej oraz zapobieganiu chorobom uzębienia. Warszawa 1934. Nakł. Dentystycznych Wiadomości Związkow. str. 70, rycin 15. Ref. w „Pol. Stom.“ nr. 11/12.
- Reichborn-Kjennerud J.** Doc. Ueber die Mechanik des Durchbruchs der bleibenden Zähne beim Menschen. Berlin 1934. str. 129—178, 91 tablic, 25 rycin w tekście. Nakł. komisowy — Hermann Meusser. — Cena 15 marek niem. Ocena w Pol. Stom. 1935/1. str. 9.
- Wassmund Martin.** Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Bd. I. str. 571, ryc. 730 w tekście. Nakł. Hermann Meusser, Berlin 1935. Cena 65 mk. niem., w oprawie 68 mk. niem.
- Szepelski Konrad** dr. doc. Terapia chorób zębów. Metodyka wypełniania próchnicowych ubytków zębowych. Warszawa 1934. Nakł. Dentystycznych Wiad. Związkowych. str. 115. 54 rycin.
- Cieszyński Antoni.** Projekt reformy studjów lekarskich. Lwów 1934. Cena 1 zł.
- Cieszyński Antoni.** O nowym sposobie operacyjnym torbieli w nosie środkowym i Demonstracje w Tow. lek. lwowskim. 1934. Ryc. 3. Cena 1 zł.
- Ordynacja podatkowa** wraz z rozporządzeniem wykonawczem. 1934. Poznań. Cena 2.50 zł. — Księgarnia Wł. Wilak, Poznań, ul. Podgórna 10. — Informuje co do prowadzenia ksiąg wolnych zawodów:
- §. 58. Księgi uproszczone, str. 69.
 §. 74. Wolne zawody — księgowość, str. 80.
 §. 95. Nieprzyjęcie ksiąg.

Prof. Antoni CIESZYŃSKI:

ZNIECZULENIE PNI NERWU TRÓJDZIELNEGO

POGLĄD NA ISTNIEJĄCE METODY

Lwów 1934. Stron 48. Rycin 42. Cena 6— zł.

Prof. CIESZYŃSKI i Dr. MEISELS:

LECZENIE ENERGJĄ PROMIENNA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH JĘZYKA I SZCZĘK

Stron 50. Rycin 44. Cena zniżona 6— zł.

Książka ta daje pogląd na leczenie nowotworów złośliwych szczęki i języka zapomocą radu.

Prof. A. CIESZYŃSKI:

ZAHNÄRZTLICHE ROENTGENOLOGIE UND KLINISCHE ZAHNHEILKUNDE IM ROENT- GENBILD — II. Aufl.

**PODRĘCZNIK DENTYSTYCZNEJ ROENTGENOLOGJI I KLI-
NICZNEJ DENTYSTYKI W OBRAZACH ROENTGENOWSKICH—
II. wyd. Lipsk.**

Stron 448 na kredowym papierze. Rycin 643.

Cena zniżona w płóciennej luksusowej oprawie 66— zł. + 2— zł. porto i opakowanie — wprost od autora Lwów, Batorego 38, I. p. w trzech ratach miesięcznych po 25— = 75— zł. wraz z przesyłką.

Książki zamawiać należy pocztówką a należytość wpłacić równocześnie na P. K. O. Nr. 49.948. Prof. Cieszyński, Lwów, Batorego 38.

R. 1906 — R. 1933

„KRONIKA DENTYSTYCZNA“

Dwumiesięcznik

Czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym. Umieszcza prace treści naukowej i społeczno-zawodowej, streszczenia prac w językach obcych, wskazówki praktyczne, wiadomości kliniczne, opisy nowych leków, nowości w dziedzinie dentystyki, rozporządzenia urzędowe, listy do redakcji, odezwy, sprawozdania, oceny nowych dzieł oraz wiadomości kronikarskie.

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta *Maurycy Krakowski*

Warszawa, ulica Rymarska 1. 8

Cena zeszytu: zł. 3, dla zagranicy 1/2 dol.

Roczniki z lat: 1928, 1929, 1930, 1931, 1932 po cenie 11 zł. — dla zagr. 2 dol.

W naszej redakcji jest do nabycia:

Krakowski M.: „Polskie słownictwo dentystyczne“

jedyne wydanie polskie. — Cena zł. 5.—.

Krakowski M.: „Rys ogólny środków miejscowo-znieczulających“

Cena zł. 10.—.

STOWARZYSZENIE POLSKICH LEKARZY I DENTYSTÓW W AMERYCE

skupia w swych szeregach większość przedstawicieli obydwu
zawodów w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie

Stowarzyszenie wydaje jedyny tego
rodzaju miesięcznik w Ameryce „**BIULETYN**“

poświęcony sprawom zawodowym i towarzyskim pod redakcją

Dra M. J. KOSTRZEWSKIEGO

Zarząd Stowarzyszenia stanowią:

Dr. P. J. Warren, prezes; *Dr. A. E. Szczytkowski*, wiceprezes;

Dr. H. E. Krawcewicz, sekretarz; *Dr. J. P. Wyciślik*, sekretarz
finansowy; *Dr. H. J. Żurański*, skarbnik.

Prenumerata roczna **trzy dolary.**

Adres administracji: 1176 Milwaukee ave., Chicago, Illinois.

Adres redakcji: 1174 Milwaukee ave., Chicago, Illinois.

Adres Stowarzyszenia: 13315 Madison ave., Cleveland, Ohio.

„ARPA“ Nr. 2.

DODATEK DO POLSKIEJ STOMATOLOGJI 1935/1.

III-cie Zebranie Międzynarodowego Towarzystwa „ARPA” w Como (Italja) 1934.

Sroda 1-go sierpnia: Posiedzenie naukowe.

Przewodniczący: René Jaccard.

Przewodniczący ogłasza otwarcie II-go zebrania „Międzynarodowego ARPA“ i życzy powodzenia licznym członkom, biorącym udział w tym ważnym kongresie.

„ARPE“ włoską reprezentują:	Weski, Siegmund, Elkan, Hampl.
„ niemiecką:	Palazzi, R. et E. Zannoni et Goia.
„ francuską:	Roy, Hulin, Le Norcy, Bader, Aye, Chazelle, Crémona, Fabret, pani Fabret, pani Tarbourieff.
„ węgierską:	Guhrauer.
„ duńską:	Haderup i Lund.
„ szwecją:	Oestman.
„ szwajcarską:	Jaccard, Held, Jung, Conod, Nicolas, Troester, Franklin Bircher, Holzach, Steiniger, Jeannet.

Z Belgji przybył Watry, z Luxemburga Schneider i Waldbillig.

Usprawiedliwiono nieprzybycie: Loos'a (Frankfurt), Spiry (Davos), Pani Lajuje (Paryż), Zerosi'ego (Milano), których komunikaty będą ogłoszone.

Jaccard René wygłasza rozprawę o **Orientacji pojęć odontologicznych i parodontozy.**

W wykładzie tym przypomniał Jaccard walki jakie już w roku 1907 stoczyli zwolennicy doktryn o stomatologję i odontologję. Powoli z biegiem lat wyłoniło się prawdziwe oblicze naszej specjalności. Jesteśmy na dobrej drodze, ale celu jeszcze nie osiągnięto. „ARPA“ może i powinna przyczynić się do tego, by dać naszej specjalności jej rzeczowe mianownictwo. Należy pomyśleć o przekształceniu studjum lekarskiego, aby dać przyszłym praktykom takie wykształcenie, jakie jest dla nich niezbędnie potrzebne. Plan nauki proponowany przez Jaccard'a polegałby na tem, aby po 3 latach i pół, t. j. w 4 roku studjów, wydzielić półlicealne studjum lekarskie dla wszystkich przyszłych specjalistów, rozumie się i dentystów¹⁾. Po tym pierwszym okresie, dwa lata dodatkowe (dopełniające) przygotowywałyby studentów do otrzymania dyplomu poszczególnej specjalności. Kończąc Jaccard przypomina, że celem „ARPY“ jest jednoczyć wszystkich badaczy w duchu zasadniczych założeń medycyny.

¹⁾ Analogiczny projekt przedstawił już w r. 1930 Cieszyński, na Kongresie italskich stomatologów a obecnie ponownie w konkretnych zarysach ogłosił w języku polskim: Projekt reformy studjów lekarskich. Pol. Gaz. lek. 1934. Nr. 26.

KOMUNIKATY NAUKOWE.

Weski. Miejscowe leczenie odtwórcze (regeneracyjne) w paradontozach.

Autor przedstawia trzy różne stany przyzębnej (paradentium²⁾ u trzech młodych dziewcząt, okazujących te same zaburzenia miejscowe zgryzniętoboki i ogólne (zaburzenia jajnikowe). Te przypadki uwydatniają ważność i przekonują o znaczeniu predyspozycji. Podczas gdy pierwsza dziewczyna miała przyzębną zdrową, druga była dotknięta cierpieniem dziąseł, trzecia ciężkimi zmianami przyzębnej (paradentosis gravis). Według Weski'ego usposobienie przyzębnej może przybierać dwie postaci: 1) dystrofji — 2) stanu zapalnego (inflammatio). Do ujawnienia się zmian przyzębnej nieodzowna jest skłonność. Postać jej nadaje rodzaj skłonności wedle następującej formuły: Zaburzenia miejscowe i zaburzenia ogólne przy skłonności do zapalenia dają zapalenia dziąseł. Zaburzenia miejscowe i zaburzenia ogólne przy skłonności do dystrofji dają zanik wyrostka zębodołowego (atrophia alveolaris). Zaburzenia miejscowe + zaburzenia ogólne \rightarrow (skłonność do stanów zapalnych, skłonność do dystrofji) = typowa paradentozą (dawniej ropotok zębodołowy).

Czy jest rzeczą możliwą zmienić skłonność? Metoda polegająca na stwardnianiu obniża skłonność do stanów zapalnych. Co się tyczy skłonności do dystrofji, badano je od roku 1927, starając się opanować przez stosowanie zastrzyków w przyzębną wyciągów z pęcherzyków zębowych cieląt; zastrzyki te stanowią leczenie odtwórcze miejscowe. Do tego rodzaju leczenia celem podniesienia sprawności wyrostka zębodołowego Weski stosował również sole cerium, krzemu, johimbiny, sperminy przy współudziale lub bez naświetlań U. V. albo fal krótkich.

DYSKUSJA.

Roy zaleca otryźność w stosowaniu rozmaitych naświetlań; sądzi, że istnieją środki lecznicze jako sprzyjające w przypadkach, które leczono uzupełniająco metodami będącymi w użyciu.

Hulin nie jest tego zapatrywania i sądzi, że, aby wykazać wartość czynnika leczniczego należy go koniecznie wypróbować osobno, przed jakimkolwiek innym zabiegiem (poprawa zgryzu, przyżeganie kieszonek i t. p.).

Roy obcuje przy właściwościach naturalnych kości wyrosła zębodołowego i przypomina, że odtwarzanie kości nie jest możliwe, jeżeli włókna Sharpey'a uległy zniszczeniu.

Siegmund przyznaje, że skłonność tkwi przypuszczalnie w znacznej mierze w tkance łącznej, która jest właśnie tą, na którą należy zadziałać, jeżeli się chce wpłynąć na skłonność. Czy jest to możliwe? Doświadczenia na hodowlach tkanki wskazują, że metabolizm (przemiana materji) komórkowy może być w ten sposób zmieniony. Dokonując pomiarów oddechowych komórek, zauważa się wybitne zwiększenie zapotrzebowania tlenu; nadto następuje zwiększenie liczby komórek i zwiększenie ilościowe ich przemiany materji. Zastrzyki cerium i krzemu działają więc podniecająco na zmiany w metabolizmie komórek.

²⁾ W artykule tym pozostawimy mianownictwo paradentium, paradentitis, paradentosis (zamiast parodontium, parodontitis etc.), ponieważ autor tego artykułu Weski, jest inicjatorem powyższego mianownictwa (Przyp. Red.).

Co się tyczy procesu odtworczego kości na poziomie wyrostka zębodołowego, to Siegmund wypowiada się wszelako w tym samym sensie co Roy i oświadcza, że ten proces odtworczy jest problematyczny, kiedy włókna Sharpey'a uległy zniszczeniu. Według jego zapatrywania można zmienić skłonność do stanów zapalnych, ale nie skłonność do dystrofji.

Ch. Aye (Paris). Stwardnienie (zjędrnienie) działowe i przywrócenie zdolności przyswajania wapna, jako czynniki odtworcze przyzębnej.

W procesie odwapnienia czynniki miejscowe odgrywają ważną rolę, gdyż okolica działowo-zębowa wystawiona jest na drażnienia najrozmaitszego rodzaju jak mechaniczne, chemiczne, drobnoustrojowe i t. p. Odczyny zapalne, jakie stąd wynikają, rozpuszczają kość (osteoliza). Ale zdaje się konieczny jest w tym czasie szczególnie stan humoralny (chwiejność stanu koloidalnego). Brakuje wyrównawczej odnowy i przychodzi do skutku rozpuszczenie śródowiska międzykomórkowego tkanki łącznej.

Ponowne przyswajanie wapnia: Zdolność odtworcza kości wyrostka zębodołowego jest uzależniona od włókien łącznotkankowych, które ostatecznie ulegają kostnieniu. Ponowne przyswajanie wapnia może nastąpić tylko w tkance, której elementy komórkowe są mało czynne.

Gdy zniszczenie ścian wyrostka zębodołowego sięga głęboko, należy przyjąć, że proces odtworczy macierzystych komórek łącznotkankowych poprzedził powrót zdolności przyswajania wapnia. Ten proces odtworczy nastąpił w następstwie stwardnienia leczniczego o następującym przebiegu: zator naczyń włosowatych, wysięk białka plasmatycznego, które na drodze przemiany daje podkład dla procesu kostnienia.

Oprócz działania miejscowego należy wykluczyć jako przyczynę chwiejność soków jak n. p. dyshepatia. Leczenie zawiera w sobie w zupełności następujące zasady: dewitalizację, unieruchomienie mechaniczne, stwardnienie lecznicze, zwapnienie na drodze elektrolitycznej (doświadczenia Hulín'a z chlorkiem wapnia).

DYSKUSJA.

Z dyskusji jaka nastąpiła, i w której starli się Weiski i Siegmund z jednej strony, a Aye i Hulín z drugiej, okazało się, że szkoła niemiecka nie zgadza się ze szkołą francuską co do określenia osteolizy w znaczeniu histopatologicznym.

Siegmund oświadcza, że tylko badania histologiczne pozwalają ustalić, że to była regeneracja kostna.

Aye odpowiada, że tego rodzaju badania nie były wykonane.

Chazel (Paris). Współczynnik rozwojowy w przypadku klasycznych zmian zmian przyzębnej z ropotokiem i choroby Basedowa.

Held twierdzi, że zastrzyki doświadczalne thyroksyny potwierdzają związek między gruczołem tarczycowym a przyzębną. Badania anatomiczno-patologiczne w przypadkach Basedowa wykazują wessania na poziomie przyzębnej.

Hulín twierdzi, że organem zasadniczo uwikłanym w tym procesie jest wątroba, spełniając czynność gruczołu tarczycowego przez oddźwięk (?).

Jaccard. Pokaz praktyczny.

Chodzi o sprężynę dla artykulatorów dla modeli z przypadkami parodontozy. Autor wymyślił takie urządzenie, które pozwala przez wkładkę ustawić odlewy w zgryzie normalnie, następnie w protruzji i didukcji przy zachowaniu równowagi zgryzu. Oczywiście, że artykulator Gysi'ego umożliwia te różne ustawienia każdej chwili. Sprężyna przedstawiona przez Jaccard nie jest niczem innym jak sposobem uproszczonym.

Weski oświadcza, że prostota pomysłu tego urządzenia pozwala na jego wykorzystanie w wysokim stopniu.

Roy upiera się przy fakcie, że szczęki dotknięte paradentozą powinny być ustawione jak przy pełnym uzębieniu, tymczasem urzeczywistnienie tego nie zawsze jest możliwe (przypadek głębokiego zgryzu).

Siegmund (Stuttgart). Rozważania anatomo-patologiczne i radjologiczne nad różnaitemi postaciami stawu skroniowo-żuchwowego w rozmaitych zgryzach zębowych.

(Z projekcją przeźroczy, przedstawiających przekroje anatomiczne i zdjęcia roentgenowskie).

