

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

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

LWÓW

BADANIA NAD STATYCZNĄ BUDOWĄ CZASZKI ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM APARATU ŻUCIA.

5) (Ciąg dalszy do Pol. Stom. 1935, Nr. 3. str. 91).

*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. po. 15,12: 15,5: 15,1.

Doc. int. 611.715.

V.

Budowa kośćca ze stanowiska technicznego.

Od każdej budowy i od każdej maszyny wymaga się pewnej wytrzymałości, ażeby mogła spełniać swoje zadanie. Wytrzymałość tę osiąga się przez odpowiednią konstrukcję i dobór materiału.

Kościec twarzowy i czaszkę należy traktować również jako budowę. Ma ona pomieścić w sobie i dać ochronę tak ważnym organom jak mózg, narządy słuchowe, wzrokowe i powonienia. Ponadto ma kościec twarzowy tworzyć bramę wejścia i przedsionek dla przewodu oddechowego i pokarmowego a pozatem jeszcze — co ważniejsze — stworzyć tak ważną maszynę jak przyrząd służący do żucia, funkcjonujący przez całe życie z siłą 200—400 kg. Przytem cała ta skomplikowana budowa niema stałej powierzchni oparcia, żadnego szerokiego fundamentu, chociażby analogicznego do szerokiej i rozłożystej podstawy wieży Eiffel, tylko przeciwnie umieszczona jest w niestałej równowadze na małej powierzchni stawów potyliczno-kręgowych.

Podobnego arcydzieła techniki nie znajdziemy na całym świecie, a gdyby się do tego rodzaju budowy techniki o innym celu zabrało konsorcjum z najdoskonalszych techników, nie zdołałoby w wieku największego rozwoju techniki tak doskonałej budowy dokonać — z tak małej ilości materiału, na tak małej przestrzeni i tak sprawnie funkcjonującej.

Że tak jest istotnie świadczy chociażby fakt, że mimo wyteżonych prób ze strony anatomów i antropologów przy pomocy techników nie zdołano jeszcze chociażby wytłumaczyć w sposób wystarczający architektury czaszki, jej poszczególnych składników, tj. kształtów poszczególnych kości jako jednostek konstruktywnych budulca i rozłożenia materiału w poszczególnych częściach tej budowy; tłumaczenia zaś dotychczasowe należy raczej uważać za próby w tym kierunku podjęte.

W wielkich podręcznikach anatomji znajdujemy dokładne opisy zarysu ogólnego tej budowy architektonicznej i jej poszczególnych części, szczegółowe opisy i ryciny struktury kości w różnych miejscach i w różnych okresach rozwoju. Nie znajdziemy jednak ani pytania ani odpowiedzi: „Dlaczego właśnie te lub inne części kośćca czaszki tak a nie inaczej są zbudowane?“. Oraz: „Czy z konstrukcji samej — na podstawie wiadomości z techniki i wycucia mechanicznego oraz znajomości historii rozwoju narządów nie można znaleźć chociażby w części zadowolającej odpowiedzi?“.

1. Istota budowy kości.

Kość ma zadanie po części służenia mięśniom za podstawę przyczepu, następnie za dźwignię, którą poruszają mięśnie celem wywarcia siły, potrzebnej do pewnej funkcji ciała lub pewnego narządu.

Szkielet twarzoczaszki stwarza powierzchnię dla przyczepu mięśni mimicznych, szkielet zaś twarzo- i mózgowoczaszki dla mięśni poruszających aparat żucia; w końcu — na szkielecie czaszki mózgowej przyczepiają się mięśnie karkowe i szyi, utrzymujące w równowadze niestałej czaszkę na kręgosłupie.

Ażeby mięśnie mogły znaleźć przyczep musi wytworzyć się powierzchnia kostna. Za powierzchnię przyczepu mięśni służyć może albo powierzchnia kostna jako taka, albo też powięź, która rozpina się jakby w ramie kostnej; kość stanowi wówczas wystarczający opór wobec kontrakcji mięśni. Charakter ramowy zaznacza się na kości przez wystąpienie listew, obejmujących ciekłą płytę kostną. Widzimy to np. przy mięśniu skroniowym. Dla funkcji mięśni większe znaczenie posiada szerokość powierzchni kości, aniżeli jej grubość (np. lamina pterygoidea ossis sphenoidalis dla m. skrzydlatego wewnętrznego).

Poszczególne części kości służą nietylko za ramiona dźwigni dla ruchów, ale tworzą zarazem mocną podstawę ciała lub części ruchomych, która ma zadanie statyczne.

Z tegoż punktu widzenia możemy kształt kości podzielić na dwie części składowe: na kształt podstawowy — zrąb (Grundform), który wypływa z ogólnych warunków funkcji danej części ciała, i na kształt zewnętrzny (Aussenform), będący wynikiem szczegółowej funkcji. Jako przykład weźmy kość ramienną lub piszczelową, które posiadają kształt podstawowy cylindrycznych prętów. Na zewnętrznej stronie występują na nich krawędzie jako wynik funkcji przyczepiających się doń mięśni — ukształtowanie zewnętrzne. (Weidenreich 1922/23 *).

Mięśnie nadają zatem formę zewnętrzną w postaci płyty, listewki, łuku lub guzowatości.

Kształt podstawowy jest na ogół uwarunkowany funkcją i dostosowuje się w dalszym ciągu odpowiednio podczas pracy. O ile zaś kość ma służyć za odporną osłonę dostosowuje się jej zasadniczy kształt do narządu, który otacza (np. czerep czaszki do mózgu, lej kostny: oczodół — do narządu wzrokowego).

Zadanie mechaniczne, które dany organ musi spełnić, prowadzi do zwiększenia powierzchni kostnej lub do dobudowy do ośrodka pierwotnego.

Rozróżniamy rusztowanie kostne, mające za zadanie dźwiganie a zatem przystosowane do ciśnienia, następnie konstrukcję kostną, służącą za zaczep dla mięśni, tj. dla sił pociągających.

Przestrzenie natomiast puste, nie posiadające żadnego znaczenia, mogą być zużyte na inny cel: mogą być one wypełnione tkanką krwiotwórczą lub tłuszczową lub zawierać powietrze jak niektóre kości ptaków.

Te same zasady, które zestawiliśmy powyżej, znajdują również zastosowanie w ogólnej architekturze kośćca twarzowego.

To znaczy: przestrzenie położone między dźwigarami kostnymi i wzmocnieniami, nie podlegające ciśnieniu lub ciągnięciu, tworzą

*) Weidenreich: Ueber die pneumatischen Nebenräume des Kopfes. Z. f. Anat. u. Entwicklungsg. LXXII 1924, Nr. 1/2, S. 55.

jamy, wypełnione powietrzem, otoczone stosunkowo cienkimi ścianami z korowej substancji np. boczne jamy nosa.

W ten sposób w miarę potrzeby powstaje rozbudowa architektury zewnętrznej.

Nietylko ukształtowanie zewnętrzne podlega wymaganiom statyki i dynamiki ale i wewnętrzny układ architektoniczny.

W budowie wewnętrznej kośćca rozróżniamy istotę korową (zbitą) i istotę gąbczastą.

Substancja kostna, czyto zbita czy też gąbczasta, wytwarza się tylko tam, gdzie kość ma spełnić pewne zadanie mechaniczne.

Architektura istoty gąbczastej jest tego rodzaju, że puste miejsca kości nie osłabiają jej wytrzymałości.

Ale nietylko budowa istoty gąbczastej jest uzasadniona prawami statyki, ale również budowa istoty zbitej, albo korowej (*corticalis*). *Przy zachowaniu tej samej zasady co przy istocie gąbczastej układa się istota korowa i przedstawia stłoczone na wąską przestrzeń beleczki; możemy ją zatem zdefiniować jako ściśniętą istotę gąbczastą, a odwrotnie istotę gąbczastą jako rozszczepioną istotę korową.*

W technice zastępuje się pełną sztabę rurą pustą albo prętem o odpowiednim profilu, nie osłabiając przytem konstruktywnej wytrzymałości. Na tej samej zasadzie są skonstruowane poszczególne kości albo układy kośćca przy zachowaniu największej ekonomji materiału. Teza techniczna: „Precz z materiałem ze środka“ znajduje często potwierdzenie w budowie kości. Zamiast skupionej istoty kostnej spotykamy jakoby celowo ułożone beleczki kostne: trajektorja, natomiast istotę zbitą na krawędziach lub powierzchni.

Ten rozdział materiału powoduje, że szkielet ludzki zbudowany jest z największą oszczędnością materiału przy największej wytrzymałości.

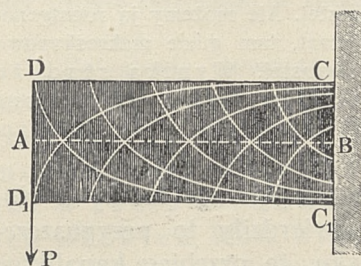
W niektórych miejscach wykazuje jednak konstrukcja kostna większą pojemność aniżeli by przedstawiała w masie zbitej. Płytki i beleczki kostne leżą wówczas w kierunku najsilniejszego ciśnienia, lub siły pociągowej¹⁾.

¹⁾ Zagadnieniem tem zajmował się już w r. 1867 Herman Meyer wspólnie z Culmanem, badając architekturę kości długich. Culman sformułował wówczas zasadnicze reguły odnoszące się do architektury kośćca. Na specjalną

Culman (1866), który razem z Meyerem ogłosił pierwsze prace nad statyką kośćca, podał wzór rozkładu linii ciśnienia i ciągnięcia w belce wmurowanej. Ryc. 28.

U belki wmurowanej końcem B możemy oznaczyć kierunki największych i najmniejszych sił normalnych dwoma systemami linii, które przecinają oś neutralną AB pod kątem 45° a włókna końcowe i siebie wzajemnie pod kątem 90° . Krzywe — wklęsłe ku dołowi — odpowiadają siłom pociągającym, natomiast krzywe zwrócone ku górze — a więc wklęsłe ku górze — siłom ciśnienia. Stromy przebieg tychże linii odpowiada sile minimalnej, łagodny zaś maksymalnej. Na końcach belki przy D i D_1 siły naprężenia równają się zero, podczas gdy przy C i C_1 są największe.

Jeżeli zbudujemy belkę z poszczególnych prętów, które przebiegają w kierunku linii ciągnięcia i ciśnienia wówczas pozbedziemy się sił odcinających (scherende Kräfte) i nadamy jej największą wytrzymałość na ciągnięcie i ciśnienie. Belka taka uniesie taki sam ciężar co jednolita, nie załamując się. (Culman, 1866).



Ryc. 28. Wmurowana belka (według Culmana). Linje ciągnięcia i ciśnienia.

Krzywe skonstruowane w rycinie schematycznie odpowiadają przebiegowi trajektorjów, które występują na zdjęciu roentgenowskim kości. Ugrupowanie beleczek widzimy nie tylko na całych kościach ale także na przekrojach kości, zawierających w sobie istotę gąbczastą lub tylko istotę korową. Mamy w tem dowód, że istotę korową możemy rzeczywiście uważać za ściśniętą istotę gąbczastą. Poszczególne beleczki, względnie płytki kostne ściśnione na stosunkowo małej powierzchni występują wyraźnie na szlifach kostnych, prześwietlonych promieniami roentgenowskimi (ryc. 30) i na nieco powiększonych zdjęciach roentgenowskich oraz na szlifach kostnych, oglądane mikroskopem przy małym powiększeniu.

uwagę zasługują prace: H. Meyer: „Die Architektur der Spongiosa“. Arch. f. Anatomie, Physiologie etc. 1867, i Culman: „Die graphische Statik“. Zürich 1866.

Przykłady co do architektury kości długich i kości biodrowej zob. w podręczniku anatomji Raubera i Kopscha 1914, II, str. 194.

Już dawno stwierdzono, że istota zbita jest skanalizowana i to w pewnych kierunkach. Przebiegają bowiem w niej kanaliki Haversa, wkoło których układają się koncentrycznie blaszki kostne (lamelle Haversa). Ponadto mamy jeszcze w warstwie zewnętrznej i wewnętrznej t. zw. blaszki kostne główne, połączone w odpowiedni sposób z poprzednimi.

Znaczeniu układu kanalików Haversa poświęcił W. Gebhard²⁾ obszerną pracę, poddając badaniom swoim kości długie. Autor ten dochodzi do wniosku, że „przy typowym układzie systemów Haversa w kości napięcia wywołane ciągnięciem i ciśnieniem takie same mają kierunki przebiegu, co w ciele masywnym, ponadto napięcia skierowane inaczej znajdują korzystny przebieg“. Badania Gebharda odnoszą się przedewszystkiem do kości długich, a więc do tegoż typu, który pierwotnie założony jest jako chrząstka, a u którego następnie wkoło tej chrząstkowej osi utworzyły się pokłady kostne. Ale i u kości o innej osteogenezie jak u żuchwy stwierdził Walkhoff³⁾ roentgenologicznie również systemy linii, które nazywał trajektorjami, tłumacząc je jako układ beleczek kostnych istoty gąbczastej. Przy wielkich obiektach struktura ta odpowiada przeważnie istocie gąbczastej. Ale możemy ją roentgenologicznie stwierdzić także w kości małych zwierząt, tam gdzie makroskopowo nie spotyka się w wielu miejscach istoty gąbczastej. Wynika stąd, że system linii widzianych na roentgenogramie niezawsze odpowiada tylko istocie gąbczastej ale i istocie koronowej.

Badania Winklera⁴⁾ wykonane na żuchwie małpy z Nowego Świata *Cebus macrocephalus* potwierdziły to przypuszczenie. Winkler doszedł bowiem do wniosku, że przebieg kanalików Haversa odpowiada w ogólnym zarysie systemowi linii, widzianych na roentgenogramach. Odnosi się to nie tylko do istoty gąbczastej ale i do istoty zbitej, gdyż mógł je wykazać roentgenologicznie również w wypadkach, w których usunął istotę gąbczastą. Kanaliki Haversa nie wychodzą wyłącznie z jamek szpikowych — nie wszystkie bowiem naczynia pochodzą z tętnicy żuchwowej, gdyż w wielu miejscach, mianowicie w okolicy gałęzi wstępującej przechodzą od okostnej do wnętrza liczne kanaliki. Wiele z tych kanalików

²⁾ W. Gebhard: Der Bau der Haversschen Lamellen-Systeme und seine funktionelle Bedeutung. — Über funktionell wichtige Anordnungsweise der feineren und gröberen Bauelemente d. Wirbeltierknochens II. Archiv. f. Entwicklungsmechanik der Organismen 20 Bd/2 — (cytowane na podstawie pracy Winklera).