Siegmund obsta je przy ważności stawu skroniowo-szczękowego przy naprawie zgryzu u osobnika dotkniętego paradentozą. Anatomja patologiczna tegoż stawu jest mało znana. Bauer z Insbrucka poddał ją systematycznemu zbadaniu, ale jedynie dla niej samej. Liczne klisze rzutów wykazują jasno fakt, że każdemu nieprawidłowemu zgryzowi zębowemu (większy ubytek, utrata wczesna zęba trzonowego), odpowiada szczególna budowa stawu skroniowo-żuchwowego. To zniekształcenie anatomiczne pociąga za sobą zaburzenie histologiczne (rozdzielanie się łąkotki = praetionnement du ménisque).

Sroda 1-go sierpnia. Hotel Volta. Posiedzenie administracyjne.

Przewodnictwo: René Jaccard.

Obecni: MM. Palazzi (Pawia), Weski (Berlin), Ch. Aye (Paris), Oestman (Stockholm), Jaccard (Genève), Held (Genève), Conod (Lugano), Nicolas (Genève), Jeannet (Genève).

Usprawiedliwili swą nieobecność: Prof. Entin (Moskwa), z powodu choroby, Loos (Wiedeń), Prof. Cieszyński (Lwów), Brinch (Kopenhaga), Salingre (Helsinki), Breuer (Praga).

Jaccard składa sprawozdanie roczne.

Obrazy jakie się odbyły od zebrania w lutym 1934 w Berlinie pomiędzy przedstawicielami ARPA narodowych pozwalają zdać sobie sprawę z tego, jaka była działalność Towarzystwa podczas ubiegłego roku sprawozdawczego.

Rozwinęła się dyskusja nad sprawą nauczania odnośnie do parodontozy w instytutach dentystycznych. Pragnieniem ARPA międzynarodowej będzie ułożyć plan stanowiący wytyczne w tej dziedzinie.

Palazzi przedstawia w jaki sposób w Pawji powzięto plan nauczania o schorzeniach przyzębnej. Plan nauczania przewiduje podział na

dwie części: jedną teoretyczną (3 godziny tygodniowo) przeznaczoną dla wszystkich studentów medycyny (4 rok), — drugą stanowią kurs specjalizacji i obejmująca całość nauki histo-patologicznej, klinicznej i praktycznej, razem wziętej.

Przy końcu dyskusji postanowiono, aby Weski i Oestman opracowali ogólny plan nauczania i skierowali go do głównego Sekretarjatu, który przekaże go instytutom dentystycznym.

Sprawozdanie przewodniczących komitetów narodowych.

Weski. — ARPA komitet niemiecki dozna pewnych zmian w związku z nową organizacją jaką nada zarząd.

Zebranie, jakie się odbędzie w sierpniu, ustali nową budowę administracyjną. ARPA niemiecka nie będzie już posiadać zupełnej niezależności, ponieważ podobnie jak wszystkie ugrupowania specjalistów będzie podlegać zarządowi centralnego komitetu, obecnie, pod kierownictwem Eule r'a.

Palazzi. Powołanie do życia ARPA komitetu włoskiego nie było rzeczą łatwą. Włochy są prawie w podobnym położeniu jak Niemcy. Nauczanie rządzi się tam jeszcze prawem z roku 1880, ale jest na drodze zmian. Te okoliczności utrudniły powstanie komitetu ARPA włoskiego.

Dzisiaj jest to już fakt dokonany, częściowo tworzą go profesorowie: Palazzi, Perna, Fasoli, Forster, panie Vitali i Zannoni.

Oestman. — Komitet Arpa szwedzki ukonstytuował się. Podobnie jak Komitet niemiecki nie będzie on samodzielny, lecz będzie tworzył sekcję syndykatu głównego. Z punktu widzenia naukowego nie istnieje w Szwecji żaden czynnik oficjalny. Profesor Oestman naucza podług wskazówek Komitetu Arpa niemieckiego.

Aye. — Arpa francuska rozwinęła się za podniętą Hulin'a. We Francji szkoły były prywatne, więc trudno było o jednolite nauczanie.

Prof. Roy prowadził kurs w Szkole dentystycznej w Paryżu.

Od października będzie prof. Aye prowadził tam kurs w szkole chirurgji dentystycznej i stomatologii. Z punktu widzenia społecznego, ubezpieczenia społeczne do tej chwili nie uznają leczenia parodontozy, ale wszczęto akcję u Ministra, aby zaradzić temu przykreemu stanowi rzeczy.

Jaccard. — ARPA Komitety narodowe utworzono w następujących krajach: W Argentynie, Urugwaju i Peru. Komitet tych ostatnich krajów prosi o statuty i zestawienia z działalności. Protokół z obecnego posiedzenia będzie mu przesłany. W Brazylii komitet jest w trakcie tworzenia się. ARPA belgijska jeszcze się nie utworzyła. Prof. Watry obarczony przez Sekretarjat zgromadzenia obowiązkiem powołania do życia zabierze się do dzieła po wakacjach. ARPA duńska rozwija się bardzo pomyślnie i liczy obecnie 150 do 200 członków.

Held. ARPA włoska jest świadkiem jak znaczenie jej wzrasta z dnia na dzień. Obecnie liczy ona 50 członków. Badania prowadzone są na razie w Genewie (anatomja patologiczna), w Zurychu (djetetyka). Arpa szwajcar-

ska przestudjowała sprawę dziennika obserwacyjnego — wprowadzony przez Weski'ego, uproszczony, będzie przetłumaczony i ogłoszony.

Kursy specjalizujące przeznaczone dla praktyków będą zorganizowane.

Z uwagi na to Jaccard prosi Weski'ego, aby sporządzić dja-pozytywy z materiału klinicznego i leczniczego. Z podobną prośbą zwrócono się do Hulin'a za pośrednictwem Aye'a. Klisze te będą mogły być użyte na cele propagandowe.

Przewodniczący odczytuje 2 listy PP. Morelli'ego i Szabo o sta-nie obecnym ARPA węgierskiej. — Guhrauer może czuć się szczę-śliwym z uzyskanych wyników.

Holandja i Anglja nie posiadają jeszcze komitetów ARPA.

W Sowieciech prof. Entin zobowiązuje się utworzyć komitet i prowadzić dalsze badania.

Etant podał cyfrę obejmującą praktykujących dentystów w Luxem-burgu, kraj ten zdaje się, nie będzie mógł utworzyć samodzielnego Komi-tetu „ARPA“. Raczej należałoby życzyć sobie, by zwolennicy ARPA przyłączyli się do jednego z komitetów francuskiego lub belgijskiego.

Norwegja prosi za pośrednictwem Weski'ego, aby jej przesłać statuty ARPA międzynarodowej — projekt, wypracowany na obecnym posie-dzeniu, zostanie jej przesłany.

Profesor Roy otrzymał list od Przewodniczącego Związku dentystycz-nego republiki Dominikańskiej. Sekretarjat będzie prosił o dodatkowe wyjaśnie-nia w tej sprawie.

Weski odczytuje list profesora Cieszyńskiego, który oświad-cza gotowość utworzenia komitetu polskiego „ARPA“, o ile znajdzie potrzebnych współpracowników.

Sekretarjat będzie śledził również wysiłki profesora Becka (ARPA Sta-nów Zjednoczonych).

Projekt statutu „ARPA“ międzynarodowej.

Projekt statutów dla „ARPA“ międzynarodowej przygotował zarząd. Poddano go dyskusji i dokonano w nim różnych zmian proponowanych. Projekt ten będzie przedłożony wszystkim komitetom narodowym „ARPA“ na zamierzonym kongresie w roku 1935 (Drukowany został nr. 1. ARPA Polska Stomatologia 1934/12).

Skarbowość.

Jung czyta swoje sprawozdanie. Sekcje nie uskuteczniły swych wpłat, ra-chunki są obecnie w deficycie. Tylko Francja i Belgja przysłały swoje składki, do których należy doliczyć zaliczki wpłacone przez przewodniczącego i sekre-tarza głównego. Składki przewidziane statutem nie będą jeszcze wpływać tego roku w pełnej sile. Finanse winne być zasilane przez dotacje.

Przewodniczący zwraca się z tego względu z gorącym apelem do wszystkich narodowych komitetów „ARPA“. Jest rzeczą bardzo nagłą, aby w każdym kraju bezzwłocznie poczyniono konieczne kroki.

Nominacja członków honorowych.

Dr. Weski'ego i prof. Roy'a zamianowano honorowymi przewodniczącymi „ARPA“ międzynarodowej. Profesorów Siegmunda (Stuttgart), Przewodniczącego stowarzyszenia patologów niemieckich, oraz Pende'a (Dyrektora Kliniki lekarskiej w Genewie, zamianowano członkami honorowymi.

Czasopismo.

„Paradentium“ stanowi oficjalny organ „ARPA“ międzynarodowej. Artykuły będą się ukazywać w jednym z 5 języków oficjalnych i będą kolejno streszczane w językach: francuskim, angielskim, i niemieckim. PP. Weski i Huet zobowiązali się do wydania spisu bibliograficznego. Umowa będzie zawarta z centrum międzynarodowym dokumentacyjnym.

Kongres w 1935 roku.

Guhrauer zwrócił się do Tow. ARPA międzynarodowej z zaproszeniem odbycia kongresu w roku 1935 w Budapeszcie. Zaproszenie to przyjęto z podziękowaniem.

Wybór Zarządu.

W czasie zebrania w Berlinie Weski zaproponował Jaccard'owi przyjęcie stanowiska przewodniczącego, Held'owi ogólny sekretariat, Jung'owi urząd skarbnika. Nominacje te przedłożono naczelnemu komitetowi, który je zatwierdził przez aklamacje.

Poszczególne wnioski.

Weski zawiadamia o zamiarze zmiany określenia¹⁾ „paradentozy“, które jednak F. D. I. oficjalnie przyjęło. Po dyskusji Komitet uchwała jednomyślnie następującą rezolucję: „ARPA“ Tow. międzynarodowe zebrane na posiedzeniu administracyjnym w Com e 1-szego sierpnia 1934 r. protestuje energicznie przeciwko wszelkim usiłowaniom zmiany nazwy „paradentozy“ albo „paradentalny“.

Nazwę tę zaleciła Komisja mianownictwa, zebrana w Brukseli w 1930 r. (z obecnymi: PP. Nord, Roy, Loos, Gottlieb, Chiavaro, Weski,

¹⁾ Zobacz uchwały Kongresu Międzynar. FDI. w Paryżu 1933 (przyp. Red.) ARPA polska zatrzymuje oficjalne mianownictwo, koryguje je tylko językowo-gramatycznie. Nie można bowiem tworzyć wyrazów z pierwiastków należących do dwóch języków, jak w danym wypadku z języka greckiego (παρά) i łacińskiego (dens). Dlatego proponował Cieszyński poprawną terminologję już w r. 1923, łącząc pierwszy pierwiastek grecki z drugim pierwiastkiem również greckiego pochodzenia: ὀδονς zamiast łacińskiego „dens“. Opierając się na powyższych wywodach używać będzie „Polska ARPA“ w przyszłości: parodontium, parodontosis i parodontis, mając nadzieję przeprowadzenia rewizji uchwały powziętej w Genewie na następnym posiedzeniu w Budapeszcie.

i Fish) a następnie przyjęła IV Sekcja Kongresu Międzynarodowego w Paryżu w 1931 r., pod rzeczywistym przewodnictwem Prof. Roy'a, zatwierdzono i ostatecznie przyjęto przez pełne zebranie VIII-go Kongresu Międzynarodowego w Paryżu, pod przewodnictwem G. Villain'a.

Nazwy tej, którą przyjęły również wszystkie narodowe komitety ARPA używają obecnie tysiące praktyków. W następstwie tego wszelką zmianę określenia paradentozą lub paradentalny będzie się uważać jako rozmyślną przeszkodę w pracach „ARPA“ międzynarodowej.

Przed zamknięciem posiedzenia Przewodniczący czyta telegram Dr. Ch. Breuer'a z oddziału badań nad paradentozą w Pradze, z życzeniami powołania dla III-go zebrania.

Postanowiono wysłać do wielu z nieobecnych wyrazy sympatji z podpisami wszystkich uczestników.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 19 min. 15.

(Dalszy ciąg nastąpi).

ZAPROSZENIE

do współpracy

W POLSKIM ZESPOLE „ARPA”

Zgłoszenia przyjmuje: Prof. A. CIESZYŃSKI, Delegat na Polskę,
Lwów, ul. Zielona 5a.

Obowiązki Członków Polskiego Zespołu „ARPA“ (Tymczasowy Regulamin).

1. Udział w posiedzeniach naukowych Zespołu ARPA, które odbędą się przynajmniej dwa razy na tryestr.
2. Współpraca w zbieraniu jednoosobnego materiału chorych i wzajemne udzielanie sobie wyjaśnień.
3. Wzbudzenie zainteresowania dla badań nad chorobami okolicy przyzębnej we wszystkich gałęziach medycyny i nawiązanie wzajemnego kontaktu.
4. W poszczególnych centrach uniwersyteckich i ew. w większych miastach Polski powołane zostaną do życia grupy Zespołu ARPA, pozostające we wzajemnym kontakcie.
5. Grupy te są autonomiczne i wybierają własny Zarząd, podlegają jednak delegatowi na Polskę. Wszystkie grupy, które się potworzą na terenie Polski, tworzą razem „Polski Zespół ARPA“, podlegający Międzynarodowemu Tow. ARPA.
Sprawozdanie z czynności swej nadsyłają najpóźniej w miesiącu grudniu każdego roku delegatowi na Polskę.
6. Członkiem Polskiego Zespołu ARPA, może zostać każdy lekarz, bez względu na swą specjalność, który przyjmie powyższy regulamin.
7. Miesięczna składka wynosi 60 groszy na koszty administracyjne centrali w Genewie i Delegata Zespołu.
8. Łącznikiem między poszczególnymi grupami jest czasopismo „ARPA“, które będą otrzymywali Członkowie Zespołu ARPA bezpłatnie. Pismo to wychodzić będzie jako dodatek do „Polskiej Stomatologii“.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.*Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.*

Dr. TADEUSZ OWIŃSKI

LWÓW

NOWY SPOSÓB USTALENIA JEDNOSTRONNEJ PROTEZY GÓRNEJ KORONĄ TELESKOPOWĄ Z KLAMRĄ CIĄGLĄ (WEDLE OWIŃSKIEGO).*Nouvelle manière de fixer la prothèse unilatérale pour mâchoire supérieure (d'après Owiński).***Eine neue Befestigungsmethode einer einseitigen oberen Prothese mittels einer Teleskopkrone mit beiderseitigen Klammerfortsätzen (nach Owiński).**

Doc. int. 616.716.1 089.28.

Doc. pol. 52 51.

Protezy górne jednostronne przy obecności zębów w jednej połowie szczęki np. 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. zaliczamy do klasy II. (wedle klasyfikacji Kennedy'ego).

Przyczynami powstawania tego rodzaju ubytków zębów i części szczęki górnej mogą być:

1. Sprawy zapalne kości szczękowej (ostitis);
2. Sprawy specyficzne jak kiła lub gruźlica, powodujące w końcu odumarcie kości szczękowej;
3. Stany po operacjach nowotworów złośliwych.

Następnie ubytki pochodzenia urazowego:

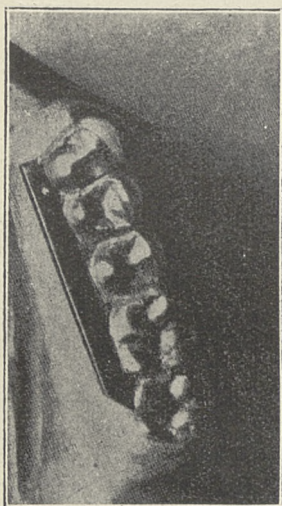
1. Urazy mechaniczne (uderzenie lub ekstrakcja szeregu zębów) pozbawiające szczęki szeregu zębów z mniejszym lub większym ubytkiem wyrostka zębodołowego.
2. Ubytki kostne na skutek urazu pociskami wojennymi, przy czym jest rzeczą obojętną, czy kształt ich będzie nadany bezpośrednio formą pocisku, czy też powstanie na skutek ropienia i wydzielania się martwiaków.

Odpowiednio do różnych możliwości prowadzących do powstawania ubytków w szczęce górnej różnoraki też będzie kształt powstałych ubytków.

Pod względem protetycznym najłatwiejsze są te ewentualności, które dają wyłącznie ubytki podniebienia twardego, gorsze zaś te, w których powstała utrata wyrostka zębodołowego, a najgorsze, w których brak wszelkiej twardej podstawy dla protezy, zarówno w postaci wyrostków jak i części szczęki.