³⁾ O. Walkhoff: Der Unterkiefer der Antropomorphen und des Menschen in seiner funktionellen Entwicklung und Gestalt, 1902.

⁴⁾ Rudolf Winkler: Ueber den funktionellen Bau des Unterkiefers. Z. f. Stom. 1921/7, str. 401.

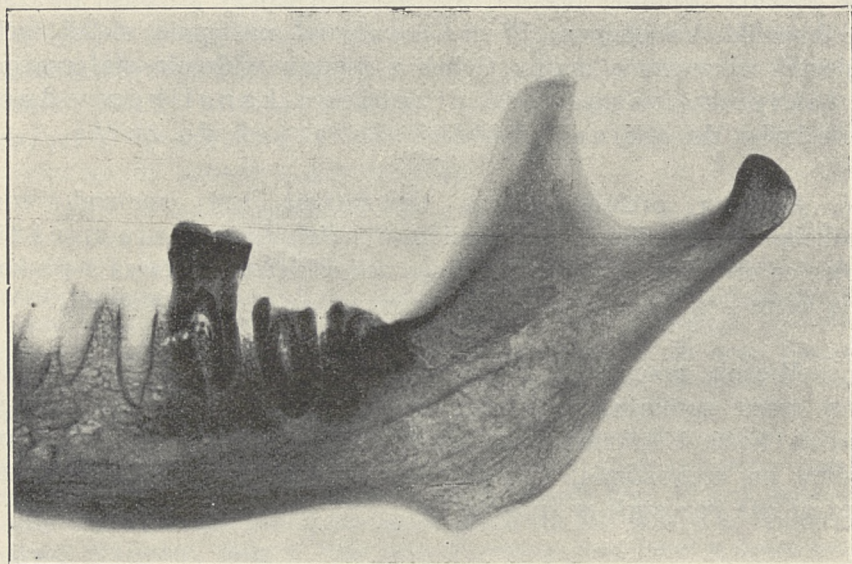
nie posiada struktury blaszek otaczających, należy je zatem uważać za kanaliki Volkmanna. Win kler badał następnie układ tych beleczek w żuchwie małpy *Cebus* z punktu widzenia statycznego i stwierdził zgodność przebiegu kanalików odpowiednio do układu mięśni służących do żucia.

Budowa architektoniczna wewnętrzna jest spowodowana funkcją, tj. ciśnieniem i ciągnięciem wskutek działania mięśni, które co do masy swojej przeważają nad szkieletem i łączą się z kością bezpośrednio, przemieniając bierny organ kości w aktywny.

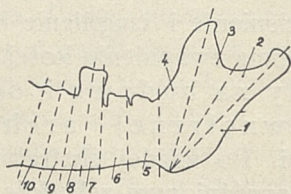
Mięśnie pracują nie tylko przy pewnych wysiłkach, ale także i w czasie spokoju, wywołując w ten sposób ciśnienie i ciągnięcie na kość. Utrzymanie np. głowy, będącej w niestałej równowadze na kręgosłupie, wymaga ciągłego napięcia mięśni, a przecież głowa pozostaje w spokoju.

Powstanie wewnętrznej architektury kości nie następuje dopiero po narodzeniu, tylko zaznacza się już do pewnego stopnia podczas życia płodowego. Przyjmując momenty dziedziczności, nie możemy zaprzeczyć funkcji mięśni tworzących się już w życiu płodowym i kontrakcji poszczególnych ich włókien, które wywołują ciśnienie i ciągnięcie na tworzące się i ulegające już do pewnego stopnia zwapnieniu kości. Podczas całego życia mamy dowody na budowę i odbudowę kości i powstawania wewnętrznej architektury, zgodnie z prawami statyki. Po każdej ekstrakcji zęba widzimy nowo tworzącą się kość w opróżnionym zębodole, a zarazem odbudowę tych części kości, które pozbawione są funkcji, tj. ciśnienia podczas aktu żucia. Szczęki pozbawione funkcji ulegają zanikowi, architektura wewnętrzna kości staje się mniej wyraźną, jakoby kość uległa częściowemu odwapnieniu, a czynny udział naczyń ulega zmniejszeniu, jak widzimy np. przy tętnicy zębodołowej dolnej po utracie zębów dolnych; struktura kanału żuchwowego traci swe wyraźne zarysy w szczęce bezzębnej.

Przyczepy mięśni znajdują się na powierzchni kości korowej, wychodząc przeważnie z listewek cokolwiek występujących ponad powierzchnię, np. *linea obliqua mandibulae*, *linea mylohyoidea*, *linea temporalis* na kości czołowej i ciemieniowej, *linea nuchae superior*, *inferior* na kości potylicznej.

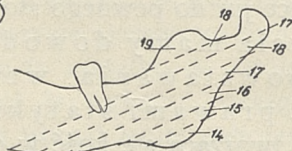


Ryc. 29. Połowa żuchwy. Zdjęcie roentgenowskie ($1/1$); lewa połowa żuchwy; przylega strona językowa preparatu do filmu.
Struktura żuchwy rozłożona według zasad statyki.



Ryc. 30 a.

Poprzeczne kierunki cięć preparatu, przedstawionego w ryc. 29; poszczególne skrawki są przedstawione w ryc. 30.



Ryc. 31 a.

Ukośno - podłużne kierunki cięć prawej strony tejże żuchwy przedstawione w ryc. 31.

Niekiedy powstają guzowatości, czyli zgrubienie istoty korowej. Tak np. na kości potylicznej, która się składa z dwóch płytek istoty zbitnej, między którymi znajduje się istota gąbczasta. Widzimy po stronie zewnętrznej guz potyliczny, do którego przyczepia się silne ścięgno, od którego odchodzą powierzchowne mięśnie karkowe, a od strony wewnętrznej guzowatość, tj. zgrubienie

istoty korowej, wywołane przyczepem przegrody błoniastej (*falx cerebri*).

Przyczep mięśnia wywołuje większe ciągnięcie na kość, a więc powoduje znaczne ściśnienie struktury, zaznaczające się pewnym zgrubieniem istoty korowej.

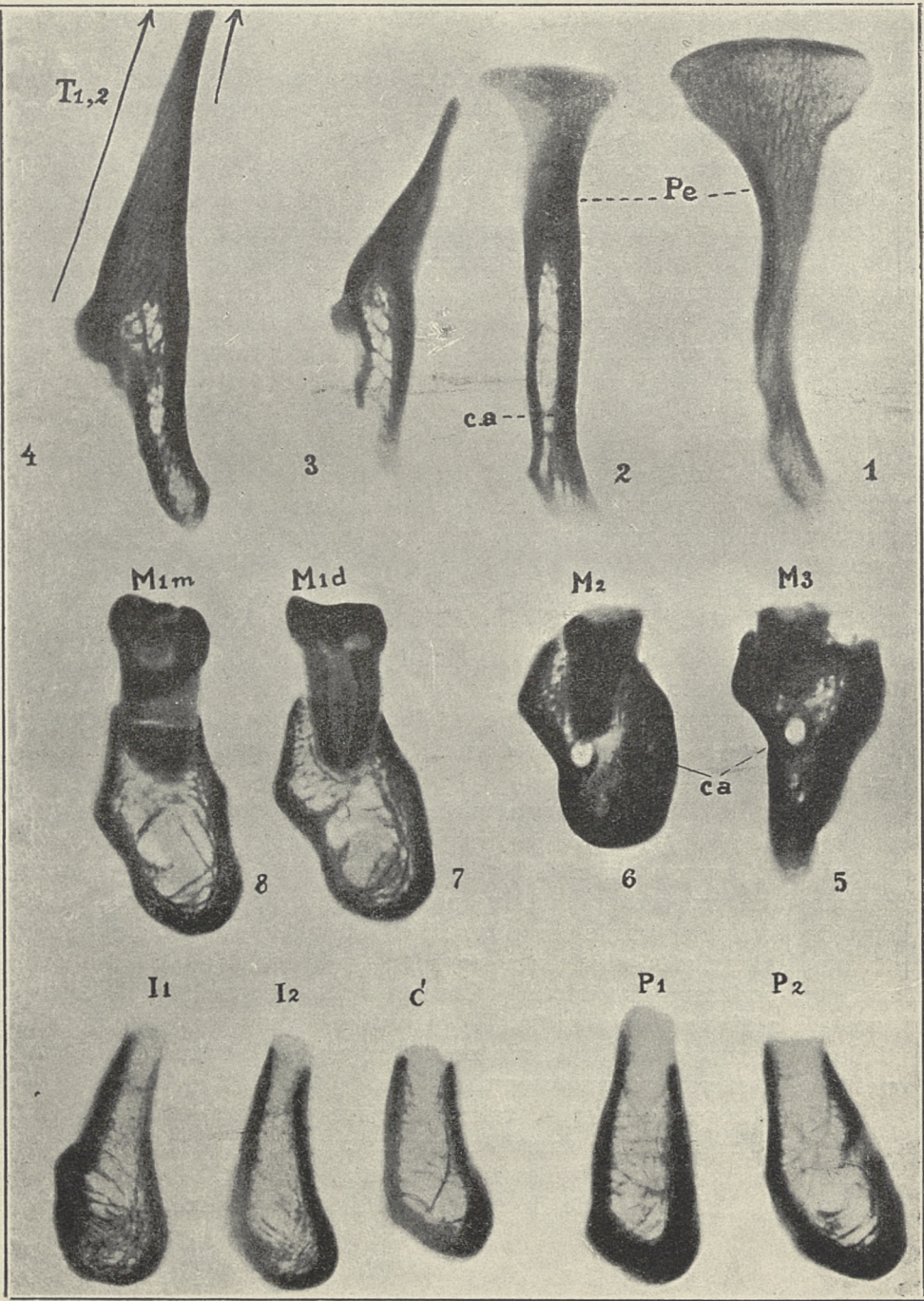
Inaczej zaznacza się kość już makroskopowo, która ma za zadanie wykazanie wytrzymałości na ciśnienie. Struktura będzie miała przede wszystkim charakter istoty gąbczastej ale ściśnionej, przyczem będą widoczne poszczególne beleczki, ustawione przeważnie prostopadle do kierunku ciśnienia (ryc. 29), a złączone ze sobą beleczkami, przechodzącymi w kierunku ciśnienia (ryc. 31, (18)). Im większa różnolitość kierunku sił ciśnienia, tem większa różnolitość w układzie poszczególnych beleczek.

Siły ciśnienia mogą jednakowoż przenosić się także powierzchnią kostną przez istotę korową, nadając układ charakterystyczny do kierunku działania sił blaszkom składowym istoty zbitnej (*Basis ossis zygomatici, processus frontalis ossis zygomatici*) (ryc. 32).

Najbardziej charakterystyczny układ struktury wewnętrznej na ciśnienie widzimy w trzonie kręgow, gdzie występuje rysunek bardzo ściśniony istoty gąbczastej, albo w trzonie kości potylicznej lub w trzonie kości klinowej (ryc. 34), gdzie występuje wyraźnie architektura kości spowodowana ciśnieniem wywołanem ciężarem czaszki, balansującej na kręgosłupie.

Szczególny charakter ma także wyrostek sutkowy (*processus mastoideus*), który służy za przyczep mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego (ryc. 33). Tutaj widzimy ogromnie szeroko rozbudowane przestwory między poszczególnymi beleczkami, które ustawiły się przeważnie w postaci rurek w kierunku ciągnięcia mięśnia. Faktycznie jednak siła ciągnięcia mięśnia udziela się istocie korowej, podczas gdy istota gąbczasta tylko bierze udział bierny i zostaje niejako rozciągnięta. W ten sposób przy wytworzeniu się wielkiego guza powiększyła się zewnętrzna powierzchnia kości, potrzebna dla szerszego przyczepu mięśnia.

Charakterystyczne jest także miejsce przyczepu mięśnia skroniowego, który zaczepia się na szerokiej przestrzeni wachlarzowato, powodując tylko minimalne zgrubienie istoty korowej zewnętrznej na obwodzie przyczepu. Miejsce przyczepu stanowi



Ryc. 30. Roentgenogramy poprzecznych cięć przez lewą połowę żuchwy dla uwidocznienia struktury kości (porównaj ryc. 29; w ryc. 30a podane są kierunki cięć). Powiększone o 40% naturalnej wielkości.

Opis wspólny do ryc. 29, 30 i 31.

Struktura wewnętrzna kości dostosowana do ciągnięcia.

Ryc. 29.	Ryc. 30 nr.	Ryc. 31 nr.
<i>Proc. coronoideus</i> (przód)	4 między dwoma blaszkami zbitymi podłużne beleczki	19
<i>Linea obliqua</i>		18 (okol. retromolarna)
<i>Proc. coron.</i> (tył)	3 (górną część)	
<i>Collum proc. condyloid: m. pteryg. ext.</i>	2, 1 (<i>Pe</i>) i w pobliżu leżące podłużne beleczki promieniujące ku główce	18 i 17 (<i>corticalis</i> szyjki)
<i>Augulus mandibulae: m. massetr m. pteryg. int.</i>	1, 4, 5 dolna część 6 cz. policzkowa	14, 15, 16 (<i>Pi, M</i>)
<i>Spina mentalis</i>	13	
Zewnętrzna krawędź dolna żuchwy (wewnętrzne napięcie)	9, 10, 11, 12	17, 18

Struktura dostosowania do ciśnienia.