Zadanie protezy: Zadaniem protezy jest przywrócenie funkcji szczęki o ile możliwości do normy zdrowego człowieka. W pierwszym rzędzie chodzi o szczelne odgraniczenie jamy ustnej od jamy nosowej, co z miejsca poprawia mówienie i umożliwia lepsze odżywianie, następnie stworzenie możliwości żucia przez uzupełnienie brakujących zębów i ustawienie ich tak, aby wraz z uzupełnieniem podniebienia dały możliwość wyraźnego mówienia i żucia.

Dotychczasowe sposoby ustalenia jednostronnej protezy polegały na założeniu na istniejące zęby koron zespolonych wzajemnie, do których przytwierdzona jest poprzeczna rurka kanciasta; do tej rury wchodził kwadratowy bolec umocowany jużto na stałe, jużto ruchomo do protezy i bolec ten ustalał protezę. Ryc.1.



Ryc. 1. Proteza osadzona na kwadratowym bolcu i kwadratowej rurce, umocowanej na koronach metalowych.

Jest to system podany przez prof. Cieszyńskiego i rozlegle stosowany w klinikach europejskich, a w szczególności w Niemczech.

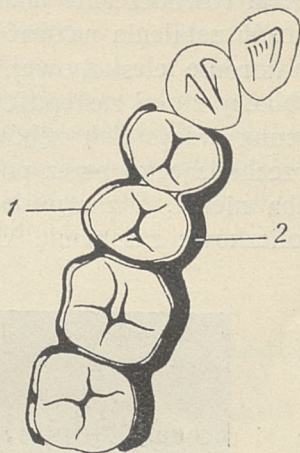
Opadającą po stronie brakujących zębów protezę utrzymywali niektórzy sprężyną międzyszczękową, opartą w okolicy przedtrzonowców.

Na wszystkie powyższe i podobne aparaty składa się złożony mechanizm, który wymaga oszlifowania wszystkich górnych zębów pod korony, co nietylko jest uciążliwe w wykonaniu i niesłychanie trudne w precyzji ale i przykre dla pacjenta. Aparaty te są przeważnie niehigieniczne z powodu uchyłku pomiędzy błoną śluzową a mechanizmem, co nie odpowiada dzisiejszym pojęciom o higienie jamy ustnej. Wprawdzie zrozumiałe jest, że stosowano je mimo ich wad, ponieważ zalety które przedstawiały w braku istnienia innych sposobów ustalenia tych protez decydowały o ich używalności.

Bardzo pięknie rozwiązali kwestję protez jednostronnych Amerykanie, mając do dyspozycji jakościowo wyżej stojące materiały techniczne i zamożniejszych pacjentów. Mam na myśli sposób rozwiązania klamrą Jacksona z drutu wysoce sprężystego opartą po stronie językowej o złotą blaszkę wygiętą odpowiednio do powierzchni lingualnej zęba. Ryc. 2.

Nie ulega wątpliwości, że klamra ta założona na kilka zębów daje świetne rezultaty i jest tem cenniejszą, że można ją również zrobić z drutu stalowego, nierdzewnego wpuszczonego do kauczuku. Klamry te jednak mają tę zasadniczą wadę, że wymagają stosunkowo wysokich koron zębów, i że drut musi mieć dość miejsca do przejścia pomiędzy zębami, względnie między punktem kontaktu a powierzchnią żującą zębów. W braku miejsca między zębami musimy je szlifować. Przy niskich i płaskich koronach zębów, przy których klamra Jacksona spada, możemy robić inlaye na powierzchni policzkowej zębów. Inlaye mają na celu zastąpienie ześlizgiwaniu się drutu klamry. Niemniej jednak jest kłopotliwe, a niebezpieczne dla miążgi wykonywanie takich inlayów. Nie mamy jednak dotychczas sposobu, któryby przeciwdziałał osiadaniu klamry Jacksona w omawianym przypadku protetycznym, co w rezultacie powoduje rozsuwanie się zębów, bolesne podrażnienie ozębnej i naskutek rozgięcia się klamry opadanie protezy. Oczywiście nie odnosi się to do innych ewentualności protetycznych, przy których stosuje się klamrę Jacksona, której proteza obecnie omawiana stawia szczególne wymagania z powodu tego, iż całym swoim ciężarem umieszczonym jednostronnie działa na klamrę. Wady powyższych systemów skłoniły mnie do poszukiwań i eksperymentów, których rezultatem jest niżej opisany system ustalający protezę, demonstrowany na posiedzeniu Związku Stomatologów Izby Lek. Lwowskiej.

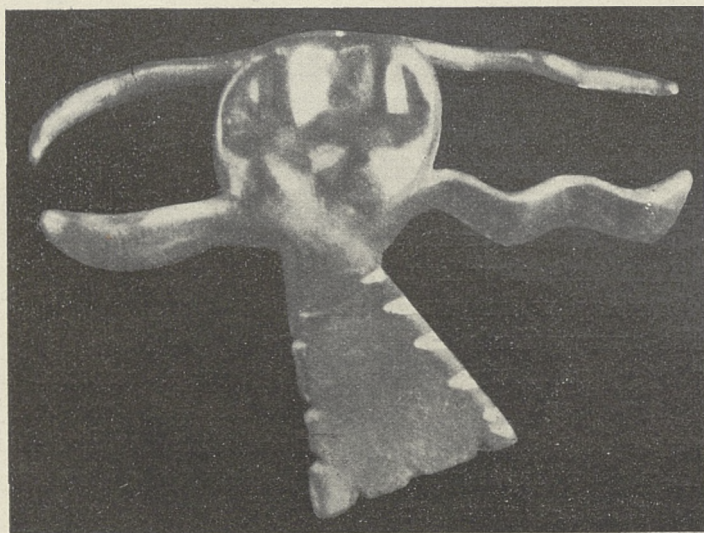
Zasadą ustalenia tej protezy jest oparcie jej o wszystkie istniejące w szczęce górnej zęby trzonowe i przedtrzonowe i przeciwdziałanie osiadaniu klamry. Zamiast dotychczas używanych koron pozostała tylko jedna i to teleskopowa, o tyle cenniejsza, że daje się dobrze oczyścić i w każdej chwili naprawić, a z innych koron pozostało jedynie to, co uważałem za niezbędne pod względem mechanicznym; i tak została lingualna powierzchnia wszystkich koron jako punkt oparcia, a od strony policzkowej gruby drut, który stanowi pozostałość bukalnej strony pierścieni, ten



Ryc. 2. Klamra Jacksona.

- (1) drut sprężysty.
- (2) blacha dogięta do podniebiennej powierzchni koron zębów.

działa równocześnie jako klamra — lub jeśli ktoś woli, można ten sposób ustalenia nazwać zmodyfikowaną klamrą Jacksona osadzoną na koronie teleskopowej. Powierzchnię dogiętą palatynalnie do zębów z blachy złotej zastępuje tu tłoczona w całości powierzchnia podniebienna wszystkich zębów trzonowych i przedtrzonowych. Przęsła przechodzącego przez powierzchnię żującą na bukalną powierzchnię zęba niema, a zastępuje je w tym wypadku korona teleskopowa. Policzkowe zaś ramię klamry Jacksona pozostało w postaci drutu



Ryc. 3. Aparat ustalający wedle Owińskiego. Korona teleskopowa na 6 i klamry obejmujące pozostały ząb trzonowy i oba przedtrzonowce. Ogon do ustalenia w kauczuku.

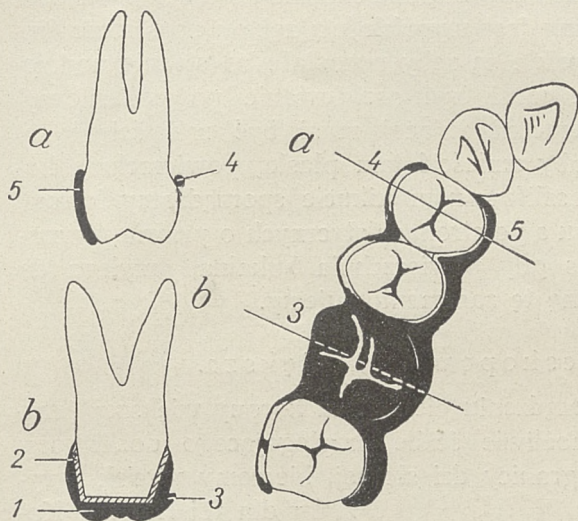
przebiegającego od strony bukalnej wzdłuż wszystkich przedtrzonowców i trzonowców powyżej największej wypukłości zęba i dogiętego możliwie szczelnie w przestrzenie międzyzębowe.

Wadę klamry Jacksona w postaci osiadania neutralizuje w niniejszym sposobie ustalenia denko korony teleskopowej, a ściany tej korony stanowią to przęsło poprzeczne, którym powierzchnia lingualna metalowa, oparta o wszystkie zęby trzonowe i przedtrzonowe, łączy się z częścią bukalną tj. z klamrą ciągłą.

Po założeniu takiej protezy mamy skutek ustalający w przybliżeniu podobny do tego, którybyśmy mieli przy użyciu klamry

Jacksona, zrobionej na wszystkie zęby trzonowe i przedtrzonowe, a niema zupełnie obawy o osiadanie tej klamry.

System ustalający tę protezę jednostronną ma na celu utrzymanie protezy na miejscu i ustalenie do wszystkich przedtrzonowców i trzonowców. Przez ustalenie rozumiem przeciwdziałanie obluźnieniu się klamry i sile ciężkości protezy, korona bowiem teleskopowa i klamra ciągła przeciwdziałają dzięki swej specjalnej budowie — siłom wyważającym protezę.



Ryc. 4. Aparat ustalający (schematycznie).

1. Korona teleskopowa zewnętrzna.
2. Korona teleskopowa wewnętrzna.
3. Wystająca krawędź policzkowa korony, ułatwiająca zdejmowanie protezy.
4. Druk sprężysty.
5. Blacha tłoczona do kształtu palatynałnej powierzchni zębów.

Silne złączenie listewki z pozostałymi zębami ma poza tem na celu umożliwienie żucia stroną przeciwną, co ze względu na brakujący wyrostek zębodołowy, a niekiedy i część podniebienia jest bardzo trudne.

W skład systemu ustalającego tę protezę jednostronną wchodzi:

1. Podwójna korona na zębie trzonowym w rodzaju korony teleskopowej. Mniejsza korona Ryc. 4. (2) jest zacementowana na zębie, a większa do nasadzania, umocowaną na ogonie do protezy. Ryc. 4 (1), 3, 6;
2. Językowa powierzchnia zębów trzonowych i przedtrzonowych jest wytłoczona z metalu (23 kar. złoto) i dolutowana do językowej powierzchni większej korony teleskopowej. Ryc. 4. (a, 5).
3. Klamra ciągła ustalająca, dolutowana do korony większej a przebiegająca tuż powyżej największej wypukłości zębów. Ryc. 4. (4).

Technika wykonania.

Sporządzenie korony teleskopowej. *a) mniejszej.*

Po wzięciu wycisków orientacyjnych zakładamy w razie potrzeby separację metalową — drutem do wiązania metalowym o grubości 0.35 albo gumową między 7.6 oraz 6.5. — Następnego dnia oszlifowujemy pierwszy ząb trzonowy przeważnie w znieczuleniu tak, aby aproksymalnie zmieściły się dwie grubości blachy; od strony podniebiennej lekko skośnie, bukalnie skośniej. Stopień skośności policzkowej uwarunkowany jest wypukłością zębów po stronie lingualnej. Im bardziej wypukłe są zęby pozostałe po stronie podniebiennej, tem skośniejsze musi być oszlifowanie po policzkowej stronie zęba. Na powierzchni żującej musi być ząb ścięty na grubość 1.5 do 2 mm, aby zmieścić tam płaską powierzchnię korony większej. Na tak oszlifowanym kikucie sporządzamy koronę mniejszą o płaskim denku a po stronach stycznych o prawie równoległych ścianach, podczas gdy powierzchnia bukalna, przylega do zęba i jest skośna. Koronę tę zacementowujemy.

Korona teleskopowa. *b) większa.*

Po uprzednim sporządzeniu pierścienia korony większej (grubość blachy 0.30mm) możliwie ściśle przylegającego do korony pierwszej, zwłaszcza na granicy dziąsłowej, bierzemy wycisk zgryzowy dla tej korony.



Ryc. 5. Korona i klamra z drutu sprężystego, przebiegająca policzkowo powyżej największej wypukłości zębów.

Korona nr. 2 otrzymuje powierzchnię laną z 22 kar. złota o lekko wystającej krawędzi bukalnej po stronie policzkowej celem łatwiejszego jej zdejmowania. Ryc. 4. (3). Drobnego tego szczegółu nie należy przeoczyć, aby zdejmowanie protezy nie było uciążliwe.

Wykonanie części podniebiennej i policzkowej.

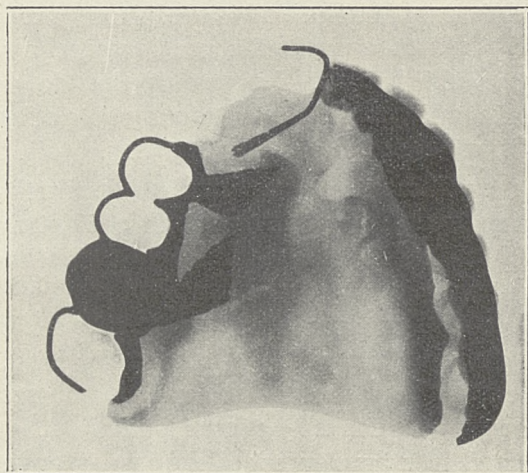
Po dostosowaniu tej korony w ustach bierzemy wycisk powierzchni podniebiennej wszystkich zębów trzonowych i przedtrzonowych wraz z nasadzoną koroną. Wycisk ten najlepiej jest

wziąć w dwóch częściach na łyżce złożonej, używając jako materiału wyciskowego precyzyjnej masy plastycznej (np. zielonej albo czerwonej masy Kerra). W Klinice lwowskiej sporządza się ten wycisk łyżką z blachy aluminiowej zgiętej odręcznie pod kątem prostym. Pamiętać oczywiście należy o tem, aby grubość masy między powierzchnią żującą zębów a łyżką wynosiła conajmniej 6—10 mm., gdyż zaopatrzona odpowiednimi wcięciami ta powierzchnia jest punktem oparcia dla przylegającego wycisku korespondencyjnego; jeśli bowiem jest za wąska, to może nastąpić podczas składania odchylenie od osi pionowej, pociągając za sobą niemiłe konsekwencje po wykonaniu protezy.

Następnie wytłacza się powierzchnię podniebienną wszystkich zębów trzonowych i przedtrzonowych z 23 kar. złotej blachy o 0.2 mm grubości, czyniąc to możliwie jaknajdokładniej i wchodząc jaknajgłębiej w przestrzenie międzyzębowe. Po stronie bukalnej dogina się drut ze sprężystego złota 1.2 mm najlepiej z łuków podstawowych używanych w ortodoncji, lub z platynirydu grubości 1.2 mm. w wysokości oznaczonej poprzednio symetrografem t. j. powyżej największej wypukłości zęba. Ryc. 5. — Jeśli pracuje się na modelu z amalgamatu lub metalu łatwotopliwego nie należy zapominać o wygotowaniu najstaranniejszem przed każdym żarzeniem drutu i blachy złotej w kwasie solnym lub siarkowym, dla uniknięcia zdeklasowania złota przez domieszki metali niewłaściwych. Następnie spajamy wytłoczoną blachę z koroną i dogięty drut z koroną (wedle modelu), dolutowując równocześnie jeden lub 2 ogonki dla kauczuku. Zob. Ryc. 3 i 6.

Powyższą koronę „z wąsami“ zakładamy w ustach na już zacementowaną koronę mniejszą, kontrolując czy niema niedokładności w przyleganiu i czy ten system ustalający dostatecznie silnie jest osadzony. Następnie bierzemy wycisk gipsowy szczęki górnej. Jeżeli po stronie przeciwnej t. j. tej, gdzie brakują zęby jest podłoże szczególnie miękkie i podatne, dokładamy na wycisku gipsowym miękkie rozgrzane warstwy zielonej masy Kerra lub też czarnego wosku, które lekko uciskają zbyt miękkie części. Na podstawie tego wycisku sporządzamy protezę kauczukową, dodając w razie potrzeby klamrę lub zasuwę z drutu sprężystego na sieczny ząb. Tak sporządzona proteza osadzona jest w ustach nader silnie i przy kilkuletnim użyciu nie daje najmniejszego rozchwiania się zęba z koroną teleskopową.

Ząb ten dźwiga jedynie część ciężaru protezy, gdyż z chwilą zajścia aparatu ustalającego na swoje miejsce w ustach ciężar protezy rozkłada się na wszystkie zęby trzonowe i przedtrzonowe przez przylegającą do nich blachę złotą. Odnosi się to również do pracy żucia.