Dolna krawędź wewnętrzna trzonu żuchwy (<i>corticalis</i> po str. wewnętrznej)	6—13 (z wyjątkiem <i>spina ment.</i> w 13)	
Zębodoły		
Struktura wewnętrzna trzonu (<i>Spongiosa</i>)	5—13	18, 17. Rozkład promienisty
Główka stawowa (górną krawędź i str. zewnętrzna)	1	17
Przebieg kanału żuchwowego		16 Ca (<i>canalis alveolaris</i>)

niejako zgrubiałą listewkę, która rozpięta jest między dwoma silnymi trawersami wewnętrznymi czaszki, stanowiącymi wyłoty krzyżowego belkowania wewnętrznego czaszki, o którym pomówimy przy sposobności. Miejsce przyczepu mięśnia skroniowego do kości stanowi niejako listwę ramy, podczas gdy środek tejże płaszczyzny jest tak

cienką wypełniony blaszką kostną, że prześwieca; a przecież ten mięsień pracuje z siłą 80 kg.⁵⁾

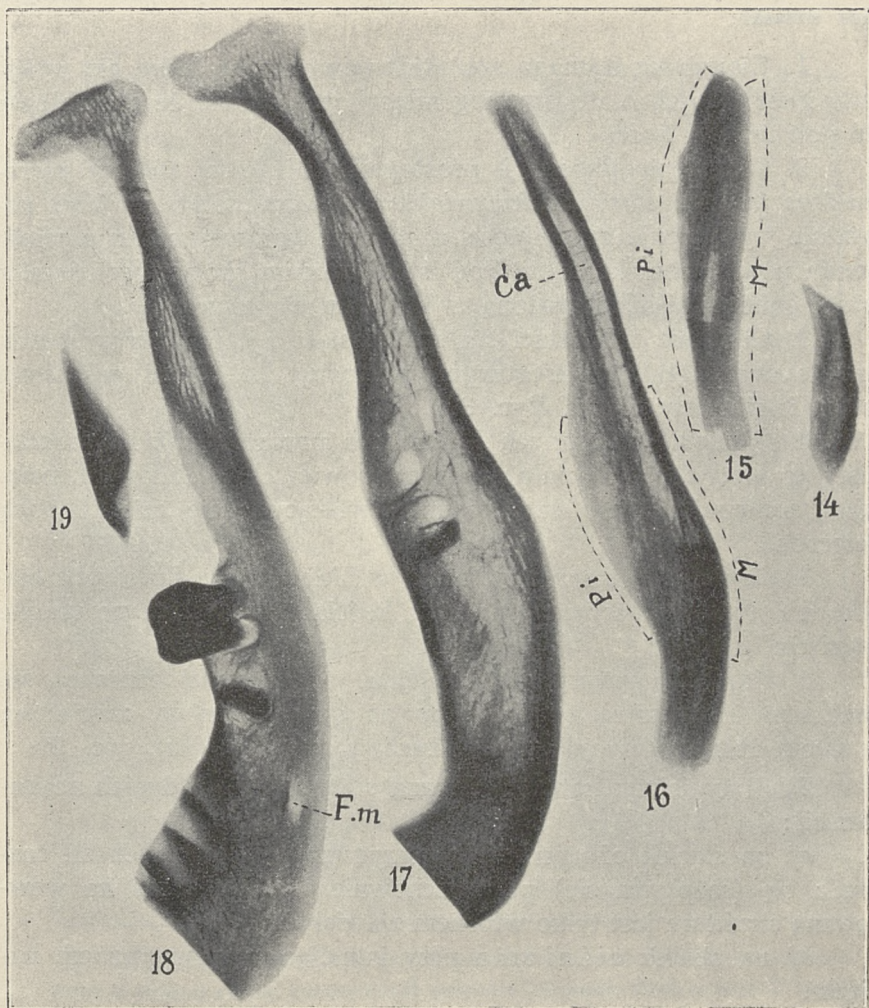
Widzimy stąd, że przyczepy mięśni wymagają przeważnie większej powierzchni niż grubości kości. Dowodzi tego przyczep mięśnia skrzydłowego zewnętrznego, który przyczepia się do *lamina pterygoidea*, stanowiącą bardzo cienką blaszkę kostną, ale o wielkiej powierzchni (cr. 30×11 do 13 mm). Siła tego mięśnia wynosi około 30 kg.

Przyczep dwóch współdziałających mięśni na jednej krawędzi po obu stronach kości znajduje charakterystyczny wyraz w jej budowie wewnętrznej. Np. *m. żwacz (M)* przyczepia się po stronie policzkowej, *m. skrzydłowy wewnętrzny (Pi)* po stronie językowej kąta żuchwy, przyczem oba mięśnie obejmują kąt jakoby pętłą, której ramiona rozchodzą się rozbieżnie i to bardziej ramię wewnętrzne i dzięki temu ciągnięcie w kierunku środkowym jest wybitniejsze. Natomiast *m. żwacz* przechodzi bardziej równolegle do płaszczyzny gałęzi wstępującej. Skutkiem tego widzimy na przekroju poprzecznym kości szczękowej wybitniejszą istotę korową po stronie zewnętrznej a nieznaczną zaś po stronie wewnętrznej (ryc. 31, (16)). Siła ciągnięcia zaznacza się silniej w układzie beleczek wewnętrznym przez skupienie i ściśnienie trajektorjów kostnych, czyli kanalików Haversa, leżących jakby zapałki w pudełku blisko i równolegle do siebie, przyczem nie przychodzi do złania się tych trajektorjów w jedną wiązkę na krawędzi kąta. Przeszkadza temu bowiem rozbieżność pętli mięśniowej (*M* i *Pi*). Wytworzyły się natomiast płytki korowe po stronie zewnętrznej (dla *M*) i wewnętrznej (dla *Pi*), które na zdjęciu lateralnym projektowane na siebie, nie zostawiają żadnego charakterystycznego rysunku dla istoty korowej, przebiegając prawie że równolegle do filmu (ryc. 29).

Wyraźnie natomiast zaznacza się istota korowa w dalszym przebiegu trzonu. Krawędź ta wystawiona na wygięcie wykazuje wewnętrzne napięcie w sensie ciśnienia i wymaga wobec tego mocnego usztywnienia i silniejszego materiału pod względem architektury i twardości, a więc większego skupienia beleczek a tem samem silniejszego zwapnienia (ryc. 29).

Wyrostek skroniowy gałęzi wstępującej służy za przyczep

⁵⁾ Rudolf Winkler: Der funktionelle Bau des menschlichen Kieferapparates. D. Zahnh. Heft 55, Leipzig 1922. — W pracy tej podana jest praca mięśni służących do żucia w kilogramach.



Ryc. 31. Ukośno-podłużne skrawki prawej strony żuchwy. Porównaj kierunki cięć w ryc. 31 a. Zdjęcie jest umyślnie odwrócone, ażeby móc łatwiej porównywać strukturę kości z korespondującą lewą stroną w ryc. 30. Wielk. $\frac{1}{1}$.

m. skroniowego i podlega ciągnięciu w kierunku prostopadłym i kutylnym. Składa on się z dwóch płyt istoty korowej klinowato do siebie ułożonych, między którymi znajdują się nieznaczne warstwy istoty gąbczastej ryc. 30 (4). Skutkiem wielkiej ilości istoty korowej rysunek ubeleczkowania na zdjęciu lateralnym prawie że zupełnie zanika (ryc. 29).

Z tych spostrzeżeń na zdjęciach roentgenowskich należy wysnuć następujące wnioski:

1. Ciągnięcie wymaga szerokich powierzchni, które nie wykazują guzowatości, o ile przebieg mięśni jest prawie że równoległy do powierzchni kości.

2. Ciągnięcie ukośne i prostopadłe do kości (np. *m. pterygoideus int.*, *m. sternocleidomastoideus* i *ligamentum nuchae*) powoduje wystąpienie guzowatości na blaszce korowej, celem powiększenia powierzchni korowej. Pod istotą korową spotykamy również istotę gąbczastą luźno ułożoną w kierunku ciągnięcia.

3. Ciśnienie w postaci stałego ucisku (np. przy kręgosłupie, przy stawie potyliczno-kręgowym, powoduje ściśnienie gąbczastej istoty i ziarnisty układ. Ryc. 34.

4. Ciśnienie w różnych kierunkach powoduje układ promienisty w kierunku sił działających na powierzchnię rażoną*), przy czym następuje często skrzyżowanie wiążących się między sobą beleczek.

5. Ciśnienie zaznaczyć się może w okładowych, korowych blaszkach i to w postaci napięcia przy kościach wygiętych po stronie wygięcia.

6. Napięcie wewnętrzne istniejące w krawędzi zaznacza się znacznym skupieniem trajektorjów aż do wyraźnego zlania się w istotę zbitą. (Krawędź trzonu żuchwy) ryc. 31 (16), ryc. 29.

7. Płyty istoty korowej tworzą się na skutek dwóch rodzajów sił:

a) na skutek ciągnięcia, przy czym działanie tych sił rozkłada się (rozpływa się) powierzchownie. Działanie zaś na wewnętrzną strukturę jest tylko wtórnym zjawiskiem,

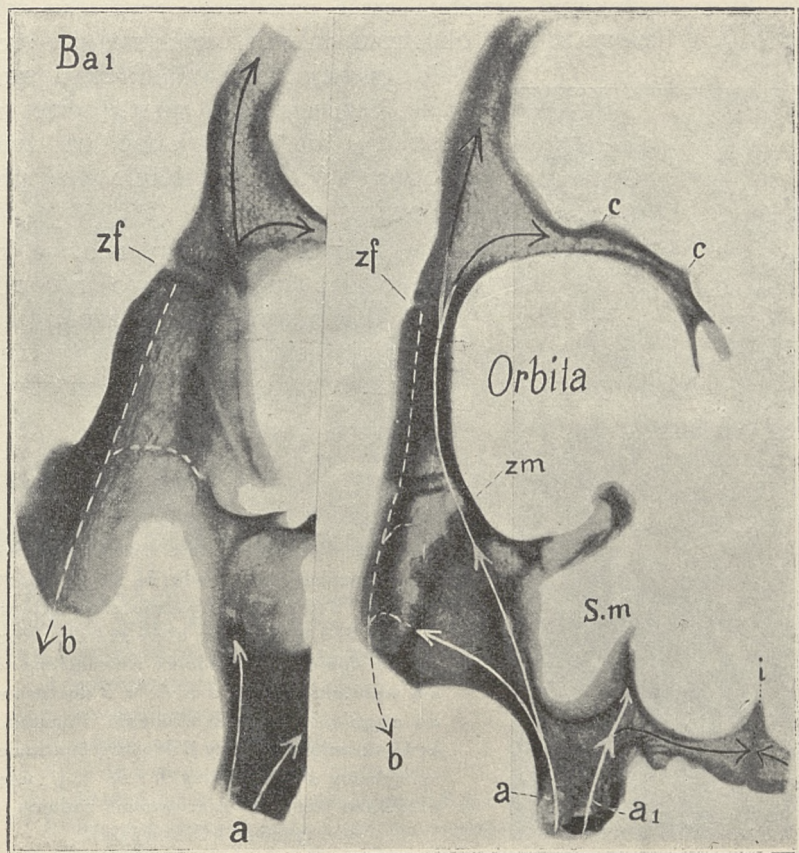
b) na skutek ciśnienia przy istniejącem wewnętrznem napięciu.

Przykład: wewnętrzna corticalis trzonu żuchwy; zewnętrzna zaś corticalis trzonu żuchwy powstała na skutek ciągnięcia.

Szerokie jamistości istoty gąbczastej wskazują zawsze na to, że w danym miejscu zasadnicza konstrukcja wewnętrzna została tylko wypełniona istotą gąbczastą celem wypełnienia próżni, ponieważ okolica ta nie wymaga szczególnej odporności kości.

Grubość kości nie decyduje zazwyczaj o wytrzymałości. Nawet cienkiej blaszce kostnej jak lemiesz (vomer), opierającej się o ścianę

*) To znaczy trafioną przez dane siły.



Ryc. 32. Przekrój poprzeczny *Ba1* w okolicy krawędzi zewnętrznego oczodołu. Z prawej strony ryciny część przednia (skrawek 4 mm gruby). Z lewej strony ryciny tylna część skrawka *Ba1*.

Strzałki ciągłe wskazują linje ciśnienia (*a*, *a1*), przenoszące ciśnienie od wyrostka zębodołowego aż do proc. front. i do sklepienia nadoczodołowego oraz w kierunku podniebienia do *i* (*sutura intermaxillaris*). Strzałki przerywane oznaczają linje ciągnięcia (*b*) (*m. masseter*).

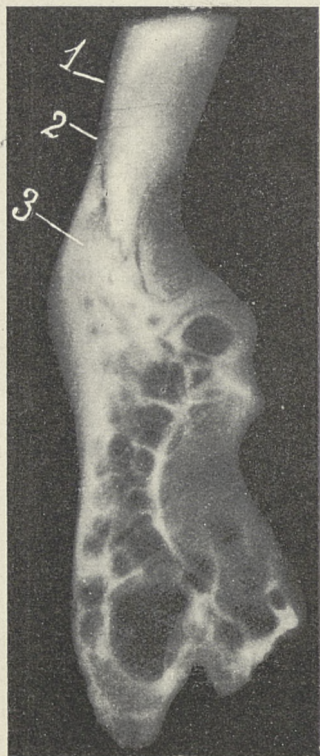
Sm = sinus maxillaris.

zf = sutura zygomatico-frontalis.

zatoki klinowej, przypada bardzo ważna rola przy wytworzeniu się szczęki górnej. Przegroda nosowa należy bowiem do wyrostka czołowego, który wytworzył przednią część przedniego wyrostka zębołowego. Widzimy, że przy obustronnym rozszczepie wargi i szczęki górnej ta przednia część szczęki, osadzona na przegrodzie nosowej, nie napotyka na żaden opór, wyrasta wybitnie ku przodowi.

Nawet małżowiny nosowe, które odciąć można łatwo nożyczkami, dzięki swojej wypukłości przyczyniają się bardzo do usztywnienia wewnętrznych ścian tunelu nosowego.

Nawet małżowiny nosowe, które odciąć można łatwo nożyczkami, dzięki swojej wypukłości przyczyniają się bardzo do usztywnienia wewnętrznych ścian tunelu nosowego.

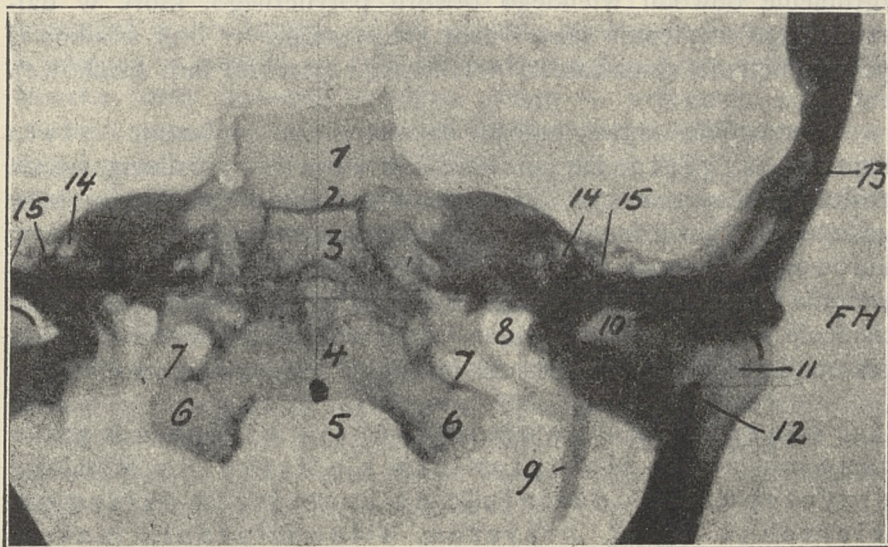


Ryc. 33. Przekrój przez wyrostek sutkowy (*proc. masioideus*). Wielkość 2 : 1. Roentgenogram. Beleczyki istoty gąbczastej ustawione wzdłuż linii ciągnięcia, obok szeroka bruzda: *sulcus sigmoideus*. Budowa wewnętrzna różni się wybitnie między 3 a 1. W 3 dostosowana do ciągnięcia, w 1 do ciśnienia. Pomimo, że kość skroniowa tworzy jednostkę anatomiczną spotykamy szew między 1 i 3, t. j. między częściami kości o nierównym zadaniu statycznym (Cieszyński).