Ryc. 6. Roentgenogram protezy gotowej z ustalającym aparatem.

Protezę utrzymuje na miejscu klamra ciągła, która w postaci wąsów zachodzi powyżej najwyższej szerokości na powierzchnię policzkową zębów trzonowych i przedtrzonowych. Ryc. 4 (4) i 5.

Proteza powinna być tak sporządzona, aby zachodziła na zęby a nie zaskakiwała, gdyż zaskakiwanie jest dowodem gwałtownego pokonywania istniejącej przeszkody przez silny nacisk, który powtarzany wielokrotnie daje w końcu trwałą uraz ozębnej w postaci rozchwiania się zębów. Lekkie zachodzenie protezy możemy uzyskać z jednej strony przez silniejsze oszlifowanie policzkowej strony zęba pod koronę teleskopową, dalej przez założenie klamry ciągłej tuż powyżej największej szerokości zęba. Jeśli korony zębów nie są zbyt wypukłe po stronie policzkowej i stosunkowo niskie, zmuszeni jesteśmy założyć małe trzpienie do klamry ciągłej, które wchodzi pomiędzy zęby powyżej punktu kontaktu.

System powyższy nadaje się szczególnie w tych przypadkach gdzie korony zębów są niskie, lub w których niema luk w uzębieniu, a które umożliwiłyby założenie klamry Gilleta.

Osadzanie się protezy po stronie korony teleskopowej jest niemożliwe ze względu na konstrukcję korony. Klamra ciągła stanowi zamknięte koło sił, nie powoduje rozchwiania się zębów. Ściśle przylegająca powierzchnia lingualna z koroną obciąża równomiernie wszystkie zęby tak, że jako problem zostałoby jedynie osiadanie protezy po stronie brakujących zębów. Ten problem pozostaje jeszcze do rozwiązania. W razie zeszkielecowania tej protezy możnaby to uczynić przez użycie jakiegoś sprzęgła w typie Kollera.

Przy uzupełnieniu braków pøresekcyjnych, wykonywałem jedną protezę w kilka tygodni po operacji na klamrach Jacksona (ryc. 2), a po kilku miesiącach kiedy podłoże się konsolidowało i blizny przestawały się kurczyć wykonywałem protezę ustaloną powyżej opisanym systemem, która miała służyć przez 2 lata. W jednym wypadku musiałem ją zmienić po roku, gdyż podłoże po stronie resekowanej znacznie się zmieniło; w drugim wypadku u 12-letniej dziewczynki proteza po 2 latach była nadal dobra do użycia. W ciągu kilkuletniej obserwacji nie zauważyłem nigdzie próchnicy, któraby mogła powstać w miejscach przylegania metalu do zębów, ani makroskopowych otarć szkliva. Również i zęby pod koroną teleskopową nie wykazały żadnych zmian parodontalnych w postaci zaniku pionowego.

Powyższe obserwacje skłaniają mnie do przypuszczenia., że system ten przebył próbę funkcyjną w ustach pacjenta i że można go spokojnie zastosować wszędzie tam, gdzie chory jest pozbawiony połowy zębów szczęki górnej, a nawet gdzie istnieje ubytek kości szczękowej.

Szczególnie cenny jest w wypadkach, w których zęby są małe i niskie, gdzie żaden z dotychczasowych systemów nie spełni swojego zadania.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. A. Bardasz-Drukerowa, Dr. Brill, Dr. Gorczyński. — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. Jankowski. Członkowie korespondenci: Lek. dent. Janina Galasińska-Landesbergerowa (Warszawa), Dr. med. dent. Józef Jarząb (Poznań), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Lek. dent. Aleksander Stokowski (Warszawa), Docent dr. Konrad Szepelski (Warszawa), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa). —

Redaktor odpowiedzialny za część naukową: Prof. Cieszyński.

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

Najnowsze wydawnictwa.

- Bloch Stanisław.** Ratujmy zęby. Broszura popularna, poświęcona higienie jamy ustnej oraz zapobieganiu chorobom uzębienia. Warszawa 1934. Nakł. Dentystycznych Wiadomości Związkow. str. 70, rycin 15. Ref. w „Pol. Stom.“ nr. 11/12.
- Reichborn-Kjennerud J.** Doc. Ueber die Mechanik des Durchbruchs der bleibenden Zähne beim Menschen. Berlin 1934. str. 129—178, 91 tablic, 25 rycin w tekście. Nakł. komisowy — Hermann Meusser. — Cena 15 marek niem. Ocena w Pol. Stom. 1935/1. str. 9.
- Wassmund Martin.** Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Bd. I. str. 571, ryc. 730 w tekście. Nakł. Hermann Meusser, Berlin 1935. Cena 65 mk. niem., w oprawie 68 mk. niem.
- Szepelski Konrad** dr. doc. Terapja chorób zębów. Metodyka wypełniania próchnicowych ubytków zębowych. Warszawa 1934. Nakł. Dentystycznych Wiad. Związkowych. str. 115. 54 rycin.
- Cieszyński Antoni.** Projekt reformy studjów lekarskich. Lwów 1934. Cena 1 zł.
- Cieszyński Antoni.** O nowym sposobie operacyjnym torbieli w nosie środkowym i Demonstracje w Tow. lek. lwowskiem. 1934. Ryc. 3. Cena 1 zł.
- Roy, Prof. Dr. Maurice:** La Pyorrhée alvéolaire, Paris 1935. Wydawca Bailliè're et Fils. Str. 344. — Ryc. 58.
- Ordynacja podatkowa** wraz z rozporządzeniem wykonawczem. 1934. Poznań. Cena 2.50 zł. — Księgarnia Wł. Wilak, Poznań, ul. Podgórna 10. — Informuje co do prowadzenia ksiąg wolnych zawodów:
 §. 58. Księgi uproszczone, str. 69.
 §. 74. Wolne zawody — księgowość, str. 80.
 §. 95. Nieprzyjęcie ksiąg.

STOMATOLOG

poszukiwany jako samodzielny ordynator w zaprowadzonym zakładzie dentystyczno-lekarskim przy pryncypalnej ulicy w centrum miasta Lwowa.

Zgłoszenia: Lwów, ul. Bielowskiego 4, II p.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.*Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.*

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

LWÓW

BADANIE NAD STATYCZNĄ BUDOWĄ CZASZKI ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM APARATU ŻUCIA.

3) (Ciąg dalszy do Pol. Stom. 1935, Nr. 1. str. 9).

*Recherches sur la formation statique du crâne et spécialement sur l'influence de l'appareil masticateur. (Suite).***Untersuchungen über den statischen Bau des Schädels unter besonderer Berücksichtigung des Kauapparates. (Fortsetzung).**

Doc. pol. 15,12: 15,5: 15,1.

Doc. int. 611.715.

IV.

Metoda badania.

Badania nad statyczną budową czaszki zostały przeprowadzone po ustaleniu trzech głównych płaszczyzn statycznych na preparatach anatomicznych oraz na przekrojach tychże, następnie na zdjęciach roentgenowskich powyższych przekrojów.

Techniczne problemy, a do nich należy także zagadnienie statycznej budowy czaszki, rozwiązuje się w trzech płaszczyznach, w przestrzeni pionowo do siebie stojących.

Zgodnie z tą zasadą wykonaliśmy przez czaszkę odpowiednie cięcia, biorąc za podstawę system trzech płaszczyzn: płaszczyznę poziomą, czołową i strzałkową. Ryc. 21.

Jaki mają one znaleźć układ w czaszce i które płaszczyzny uznać należy jako płaszczyzny główne?

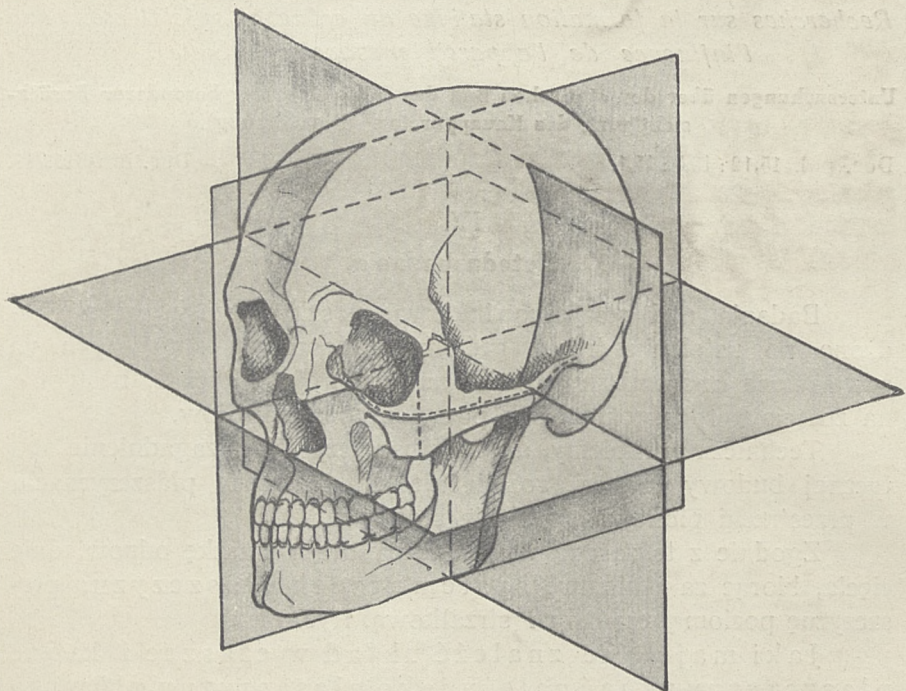
Symetryczna budowa czaszki wskazuje na to, że za strzałkową płaszczyznę należy uznać płaszczyznę środkową czaszki; będzie ona więc pierwszą główną płaszczyzną, do której należy zorientować odpowiednio płaszczyznę czołową i poziomą.

Pewne trudności nastęrcza nam wybór odpowiedniej płaszczyzny poziomej i poprzecznej.

Ponieważ nam chodzi o rozwiązanie problemu statycznego, musimy szukać tych płaszczyzn, które będą miały związek z równowagą człowieka.

Z fizjologii wiemy, że organem równowagi u człowieka tak samo u zwierząt są tak zwane łuki półkoliste. Ryc. 22. Podczas chodu czaszka człowieka znajduje się w takim układzie, ażeby obustronnie położone narządy równowagi — t. j. łuki półkoliste — w czaszce mogły pozostawać we wzajemnej korelacji.

Łuki półkoliste należą do ucha wewnętrznego, znajdują się w kości skalistej i dopiero po bardzo mozolnem odpreparowaniu stają się widoczne.

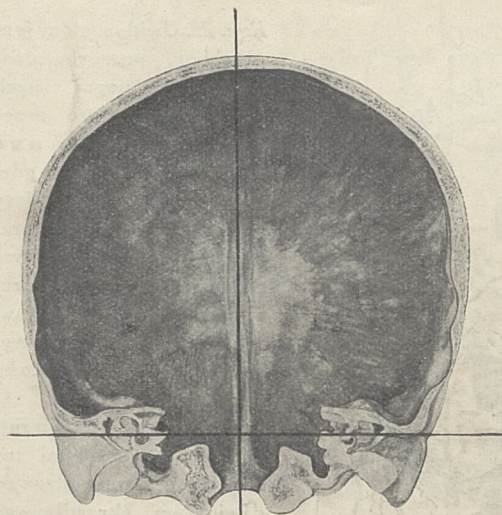


Ryc. 21. Trzy główne płaszczyzny statyczne (według Cieszyńskiego).

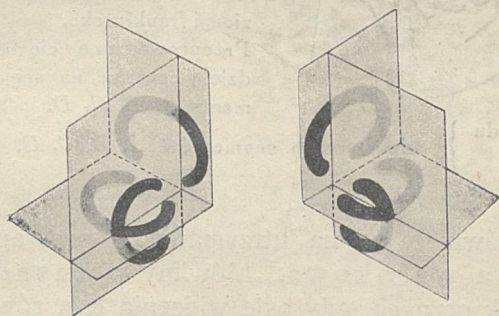
Ten nadzwyczaj czuły narząd, położony po obu stronach czaszki, może tylko wtedy sprawnie działać, jeżeli głowa będzie podczas chodu wyrównywała najłżejsze jego wahania, najmniejsze przytem wykonując ruchy. Jest to tylko wtedy możliwe, jeżeli narząd ten będzie się znajdował w czaszce najbliższej osi poprzecznej, przechodzącej w pobliżu stawu potyliczno-kręgowego.

Wiadome jest nam, że podczas chodu człowiek trzyma głowę

w takim położeniu, że płaszczyzna frankfurcka¹⁾ spoczywa równoległe do poziomu. Jeżeli założenie nasze jest trafne, powinniśmy oba narządy równowagi spotkać na skrzyżowaniu płaszczyzny poziomej i czołowej, czyli na głównej osi statycznej.



Ryc. 22. Przekrój przez czaszkę w płaszczyźnie czołowej w głównej osi statycznej (γ) przechodzi przez narządy równowagi — łuki półkoliste (według Cieszyńskiego). Segment *D* widziany z przodu (*Da*). Poniżej podany jest schemat narządów równowagi według Ewalda*).



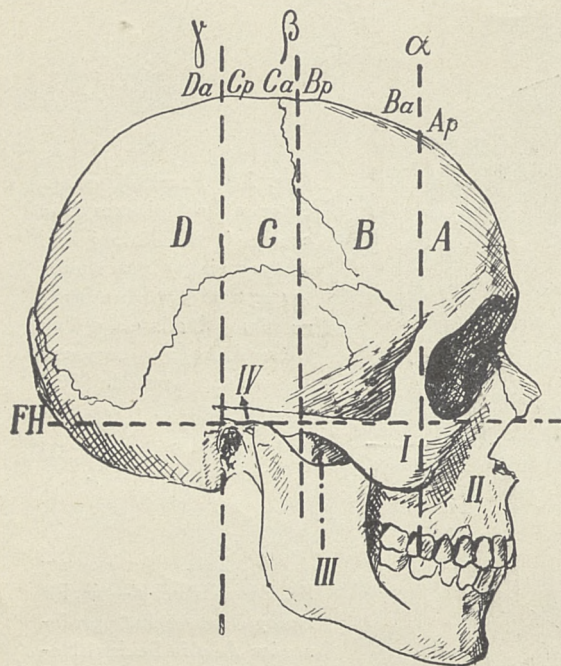
*) Zob. Nowotny Fr. Zmysł słuchu — w „Fizjologii człowieka“ profesorów Adolfa Becka i Napoleona Cybulskiego, 1911. Tom I. str. 603.

Idąc za tokiem tych myśli, przeprowadziliśmy cięcie przez płaszczyznę czołową, przechodzącą pionowo do płaszczyzny *FH* przez środek zewnętrznych przewodów usznych i bez dalszych po-

¹⁾ Płaszczyzna przechodząca przez dolną krawędź oczodołu i górny brzeg zewnętrznego przewodu usznego. W rycinach zamieszczonych oznaczamy ją literami *FH*.

szukiwań napotkaliśmy odrazu po obu stronach na łuki półkoliste ²⁾.

W latach następnych wykonaliśmy jeszcze kilka analogicznych cięć przez czaszki różnego typu i otrzymaliśmy zawsze potwierdzenie naszego założenia.



Ryc. 23. Uwidoczniony jest przebieg przewodzonych cięć poprzecznych (czołowych), które przechodzą przez główne wzmocnienia szczęki górnej. — I) najsilniejszy zewnętrzny dźwigar jarzmowo-czołowy łączy twarzoczaszkę z przodu z czaszką mózgową, ku tyłowi zaś przechodzi w IV) wyrostek skroniowy kości jarzmowej, tworząc zastrzał tylny zewnętrzny. Cięcie β przechodzi tuż za III) wewnętrznym dźwigarem skrzydłowym.

FH = Płaszczyzna pozioma frankfurcka.

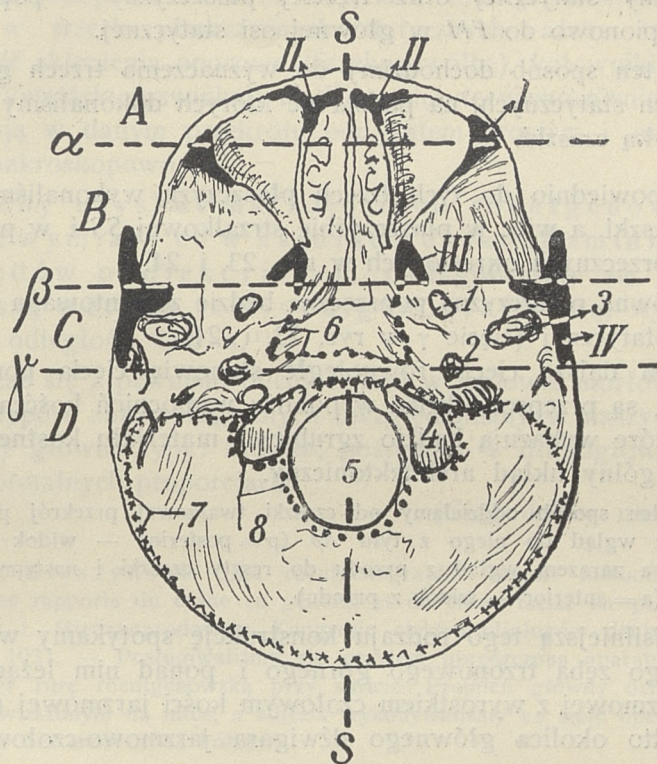
Przeprowadzone cięcia dzielą czaszkę na segmenty A, B, C, D.

a = anterior — widok z przodu }
p = posterior — widok z tyłu } odnośnie do segmentów A, B, C, D.

Z fizjologii wiemy również, że na utrzymanie równowagi wpływa ponadto kontrola wzrokowa. Mówimy o zasadniczym położeniu gałek ocznych, gdy osie widzenia leżą równoległe do poziomu — a więc i równoległe do płaszczyzny frankfurckiej. Wtedy to osie widzenia napotykają na plamkę żółtą dna oka, w którymto układzie następuje najbystrzejsze widzenie.

²⁾ A. Cieszyński: „Układ osi zębowych do płaszczyzny poziomej frankfurckiej i znaczenie statyczne płaszczyzny oczodołowej zewnętrznej“. Komunikat na I. pol. Zjeździe Stomatol. we Lwowie 1923. — Na wystawie naukowej połączonej z tym Zjazdem wystawiłem pozatem preparaty, wykazujące na głównej poprzecznej płaszczyźnie na osi statycznej narządy równowagi.

Układ ten przemawia za koordynacją między równowagą chodu i najbystrzejszym widzeniem. Następuje to wówczas, gdy płaszczyzna *FH* głowy znajduje się równolegle do poziomu.



Ryc. 24. Widok z dołu podstawy czaszki. *S S* środkowa płaszczyzna — strzałkowa. γ Główna oś poprzeczna. — Ku przodowi od tej osi: Przednia część podstawy czaszki; ku tyłowi: tylna część podstawy czaszki.

Uwidocznione są przeprowadzone cięcia poprzeczne analogicznie do ryc. 23.

I. Dźwigar jarzmowo-czołowy.

III. Wewnętrzny dźwigar podporowy skrzydłowy.

IV. Tylny zastrzał jarzmowo-skroniowy.

II. Przednie wzmocnienie kłowo-nosowe.

Między *I.* i *II.* oczodół; między *II.* i *II.* tunel nosa środkowego.

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. For. ovale, | 6. Linja przyczepu mięśni gardłowych. |
| 2. For. caroticum, | 7. Pole przyczepu mięśni karkowo-grzbietowych. |
| 3. Fossa glenoidalis, | 8. Ograniczenie stawu potyliczno-kęrgowego. |
| 4. Condylus occipitalis, | |
| 5. Foramen occipitale magnum. | |

A, B, C, D, — poszczególne segmenty czaszki.

Te dwa spostrzeżenia co do równowagi — jak układ łuków półkolistych do głównej osi statycznej jak i zasadnicze położenie gałek przy najbystrzejszym widzeniu — przemawiają za racjonalnością wyboru poziomej płaszczyzny frankfurckiej jako głównej płaszczyzny statycznej oraz trzeciej płaszczyzny — poprzecznej, stojącej pionowo do FH w głównej osi statycznej.

W ten sposób dochodzimy do wyznaczenia trzech głównych płaszczyzn statycznych, na podstawie których dokonaliśmy badania nad statyką czaszki.

Odpowiednio do tych trzech płaszczyzn wykonaliśmy cięcia przez czaszki, a więc w płaszczyźnie strzałkowej SS i w płaszczyznach poprzecznych określonych w ryc. 23. i 24.

Główna płaszczyzna poprzeczna będzie zorientowana w głównej osi statycznej (cięcie γ w ryc. 23. i 24).

Dwa dalsze cięcia równoległe stanowią cięcia pomocnicze (α i β) i są przeprowadzone w pobliżu wzmocnień kośćca twarzowego, które wykazują bądźto zgrubienie materiału kostnego, bądź też szczególny układ architektoniczny.

W ten sposób oddzielamy od czaszki twarzowej przekrój przedni A , otrzymując wgląd do niego z tyłu Ap (p = posterior — widok z tyłu — ryc. 17), a zarazem wgląd z przodu do reszty czaszki i następnego przekroju Ba (a = anterior — widok z przodu).

Najsilniejszą tego rodzaju konstrukcję spotykamy w okolicy pierwszego zęba trzonowego górnego i ponad nim leżącą osadę kości jarzmowej z wyrostkiem czołowym kości jarzmowej (I w ryc. 23). Jestto okolica głównego dźwigara jarzmowo-czołowego.

Następne poprzeczne cięcie β przeprowadziliśmy za tylnym dźwigarem podporowym (III) t. j. za podstawą wyrostka skrzydłowego w pobliżu otworu owalnego, otrzymując wgląd z tyłu do przekroju Bp i z przodu do przekroju Ca .

Ponieważ czaszki, które mieliśmy do dyspozycji miały już po sekcjach dokonanych odcięte górne sklepienia czaszki mózgowej, otrzymaliśmy dobry wgląd do jamy czaszki mózgowej. Dlatego dla studjów makroskopowych cięcie w płaszczyźnie FH dla przeważnej ilości wypadków było zbyteczne. Natomiast przy zdjęciach roentgenowskich ustawialiśmy czaszki zawsze w ten sposób, ażeby płaszczyzna FH była równoległe wzgl. prostopadle do płyty.

Prócz tych zasadniczych cięć poddaliśmy analizie kilka przekrojów równoległych do FH w pobliżu dna tunelu nosowego i w po-

bliżu górnej krawędzi oczodołu oraz kilka specjalnych cięć, uwiadaczających nam potrzebne szczegóły.

Analizy architektoniczne przeprowadziliśmy na powyższych cięciach makroskopowo oraz na zdjęciach roentgenowskich, wykonanych w trzech płaszczyznach statycznych, ażeby tą drogą uwidocznić sklepienia oporowe (Strebegewölbe), kątowniki wzmacniające (Verstärkungswinkel) it. d., a więc te wzmocnienia kostne które stoją w danym przekroju pod kątem prostym i nie są widoczne makroskopowo.

Ażeby uzyskać na zdjęciach roentgenowskich te same wymiary co w naturze i uniknąć zmian wskutek błędów projekcyjnych, posługiwaliśmy się do tego celu własną metodą teleroentgenograficzną, wykonując zdjęcia z odległości 2,00 m.¹⁾

Licząc się z pewnymi odchyleniami w budowie morfologicznej różnych typów antropologicznych uwzględniliśmy w naszych badaniach trzy główne typy: krótko-, pośrednio- i długogłowych czaszek o normalnych proporcjach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

¹⁾ A. Cieszyński: „La roentgenographie comme méthode de recherches des rapports du crâne en général et du crâne facial en particulier“. Referat na I. Międzynarodowym Kongresie elektroradjologów dentystycznych w Paryżu 1931. — Posługiwaliśmy się przytem uproszczoną aparaturą, przymocowawszy rurę roentgenowską przy suficie. Promień główny oznaczyliśmy pionem, zawieszonym na nitce, a zdjęcia wykonywaliśmy na stole operacyjnym, czyli wózku dla chorych na kółkach.

Pierwotnie przeprowadzone badania metodą roentgenowską przy odległości ogniska do płyty 70—100 cm. nie dały nam zadowalających wyników.

† Florestan Aguilar (1872 — 1934)

Dnia 28. listopada 1934. zmarł po dłuższej chorobie Florestan Aguilar, przewodniczący honorowy F. D. I. Ze zmarłym zeszedł do grobu niestrudzony pracownik organizacyjny, który przez szereg lat był z początku sekretarzem, później przewodniczącym F. D. I., a w r. 1931. otrzymał na VIII. Międzynarodowym Kongresie w Paryżu nagrodę Millera, i tytuł przewodniczącego honorowego. Urodzony na wyspie Kuba w r. 1872. studjował dentystykę w Fila-

delfji w Stanach Zjednoczonych w Uniwersytecie Pensylwańskim, poczem uzyskał tytuł doktora medycyny i chirurgji na Uniwersytecie w Madrycie, gdzie się też osiedlił na stałe, zyskał z czasem wielką praktykę i był nadwornym dentystą króla hiszpańskiego. Założył w r. 1892. czasopismo fachowe "La Odontologia", które zasilał swojemi pracami. W r. 1900. założył wraz z Godonem, Guerinim i innymi członkami F. D. I., której rozwojowi poświęcił nadal całą swoją energję i zapał. Uczestniczył w całym szeregu Kongresów Międzynarodowych, zarówno ogólnolekarskich, jak i specjalnie stomatologicznych w starym i nowym świecie, i uzyskał honorowy doktorat z uniwersytetu Pensylwańskiego, uniwersytetu w Chicago i Kalifornji.

Gdy po wojnie stosunki odontologów rosyjskich z powodu upaństwowienia zakładów pracy zmieniły się na gorsze, podjął się podróży do Rosji, celem rozdziału osobistego pomiędzy kolegów rosyjskich odzieży, środków żywności i niezbędnych przyborów dentystycznych, uzyskanych ze zbiórki przez siebie zainicjowanej. Jedną z ostatnich jego czynności było stworzenie w Madrycie „Miasta Uniwersyteckiego“, zakrojonego na olbrzymią skalę, w ramach którego miał się też znajdować Wydział Lekarski i Instytut Stomatologiczny. Sprawę tę popierał gorąco rząd hiszpański, lecz niestety śmierć Aguilara przerwała akcję przez niego rozpoczętą.

Dr. Allerhand (Lwów).

Z powodu śmierci Fl. Aguilara, prof Cieszyński przesłał list kondolencyjny wicehrabinie de Casa Aguilar. Jako odpowiedź na wysłaną kondolencję umieszczamy poniżej kopję listu (w tłum. pol.):

Madryt, 14. I. 1935.

Drogi Profesorze,

Bardzo serdecznie dziękuję za Pański uprzejmy list z wyrazami współczucia w moim smutku z powodu śmierci męża Dra Aguilar'a.

W tem mem ogromnem żartwieniu prawdziwą osłodę sprawiają mi rozmyślenia o wielkiej i mozolnej pracy jaką mój mąż rozwinął w swem życiu, jak również uczucia żalu i poważania, jakie jego śmierć pozostawiła wśród jego kolegów i przyjaciół, których on tak bardzo cenił.

Będzie Pan łaskawy, drogi Profesorze, wyrazić moją serdeczną wdzięczność Członkom Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. oraz zechce Pan przyjąć wyrazy szczerzej wdzięczności i wyrazy prawdziwego szacunku.

Wicehrabina de Casa Aguilar.

F. D. I.

XXVIII. Zebranie w Medjolanie i Como 1934.

Sprawozdanie. (Ciąg dalszy)¹⁾.

A) Protetyka dentystyczna:

1) Kurs początkowy obejmuje branie wycisku, sporządzanie odlewu i wszystkie czynności potrzebne przy sporządzaniu dostawek częściowych i całkowitych. W kursie dalszym konstrukcja, wykonanie i przymierzanie przypadków jest nauczane ze szczególną starannością przyczem główny nacisk jest położony na ustawienie i artykułowanie zębów sztucznych. Inny kurs obejmuje technikę dalej posuniętą, obejmującą konstrukcję mostków do zdejmowania i dostawek częściowych, klamry lane i gięte, trawersy językowe z klamrami, tudzież siodelka lane i kauczukowe. Kursom laboratoryjnym towarzyszą wykłady teoretyczne obejmujące zaawansowane rozdziały protetyki dentystycznej.

2) Student winien uzyskać taką znajomość i wprawę w technologii protetycznej, jaka mu pozwoli na rozpoczęcie praktycznych zajęć technicznych w tej fazie dentystyki. Musi on być wydajny nie tylko technicznie lecz także musi posiadać podstawowe wiadomości zasad protetyki dentystycznej.

3) Ta nauka winna się rozpocząć w pierwszym roku nauki. Główna część nauki technicznej winna być zakończona z końcem roku drugiego. Wykłady 3-go i 4-go roku winny starać się sprowadzić korelację pomiędzy pracą pierwszych dwóch lat z doświadczeniem klinicznym studenta.

4) Jedna godzina nauczania dydaktycznego na każde 4 godziny instrukcyj laboratoryjnych.

Współpraca nauczania teoretycznego i praktycznego. może być uzupełniona demonstracjami grupowymi a następnie zastosowaniem zasad nauczanych do pracy klinicznej.

6) Klinika protetyczna daje szerokie możliwości dla praktycznego zastosowania nabytych nauk.

7) Egzaminy obejmują część teoretyczną i część praktyczną. Część teoretyczna obejmuje teorię i zasady protetyki, podczas gdy egzaminy laboratoryjne mają na celu wypróbowanie zręczności studenta.

8) Kombinowane nauczanie teoretyczno-praktyczne wymaga 370 godzin.

B) Chemja.

1) Nauczanie obejmuje 3 działy: a) chemja organiczna: kurs obejmujący klasyfikację, pochodzenie, własności i wzory węglowodanów, alkoholów, ketonów, aldehydów, kwasów, eterów, estrów, wodorotlenków, sinków, fenolów i ich pochodnych, aminów, alkołoidów, i ptomain. b) Chemja fizjologiczna: kurs teoretyczny i praktyczny obejmujący funkcje chemiczne ciała ludzkiego, środki żywności, wydaliny i wydzieliny, klasyfikacja, pochodzenie, własności

¹⁾ Początek w numerze 1. str. 19—26.

i funkcje zaczynów, skład rozmaitych tkanek ciała, wartość cieplna węglowodanów, białek i tłuszczów, chemja soków trawiennych i trawienie, chemja oddychania, analiza śliny, soku żołądkowego, soku trzustkowego, żółci, moczu i krwi. c) Metalurgia: Przedmiotem tego kursu jest danie wszechstronnego zrozumienia właściwości chemicznych i fizycznych metali używanych w praktyce dentystycznej, ich znachodzenie się w naturze, ważne rudy, tudzież sposób wydobywania metali z rud.

2) Dostateczna wiadomość chemji winna być uzyskana przez studenta tak, by mogła mu pozwolić na zastosowanie znajomości własności chemicznych danych substancyj w praktycznych zajęciach dentystycznych.

3) Nauka dotycząca winna być rozpoczęta w pierwszym roku i może być zakończona w jednym roku szkolnym.

4) Jedna godzina nauki teoretycznej przypada na 3 godziny nauki laboratoryjnej.

5) Poza wypracowaniem czynności laboratoryjnych winno nauczanie teoretyczne zawierać również teorię przedmiotu i takie działy chemji, których nie można wytłumaczyć studentowi eksperymentami pracownianemi.

6) W klinicznej części studjów znajdują się działy, w których znajomość chemji może być z korzyścią zastosowana; również kładzie się nacisk na związek z fizjologją, bakterjologją, patologją, terapią i anestezjologją.

7) Egzaminy obejmują część teoretyczną i część praktyczną.

8) 88 godzin nauki obejmuje każdy dział chemji, razem 264 godzin.

C) Fizyka.

1) Jeszcze przed 10-ciu laty fizyka była przedmiotem obowiązkowym, obecnie jest ona przedmiotem nadobowiązkowym i obejmuje mechanikę, kalorykę, optykę, i elektrykę. W najbliższych dwóch lub trzech latach ma większość szkół dentystycznych w stanie Illinois zmienić postanowienia odnoszące się do fizyki i uczynić ją przedmiotem obowiązkowym, gdyż winna ona znaleźć zastosowanie więcej bezpośrednio do dentystyki w większym stopniu niż to się dotychczas działo.

D) Anatomja człowieka.

1) Celem kursu jest danie ogólnych wiadomości z dziedziny anatomji ciała ludzkiego; pozatem wiadomości specjalne z anatomji systemu oddechowego, trawiennego, krążenia, nerwowego i wydzielniczego, tudzież szczegółowe wiadomości z anatomji tkanek jamy ustnej tudzież narządów z nią sąsiadujących. Cwiczenia laboratoryjne są podzielone na 3 grupy: a) kończyny, b) klatka piersiowa, c) głowa i szyja.