Ryc. 33.

W miejscach, w których cienkie blaszki kostne istoty zbitej muszą wykazać znaczną wytrzymałość, wykazują listewki wzmacniające albo falistość powierzchni jak np. na przedniej płycie czaszki mózgowej utworzonej przez górne sklepienia oczodołów. W tym miejscu dochodzą do amortyzacji siły ciśnienia wychodzące od zębów trzonowych górnych, a dochodzą do zera na wewnętrznej blaszce przedniego sklepienia czaszki mózgowej w okolicy *glabelli*.

Równolegle występujące listewki po obu stronach *sulcus transversus* po stronie wewnętrznej czaszki mózgowej tworzą tylną część pierścienia usztywniającego czaszkę mózgową, który się łączy z przodu z pierścieniem łuków jarzmowych.



Ryc. 34. Przekrój poprzeczny „C“, przylega część „Cp“ t. j. przekrój przechodzący przez *porus acusticus ext.* Uwidocznienie struktury trzonu kości klinowej i potylicznej, narażonej szczególnie na ciśnienie. Okolice stoku (*clivus*).

1. *sella turcica*,
2. *dorsum sellae*,
3. *corpus ossis sphenoidalis*,
4. *corpus ossis occipitalis*,

Między 3 i 4 poprzecznie przechodzące linje *synostosis sphenoccipitalis*.

5. *for. magnum* przednia część (na najwyższym sklepieniu w linii środkowej znaczek ołowiany (= *Basion*)).
6. *condylus occipitalis*,
7. *foramen lacerum*,
8. *canalis caroticus*,
9. *proc. styloideus*,
10. *meatus acusticus externus* wkoło część skalista kości,
11. *proc. condyloideus mandibulae*,
12. *proc. coronoideus mandibulae*,
13. przekrój najcieńszy przez *os temporale*. *Impressiones cerebrales*,
14. Ślimak i 15. Łuki półkoliste narządu równowagi.

Usztywnienie podstawy czaszki w okolicy stawu potyliczno-kręgowego wytworzone jest również przez zgrubienie obwodu wielkiego otworu potylicznego, które w dalszym ciągu występuje jako listwa przebiegająca w linii środkowej po wewnętrznej guzowatości potylicznej i powyżej linii środkowej.

Szczególną wytrzymałość na ciągnięcie wykazuje płyta kostna wygięta, jak np. kość jarzmowa z wyrostkiem swoim czołowym i skroniowym. Szczególnie w wyrostku czołowym tejże kości (ryc. 32) widzimy cały system gęsto ustawionych blaszek istoty korowej, czyniących kość szczególnie odporną na ciągnięcie, wywierane przez mięsień żwacz. Tą samą drogą przenosi się także ciśnienie wywierane na dźwigar jarzmowo-oczodołowy-czołowy (I) przechodzące drogą okrężną do przedniej ściany jamy czołowej.

Ciągnięcie, wywołane funkcją mięśni, a wywierane na kość, nie ogranicza się tylko na miejsce przyczepu, ale oddziałuje na przestrzeń dalszą powierzchni kości, przyczem siła działania maleje z oddaleniem od miejsca przyczepu, dochodząc w okolicy szwu wkońcu do zera. (Cieszyński).

Obustronne działanie mięśni symetrycznych ma wpływ na symetryczną budowę czerepu czaszki i kośćca twarzowego. Obustronnie działające mięśnie, których ciągnięcie rozkłada się na bardzo szeroką przestrzeń, amortyzują się nawzajem w linii środkowej sklepień podstawowych czaszki mózgowej (Cieszyński). Widzimy to przy przedniej części mięśni skroniowych i przy mięśniach skrzydłowych wewnętrznych (ryc. 19).

Stały skurcz mięśni lub porażenie pewnych grup może powodować asymetrię budowy kośćca, a więc całej architektury zewnętrznej czaszki, jak to np. widzimy przy krzywej szyji (torticollis) spowodowanej skurczem mięśnia mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowego.

Ponieważ prawie każda czaszka wykazuje do pewnego stopnia asymetrię w budowie kośćca twarzowego i czaszki mózgowej należy przypuszczać, że w danych wypadkach istniała pewna przewaga mięśni po jednej stronie bądź to przyrodzona, bądź też nabyta przez wypadnięcie funkcji strony przeciwnej wskutek utraty szeregu zębów po jednej stronie, nie zmuszających mięśni danej strony do odpowiednio silnej funkcji.

Inną przyczyną powstawania asymetrii jest przedwczesne zrośnięcie szwu kości sąsiednich. (Cieszyński).

W miejscach, w których układ mięśniowy nie stawia żadnych wymagań wobec kośćca ani też ciśnienie wywołane funkcją mięśni, występują w kośćcu wolne przestwory, pokryte tylko cienką blaszką istoty korowej, przyczem ściany te przyjmują względem ciśnienia zasadniczego w danej okolicy odpowiednie ustawienie. Tak np. należy wytłumaczyć budowę cienkich ścian jam szczękowych, które tylko dzięki swemu charakterystycznemu ustawieniu w postaci pustych rur jakby ściśniętych z trzech stron, a podstawą zwróconych do oczodołów stanowią niejako „zaszalowanie“ wypełniające zasadniczą konstrukcją opartą na silniejszych filarach czaszki twarzowej.

W przestworach niewymagających szczególnej odporności tworzy się konstrukcja skrzyniowa, składająca się z wielkiej ilości komór o bardzo cienkich ścianach jak to widzimy np. przy kości sitowej. Ale i układ ścian tychże komór odpowiada wymaganiom statycznym układając się w kierunku sił ciśnienia.

Szereg przykładów podanych powyżej, a odnoszących się do wewnętrznej budowy kośćca jako też do zewnętrznej architektury ułatwi nam dalszą analizę przekrojów czaszek i dopomoże nam do zrozumienia charakterystycznej architektury kośćca.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kurs Prof. Dra Alfreda Kantorowicza. Na zaproszenie Zarządu Głównego Związku Lekarzy -Dentystów w Państwie Polskiem przyjeżdża do Warszawy Prof. dr. Alfred Kantorowicz, który w dniach 10 i 11 kwietnia r. b. wygłosi szereg referatów z pokazami na temat: 1. Leczenie zapaleń miazgi i zgorzeli. 2. Zachowawcze leczenie paradontozy. 3. Nowoczesne zdobycze w dziedzinie chirurgji stomatologicznej. 4. Elektro i światłoterapia w dentyście.

Oplata za całkowity kurs wynosi dla członków Związku Lek. Dent. zł. 15.— dla członków Zrzeszeń pokrewnych zł. 20.— dla niezrzeszonych zł. 30.—.

Zgłoszenia przyjmuje sekretariat Związku (Leszno 40 ,telefon 11-50-70), codziennie, udzielając jednocześnie wyczerpujących informacji do dnia 5 kwietnia włącznie. Zamiejscowi uczestnicy mogą zamówić dla siebie mieszkanie przez kancelarję Związku.

Zarząd Główny Związku Lekarzy -Dentystów w P. P.

Kalendarz Zjazdowy.

- 1935.** 31. III. — 7. IV. Paryż *Semaine odontologique* (Tydzień odontologiczny).
1. IV. Dzień francuskiej A. R. P. A.
 2. IV. Demonstracje Amerykańskiego Klubu Dentystycznego.
 3. IV. Dzień italski.
 4. IV. Dzień Tow. szwajcarskiego odontolog.
 5. IV. Dzień Głównego Zrzeszenia dentystów belgijskich.
 6. IV. Walne Zgromadzenie Zrzeszenia syndykatów dentystycznych Francji.
 7. IV. Wystawa — Bankiet — Bal.
- 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 str. 92.
- 1935.** Doroczne Zebranie FDI w Brukseli. 4—10. VIII. — 29. 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. Prezydium 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.** 13—18. IX. — II. Belgijski Zjazd Stomatologów w Brukseli.
- 1935.** 12—14/IX. *Budapeszt*. Międzyn. Zjazd „ARPA“. (Międzyn. Związek dla badań parodontalnych).
- 1935.** **1—3. listopada. 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. — Komunikat IV str. 97.
- 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. Organizacja Kongresu str. 95.
- 1937.** L w ó w. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

Dr. ALFRED KARSTEN

BERLIN

O ZASTOSOWANIU PROMIENI POZAFIOŁKOWYCH W LECZNICTWIE DENTYSTYCZNYM ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM BIELENIA ZĘBÓW.

Rayons ultra-violets dans la thérapie dentaire et spécialement dans le blanchissage des dents.

Zur Ultraviolett-Therapie in der Zahnheilkunde (unter Berücksichtigung der Zahnbleichung).

Doc. int. 616.314 0084.08

Doc. pol. 44,3 : 51,31

Od czasu leczenia promieniami pozafiołkowymi, które dzięki dentystrycznej lampie kwarcowej znalazło zastosowanie w dentyście, używanie tej fizykalnej metody było znane w głównej mierze dla leczenia schorzeń parodontalnych. Dalej posługiwano się nią przy leczeniu zapaleń okostnej, jak również przy stanach spowodowanych urazami mechanicznymi. Mało natomiast zwracano uwagi na jej znaczenie dla bielenia zębów. A właśnie ta metoda okazała się nadzwyczajną w skutkach dla bielenia zębów w przednim odcinku szczęki.

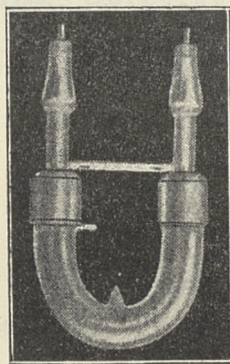
Przebarwienie zęba może być pochodzenia organicznego, lub nieorganicznego, a więc mineralnego, to znaczy może pochodzić od wypełnień korzeni, barwiących twarde tkanki zęba, lub od nieodpowiednich materiałów wypełniających. Innych przyczyn szukać należy w resztkach rozpadłej miazgi naskutek urazów mechanicznych. Przebarwień pochodzenia nieorganicznego nie można usunąć, natomiast jest to możliwe przy zabarwieniach natury organicznej. Za mało znaną jest jeszcze ta metoda, aby przy jej pomocy z zupełną pewnością można było doprowadzić przebarwione zęby do ich pierwotnego wyglądu.

Wielokrotnie słyszy się w kołach fachowych, że pacjenci wolą silnie przebarwione zęby zastąpić porcelanową koroną, i że są wielce zdziwieni, kiedy poleca się im bielenie zębów omawianą metodą. A nawet wśród samych lekarzy-dentystów, niewielu posiada wiadomości o bieleniu zębów promieniami pozafiołkowymi. Przeto jest celowem opisać obszerniej najprostszą metodę bielenia zębów.

Przyjąć należy, że lekarz-dentysta posiada przyrząd do-

starczający pozafioletkowych promieni. Dawny sposób, posługiwania się promieniami słonecznymi, tylko wyjątkowo dawał pomyślne wyniki.

Same zabiegi dzielimy na wstępne i właściwe. Na wstępie należy wypełnienie zabarwiające usunąć, a ubytek szeroko otworzyć, należy zaś przewody korzeniowe z rozpadłej miazgi lub zabarwiającego wypełnienia dobrze oczyścić i najlepiej wypełnić gutaperką, kością słoniową lub srebrnym ćwiekiem. Całość należy zamknąć cementem. Następuje część druga, to jest właściwy proces bielienia, który wykonuje się po założeniu koferdamu dla zabezpieczenia brodawki dziąsłowej ewent. samego dziąsła przed niszczącym działaniem stosowanych leków. Mianowicie wkłada się do przygotowanego ubytku kuleczkę waty napojonej perhydrolem, zwilżając równocześnie perhydrolem zewnętrzną powierzchnię zęba. Następnie poddaje się dany ząb lub odcinek zębów działaniu promieni



Ryc. 7. Nowy palnik o kształcie litery „U“ modelu lampy jubileuszowej z uczulonymi elektrodami metalowymi (o zapaleniu złącznikowym).

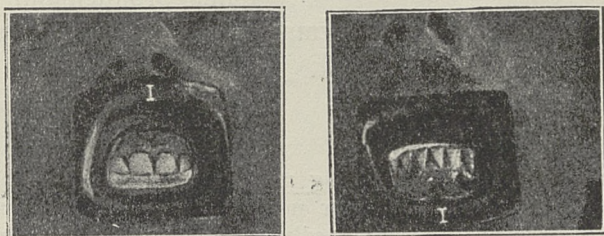
pozafioletkowych na przeciąg 4—5 minut. Później zmienia się perhydroł na podchloryn. Sposób i kolejność naświetlania powtarza się jak wyżej, przyczem stwierdza się pienienie się stosowanego leku, usuwającego przebarwienie pochodzące ze krwi. Samo zjawisko pienienia się jest uwarunkowane zawilym procesem chemicznym. Zabiegi takie powtarza się na pierwszym posiedzeniu 2—3 krotnie i bardzo często zdarza się że wystarczają, aby pożądaną wynik osiągnąć. W przeciwnym razie, zabiegi powtarza się w dniach następnych. Doświadczenie wykazało, że naświetlane zęby zawsze nieco ciemnieją, przeto podczas bielienia zębów należy ząb odbarwić bardziej, niż barwa sąsiednich zębów zdrowych tego wymaga.