2) Student po ukończeniu kursu winien posiadać takie wiadomości ogólne i specjalne, by mógł je zastosować w swych zajęciach praktycznych.

3) Nauka anatomji winna rozpocząć się w pierwszym roku nauki, — a skończyć się najpóźniej z końcem roku 2-giego.

4) Stosunek wykładów teoretycznych do praktycznych w tym przedmiocie winien być taki, by jedna godzina wykładu teoretycznego przypadła na 3 godziny praktyczne.

5) Nauczanie teoretyczne winno obejmować te działy, które są potrzebne do nauki praktycznej, tudzież wytlumaczenie tych ustępów z anatomji, których student nie może objąć jedynie na podstawie samego wykształcenia laboratoryjnego.

6) Praktyczne zastosowanie wiadomości anatomicznych jest wymagane we wszystkich okresach praktyki klinicznej.

7) Od studenta wymaga się by przebył 2 typy egzaminów: *a)* egzamin teoretyczny i *b)* egzamin praktyczny z zakresu pracy laboratoryjnej.

8) Ogólna ilość godzin wymaganych dla nauki teoretycznej i praktycznej wynosi 288.

Rezolucje Komisji Nauczania.

I. Przystudjowawszy sprawozdanie Prezydenta o kwestjach nauczania przedłożonych dziekanom szkół w ciągu r. 1934 wybiera pp. Gilmour'a i Villain'a Henryka referentami i poleca im wydrukowanie wniosków, które się okażą praktyczne na r. 1935.

II. Kontynuując ankietę w sprawie programów nauczania Komisja wybiera jako przedmioty podlegające ankiecie w r. b. biologję i fizjologję. Kwestjonariusze w sprawie tych przedmiotów będą rozesłane do dziekanów tych samych szkół co w roku ubiegłym.

III. W odpowiedzi na wniosek delegacji polskiej wzywający Komisję do ustalenia maksymalnego programu studjów dentystycznych w miejsce programu minimalnego Komisja wyraża zdanie, że narazie nie może takiego programu ustalić, lecz wyraża gotowość przestudjowania każdego programu, który zostanie przedłożony przez Komitety Narodowe.

IV. Członkami Komisji zostali ponadto wybrani: Roy, Joachim, Haloua.

Komisja Przygotowawcza Przyszłego Kongresu

połączy się w najbliższej przyszłości z Komisją Badań Naukowych celem przedyskutowania kwestyj mających być traktowanymi na Kongresie we Wiedniu i propozycj dla referentów i dyskutantów. Celem ułatwienia organizacji Kongresu proponuje:

I. F. D. I. odda do dyspozycji Komitetu Organizacyjnego Austrjackiego sumę 50.000.— Fr. fr. podjętą z funduszu kongresowego.

II. Ta suma będzie wypłacona w ratach miesięcznych przez skarbnika F. D. I. według zapotrzebowań Komitetu Organizacyjnego.

III. Suma ta zaliczkowana Kom. Org. Austr. przez F. D. I. ma za cel umożliwienie mu czekania na zainkasowanie wkładek członkowskich, będąc zaliczką na nie.

IV. By umożliwić F. D. I. pobieranie odsetek od kwot wkładowych i innych sum jej należnych postanawia się, że wkładki uczestników Kongresu, i opłaty wystawców austrjackich wpłyną do kasy Kom. Org. Austr. Natomiast

kwoty od wystawców nieaustrjackich zostaną złożone na rachunek specjalny w Banku Szwajcarskim w Genewie na imię Kom. Org. Austr. 9. Kongresu Dent. ze wzmianką, że nie mogą być naruszone bez podpisu skarbnika F. D. I.

Komisja badań naukowych postanawia, że co 5 lat wpłynie subwencja następująca:

1. Subwencja będzie nosiła nazwę: „Subwencja F. D. I. dla popierania badań naukowych“.

2. Na kwotę subwencji będą się składały: a) odsetki płynące z funduszu badań, b) z funduszy przeznaczonych przez F. D. I. z kwot kongresowych. Wysokość tych kwot zostanie oznaczona przez Wydział Wykonawczy.

3. Subwencja zostanie przyznana co 5 lat w czasie walnego zgromadzenia F. D. I. następującego po każdym Kongresie Dentystycznym Międzynarodowym.

4. Subwencja zostanie przyznana autorowi pracy o największej wartości naukowej z pozytywnymi rezultatami.

5. Przyznanie subwencji nastąpi przez Komitet Wykonawczy na wniosek Komisji Naukowej.

Wydział Wykonawczy

uchwalił rezolucję następującą: „Wydział Wykonawczy F. D. I. ubolewa, że w Niemczech tłumaczono opacznie sens deklaracji uchwalonej w Edynburgu w sprawie „ochrony praw zawodowych nabytych dyplomem“. W. W. zapewnia, że wyjaśnienie napisane i dostarczone przez Biuro F. D. I. wodzowi lekarzy-dentystów niemieckich stwierdza w sposób dobitny, że wspomniana deklaracja miała na celu jedynie ochronę praw legalnie nabytych, że nie była skierowana przeciwko żadnemu państwu a w szczególności przeciwko Niemcom i że nie stanowi w żadnym wypadku interwencji w sprawach wewnętrznych danego państwa. Podstawa i uzasadnienie tej deklaracji już się ujawniły, pozwalając Komitetowi Narodowemu Belgijskiemu oprzeć się na nich dla obrony praw legalnie nabytych zagrożonych reglamentacją restryktywną praktyki denty-stycznej w tym kraju.

To wyjaśnienie W. W. i fakty powyżej wymienione ustalają dokładnie zasięg deklaracji edynburskiej i wskazują, że chodzi tu jedynie o mylną interpretację tej deklaracji w Niemczech. W wyniku tego W. W., uznając ważność współpracy wszystkich krajów życzy i spodziewa się, że Niemcy kontynuować będą swój cenny współdział dotychczasowy w pracy zawodowej dla dobra ludzkości dotychczas przez F. D. I. wykonywanej.

Wiadomości bieżące.

Kol. Maurycy German zamianowany został zastępcą członka Komisji odwoławczej (Urzędu Skarbowego) w Warszawie (D. W. Z. 1934/4).

Kol. Dr. Bardach ze Lwowa, wybrany został członkiem Izby lekarskiej lwowskiej.

A. S. I.

II. Kongres Międzynarodowy Stomatologiczny

pod wysokim patronatem Jego Król. Mości Króla Włoskiego i honorowem przewodnictwem Prezesa Rady Ministrów B. Mussoliniego.

Bolonja, 14—19. kwiecień 1935.

III. KOMUNIKAT *)

Program.

Niedziela 14. kwietnia: godzina 21.

Przyjęcie wydane przez Komitet organizacyjny dla uczestników Kongresu, zapoznanie się wzajemne.

Poniedziałek 15. kwietnia: godz. 10.

Otwarcie zjazdu w Archigimnazjum, dawnej siedzibie Uniwersytetu w Bolonji.

Godz. 11.: Otwarcie wystaw: 1. wystawy przemysłu stomatologicznego, 2. wystawy nowości przemysłowych, 3. produkcji księgarskiej stomatologicznej, 4. instrumentów, sztychów i starożytnych ksiąg stomatologicznych.

Godz. 14—17.: Posiedzenie sekcji wspólnej: Temat programowy: Stomatologia zapobiegawcza i społeczna w związku z patologją dziecięcą, godz. 17—18.: Sprawozdanie: Zadania dydaktyczne stomatologii. Godz. 18—19. Posiedzenie poszczególnych sekcji: 1. Radiologia i terapia fizykalna. 2. Higjena i opieka społeczna, 3. Choroby przyzębia, Godz. 21.: Przyjęcie wydane przez Gminę w salonach pałacu Prezydenta Miasta.

Wtorek 16. kwietnia: godz. 8—9.:

Pokazy praktyczne z rozmaitych dziedzin w klinice Odontoiatrycznej.

Godz. 9—10.: Posiedzenie poszczególnych sekcji: I. Anatomia, fizjologia, II. Chirurgja, III. Leczenie zachowawcze.

Godz. 10—12. Wspólne posiedzenie sekcji: Zapalenia kości pochodzenia zębowego.

Godz.: 14—15.: Posiedzenie poszczególnych sekcji: I. Chirurgja, II. Proteza, III. Leczenie zachowawcze.

Godz. 21. Koncert muzyki religijnej, włoskiej, wydany przez Gminę m. Bolonji.

Środa 17. kwietnia: godz. 8—9.: Pokazy praktyczne; godz. 9—10.: Posiedzenie wspólne sekcji: Zagadnienie kliniczne ziarniniaków wierzchołkowych.

Godz. 10.: wyjazd do Rawenny. Zwiedzenie grobu Dantego i pomników sztuki bizantyńskiej. — Godz. 13.: Obiad. — Godz. 17.: Przyjęcie wydane przez gminę miasta Rawenny. — Godz. 19.: Powrót do Bolonji.

Czwartek 18. kwietnia: godz. 8—9.: Pokazy praktyczne,

Godz. 9—10.: Posiedzenie poszczególnych sekcji: I. Anatomja, histologia, bakterjologia, fizjologia, II. Ortopedja zębowo-twarzowa, III. Chirurgja.

Godz. 10—12.: Posiedzenie wspólne sekcji. Zapobieganie indywidualne i społeczne chorobom zębowym. Kierunek biologiczny w leczeniu ortodontycznym.

*) Komunikat II. zob. Pol. Stom. 1934/12 str. 317.

Godz. 14—15.: Posiedzenie poszczególnych sekcji: I. Radiologia i terapia fizykalna. II. Higiena i opieka społeczna. III. Leczenie zachowawcze.

Godz. 15—17.: Wspólne posiedzenie sekcji: Czynniki konstytucjonalne etjologii w leczeniu chorób przyzębia. Zagadnienia djiagnostyki roentgenologicznej stomatologicznej.

Godz. 17—19.: Posiedzenia poszczególnych sekcji: I. Bakteriologia, fizjologia, patologia. II. Ortopedia zębowo-twarzowa, III. Choroby przyzębia. Piątek 19. kwietnia: godz. 8—9.: Pokazy praktyczne.

Godz. 9—11.: Wspólne posiedzenie sekcji: Wytyczne przyszłych badań zakażenia ustnego. — Godz. 11.: Zamknięcie kongresu.

Godz. 14.: Posiedzenie ogólne A. S. I. Po południu wyjazd uczestników Zjazdu na wycieczki celem zwiedzenia miast italskich według osobnego programu turystycznego (Florencja, Rzym, Neapol, Genua i Riwiera italska).

Członkowie Kongresu korzystają z następujących ulg:

1. Zniżka na kolejach żelaznych.
2. Wolne wstępy do muzeów, pinakotek i bibliotek.
3. Wolny udział w uroczystościach objętych programem z wyjątkiem bankietu i wycieczki do Rawenny.
4. Członkowie otrzymują bezpłatnie publikacje zjazdowe.
5. Zniżka na jazdy tramwajami i na liniach powietrznych z Bolonji.
6. Zniżki do kinoteatrów i teatrów etc.

Składka zjazdowa wynosi 80 lirów = 36.44 zł. (100 zł. = 45.44 zł.), które należy nadsyłać pod adresem: Comité organisateur du Congrès de l' A. S. I. — Président: Prof. Beretta, Bologna (Italia) St. Vitale nr. 59.

Zgłoszenia udziału w Kongresie należy nadsyłać pod adresem delegata na Polskę: Prof. Dr. Antoniego Cieszyńskiego, Lwów, Zielona 5a., jako i zgłoszenia referatów komunikatów oraz demonstracyj.

Zgłoszenia wysłane bezpośrednio pod adresem prezydium Kongresu wymagają opinii Delegata na Polskę, biorącego odpowiedzialność za to, że zgłaszający się posiadają wymagane kwalifikacje.

Zgłoszenia należy skutecznie jaknajrychlej i wykupić karty udziału w Kongresie, ażeby na tej podstawie było można wszcząć starania o paszporty ulgowe.

Dotychczas zgłosili swój udział: Data zgłoszenia.

- | | |
|---|------------|
| 1. Dr. med. Babij Włodzimierz, Lwów, Hetmańska 8. | 3/XII. 34. |
| 2. Dr. med. Brill Mendel, Lwów, Batorego 34. | 8/I. 35. |
| 3. p. Brill Malwina, Lwów, Batorego 34. | 8/I. 35. |
| 4. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, Zielona 5a. | |

*) Zgłosili ew. udział w projektowanej wycieczce wspólnej.
Projekt wycieczki w Pol. Stomatologii 1934/11 i 12, str. 319.

5. Dr. med. Owińska Marja, Lwów, pl. Bernardyński 17. 12/I. 35. *) III. kl.
6. Dr. med. Owiński Tadeusz, Lwów, pl. Bernardyński 17. 12/I. 35. *) III. kl.
7. Dr. med. Podwiński Stanisław, Kraków, Wybickiego 1. 12/I. 35. *) II. kl.
8. Dr. med. Podwińska Marja, Kraków, Wybickiego 1. 12/I. 35. *) II. kl.
9. Doc. dr. med. Szepelski Konrad, Warszawa, N. Świat 21. 13/II. 34.
10. Dr. med. Syrop Jakób, Kraków, Wsz. Świętych 10. 31/XII. 34. *) II. kl.
11. p. Syrop Flora, Kraków, Wsz. Świętych 10. 31/XII. 34. *) II. kl.

Kalendarz Zjazdowy.

1935. 14—19. kwietnia.

14—19/IV. *Bolonja*. II. Kongres Międzynarodowy Związku Stomatologicznego (A. S. I.) cf. komunikat Pol. Stom. 1934, nr. 1 i 2, p. 45. Posiedzenie administracyjne Związku Słowiańskich Stomatologów. Szczegóły dotyczące Kongresu ASI w Bolonji poniżej.

1935. Doroczne Zebranie FDI w Brukseli.

Czwarty kongres dentystyczny narodowy belgijski, Bruksela 1935. Sekretarz generalny L. Demoulin, 15 Avenue Fonsny 15, przewodniczący A. Joachim, 3 rue de Hornes, Bruksela. W czasie międzynarodowej wystawy światowej w *Brukseli* w r. 1935 odbędzie się zjazd lekarzy dentystów belgijskich jako IV-ty zjazd narodowy z początkiem sierpnia 1935. Prezydjum zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich kolegów mających zamiar wzięcia udziału o zgłaszanie już obecnie wykładów i pokazów przeznaczonych na zjazd pod adresem przewodniczącego Dr. A. Joachim, 3 rue de Hornes, Bruksela.

1935. 12—14/IX. *Budapeszt*. Międzyn. Zjazd „ARPA“. (Międzyn. Związek dla badań parodontalnych).

1935. 15—20/IX. albo 1—3. listopada. (Termin jeszcze definitywnie nie ustalony). *Warszawa*. VII. Polski Zjazd Stomatologiczny. Przewodniczący Prof. Hilary Wilga. Sekretarz B. W. Zakrzewska. Adres Biura Zjazdowego: Warszawa, plac Małachowskiego 2. Akad. Stom. Klin. Dent. Zach. Komunikat I. Pol. Stom. 1934 str. 181. Komunikat II. str. 271. — Komunikat III. Pol. Stom. 1934. str. 316.

1936. 2—8/VIII. *Wiedeń*. IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F.D.J. (prezes prof. Pichler, sekretarz dr. Gottlieb). Statut Kongresu ogłoszony będzie w następnym numerze.

1937. L w ó w. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

Sprawy Szkół Akademickich.

Z Rektoratu Akademii Stomatologicznej w Warszawie*).

Pod adresem Akademii Stomatologicznej (dawniej Państwowego Instytutu Dentystycznego) podnoszono niejednokrotnie w prasie zawodowej zarzuty, pomijane milczeniem przez Władze uczelni. Budowanie wniosków o racjonalności krytyki na podstawie milczenia skłania Rektorat do zabrania głosu, celem sprostosowania nieporozumienia, bez zamiaru jednak prowadzenia polemiki słownej na rzucane wezwania.

Uczelnia powstała w Polsce Niepodległej na miejsce prywatnych szkół dentystycznych. Okoliczności zmusiły więc Władze uczelni w momencie jej organizacji do wydawania swych dyplomów w wielkiej ilości studentom, przyjętym w szkołach prywatnych.

Grupa posiadaczy dyplomów Państwowego Instytutu Dentystycznego, która otrzymała je na podstawie częściowego lub całkowitego wykształcenia w szkołach prywatnych, prowadzących nauczanie w czasach wojennych, nie mogła stanąć na wysokości zadania w pracy zawodowej. Niezadowolona z tego tytułu, skierowywane pod adresem Państwowego Instytutu Dentystycznego, są więc niesłuszne.

Rozwój organizacyjno-naukowy uczelni szedł może w tempie bardziej powolnym, aniżeli idea i chęć twórców. Uczelnia zorganizowana została na zasadach samowystarczalności. Skarb Państwa ograniczył się tylko do ponoszenia uposażeń pp. profesorów oraz części personelu naukowego i administracyjnego, pozostawiając pokrywanie reszty wydatków z wpływów uzyskiwanych pracą zarobkową w klinikach uczelni. Ciężkie warunki lokalowe, w jakich znalazła się uczelnia w stadium organizacyjnym, oraz brak odpowiedniego w stosunku do ilości studentów urządzenia klinicznego przy równoczesnej niemożności uzyskania pomocy materialnej ze strony Skarbu Państwa, zmusił kliniki do usilnej pracy zarobkowej. Wysiłki i mozolna praca kierowników klinik oraz pomocniczych sił naukowych doprowadziły ostatecznie do zdobycia odpowiednich dla uczelni warunków lokalowych i urządzeń.

Kształcenie zawodowe studentów jest oparte na szerokich podstawach przyrodniczo-lekarskich, przyczem przedmioty specjalne są uwzględniane w ciągu całego okresu czteroletnich studjów w następujących czterech katedrach i klinikach.

I. Katedra i Klinika Dentystyki Zachowawczej.

Kierownik: Prof. Dr. med. H. Wilga.

Klinika Dentystyki Zachowawczej z chwilą uzyskania samowystarczalności dążyła również, jak i inne kliniki b. Państwowego Instytutu Dentystycznego, do rozszerzenia lokalu i do polepszenia warunków nauczania. Odbłyło się to w 2-ch etapach. Od roku 1932 Klinika Dentystyki Zachowawczej zajmuje lokal przy Placu Małachowskiego Nr. 2 piętro II, o powierzchni 4421 mtr. kw. i posiada:

*). Nadesłano Redakcji Polskiej Stomatologii dn. 3. I. 1935.

1. Trzy duże sale kliniczne z 69 fotelami dentystycznymi; sale te połączone są ze sobą szerokimi kilku-metrowymi przejściami, tworzą jedną linię, są zwrócone frontem do Placu Małachowskiego; są one wysokie i posiadają olbrzymie okna w liczbie 15, dzięki czemu uzyskano wiele światła, powietrza i dogodne warunki dla celów nauczania.
2. Salę ćwiczeń fantomowych ogólnych w zakresie dentystyki zachowawczej,
3. Salę ćwiczeń w zakresie wkładek (plomb) porcelanowych wypalanych, wkładek złotych lanych oraz plomb złotych (plombowanie złotem).
4. Gabinet badań bakteriologicznych i histo-patologicznych, posiadający wszelkie niezbędne przyrządy, jak mikroskop, cieplarkę, aparat do mikrofotografji i inne; obok znajduje się pokój dla asystentów.
5. Gabinet roentgenologiczny z nowoczesnym aparatem Ritter-Bibera,
6. Ciemnię.
7. Gabinet profesora, w którym mieści się biblioteka, muzeum i kancelaria kliniki.
8. Poczekalnia, szatnia i kasa.

Praca pedagogiczna przedstawia się w następujący sposób:

Dla studentów II-go roku prowadzone są przez profesora wykłady z teorii dentystyki zachowawczej w ciągu trzech trymestrów po 4godz. tygodniowo. Studentów II-go roku obowiązuje także uczęszczanie na ćwiczenia fantomowe z propedeutyki dentystyki zachowawczej.

Ćwiczenia fantomowe polegają na tem, że wszystkie te zabiegi, jakie w zakresie dentystyki zachowawczej wykonuje się na pacjentach, studenci II-go kursu obowiązani są nauczyć się wykonywać na zębach, wyjętych ze zwłok i zagipsowanych w specjalnych ćwiczydłach, a więc w warunkach podobnych do tych, jakie są w jamie ustnej.

Tylko otrzymanie dostatecznego stopnia z robót fantomowych uprawnia studenta do przystąpienia do egzaminu przejściowego z II-go na III rok.

Dla studentów III kursu: obowiązkowe są *a)* wykłady kliniczne na pacjentach, prowadzone przez profesora w ciągu trzech trymestrów 3 razy tygodniowo po 1 godz., przedmiotem tych wykładów są: klinika chorób zębów, diagnostyka i metody badania chorych; *b)* ćwiczenia kliniczne na chorych po 11—12 godzin tygodniowo grupami w ciągu całego roku, przytem studenci III roku obowiązani są wykonać każdy po 350 zabiegów i po 50 plomb; *c)* ćwiczenia w zakresie wkładek (plomb) porcelanowych wypalanych, wkładek złotych lanych oraz plomb złotych kątowych (plombowanie złotem). Ćwiczenia te odbywają się w ciągu trzech trymestrów grupami; *d)* Studenci III roku obowiązani są także zdać w końcu roku colloquium z dentystyki zachowawczej z uwzględnieniem diagnostyki chorób zębów.

Wykonanie obowiązujących zabiegów i plomb oraz złożenie colloquium jest koniecznym warunkiem dla dopuszczenia studenta do przejściowych egzaminów z III na IV rok.

Studentów IV kursu obowiązują:

1. Wykłady kliniczne 2 razy tygodniowo po 1 godzinie (klinika i diagnostyka chorób zębów w zakresie dentystyki zachowawczej).

2. Ćwiczenia kliniczne na chorych po 11—12 godzin tygodniowo w ciągu całego roku: ćwiczenia odbywają się grupami, przytem studenci IV roku są obowiązani wykonać każdy po 400 zabiegów i po 70 plomb; obecność studentów na ćwiczeniach i wykładach klinicznych jest obowiązkowa.

Wykonanie ustalonej liczby ćwiczeń klinicznych jest koniecznym warunkiem dla dopuszczenia studentów do egzaminów dyplomowych.

Adjunktowi kliniki powierzono zaznajomienie studentów IV kursu w ciągu 1 trymestru z zasadami roentgenologii ze specjalnem uwzględnieniem odczytywania roentgenogramów.

W klinice prowadzone są naukowe badania kliniczne, bakterjologiczne i roentgenologiczne, a w niektórych razach i histopatologiczne rozmaitych nowoczesnych metod konserwatywnego leczenia zębów.

Studentów zaznajamia się z temi metodami badań celem zachęcenia niektórych z nich do pracy naukowej.

Personel kliniki pomocniczo-naukowy składa się z adjunkta i 11 asystentów. Pozatem klinika posiada 2 pomocnice kliniczne, 3 woźnych i ogólną kasjerkę. Klinika wyposażona jest we wszystkie potrzebne aparaty, przyrządy i naukowe pomoce.

Materiał kliniczny, którym klinika rozporządza obecnie, jest dość duży i wciąż ma tendencję do zwiększania się. Jako dowód tego służyć mogą cyfry wzięte ze sprawozdania rocznego za 1933/34 rok akademicki.

W roku tym przyjęli studenci pacjentów:

Pierwszorazowych	6.344
Powtórnych	31.862
razem	38.206
Zabiegów wykonano w roku sprawozdawczym	80.827
Plomb	14.573
Roentgenogramów wykonanych przez asystentów	2.722

Kierownik kliniki w swojej pracy pedagogicznej wychodzi z tego założenia, że absolwent Akademii Stomatologicznej, a dawniej Państwowego Instytutu Dentystycznego, już w uczelni musi być praktycznie przygotowany tak, aby po ukończeniu Akademii mógł odrazu przystąpić do praktyki bez szkody dla chorego. Wtedy taki absolwent, o ile ma zamiłowanie do swojej specjalności, potrafi nadal zdobyć sobie doświadczenie i iść z postępem. Dlatego poza wykładami teoretycznymi w klinice Dentystyki Zachowawczej zwrócono, jak widać z powyższego, bardzo wielką uwagę na zajęcia praktyczne, które zaczynają się już od początku II roku studjów t. j. na kursie II-gim (ćwiczenia fantomowe), a potem na III i IV kursie (ćwiczenia kliniczne i dodatkowe ćwiczenia fantomowe na III-im roku z zakresu plomb porcelanowych wypalanych, wkładek złotych i plomb złotych kutych i t. d.).

Powyższy system nauczania, jak pokazało długoletnie doświadczenie kierownika, daje najlepsze rezultaty. W każdym razie widzimy z tego, że system nauczania i warunki, jak urządzenia, lokal, materiał kliniczny i t. p. są takie w klinice Dentystyki Zachowawczej, że każdy absolwent Akademii

ma możność w ciągu studjów zdobyć wiedzę i pewne praktyczne wyszkolenie, dostateczne dla przystąpienia do samodzielnej pracy.

Jeżeli porównamy poziom nauczania w Warszawie z analogicznymi uczelniami w innych krajach europejskich, to przekonamy się, że stoi on nie niżej niż w wielu podobnych uczelniach tych krajów, a od niektórych nawet znacznie wyżej.

II. Katedra i Klinika Protetyki Dentystycznej.

Kierownik: Zast. prof. Dr. med. W. Cybulski.

Katedra protetyki dopiero przed dwoma laty została skupiona w jednym gmachu przy Pl. Małachowskiego 2. Przestrzeń zajmowana przez oba działy katedry, propedeutykę i klinikę, została w dziale propedeutycznym nieznacznie tylko powiększona, podczas gdy w dziale klinicznym z 35 m. kw. podniosła się do 240 m. kw., oraz potroiła się ilość foteli, podnosząc ich liczbę do 18.. W tych warunkach dopiero mogło nauczanie kliniczne studentów zrealizować program, przewidziany dla Akademii Stomatologicznej i dawnego Państwowego Instytutu Dentystycznego. W jakim stopniu i w jakim tempie to następowało dokładnie informuje statystyka z ostatniego pięciolecia, podana w 12 numerze Przeglądu Dentystycznego 1934 roku.

Do składu osobowego katedry należą poza kierownikiem: 6 asystentów, 3 pomocników technicznych, 1 pomocnica kliniczna, 1 woźny i 1 służąca.

Katedra Protetyki Dentystycznej dzieli się zasadniczo na dwa działy: propedeutyczny-przygotowawczy i klinikę. Okres przygotowawczy trwa w ciągu dwu pierwszych lat studjów i obejmuje roboty fantomowe, metalowe i kauczukowe.

Prace fantomowe rozpoczynają się rzeźbą w wosku dla nabrania wprawy w modelowaniu i dokładnego zapoznania się z kształtem zęba. Następnie po wykonaniu szeregu prac przygotowawczych z metalu, jak lutowanie, doginanie, tłoczenie i t. d. studenci przechodzą do sporządzenia korony z dnem tłoczonym, dnem lanym, całej lanej, zębów ćwiekowych metodą Steela, komorową, grafitową, na ćwiekach z drutu i lanych, korony Dawisa, półkorony.

Drugi kurs studjów obejmuje mosty boczne na koronach i wkładach, jednolite i składane, mosty przednie na zębach ćwiekowych, dostawki całkowite na fantomach, zgrzyz normalny, krzyżowy, następnie dostawki częściowe, na kłamek płaskich, okrągłych, lanych, o charakterze nieosiadających, naprawy kauczuku, dostawki ruchome z metalu tłoczone i lane.

Wszystkie prace powyższe student jest obowiązany wykonać własnoręcznie, tak, że po ukończeniu pierwszych dwóch lat studjów ma przygotowanie techniczne, pozwalające mu wykonywać każdą pracę laboratoryjną. Równocześnie z pracami praktycznymi studenci słuchają wykładów teoretycznych i po otrzymaniu frekwencji z wykładów i ćwiczeń zostają dopuszczeni do egzaminu przejściowego na kurs III, czyli na właściwą klinikę.

Egzamin przejściowy składa się z dwóch części: praktycznej i teoretycznej. W czasie egzaminu praktycznego kandydat musi wykonać zadaną mu pracę w ciągu trzech posiedzeń, trwających po siedem godzin. Przy końcu każdego dnia egzaminacyjnego prace odbiera egzaminator i wydaje je dnia

następnego. Po skończonym egzaminie praktycznym przystępuje kandydat do teoretycznego, do którego nie jest dopuszczony, jeżeli egzamin praktyczny zdał z wynikiem niedostatecznym. Dopiero po zdaniu całości egzaminu, zostaje kandydat dopuszczony do studjów klinicznych, trwających również dwa lata.

Rok pierwszy studjów obejmuje wykłady kliniczne w ciągu trzech trymestrów oraz ćwiczenia kliniczne, w czasie których każdy student obowiązany jest wykonać dla pacjenta trzy prace protetyczne, w skład których wchodzi: protezy ruchome i nieruchome. Rok czwarty studjów skierowany jest głównie ku pracom praktycznym, których student musi wykonać sześć w ciągu trzech trymestrów i dopiero po wykonaniu wszystkich programem przewidzianych prac, zostaje dopuszczony do egzaminu dyplomowego. Zaznaczyć należy, że student wykonywa sam przy pacjencie wszystkie zabiegi kliniczne, natomiast pracownia techniczna jedynie wykańcza je, przeprowadzając część laboratoryjną pracy. Jak długo Akademia Stomatologiczna nie będzie miała własnego gmachu, niemożliwą jest rzeczą zmiana w tym kierunku, by studenci wykonywali również część pracy laboratoryjnej, co program przewiduje i co w zmienionych warunkach będzie zrealizowane. Naogół odnośnie do protetyki program nauczania jest w znacznej większości osiągany i rezultaty przygotowania studentów do wykonywania większości protetyki są naogół wystarczające.

Wielkie trudności kierownictwu kliniki sprawia brak dostatecznej ilości materiału klinicznego, zwłaszcza jeśli chodzi o dostawki ruchome, kauczukowe, podczas gdy roboty droższe, złote, są wykonywane w większej ilości. Przyczyna tego tkwi prawdopodobnie w tem, że Ubezpieczalnia Społeczna ma swoją proteziarnię, dokąd skierowuje wszystkich pacjentów, potrzebujących protez kauczukowych.

III. Katedra i Klinika Ortodoncji.

Kierownik: Zast. prof. Dr. med. M. Zeńczak.

Nauczanie ortodoncji odbywa się w ciągu studjów na III-cim i IV kursie. W wykładach teoretycznych, trwających po cztery godziny tygodniowo w ciągu trzech trymestrów, nabywają studenci wiadomości z zakresu przyczyn i sposobów powstawania nieprawidłowości szczękowych i zębowych łącznie z profilaktyką oraz metod djagnostycznych i leczniczo-regulacyjnych. Równoległe z wykładami odbywają się ćwiczenia fantomowe z zakresu wykonywania poszczególnych części aparatów regulacyjnych według rozmaitych systemów. W ostatnich dwu trymestrach studjów oddają się ćwiczeniom klinicznym przechodząc praktycznie stawianie djagnozy, oraz projektowanie i zakładanie aparatów regulacyjnych.

Ćwiczenia kliniczne odbywają się w godzinach wieczornych na salach, użytkowanych w ciągu dnia przez Klinikę Protetyczną.

Klinika Ortodontyczna, rozporządzając stosunkowo bardzo znacznym materiałem regulacyjnym przypadków, stwarza zarazem możność naocznej obserwacji rozwoju niektórych nieprawidłowości przez zestawienie analogicznych przypadków w rozmaitych stadiach rozwoju oraz w podobny sposób spostrzeżeń przebiegu regulacji w wyniku dokonanych zabiegów.

Przygotowanie teoretyczne i praktyczne, uzyskiwane w ciągu studjów, wystarcza już zasadniczo do samodzielnego przeprowadzenia regulacji w praktyce zawodowej.

Nieliczne jednostki pozostają na klinice po ukończonych studjach w charakterze woluntariuszy, dążąc do pogłębienia specjalnej wiedzy, względnie uzyskania większej wprawy w wykonywaniu zabiegów. Z takich tworzą się zastępy przyszłych asystentów klinicznych względnie pracowników naukowych.

Personel kliniki składa się: z kierownika, 2 asystentek, 1 pomocnika technicznego, 1 pomocnicy klinicznej i 1 służącej.

IV. Katedra i Klinika Chirurgji Stomatologicznej.

Kierownik: Prof. Dr. med. A. Meissner.

Klinika Chirurgji Stomatologicznej mieści się obecnie w domu przy ul. Marszałkowskiej 149 na przestrzeni około 700 m. kw. W porównaniu do powierzchni, jaką zajmowała w początkach istnienia (pokoik około 8 m. kw.), powiększyła się prawie stokrotnie.

Wśród urządzeń Oddziału Chirurgicznego zasługują na specjalną uwagę:

1. Klinika Chirurgiczna z 25 łózkami dla leżących chorych, z oddzielnymi salami dla mężczyzn, kobiet i dzieci, wraz ze wszystkimi w tych razach dodatkowymi urządzeniami jak: kuchnią, szatnią, pokojami dla personelu i t. d.