Co się tyczy parodontozy, to poglądy Amerykanina Sampsona na tę sprawę zostały wielokrotnie potwierdzone. Mianowicie w podręczniku swym o zastosowaniu technicznym fizjoterapii podał Sampson, że energiczna reakcja tkanek jest podstawą do osiągnięcia dobrego rezultatu. Ujemny zaś wynik należy odnieść do zbyt małego dawkowania. Wykazał też, że najbardziej odpowiednie jest naświetlanie w 6—8 posiedzeniach przez 2—4 minut

jednorazowo przy użyciu nowej dentystycznej lampy kwarcowej ¹⁾. (Przy użyciu starych modeli czas stosowania jest dwa razy dłuższy). Zresztą zależęć to będzie w znacznej mierze od stopnia rozchwiania się zęba. Po naświetlaniu korzystne jest przepłukanie 2% roztworem Kamillosan'u lub Subcutin'em.

Wskazaniem jest, ażeby lekarze-dentyści zwracali uwagę swym pacjentom na to, że w pewnym wieku następuje rozchwianie się zębów, spowodowane obniżeniem się dziąsła oraz, że można temu zapobiec przez wczesne naświetlania co 1—2 lata w kilku posiedzeniach.

Poleca się przytem połączyć z naświetleniem także wkraplanie leków do kieszonek dziąsłowych, nawet w przypadkach parodontozy bez ropienia. W przypadku silnie zropiałych torebek dziąsłowych na tle parodontalnym korzystne jest wypłukanie kieszonek tryptawiną lub błękitnem metylowym (w roztworze 1:500) z 3% roztworem wody utlenionej a następnie intraoralne naświetlenie promieniami pozafiołkowemi, o ile dziąsła nie krwawią.



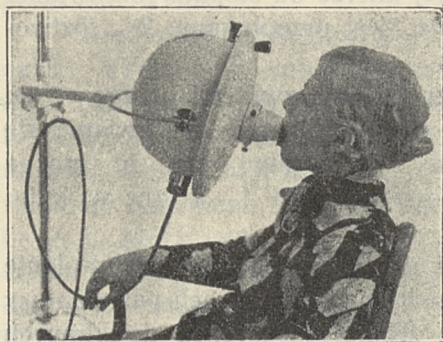
Ryc. 2. Wzierniki odchylające wargi podczas naświetlania zębów przednich.

Dla uśmierzenia bólu i przyśpieszenia gojenia się ran poekstrakcyjnych najbardziej wskazane jest użycie dentystycznej lampy kwarcowej. Dr. Ch. Hlawak z Nowego Yorku pisze: „usunięć ostatnich trzonowców daje niemal zawsze powikłania i prawie w każdym przypadku naraża pacjenta na ból, obrzęk i niedomagania ogólnej natury“²⁾. Tego zaś można uniknąć, jeśli zaraz po ekstrakcji naświetli się ranę przez 2 minuty promieniami pozafiołkowemi. Znane są z wojny nadzwyczajne wyniki bakterjóbójczego działania promieni pozafiołkowych; niejedno-

¹⁾ Dental-Höhensonne. (Quarzlampen-Ges. Hanau).

²⁾ The Dental Review Vol. V. Dec. 1931, No. 3—4.

krotnie amputacji kończyn można było uniknąć tylko dzięki zastosowaniu promieni pozafioletkowych.³⁾



Ryc. 3. Nowa lampa kwarcowa „Dental-Höhensonne“ oryg. model Hanau z zapaleniem włącznikowym oraz tubusem porcelanowym podczas użycia. Nie założono ślinodronu, ażeby uwidocznić lepiej sam przyrząd.

mają być bardzo pożyteczne. Wzmaga się również odporność względem próchnicy.

Adres autora: Berlin — Grunewald.
Ilmenauerstr. 10.

Tłumaczył: S. Dzik.

³⁾ Erfolgreiche Wundbehandlung mittels ultravioletter Strahlen. Therapie der Gegenwart, Heft 2, 1932. Ueber meine Ergebnisse der Wundbehandlung mittels Quarzlampe. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 32, 1932. (Dr. Karsten).

Ruch w Towarzystwach.

Rada Naukowa Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Rada Naukowa Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Dnia 5 lutego b. r. odbyło się zebranie Rady Naukowej Polskiego T-wa Eugenicznego, na którym Dr. Wernic po zagajeniu posiedzenia omówił zakres działalności Rady Naukowej. Do zadań R. N. należy ustalenie programu prac poszczególnych sekcji Tow. Eugen., pobudzanie do oryginalnych badań z zakresu eugeniki, układanie planów kursów dla lekarzy oraz udzielanie stypendjów. — Na zebraniu tem dokonano wyboru władz R. N., przyczem przez aklamację obrano prof. Melanowskiego na przewodniczącego, prof. Skalińską, doc. Stołyhwową, plk. dr. Wągę, plk. dr. Nelkena na wice-przewodniczących, oraz por. dr. Chmielowskiego i dr. Szpidbauma na sekretarzy. — W wyniku dyskusji, która się rozwinęła, postanowiono w b. r. poświęcić szereg posiedzeń omówieniu zagadnień dziedziczności zespołów chorobowych. — Jako prelegentów zaproszono szereg wybitnych specjalistów, poszczególnych dziedzin wiedzy lekarskiej.

P. K. N. — F. D. I.

Protokół dorocznego Zebrania Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. odbytego dnia 18 marca 1935 o godz. 19. w lokalu Związku Towarzystwa Lekarzy Chrześcijan w Warszawie, Bracka 18, m. 4.

Porządek dzienny: 1) stwierdzenie przynależności związków do P. K. N. F. D. I. 2) Odczytanie protokołu z ostatniego zebrania F. D. I. w dniu 9/V 1934. 3) Sprawozdania przewodniczącego, sekretarza, skarbnika, komisji skontrolującej. 4) Przedłożenie spisu członków związku z adresami przez poszczególnych delegatów. 5) Ewentualne uzupełnienia Wydziału Wykonawczego. 6) Sprawozdania komisji: Deontologii, nauczania, badań naukowych, higieny, mianownictwa i dokumentacji. 7) Referat o sprawach traktowanych na zjeździe F. D. I. w Medjolanie 1934. 8) Oznaczenie czasu i miejsca następnego walnego zebrania. 9) Budżet na 1935/1936 (od 1 lipca — 30 czerwca). 10) Wnioski co do przystąpienia nowych organizacji do P. K. N. F. D. I. 11) Reprezentacja P. K. N. F. D. I. na tegorocznym zebraniu F. D. I. mającym się odbyć w sierpniu w Brukseli. 12) Wnioski Wydziału Wykonawczego (połączenie P. K. N. F. D. I. i A. S. I. i Pol.-Arpa). 13) Prace przygotowawcze do VII. Zjazdu stomatologicznego w Warszawie. 14) Współpraca ze Związkiem Stomatologów Słowiańskich i z Słowiańską Stomatologią (Posiedzenie Wydziału Wykonawczego Związku Stomatologów Słowiańskich w Bolonji w kwietniu 1935). 15) Wolne wnioski.

Na pół godziny przed walnym zebraniem odbyło się posiedzenie Wydziału Wykonawczego. Równocześnie odbyło się szkrontrum kasy.

Obecni: Przedstawiciele organizacji:

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Tadeusz Owiński.

Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcijan w Warszawie, lek. dent. Mokrzycki, lek. dent. Stokowski.

Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem, lek. dent. Sachs, lek. dent. Bloch.

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. P., lek. dent. German.

Zrzeszenie Lekarzy Dentystów Kasy Chorych stoł. m. Warszawy, lek. dent. Lubodziecki.

Związek Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie przysłał pismo, iż z powodu braku funduszków delegata przysłać nie może.

Zrzeszenie Lekarzy Dentystów Kasy Chorych Pabjanice, przysłało pismo analogiczne.

Związek odontologów w Częstochowie przysłał pismo analogiczne.

Przedstawiciele katedr stomatologicznych: Prof. Cieszyński (Lwów), Doc. Szepelski, doc. Zeńczak (Warszawa). — Dr. Maniewicz (Wilno) przysłał pismo usprawiedliwiające nieobecność chorobą.

Organizacje nieobecne: Związek Stomatologów Polskich w Krakowie, Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Polski.

Docenci nieobecni: Prof. Łepkowski (Kraków), Dr. Cybulski (Warszawa).

Przed przystąpieniem do obrad stwierdza doc. Zeńczak, że pismo zawierające zaproszenie za zebranie otrzymał dopiero dnia 13 marca. Jest to sprzeczne z postanowieniami statutu, które wymagają, by zaproszenia były wysyłane na tydzień przed zebraniem. Przewodniczący przyznaje słusność interpelantowi. Późniejsze wysłanie zaproszeń tłumaczy się trudnością w porozumieniu co do lokalu tudzież szybką decyzją co do terminu zebrania celem wyzyskania dogodnych taniach pociągów w okresie od 17—19 marca, tudzież wczesnem przygotowaniem wniosków na zebranie F. D. I. w Brukseli. Prosi o przyjęcie do wiadomości tych wyjaśnień i o uznanie zebrania za legalnie zwołane, tem bardziej, że znaczna większość delegatów jest obecna a opóźnienie wysyłki zaproszenia nie wpłynęło na nieprzybycie nieobecnych. Zebrani zgadzają się i przystępują do obrad według porządku dziennego.

Punkt 1. Skarbnik doc. Zeńczak wnosi, aby te organizacje, które chociażby częściowo wpłaciły swoje wkładki, mogły brać udział w zebraniu. Przewodniczący stwierdza, że obecny termin zamknięcia ksiąg jest wcześniejszy niż dawniej (czerwiec lub maj) i wobec tego organizacje nie zdołały wpłacić swych należności w zupełności. Proponuje, by i tym delegatom dać możliwość uczestniczenia w obradach, których organizacje wpłaciły choćby część składek i popiera tem samem przyjęcie wniosku skarbnika, o ile delegaci złożą zobowiązania wpłaty reszty należności. Przyjęto. Na podstawie stwierdzeń skarbnika uznano, że prawo głosu posiadają organizacje na wstępie wymienione, a mianowicie:

- Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej (członków 60),
- Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcjan (członków ok. 100),
- Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów (członków 124),
- Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem (członków 450).
- Związek Lekarzy Dentystów Kasy Chorych m. stoł. Warszawy (członków 150),
- Związek Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie (członków 40).

Punkt 2. Sekretarz Dr. Allerhand odczytał protokół z ostatniego zebrania P. K. N. F. D. I., odbytego w dniu 9 maja 1934 (Polska Stomatologia 1934, pagina 217 i 269). W łączności z tym protokołem skarbnik referuje wnioski organizacyj co do obniżenia, względnie skreślenia zaległości i składek, a mianowicie: Związkowi Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Polski uchwalono anulować zaległości i obniżyć wkładkę bieżącą. Związkowi Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej uchwalono obniżyć składkę na rok bieżący i na rok ubiegły na 100 zł. rocznie.

Punkt 3. Sprawozdania. Przewodniczący referuje o pracy prezydium, tudzież o korespondencji, która dzieli się na korespondencję zagraniczną

prowadzoną z Centralą i innymi komitetami narodowymi i na korespondencję krajową, której lwią cześć zajęła korespondencja ze skarbnikiem w sprawach kasowych. Podnosi z uznaniem sprężyste prowadzenie kasy przez skarbnika i za wprowadzenie umiejętnej księgowości.

Natomiast nie dopisała praca komisyj. Gdyby bowiem każda komisja wykonała choćby jakąś jedną pracę i utrzymywała kontakt z 'prezydjum, to rezultaty z pewnością byłyby lepsze i możnaby je przedstawić odnośnym komisjom centralnym. Prosi, by koledzy obecni na zjeździe jako delegaci zwrócili się do swych organizacji z wezwaniem by popierały prace komisyj.

Następnie omawia starania Polskiego Komitetu Narodowego w sprawie zainicjowanego przez siebie zbliżenia pomiędzy F. D. I. a A. S. I. Propozycje odnośne P. K. N. przedstawione na zeszłorocznym zebraniu F. D. I. w Medjolanie poparły komitety narodowe: czechosłowacki, austriacki, szwajcarski i duński. W tegorocznym zjeździe stomatologicznym, mającym się odbyć w czasie świąt Wielkanocnych w Bolonji mogą uczestniczyć na równych prawach zarówno stomatologowie, jak i lekarze dentyści, o ile wyznają ideę stomatologiczną.

Na zeszłorocznym zebraniu F. D. I. w Medjolanie delegacja polska była nieobecna z powodu braku funduszków. Zastępstwo delegacji polskiej powierzono delegacji czechosłowackiej, mianowicie Dr. Ota Braunowi z Kolina. Były przytem pewne trudności, gdyż prezydjum F. D. I. początkowo nie chciało takiego zastępstwa uznać, lecz w rezultacie zgodziło się na nie wyjątkowo z tem zastrzeżeniem, że na przyszłość dopuszczalne będą jedynie zastępstwa wewnątrz komitetów narodowych, niemniej jednak wnioski polskie przez Dr. Brauna referowane spotkały się z przychylnym przyjęciem i zostały w odnośnych komisjach gruntownie przedyskutowane i spowodowały odpowiednie rezolucje.

Imieniem P. K. N. — F. D. I. wysłano gratulacje na kilka zjazdów oraz kondolencję do wdowy, po śp. prezesie F. D. I. Aguilarze.

Ożywioną wymianę listów przeprowadzono z Prof. Perną z Rzymu, który jest nietylko gorącym zwolennikiem F. D. I. jako takiej, czego dowodzi że na zjazd w Edynburgu przybyło 12 stomatologów italskich, lecz również współpracy i porozumienia wzajemnego organizacji stomatologicznych i odontologicznych. Stomatologowie italscy stworzyli pod przewodnictwem prof. Perny w Rzymie i Amadeo Goia z Turynu organizację: „Association Culturelle Stomato-Odontologique Italienne-Comité permanent pour les relations avec l'étranger¹⁾), do której należy wielka

¹⁾ Głównie cele tegoż komitetu są:

1. Popierać udział kolegów zagranicznych w Kongresach stomatologicznych italskich.
2. Ułatwiać i zorganizować karnie (discipliner) udział kolegów italskich w międzynarodowych Zjazdach dentystycznych i kongresach i zebraniach naukowych, które odbywają się w obcych krajach.

część profesorów stomatologii, i docentów italskich, (prof. Casotti — Turyn, prof. de Veccis — Rzym, prof. Forster — Milano, prof. Giorelli — Turyn, prof. Ottolenghi — Turyn, prof. Silvio Palazzi — Milano, prof. Amedeo Perna — Rzym, prof. Quintarelli — Wenecja. — Prof. Perny przyrzekł prof. Cieszyński pomoc i współpracę ze strony PKN—FDI i Sekcji Polskiej ASI²⁾).