2. Poliklinika wraz z salą do badań i pokojem przygotowawczym do operacji, salą do ekstrakcji i małych zabiegów chirurgicznych oraz salą operacyjną, aseptyczną.

3. Sala operacyjna w połączeniu z audytorjum zbudowanym amfiteatralnie dla mniejwięcej 100 studentów, wraz z przyległymi pomieszczeniami dla sterylizacji, przygotowań, laboratorjum oraz poczekalnią dla studentów i osobną dla pacjentów.

4. Dział administracyjny i dla personelu klinicznego jak: kancelarja, archiwum, biblioteka, pokój dla kierownika, asystentów.

Personel kliniki stanowią: kierownik, 1 adjunkt, 3 asystentów, 1 kancelista, 6 pomocnic klinicznych, 3 woźnych, 1 kucharka i 2 służące.

Praca pedagogiczna ma na względzie przedewszystkiem nauczanie studentów III i IV kursu schorzeń jamy ustnej i zębów oraz ich chirurgicznego leczenia.

Studenci III kursu zaznajamiają się z programem w wykładach z pokazami oraz ćwiczą się na fantomach w znieczuleniach i ekstrakcjach zębów podczas specjalnego kursu.

IV kurs w wykładach klinicznych, odbywających się trzy razy tygodniowo pogłębia swoje wiadomości przy pacjencie, oraz odbywa ćwiczenia praktyczne znieczuleń i ekstrakcji trzy razy w tygodniu przy chorym. Poza tem studentom IV kursu w celu uzyskania jaknajwiększej wprawy w znieczulaniu i wyjmowaniu zębów udostępniono przeprowadzanie ekstrakcyj i znieczuleń pod okiem asystentów w ciągu całego dnia t. j. od godz. 9-tej do 20-ej u pacjentów, leczonych przez nich w innych Oddziałach.

Celem zapoznania studujących z przebiegiem niektórych schorzeń u obłożnie chorych, studenci IV kursu są obowiązani kolejno przebywać na Oddziale w formie dyżurów.

Poza studentami Akad. Stom. doksztalcają się na Oddziale: absolwenci P. I. D., pogłębiając swoje wiadomości, uzyskane w czasie studjów (liczba w roku 1933 — 48), z tych powstają przyszli asystenci oraz lekarze-dentyści — absolwenci dawnych szkół dentystycznych, zwykle starsi koledzy, zaznajamiając się ze zdobycami nowszemi z dziedziny chirurgji stomatologicznej (liczba w roku 1933 — 29).

Uzyskane wiadomości swoje studenci wykazują w egzaminach.

Studenci III kursu zdają egzamin teoretyczny oraz praktyczny z ekstrakcji i znieczuleń na fantomach.

Studenci IV kursu wykazują wiadomości swoje w końcowym egzaminie państwowym, w trzech kolejno po sobie następujących częściach, a mianowicie: 1. z badania i rozpoznania schorzeń jamy ustnej i zębów (zwykle dzięki temu, że jest materiał kliniczny, bywają przedstawiane schorzenia powikłane), 2. z umiejętności wykonania zabiegu praktycznego znieczulenia i ekstrakcji zęba, i po 3. w egzaminie komisyjnym z teorii chirurgji stomatologicznej.

W programie studjów nauczanie chirurgji stomatologicznej w tej formie, w jakiej się odbywa w Akademji Stomatologicznej, jest uwzględniony w dużym stopniu zakres, przeciętnie większy aniżeli w Instytutach zagranicznych.

Nowa ordynacja podatkowa.

Weszła w życie nowa ordynacja podatkowa zawierająca przepisy normujące wszelkie rozporządzenia, zawarte w różnych dotychczasowych ustawach podatkowych. Zgodnie z tą ustawą zniesiono komisje szacunkowe; wymierzają podatki urzędy skarbowe, natomiast komisje odwoławcze zostały rozszerzone.

Płatnik składający odwołanie od podatku wymierzonego, opłaca tytułem stempla zł. 2 oraz $\frac{1}{2}\%$ od sumy, stanowiącej różnicę między sumą podatku wymierzonego a zadeklarowaną.

Różne grupy zawodowe mogą domagać się powołania swych przedstawicieli do komisji odwoławczych.

I marca każdego roku należy składać zeznanie o obrocie i o dochodzie.

Podstawą wymierzenia podatku stanowią księgi handlowe prowadzone prawidłowo i rzetelnie (art. 86, oddz. VI).

Art. 94 brzmi, że jeżeli na poparcie zeznania złożonego w terminie, płatnik wyraził gotowość przedstawienia ksiąg, to władza wymiarowa nie może ustalić podstaw wymiaru odmiennie, aniżeli to wynika z tych ksiąg, o ile one nie zostały uznane za nieprawidłowe, lub za nierzetelne.

Art. 74 głosi, że wolne zajęcia zawodowe mogą prowadzić sposobem uproszczonym księgi przychodu i rozchodu.

Z lewej strony książki będą dochody, z prawej zaś koszty związane z wykonywaniem zawodu (komorne, telefon, środki lekarskie i t. p.).

Każdy zapis winien być zaopatrzony w datę i nazwisko kontrahenta.

Z powyższego wynika, iż lekarze dentyści mogą zaprowadzić uproszczoną księgowość, przyczem książki należy poświadczyć w odnośnym urzędzie skarbowym.

Wynagrodzenie lekarzy i dentystów szkolnych.

Ministerstwo oświaty ustaliło, normy wynagrodzenia kontraktowych lekarzy i dentystów szkolnych. Lekarze i dentyści zatrudnieni kontraktowo w ogólnokształcących szkołach średnich i zawodowych otrzymywać będą miesięcznie 14 zł. za każdą godzinę pracy w tygodniu. Liczbę godzin tygodniowej pracy lekarzy i dentystów w szkołach średnich ogólnokształcących ustala kuratorjum okręgu szkolnego. W szkołach zawodowych jedna godzina pracy tygodniowo przypaść ma dla lekarzy i dentystów na 30 uczniów. Dla lekarzy w szkołach posiadających warsztaty maszynowe oraz w szkołach posiadających internaty jedna godzina tygodniowo przypada na 20 uczniów. (D. W. Z. 1934/4).

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Opieki Społecznej z dnia 23 października 1934 r.

wydane w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego o egzaminach dla techników dentystycznych.

Na podstawie art. 20 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr. 4, poz. 32) zarządza się, co następuje:

§ 1. Artykuły (art.), powołane w rozporządzeniu niniejszem bez bliższego określenia, oznaczają artykuły rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr. 4, poz. 32), powołane zaś paragrafy (§) — paragrafy rozporządzenia niniejszego.

§ 2. Do przeprowadzenia przewidzianych w art. 17 egzaminów dla techników dentystycznych powołuje się komisję egzaminacyjną przy Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie.

§ 3. Do egzaminów na uprawnionych techników dentystycznych dopuszczeni będą:

1. w terminach określonych w § 4 ci technicy dentystyczni, którzy otrzymali zezwolenie na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych do dnia 15 czerwca 1935 roku:

- a) na podstawie art. 14 ust. 3 i art. 15 ust. 3,
- b) na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 i art. 15 ust. 1 i 2 — po dniu 12 listopada 1929 roku,
- c) w związku z postanowieniami art. 89 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1932 r. o Najwyższym Trybunale Administracyjnym (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 809).

2. w terminach i miejscach określonych przez Ministra Opieki Społecznej ci technicy dentystyczni, którzy w związku z postanowieniami art. 89 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1932 r. o Najwyższym Trybunale Administracyjnym (Dz. U. R. P. Nr. 94, poz. 806) otrzymają

zewolenia na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych po dniu 15 czerwca 1935 roku.

§ 4. (1) Egzaminy dla techników dentystycznych będą się odbywały w dwóch terminach:

- a) w terminie pierwszym — począwszy od dnia 15 lutego 1935 r.,
- b) w terminie drugim — począwszy od dnia 15 czerwca 1935r.

(2) Technicy dentystyczni, którzy nie złożyli egzaminu z wynikiem pomyślnym w terminie pierwszym, będą mieli prawo przystąpienia do egzaminu w terminie drugim.

(3) Technicy dentystyczni, którzy będą dopuszczeni do egzaminu w terminie drugim jako pierwszym, w razie niezłożenia egzaminu w tym terminie z wynikiem pomyślnym nie będą mieli prawa do powtórnego składania egzaminu.

§ 5. Opłata egzaminacyjna wynosi zł 60. W razie powtórnego składania egzaminu opłata powyższa powinna być uiszczona ponownie.

§ 6. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi delegat Ministra Opieki Społecznej, jako przewodniczący, oraz dwaj członkowie, mianowani przez Ministra Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

§ 7. Program egzaminu obejmuje następujące przedmioty:

- a) anatomję jamy ustnej i zębów,
- b) fizjologję jamy ustnej,
- c) patologję ogólną i anatomję patologiczną jamy ustnej,
- d) choroby zębów, ich leczenie i usuwanie,
- e) technikę dentystyczną.

§ 8. (1) Podania o dopuszczenie do egzaminu należy składać:

- a) w przypadkach przewidzianych w § 3 ust. 1 pkt. a) — do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach;
- b) w innych przypadkach — do Ministerstwa Opieki Społecznej.

(2) Opłaty egzaminacyjne (§ 5) należy wносить przy składaniu podań o dopuszczenie do egzaminu.

§ 9. Technicy dentystyczni, którzy złożyli egzamin z wynikiem pomyślnym, nichi tytułu „uprawnionego technika dentystycznego“ oraz uprawnień do wykonywania czynności w ramach postanowień art. 17.

§ 10. Szczegółowe przepisy o sposobie urzędowania komisji egzaminacyjnej, sposobie egzaminowania, ocenie wyników egzaminów i wynagrodzeniu osób, wchodzących w skład komisji, określi instrukcja, wydana przez Ministra Opieki Społecznej.

§ 11. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

(—) *Jerzy Paciorek*
Minister Opieki Społecznej.

Dział sprawozdań i streszczeń.

ANATOMJA.

Adloff. Do którego uzębienia należą trzonowce? Uwagi do pracy W. Meyera: Rozwój mlecznych i stałych trzonowców człowieka. Z. f. Stom. 1934/5, str. 262.

W. Meyer wykazuje w swojej pracy, że trzonowce są embriologicznie tego samego pochodzenia co zęby mleczne to znaczy: pochodzą z tej samej listewki zębowej i powinny być zaliczone do pierwszego uzębienia. Polemizując z nim, stwierdza Adloff, że to nic nowego i że wykazał to jeszcze, w r. 1916 w swojej pracy: Rozwój systemu zębowego ssaków i ludzi. Nie kwestjonując zatem faktu jako takiego, uważa jednak, że mimo wszystko ze względu na formę i właściwości zewnętrzne, powinno się trzonowce zaliczać do zębów stałych. W końcu uważa hipotezę Kückenthala, wedle którego trzonowce należą do obydwu uzębień, za najprawdopodobniejszą i to w tej formie, że z przedniej części listewki zębowej tworzą się oddzielnie zęby mleczne i stałe, podczas gdy z tylnej części ze względów celowości a priori tworzy się z listewki tylko jedno uzębienie. Stanowisko trzonowców pozostaje zatem wątpliwe i w tym kierunku powinno się zwykły schemat zębowy skorygować.

Dr. Atlas (Lwów).

PATOLOGJA I TERAPJA.

J. Lartschneider. Przypadek ciężkiej neuralgji twarzowej wychodzącej z prawego nerwu podoczodołowego. Z. f. Stom. 1934/17, str. 983.

Historja choroby ciężkiej neuralgji prawego nerwu podoczodołowego, która nie ustąpiła pomimo ekstyrpacji nerwu. Przeciwnie, stan pacjenta znacznie się pogorszył. Rodzina na szczęście nie chciała się zgodzić na proponowaną ekstyrpację zwoju Gassera. Powołano innego chirurga, który mimo poprzedni zabieg chirurgiczny, usunął w czasie operacji znowu nerw podoczodołowy i od tej chwili pacjent był zupełnie wyleczony.

Okazało się, że pacjent posiadał dwa nerwy podoczodołowe, dość odległe od siebie i że pierwszy operator usunął jeden, a drugi dopiero drugi nerw — likwidując tem samem sprawę chorobową. Piękna fotografia preparatu anatomicznego ze zbiorów dra. Lartschneidera ilustruje powyższy przypadek. W konsekwencji opisanego przypadku poleca autor przy tego rodzaju zabiegach, otwarcie i dokładną inspekcję całej okolicy podoczodołowej, by nie przeoczyć ewentualnej anomalji. Ponadto poleca Lartschneider usunięcie jeszcze nervus zygomatico-facialis, chociaż posiada tylko włókna motoryczne. Ostrożność nie zawadzi — zdaniem autora — zwłaszcza, że nie możemy nigdy wykluczyć — przy dzisiejszym stanie wiedzy, czy też między włóknami motorycznymi nie znajdzie się również jakaś gałązka czuciowa. Na propozycję autora każdy chirurg i stomatolog zgodzić się musi.

Dr. Atlas (Lwów).

A. Börsner. Dżagnostyka zakażeń ogniskowych pochodzenia zębowego *Z. f. Stom.* 1934/18, str. 1088.

Nawiązując do analizy własnego przypadku oral sepsis, zastanawia się autor nad metodami, któreby pozwoliły wykazać związek przyczynowy między chorym zębem a schorzeniem ogólnym. Prowokację danego zęba przeprowadza metodą mechaniczną, mianowicie wstrząsem przy nawierceniu wypełnienia, obserwując następnie temperaturę. Pokrywa się to ze spostrzeżeniem Schottmüllera, że bakterje przechodzą do krwiobieg, nawet z powodu urazu chorych zębów przy normalnem żuciu. Opierając się na obserwacji, że przy zapaleniach ozębnej nacięcie w okolicy szczytowej zęba wywiera czasem bardzo dodatni wpływ leczniczy — poleca autor ten sposób jako prowokacyjny w wypadkach, gdyby pacjent nie zgodził się na nawiercenie wypełnienia. (Dziwni pacjenci przyp. ref.) Wreszcie jako trzeci sposób poleca Börsner podrażnienie prądem o wysokiej częstotliwości. Zupełnie słusznie uważa autor wszystkie pozbawione mięzgi zęby bez względu na to czy były leczone czy też nie i bez względu na wynik zdjęcia roentgenowskiego za podejrzone. Podobnie odnosi się do schorzeń przyzębia. W praktycznem zastosowaniu umożliwia wczesne rozpoznanie związku przyczynowego w przypadkach zakażenia ustnego, odpowiednie leczenie, które często doprowadza do korzystnych dla pacjenta wyników.

Dr. Atlas (Lwów).

E. Kotanyi. Pięć przypadków promienicy, wyleczonych wyciągiem gruczołów limfatycznych Prof. Traunera, *Z. f. Stom.* 1934/20. str. 1170.

Stany zapalne w okolicy szczęk, wywołane grzybkim promienicy nie różnią się klinicznie w początkowem stadjum od obrazu zapalnego wywołanego przez paciorkowce i gronkowce. Punkcja każdego ropnia i bakterjologiczne zbadanie treści powinno być obowiązkowe, by nie przeoczyć żadnego przypadku promienicy, gdyż wczesne rozpoznanie i leczenie daje dobre rokowanie.

Ze znanych ogólnie środków leczniczych promienicy uważa autor za najskuteczniejsze — oprócz zabiegów chirurgicznych — naświetlanie Roentgenem i podawanie preparatów jodowych. Za ciekawą uważa obserwację, że promienie R. in vitro wogóle nie działają ujemnie na grzybki promienicy. Autor wspomina również o leczeniu siarczanem miedzi.

Leczenie promienicy wyciągiem gruczołów limfatycznych wedle Traunera polega na spostrzeżeniu, że w przypadkach czystej promienicy, gruczoły chłonne nigdy nie są zajęte. I tę to właściwość gruczołów chłonnych Trauner wyzyskał terapeutycznie. Wyciągu gruczołów chłonnych używa w postaci okładów, wlewań i wstrzykiwań podskórnych, po szerokiem otwarciu i wyłęczkowaniu zajętej okolicy. Chodzi głównie o to, by miejsce schorzenia znajdowało się w jak najściślejszym kontakcie z wyciągiem gruczołów limfatycznych. Wyciąg gruczołów chłonnych wyrabiają: „Medikamentenwerke des Landes Steiermark“. Autor podaje historję choroby 5 przypadków wyleczonych podaną metodą.

Dr. Atlas (Lwów).