3. Zamianować pewną liczbę członków korespondentów, członków honorowych związku: Association Cult. Stomat.-Odontologique Ital., przytęm należy najpierw wybrać najbardziej czynnych członków pracujących w organizacjach zawodowych zagranicznych, a następnie tych pomiędzy kolegami, którzy najbardziej przyczynili się do postępu zawodu przez prace swoje naukowe, przez badania naukowe własne, i zorganizowanie zawodowego wykształcenia.

²⁾ *Poniżej podajemy pismo prof. Perny, nadesłane w języku polskim w brzmieniu oryginalnem.*

Drogi Panie Cieszyński!

W odpowiedź na Pański list komunikuję Panu, że od 1919 roku trzymam się zasad przez Pana wymienionych. W tym okresie założyłem w Neapolu związek południowy stomato-odontologiczny, mający na celu złączenie tych obu przeciwnych organizacji dentystów i stomatologów, by stworzyć jedyny front, uważany przeze mnie za bardziej odpowiedni dla obrony interesów ekonomicznych i dla szybkiego postępu naszej specjalności, której w ten sposób, bez przeszkód walki wewnętrznej każdy mógł by się spokojnie poświęcić.

Po zdobyciu przeze mnie stanowiska politycznego dążyłem do rozszerzenia mego programu, zakładając Assocjację Nacjonalną jednoczącą włoską Federację Stomatologiczną z Federacją Odontojatrów. Ze strony odontojatrów (dentystów) otrzymałem i dotychczas posiadam bezwzględne połączenie, akceptujące program stomatologiczny.

Przy każdej okazji podczas zebrań i w każdym mojem piśmie podkreślałem, że sytuacja stworzona we Włoszech ma się rozpowszechnić na świat cały, ponieważ we wszystkich krajach istnieje mniej więcej ten sam zatarg między obu kategorjami.

Ziszczenie tego programu, którego pożyteczność jest oczywistą dla wszelkiego, co obiektywnie nad nim się zastanowi, zostało u nas opóźnione przez działalność grupy stomatologów; grupa ta, i jej podobne co istnieją w każdym kraju, chcą zatrzymać się na stanowisku wyłącznie stomatologicznem, tak jak gdyby (co nie odpowiada rzeczywistości) lekarze specjalizowani w odontojatrji nie uważaliby tej ostaniej za prawdziwą specjalność medycyny ogólnej. Chodzi wszak o specjalność, która, aczkolwiek nie będąc autonomną, posiada niektóre cechy, które poniekąd odróżniają ją od innych specjalności; i właśnie przez te cechy zasługuje na specjalną uwagę i opiekę władz, co się zajmują wychowaniem i higieną nacji.

Jestem więc rad że z programu działania Pana w Polsce przekonałem się, iż program ten łączy nas i wzmacnia nas nawzajem; w ten sposób będzie ułatwiona praca wzajemnej penetracji i dyfuzji między obydwoma Assocjacjami Międzynarodowemi: Stomatologiczną i Odontologiczną.

Miejmy nadzieję, że nasza działalność idealistyczna i praktyczna potrafi

Dr. Allerhand w uzupełnieniu podkreśla dualizm w naszym zawodzie, nie posiadający analogji w świecie lekarskim. P. K. N. ma tę wielką załugę, że podjął inicjatywę w kierunku nie tylko zmniejszenia lecz wogóle zatarcia w zupełności antagonizmów istniejących pomiędzy ugrupowaniami stomatologicznymi a odontologicznymi. Odnośne wnioski na zjazd zeszlóroczny w Medjolanie poprzedzone były liczną korespondencją, która miała za skutek ten, że szereg komitetów narodowych zgłosił swą solidarność z naszymi wnioskami.

Sprawozdanie skarbnika doc. dr. Zeńczaka. (obok na str. 147).

Nad sprawozdaniem skarbnika rozwinęła się dyskusja, zwłaszcza odnośnie co do anulowania zaległych składek. Przewodniczący czyni wniosek by skreślić wszystkie zaległości po dzień dzisiejszy. Lek. dent. Stokowski oponuje przeciwko temu, gdyż może to wytworzyć niebezpieczny precedent na przyszłość. Lek. dent. Sachs czyni wniosek, by zalegające zrzeszenia zapłaciły za ostatnie 2 lata według normy 75.— zł. w stosunku rocznym a resztę by anulować. Wniosek przyjęto.

Komisja skontrolująca czyni wniosek na udzielenie skarbnikowi i całemu Wydziałowi Wykonawczemu absolutorjum. Przyjęto.

Punkt 4. Spis członków nadesłał jedynie Związek lekarzy dentyków w Wilnie. Przewodniczący prosi przedstawicieli innych organizacji o nadesłanie pełnych spisów swoich w czasie do 2 tygodni.

Punkt 6. Przewodniczący z żalem stwierdza, że żadna komisja nie przysłała sprawozdania. Dr. Allerhand przypomina, że funkcje komisji deontologicznej miała objąć według uchwał zeszlórocznych Rada Centralna. Lek. dent. Stokowski jako prezes Rady Centralnej wyjaśnia, że pragnęłby wzorować się na kodeksie deontologii lekarskiej, który ma wkrótce ukazać się w druku. Gdy to się stanie będzie można jej postanowienia zastosować odpowiednio do naszych specjalnych warunków. Prof. Cieszyński zaznacza, że przy każdej organizacji powinna powstać komisja deontologiczna, jak to już ma miejsce w Związku Stomatologów we Lwowie, który posiada własną komisję deontologiczną. Prace tej komisji omawia kol. Dr. Owiński. Doc. Zeńczak podnosi, że należałoby organizacjom przesłać protokół zebrania celem wykonania tej uchwały.

ziścić te zasady, które bronimy, w okresie czasu, którego przeciąg jeszcze nie znamy, ale który może być skrócony, o ile uda się usunąć chwilowe trudności; w ten sposób umożliwiony zostanie postęp moralny a kulturalny dla naszej gałęzi medycznej.

Mając dla Pana wszelkie poważanie i szczerą przyjaźń, a utrzymując się tych samych poglądów, rad będę utrzymywać z Panem stałą korespondencję i wymianę poglądów również dla dobra stomato-odontologów całego świata.

Zasyłam Panu przy tem moje szczere życzenia i pozdrowienia.

Amedeo Perna

Prof. Cieszyński proponuje doc. Szepelskiemu i doc. Zeńczakowi wstąpienie do podkomisji historycznej. Jako materiały do historii dentystyki w Polsce mogłyby być zużyte sprawozdania z działalności Państwowego Instytutu Dentystycznego za szereg lat ubiegłych. Należałoby sporządzić plany zajmowanych lokali dawniej i dzisiaj, rozkłady zajęć, wykazy, pierwsze preliminarze budżetowe i lat następnych. W tym celu należy odpowiednie pismo wystosować do Rektoratu by ułatwić prace. Na zjeździe w Warszawie możnaby te wszystkie dane zademonstrować.

W sprawie podkomisji almanachowej twierdzi lek. dent. Bloch, że możnaby almanach zorganizować niedużym kosztem przy współpracy z redakcjami czasopism fachowych tudzież z firmami przemysłu dentystycznego (Boryszew, Alro, Edeko i inne). Podkreśla braki zawarte w spisach urzędowych, które z natury rzeczy nie mogą być dokładne z powodu częstego przesiedlania się kolegów, zwłaszcza młodszych.

Komisja Nauczania i Badań naukowych. Prof. Cieszyński omawia swe projekty i usiłowania rozszerzenia studjów w Akademii Stomatologicznej oraz projekty reformy studjów lekarskich. Projekt odnośny został wysłany na konferencję dziekanów wydziałów lekarskich oraz drukowany w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

Prof. Cieszyński komunikuje jakie prace naukowe przygotowuje się w Klinice Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie na zjazd w Warszawie, a mianowicie: Dr. Jankowski: środki znieczulające, Dr. Owiński: protezy porerekcyjne szczęki dolnej i górnej. — Prof. Cieszyński, kontynuuje badania swe na statyczną budowę czaszki. Opracowano: Istotę budowy kości czaszkowych (Pol. Stom.), uzupełniono badania nad wpływem aparatu żucia na twarzoczaszkę, (obecnie w druku w Pol. Stom.), sformowano tezy na temat: I. Ustawienie szeregu zębów w aparacie żucia i utworzenie płaszczyzny żucia ze stanowiska statyki. II. Poszczególne kształty zębów rezultatem funkcji ze stanowiska statyki i dynamiki. (Dwa wykłady na Zjazd w Bolonji 1935). W opracowaniu: Wytłumaczenie powstawania poszczególnych kości składowych czaszki ze stanowiska statyki (wykład zgłoszony na Zjazd do Warszawy 1935).

Doc. dr. Konrad Szepelski zgłosił w roku akademickim 1934/35 na Zjazd Stomatologiczny w Warszawie następującą pracę: „Srebro koloidalne w stomatologii“; — na Zjazd A.S.I. w Bolonji: „Terapia fizykalna w codziennej praktyce stomatologicznej. — Do Rinsko Shika: „Demalgon jako środek zwalczający nadwrażliwość zębiny“. — W opracowaniu: „Kliniczna djagnostyka schorzeń, a) patologia uzębienia, b) metoda badań klinicznych, c) djagnostyka różniczkowa.

Jakie prace naukowe są prowadzone przy katedrach Stomatologii Akademii Stomatol. przez innych pracowników, nie jest wiadome. Również nie mamy sprawozdania odnośnie do prac naukowych, prowadzonych w Krakowie, Wilnie i Poznaniu.

Komisja Higjeny. Dr. Brennejsen zgłosił swą rezygnację proponując na swego następcę lek. dent. Mokrzyckiego. Lek. dent. Bloch rozesłał broszurę propagandową „Ratujmy zęby“ w ilości 11.000 egzemplarzy. Prof. Cieszyński podkreśla ważność radja.

Punkt 7. Dr. Allerhand wręcza zebranym odtbitkę swego sprawozdania z obrad F.D.I. w Medjolanie w 1934 i opuszcza zebranie ogodz. 23. usprawiedliwiając koniecznością wyjazdu do Lwowa.

Punkt 8. Jako termin przyszłego zebrania P.K.N. F.D.I. jak również i Rady Centralnejznaczono na dzień 19 marca 1936.

Punkt 9. *Preliminarz budżetowy na rok 1935/36* (zob. na str. 148). Budżet na 1935/36 przyjęto w ramach proponowanych przez skarbnika.

Punkt 10. Lek. dent. Bloch porusza sprawę przystąpienia do P.K.N. F.D.I. Związku Absolwentów P.I.D.U. Proponuje posłać im sprawozdanie i statut i zaprosić do przystąpienia. Porucza się wykonanie sekretarzowi P.K.N. F.D.I., dr. Allerhandowi.

Punkt 11. W tegorocznym zebraniu F.D.I. w Brukseli uchwalono wziąć udział przez delegatów Prof. Cieszyńskiego i Dr. Allerhanda i wyasygnować wspomnianym na kosztą podróży łączną kwotę 1200 zł.

Wnioski Wydziału Wykonawczego PKN—FDI na zebranie roczne FDI w Brukseli 1935.

1. Polski Komitet Narodowy F.D.I. ponawia wniosek swój z r. 1931 i 1933 i proponuje kandydatem na nagrodę Millera Prof. Dra A. Cieszyńskiego ze Lwowa. Życiorys jego został wysłany w r. 1931, uzupełnienie w r. 1933. Wówczas też zostały wysłane prace jego oraz uzupełnienia tych prac.

2. Wniosek na Zebranie Ogólne.

Obecny kryzys światowy obniżył w nieoczekiwany sposób dochody płynące z praktyk prywatnych i uniemożliwia członkom F.D.I. wywiązanie się z składek do F.D.I. w wysokości dotychczasowej.

Polski Komitet Narodowy proponuje obniżenie indywidualnej składki do F.D.I. do wysokości 4 dolarów, członków Wydziału Wykonawczego do 6 dol., a Towarzystw afiliowanych (przyłączonych) do 8 dolarów, płatnych według kursu giełdowego dolara (a nie według relacji złotej).

3. Prezydjum P.K.N. prosi Walne Zgromadzenie o udzielenie mu plenipotencji do dalszych wniosków o ile zajdzie ku temu potrzeba. Wnioski powyższe zostały uchwalone jednogłośnie.

Punkt 12. Uchwalono pozostawić Wydziałowi Wykonawczemu wolną rękę w sprawie podjętej inicjatywy połączenia organizacji stomatologicznych i odontologicznych.

Sprawa organizacji Pol-ARPA.

Prof. Cieszyński jako sekretarz generalny międzynarodowej organizacji ARPA, założonej na terenie F.D.I., podjął na zaproszenie przewodniczącego ARPA-Int. prof. Jaccard'a z Genewy inicjatywę utworzenia polskiej ARPA; począł wydawać pismo ARPA jako dodatek do „Polskiej Stomatologii“.

i przystąpił do zorganizowania POL-ARPA na terenie Lwowa. Do tej nowej organizacji wstąpił Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej — około 60 członków korporatywnie. W 1-szym numerze pisma ARPA ogłoszono statut i regulamin (członkowie indywidualni opłacają 60 groszy miesięcznie, za co otrzymają pismo ARPA i będą uczestniczyli w posiedzeniach grup miejscowych). Organizacja pomyślana jest w ten sposób, że w większych centrach, przeważnie w miastach uniwersyteckich, pozatem w Łodzi, Lublinie, Częstochowie, mają powstać miejscowe komitety POL-ARPA, które będą w stałym kontakcie z sekretarzem międzynarodowej ARPA. — O ile przystąpią do współpracy korporatywnie całe organizacje wkładka będzie minimalna, szczególnie jeżeli dane organizacje postarają się również o korporatyny abonament „Polskiej Stomatologii“ po bardzo niskiej cenie, ponieważ w ten sposób odpadnie indywidualna ekspedycja pisma Arpa, będącego dodatkiem do „Polskiej Stomatologii“. —

Na Warszawę poruczono organizowanie POL-ARPA docentom: drowi Zeńczakowi i drowi Szepelskiemu, przyczem prof. Cieszyński zwrócił się jeszcze osobiście do Akademii Stomatologicznej o współpracę przez Rektora prof. Nitscha.

Punkt 13. Prof. Cieszyński zwraca się do obecnych z gorącym apelem, by jak najusilniej propagowali w swych organizacjach liczny udział w zjeździe stomatologicznym w Warszawie, mającym się odbyć w dniach od 1—3 listopada 1935 i zamyka posiedzenie.

Lek. dent. Sachs komunikuje, że w dniach 10 i 11 kwietnia będzie obecny w Warszawie Prof. Kantorowicz ze Stambułu i wygłosi w Związku wykłady. Na tem posiedzenie zamknięto.

Prof. Cieszyński, przewodniczący.

Dr. Allerhand, lek. dent. Mokrzycki, dr. T. Owiński, sekretarze.

UWAGA. Stosownie do porządku dziennego odbyło się przed walnem zebraniem posiedzenie Wydziału Wykonawczego, na którym ustalono, że rok budżetowy trwać ma od dnia 1 lipca 1935 do dnia 30 czerwca 1936 dla składek, a zamknięcie bilansowe ma się odbyć w przeddzień walnego zebrania. Również ustalono stan zadłużenia poszczególnych organizacji celem sformułowania odpowiednich propozycji na walnem zebraniu i uchwalenia odpowiednich wniosków.

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

Redaktor odpowiedzialny za część naukową: Prof. Cieszyński.

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

Sprawozdanie kasowe

za okres sprawozdawczy od dnia 9 maja 1934 do 18 marca 1935.

Zaległość z tytułu składek członkowskich za lata ubiegłe wyniosła:

	zł. 1780 ¹⁵
Preliminowano w roku 1934/35 składek na	„ 1138 [—]
	<u>zł. 2918¹⁵</u> (zał. I)

W okresie sprawozdawczym wpłynęło składek członkowskich:

a) za zaległe okresy	zł. 731 ⁸⁵
b) „ okres 1934/35	„ 334 ⁴⁰
	<u>zł. 1066²⁵</u> (zał. II)

Ogólna zaległość z tytułu niewpłaconych składek członkowskich na dzień 18 marca 1935 roku wynosi kwotę zł. 1921¹⁰, z czego przypada na:

a) okres 1931/1932	zł. 222 ⁵⁰
b) „ 1932/1933	„ 261 ³⁰
c) „ 1933/1934	„ 603 ⁶⁰
d) „ 1934/1935	„ 833 ⁷⁰
	<u>zł. 1921¹⁰</u> (zał. III)

Na Walnem Zebraniu P. K. N. F. D. I. odbytem w dniu 18 marca 1935 roku skreślono zaległości składkowe:

Związek Stomatol. Izby Lekarskiej Lwowskiej	w sumie zł. 85 [—]
Związek Stomatol. i Lekarzy-Dentystów Ziem Zachodnich Poznań	w sumie „ 747 ⁵⁰
Towarzystwo Stomatol. Naukowe w Warszawie	w sumie „ 25 [—]
Prof. H. Wilga, Warszawa	w sumie „ 12 ²⁰
	<u>zł. 869⁷⁰</u>

	zł. 1921 ¹⁰
minus „	<u>869⁷⁰</u>
	<u>zł. 1051⁴⁰</u> na rok 1935/36 pozostała zaległość.

Zestawienie przychodu i rozchodu za czas od 9. V. 1934 — 18. III. 1935.

(Wyciąg z zał. II).

Przychód.	Zł.	Zł.	Rozchód.	Zł.	Zł.
Gotówka w Komisji Higjeny	89 ⁰⁵		Portorja, przybory piśmienne, telegramy		309 ⁷⁰
Saldo na dzień 7/V. 34	<u>217¹⁸</u>	306 ²³	20/II. 35. do centrali Rowlett, wkładki za I. delegata		92 [—]
Wkładki od 9/V. 34 do 15/III. 35		1.066 ²⁵	18/III. 35. częściowy zwrot kosztów podróży do Warszawy dwóch delegatów		<u>120[—]</u>
					521 ⁷⁰
			Saldo:		
			Gotówka w Komisji Higjeny	89 ⁰⁵	
			Gotówka w kasie	<u>761⁷³</u>	<u>850⁷⁸</u>
		<u>1.372⁴⁸</u>			<u>1.372⁴⁸</u>

(—) M. Zeńczak, skarbnik

vidi (—) A. Cieszyński

**Preliminarz budżetowy Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.
na rok 1935/1936.**

Przychód.	Składki członkowskie bieżące		Razem	Rozchód.	
	zaległe *)	1935/1936			
Związek Stomat. Izby Lekarskiej we Lwowie	200.—	100.—	300.—	Zaległość do Centrali F. D. I.	270.—
Związek Stomatologów Polsk. w Krakowie	—	100.—	100.—	Składka roczna P. K. N. do Centrali F. D. I.	90.—
Zw. Lekarzy Dent. w P. P. - Warszawa	265.—	150.—	415.—	Dodatek do składki rocznej 2 delegatów do centrali F. D. I.	90.—
Zw. Zawod. i Tow. Lek. Dent. Chrześcijan — Warszawa	263·50	90.—	353·50	Składki delegatów	90.—
Zrzeszenie Lek.-Dent. Kasy Chorych m. Warszawy	150.—	150.—	300.—	Koszty wysłania delegatów na plenarne posiedzenie F. D. I.	1.200.—
Stow. Wzajemnej Pomocy Lek.-Dent. — Warszawa	63.—	90.—	153.—	Podróż do Warszawy 2 delegatów	120.—
Związek Lek. - Dent. Polaków w Wilnie	—	150.—	150.—	Administracja agend lwowskich	100.—
Częstochoński Związek Odontologiczny	—	30.—	30.—	Administracja agend warszawskich	100.—
Zrzeszenie Lek.-Dent. Kasy Chorych w Pabjanicach	—	30.—	30.—	Remanent pozostałość kasowa	882·18
Prot. Dr. W. Cybulski — Warszawa	12.—	12.—	24.—		
Dr. Prof. Wincenty Łepkowski-Kraków	5·80	12.—	17·80		
Dr. Zeńczak Marjan - Warszawa	—	12.—	12.—		
Dr. J. Jarzab-Poznań	5·90	—	5·90		
Dr. Mancewicz-Wilno	23·40	12.—	35·40		
Doc. Szepelski	—	12.—	12.—		
Prof. Dr. H. Wilga - Warszawa	17·80	—	17·80		
Dr. Prof. A. Cieszyński, Lwów za 1/2 składki rocznej czł. W. W.	—	45.—	45.—		
Dr. Allerhand H. — Lwów za 1/2 składki rocznej czł. W. W.	45.—	45.—	90.—		
	<u>1.051·40</u>	<u>1.040.—</u>	<u>2.091·40</u>		
Pozostałość kasowa na 1935/1936:					
gotówka w Komisji Higjeny		89·05			
gotówka w kasie		761·73	850·78		
			<u>2.942·18</u>		<u>2.942·18</u>

(—) *M. Zeńczak*, skarbnik

vidi (—) *A. Cieszyński*, przewodniczący

*) Po odpisaniu zaległości w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia z dnia 18. III. 1935.

Rada Centralna Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

Sprawozdanie*) z półrocznego Zjazdu sprawozdawczego delegatów za rok 1934, odbytego dn. 6. stycznia 1935 roku.

Po zagajeniu i przywitaniu zebranych przez Prezesa R. C. kolegę A. Stokowskiego, przewodnictwo objął zaproszony przez aklamację kolega Di. Gondzik, delegat ze Śląska.

Obecnych było 24 delegatów, reprezentujących 10 następujących Zrzeszeń:

1. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej — kol. Dr. Allerhand.
2. Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Polskich — kol. Neyman.
3. Związek Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie — kol. Piotrowska.
4. Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem — koledzy: Neufeld, Sachs, Sokalski, Berlinrutowa, Kopelman, Lubczyński i Seidengart.
5. Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcijan — koledzy: Stokowski, Mokrzycki, Blikle, Niedźwiecki i Perliński.
6. Zrzeszenie Lekarzy Dentystów Kasy Chorych — koledzy: Bromirska i Mesz.
7. Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Woj. Śląskiego — kol. Dr. Gondzik.
8. Związek Odontologiczny w Częstochowie — kol. Rozenowicz.
9. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. P. — koledzy: German, Essigman, Barbulant i Lubodziecki.
10. Związek Lekarzy Dentystów Kasy Chorych w Pabjanicach — kol. Parczyński.

Pozatem, jako przedstawiciele Redakcyj:

- Dr. Allerhand (Polska Stomatologia)
kol. Gombiński (Przegląd Dentystyczny)
i kol. Bloch (Wiadomości Związkowe).

Posiedzenie miało charakter specjalnie uroczysty, z powodu dziesięcioletniego istnienia R. C.

Prezes kol. Stokowski uczcił w serdecznych słowach pamięć współzałożyciela i kilkuletniego Prezesa R. C. zmarłego ś. p. Idziego Switały, a następnie omówił ważniejsze momenty z działalności R. C. w dziesięcioletnim okresie, szczególnie wyróżniając uczestnictwo Zarządu R. C. w opracowywaniu Ustawy Lekarsko-Dentystycznej, trzykrotne zwalczanie nowelizacji tej Ustawy na korzyść techników, czynny udział w pracach nad akademizacją P. I. D., obronę kolegów, pracujących w Ubezpieczalniach Społecznych, kilkakrotną ingerencję u odnośnych władz: w sprawie leków i ich przepisywania przez leka-

*) Nadesłano redakcji 19. III. 1935 r.

rzy dentystów, w sprawach podatkowych, w sprawie ulg w miejscowościach kuracyjnych, w sprawie używania nieszlachetnych metali, w sprawie zakazu używania kokainy i wielu innych sprawach, a ostatnio intensywną pracę Zarządu R. C. nad sprawą Izby Lekarsko-Dentystycznej.

Osią obrad Zjazdu były wszystkie prawie sprawy wyżej wzmiankowane, omawiane były wszystkie, kwestje aktualne i bolączki, trapiące zawód lekarsko-dentystyczny, a po udzieleniu Zarządowi absolutorjum postanowiono nadal kontynuować pracę w kierunku dotychczasowym.

Nową ustawę podatkową referował obszernie kol. Mokrzycki, wyjaśnił wszystkie szczegóły tej noweli, przyczem na wyróżnienie godnym jest fakt zmiany skali zyskowności. Średnia zyskowność była w poprzednim rozporządzeniu o dochodzie ustalona od 50% do 60% obrotu, obecnie skala procentowa została zniesiona i zmiana ta jest wielce niepokojącą dla zawodu lekarsko-dentystycznego.

W sprawie Izby Lekarsko-Dentystycznej złożony został memoriał do Ministerstwa Opieki Społecznej.

Celem ściślejszej łączności R. C. z Zrzeszeniami, postanowiono opracować bardzo szczegółowe protokoły i zamieszczać komunikaty w prasie zawodowej.

Uchwalona została nowelizacja statutu R. C. a po uzyskaniu legalizacji uchwalono statut wydrukować i rozesać Zrzeszeniom.

Wybory dały wyniki następujące:

Prezes — A. Stokowski, do Zarządu: Wiceprezesa: M. German i N. Neufeld, Skarbnik — H. Lubodziecki, Sekretarz — E. Bromirska;

Członkowie Zarządu: L. Sachs, D. Mesz, W. Perliński, A. Mokrzycki;

Wiceprezes na Małopolskę — Dr. H. Allerhand, Wiceprezes na Wielkopolskę — W. Neyman;

Zastępcy do Zarządu: St. Essigman, St. Blikle, I. Szapiro, I. Barbulant;

do Komisji Rewizyjnej: G. Rytłowa, Rozenowicz, Niedźwiecki.

Sekretarz:

— E. Bromirska;

Przewodniczący:

— A. Stokowski;

Wiadomości bieżące.

Zrzeszenie Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Posiedzenie Sekcji Naukowej odbędzie się w czwartek, dnia 4 kwietnia 1935 r. o godz. 20.45 w sali wykładowej Akademii, Stomatologicznej (Marszałkowska 151, I-sze piętro).

Na porządku dziennym referat:

1) Lek. Dent. Artur Danek: „Dyskusja leków w zębach“ (z przezroczami).

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

II. Zebranie naukowe w r. administracyjnym 1935/6, dnia 30. III. 1935, o godz. 20. w Klinice Stomatologicznej Uniw. J. K.

Pokazy kliniczne:

1. (*Przypadek 70*). **Prof. Cieszyński**. **Ostitis maxillae sup.** u dwunastoletniego chłopca w okolicy zębów trzonowych, przypadek nieznanego pochodzenia. Szerokie otwarcie chorego ogniska z usunięciem lewego płata błony śluzowej, usunięcie zawiązka 8, który wykazuje ślady ropienia i nie wyrzniętego jeszcze 7. Sprawa ropna sięga aż do dna oczodołu. Stosuje się wyplukiwania i setonowanie gązą.

2. (*Przypadek 71*). **Prof. Cieszyński**: **Absces policzka, nieznanego pochodzenia** przechodzi pod oczodoł; obrzęk przechodzi na okolice podoczodołową, drugiej strony.

3. (*Przypadek 72*). **Dr. Jankowski M.**: **Phlegmone rcg. submaxillaris** u 12-letniego chłopca, od zgorzelinowego 5. Ząb, który zaledwie przed rokiem się wykłuł, przeszedł wszelkie stany choroby od próchnicy przez zapalenie miazgi zgorzel i zapalenie ozębnej szczytowej.

4. **Prof. Cieszyński demonstruje odwapnioną czaszkę i żuchwę** rozcynem kwasu azotowego z zakresu badań nad statyczną budową czaszki i osyfikacją; praca zostanie ogłoszona drukiem. Między 6 a 8 dniem czaszka przybiera charakter elastyczny a prześwietlona lampką od wewnątrz w zciemnionym pokoju wykazuje światła jaśniejsze i cienie, ostatnie wskazują na części, które są mniej odwapnione czyli na te, które w rzeczywistości były bardziej zwapniałe. Przez sztuczne odwapnienie przechodzi czaszka odwrotną fazę, którą przeszła swego czasu podczas zwapnienia. Mniej przepuszczalne dla światła miejsca odpowiadają wyspom osyfikacyjnym, które stanowiły ośrodek zwapnienia. Na czaszce odwapnionej stwierdzić można znaczenie wewnętrznego wzmacniającego pierścienia poziomego i strzałkowego wewnętrznego t. j. krawędzi przy sulcus transversus i sagittalis, spotykających się w wzgórku potylicznym wewnętrznym. Charakterystyczne jest, że żuchwa ulega w 8 i $\frac{1}{4}$ % kwasie azotowym już w 4 dni tak dalece odwapnieniu, że wyrostek skroniowy poczyna się giąć, a w 6-tym dniu także trzon żuchwy, blaszka zaś kostna czerepu 4—6 mm. gruba później. Czerep czaszki ulega więc później odwapnieniu niż trzon żuchwy, tamże łatwiejszy dostęp kwasu przez otwory do kanału żuchwowego.

W dyskusji nad 1) i 2), poruszono kwestję z a s t r z y k ó w o m n a d n y i p r o p i d o n u. Prof. Cieszyński stwierdza, że ma najlepsze doświadczenia z omnadyną i wyeliminował u chorych z chorobami sereai o wysokiej ciepłocie powyżej 39°, używanie propidonu, z powodu jego gwałtownego działania. Taksamo daje pierwszeństwo omnadynie u dzieci. — Kol. Berger natomiast podaje, że w praktyce ambulatoryjnej i prywatnej stosuje w przypadkach septycznych propidon z najlepszym skutkiem, natomiast nie obserwował wyników dodatnich, któreby mógł przypisać działaniu omnadyny. Również wiele innych Kolegów jest zwolennikami propidonu.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej odbył w dniu 30. III. 1935 Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, poprzedzone posiedzeniem naukowym. Wydział Związku przedstawił program pracy na okres bieżący (sprawy zawodowe i program naukowy), poczem po referacie kol. Bergera i uwagach prof. Cieszyńskiego, kol. Dmochowskiego i Atlasa uchwalono jednomyślnie podnieść wkładkę miesięczną z 2 na 3 złote. Wkładka ta obejmuje równocześnie abonament Polskiej Stomatologii, która odtąd będzie dostarczana wszystkim kolegom-członkom Związku, po cenie obniżonej do 60% ceny normalnej. Równocześnie przystąpił Związek korporatywnie do Pol.-Arpa. W sumie 3 zł. składki miesięcznej mieści się także i opłata dla „Arpa“. Członkowie Związku otrzymywać będą (jako członkowie Pol.-Arpa) bezpłatnie niemieckie pismo „Paradentium“, i polskie „ARPA“. Uchwalono wprowadzić w Polskiej Stomatologii „Dział praktyczny“. Prosi się kolegów przysyłać do redakcji zapytania na interesujące ich tematy, które będą opracowywane we formie referatów lub odpowiedzi. Szczegółowy komunikat Związku znajduje się obecnie w druku i w najbliższych dniach dostarczony zostanie wszystkim Kolegom.

Berger, sekretarz.

Zjazdy.

Drugi Belgijski Zjazd Stomatologiczny w Brukseli.

13—18. VIII. 1935.

Drugi belgijski zjazd stomatologiczny odbędzie się w Brukseli w czasie od 13—18 września 1935. Najwybitniejsi przedstawiciele stomatologii wszystkich krajów przyrzekli swój współdział. Program prowizoryczny:

Piątek, 13 września. Przyjęcie Belgijskiego Związku Stomatologicznego.

Sobota, 14 września. Otwarcie zjazdu w Palais des Academies. Sprawozdanie o postępach stomatologii od r. 1900. Popołudniu: pokazy i referaty. wieczorem, bankiet na wystawie.

Niedziela, 15 września. Przed południem: wykłady i referaty. Po południu: zwiedzanie uniwersyteckiego Instytutu Dentystycznego. Odczyty i pokazy.

Poniedziałek, 16 września. Sekcja ortodontyczna i sekcja protezytyczna: Wykłady i pokazy. Popołudniu zwiedzanie wystawy międzynarodowej.

Wtorek, 17 września. Wycieczka do Lowanium, tamże zwiedzanie uniwersyteckiej kliniki dentystycznej; wykłady i pokazy.

Środa, 18 września. Wycieczka do Bruges, Wenecji Północy. Karty uczestnictwa w cenie 100 Fr. belg. tudzież wszelkie dokładniejsze informacje u sekretarza głównego Dra Paul Biot, 32, Rue des Drapiers, Bruxelles.

Nie możemy powstrzymać się od uwagi, że okoliczność tego rodzaju, iż w Brukseli mają się odbyć z okazji Wystawy Międzynarodowej dwa zjazdy fachowe w odstępie miesiąca, jest w wysokim stopniu anomalną i wskazuje

na to, że stosunki w zawodzie naszym w Belgji są niezadowolone i wymagają sanacji. W żadnej innej specjalności lekarskiej nie byłby do pomyślenia fakt tego rodzaju, że podczas gdy w miesiącu sierpniu odbywa się zjazd jednej grupy zawodu, to w miesiąc później, zupełnie niezależnie, lecz z podobnym programem odbywa się zjazd grupy drugiej. Anomalja ta jest pewnego stopnia odbiciem analogicznej anomalji dającej się zaobserwować na terenie międzynarodowym: Podczas gdy w sierpniu 1931 r. odbył się w Paryżu Międzynarodowy Kongres Dentystyczny, to w miesiąc później we wrześniu, odbył się w Budapeszcie Międzynarodowy Kongres Stomatologiczny. Anomalja ta zwiększa się tem bardziej jeśli uprzytomnimy sobie, że na otwarciu Kongresu Paryskiego delegat niemiecki Linnert w namiętnych słowach wzywał obecnych do zbojkotowania, zignorowania kongresu stomatologicznego w Budapeszcie i rzucał już zgóry anatęmę na tych, którzyby ośmielili się w Kongresie stom. uczestniczyć. Podobnie na zebraniu w Wenecji w r. 1930 uchwalono zbojkotowanie Kongresu Dentystycznego, mającego się odbyć w 1931 w Paryżu. Mimo te wszystkie namiętne zakłęcia i zaćiekłością partyjną dyktowane odruchy, cały szereg najpoważniejszych fachowców uczestniczył zarówno w jednym jak i w drugim zjeździe, dowodząc, że życie przeszło już do porządku dziennego nad dawnymi waśniami, że antagonizm odontologiczno-stomatologiczny należy do przeszłości i że kultywuje się jedynie dzięki fanatyzmowi jednostek, a bezwładności większych ugrupowań. Czas najwyższy by z tym anormalnym, budzącym żdziwienie u innych specjalności stanem szkodliwym dla nauki i dla dobra zawodu, skończyć. Delegacja polska F.D.I. pierwsza dała inicjatywę w tym kierunku: we wnioskach zgłoszonych na zesłoroczne zebranie F.D.I. w Medjolanie zainicjowała zbliżenie pomiędzy ugrupowaniami F.D.I. a A.S.I. Znalazła ona w swych usiłowaniach gorące poparcie ze strony komitetów narodowych: czechosłowackiego, austriackiego, szwajcarskiego i duńskiego. Niewątpliwie na zebraniu tegorocznem w Brukseli tendencja zbliżenia F.D.I. i A.S.I. pogłębi się jeszcze i przyczyni się do tego, że mający się odbyć w 1936. IX-ty międzynarodowy kongres dentystyczny we Wiedniu, jeśli może nie skupi już definitywnie obu dotychczas antagonistycznie sobie wzajemnie nastawionych organizacyj, to jednak poważnie je do siebie zbliży.

Dr. Allerhand, (Lwów).

F. D. I.

Fédération Dentaire Internationale — Międzynarodowy Związek Dentystyczny.

29. Zebranie doroczne, Bruksela 4—10 sierpnia 1935 r.

Program tymczasowy:

Niedziela, 4 sierpnia. Godz. 15. Posiedzenie Biura F. D. I. w kwaterze głównej. Drugi historyczny pochód (Omegan). Godz. 16. Posiedzenie biura tudzież przewodniczących i sekretarzy komisji w kwaterze głównej. Godz. 21. Przyjęcie wydane przez Komitet Organizacyjny w kwaterze głównej w hotelu Palace.

Poniedziałek, 5 sierpnia. Godz. 10. Uroczyste otwarcie zebrania F.D.I. w Instytucie Dentystycznym fundacji Jerzego Eastman'a, Park Leopolda, rue Belliare. Porządek dzienny: 1) przemówienie przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego, 2) przemówienie przewodniczącego F.D.I., 3) przemówienia delegatów F.D.I., 4) wręczenie nagrody Jessena Dr. Burghardtowi, 5) poświęcenie kliniki Eastman'a. Godz. 14. Walne zebranie F.D.I. w Instytucie Dentystycznym Jerzego Eastmana, Park Leopolda, rue Belliare. Porządek dzienny: 1) korespondencja, 2) sprawozdanie sekretarza głównego, 3) sprawozdanie skarbnika, 4) sprawozdanie p. Joachima przewodniczącego Komisji Prasy Dentystycznej, o najważniejszych wydarzeniach roku ubiegłego we wszystkich krajach. 5) Wnioski na przyjęcie nowych członków, tudzież ustąpienie, względnie wykreślenie dawnych. 6) Sprawozdania kasowe: F.D.I., funduszu Millera, funduszu Jessena, funduszu Eastmana, funduszu Badań Naukowych, Funduszu Kongresowego. 7) Przygotowanie budżetu na r. 1935/36. 8) Varia. Godz. 20. Uroczyste przedstawienie operowe w Królewskim Teatrze przy Mennicy (Teatre royal de la Monnaie).

Wtorek, 6 sierpnia. Godz. 9. Posiedzenia Komisyj. Godz. 20.30. Wieczorek na wystawie (zwiedzanie, później przyjęcie).

Środa, 7 sierpnia. Godz. 9. Posiedzenia komisyj. Godz. 14. Posiedzenia komisyj. Godz. 20. Bankiet F.D.I. w hotelu Palace.

Czwartek, 8. sierpnia. Godz. 9. Posiedzenia komisyj. Godz. 12. Przedłożenie rezolucyj komisyj w językach kongresowych (angielski, francuski, niemiecki). Godz. 14. Zwiedzanie wystawy z przewodnikiem. Godz. 17. Herbatka na wystawie w pawilonie Bon Marché. Godz. 20.30. Posiedzenie biura F.D.I. i biura komisyj w kwaterze głównej.

Piątek, 9 sierpnia. Godz. 9. Posiedzenie Wydziału Wykonawczego. Porządek dzienny. 1) Lista obecności. 2) Przyjęcie bilansu skarbnika. 3) Przyjęcie budżetu. 4) Omówienie wniosków wyłonionych w czasie zebrania. 5) Uchwały dotyczące zgłoszeń na członków. Godz. 14. Posiedzenie Wydziału Wykonawczego. Porządek dzienny: 1) Omówienie sprawozdań i przyjęcie rezolucyj komisyj. 2) Wybór laureatów nagrody Milera. 3) Varia. 4) Zamknięcie zebrania. Godz. 17. Przyjęcie w ratuszu.

Sobota, 10 sierpnia. Wycieczka auto-carrami do Gandawy i Brùges.

Informacje w sprawie hoteli itp.: Agence Viator, Avenue du Mont Kemmel 23, Bruksela (Bruxelles). Zgłoszenia: w sprawie pokoi hotelowych i zniżek kolejowych na kolejach belgijskich i zagranicznych, pod adresem: F. Poutrain, 20 rue des Chevaliers, Bruxelles, do dnia 15 kwietnia. Po tym terminie nie bierze Komitet Organizacyjny na siebie żadnych zobowiązań.

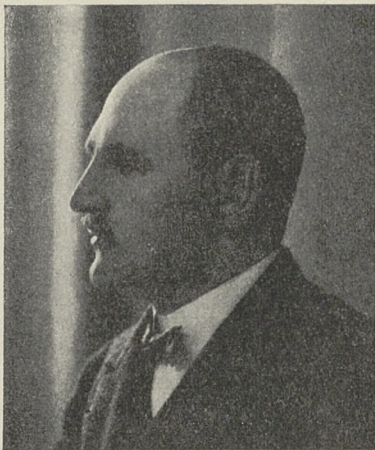
„Ostatnie zdobycze wiedzy, poprawę bytu i jedność w zawodzie osiągniesz przez udział w VII Polskim Zjeździe Stomatologicznym — 1, 2, 3 listopada 1935 r. w Warszawie”.

Wiadomości uniwersyteckie.

Dr. Marjan Zeńczak I-szym docentem stomatologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Uzupełniając notatkę naszą z poprzedniego numeru o zamianowaniu dra Marjana Zeńczaka zastępcą profesora i kierownika katedry ortodoncji Akademii Stomatologicznej w Warszawie, docentem stomatologii przy Uniwersytecie Warszawskim, podajemy obecnie ważniejsze dane biograficzne.

Dr. Marjan Zeńczak urodził się 7. września 1891 w Leszczynach obok Przemyśla w Małopolsce. Średnie szkoły ukończył w Drohobyczu i Stryju. Studja uniwersyteckie odbył od r. 1909 do 1914 na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego. W tym też czasie rozpoczął pracować w Instytucie dentystycznym, podówczas ponownie powołanym znowu do życia przez prof. Cieszyńskiego.



Dr. Marjan Zeńczak.

Wobec wybuchu wojny światowej ukończył studja lekarskie na niemieckim Uniwersytecie w Pradze w lutym 1915 r. następnie odbył służbę wojskową. Już 2. czerwca 1915 r. dostał się do niewoli rosyjskiej, w której przebywał do końca r. 1918. W tym czasie pracował w szpitalu dla jeńców w Orenburgu, mając równocześnie posadę lekarza miejskiego dla obozu koncentracyjnego dla Polaków wysiedleńców. Następnie wstąpił do formujących się oddziałów V. dywizji wojska polskiego w Syberji, pełniąc obowiązki lekarza bataljonowego, a następnie ordynatora szpitala. Przy szpitalu zorganizował i prowadził ambulatorjum dentystyczne. Z początkiem lipca 1920 roku powrócił z dywizją syberyjską do kraju i został przydzielony do szpitala okręgowego w Grudziądzu jako kierownik ambulatorjum dentystycznego.

Celem umożliwienia p. drowi Zeńczakowi systematycznego wykształcenia w stomatologii, postarał się prof. Cieszyński o zamianowanie go asystentem

Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Lwowskiego i o zwolnienie z wojska; na stanowisku st. asystenta przebywał we Lwowie od 16/I. 1922 do 31/XII. 1924. Tutaj otrzymał przydział do oddziału protetyczno-ortopedycznego. Od 1/I. 1925 został powołany w charakterze zastępcy profesora do Państwowego Instytutu Dentystycznego obecnie Akademii Stomatologicznej na stanowisku kierownika katedry protetyki dentystycznej. Po utworzeniu katedry ortodoncji powierzono mu jej kierownictwo, na którym to stanowisku pozostaje obecnie.

W r. 1913 należy dr. Zeńczak do pierwszych uczniów prof. Cieszyńskiego po uruchomieniu Instytutu dentystycznego, gdzie pracował pod jego kierownictwem do wybuchu wojny. Odnaczając się pilnością i wybitnymi zdolnościami w kierunku mechaniki, zwrócił na siebie uwagę profesora, który z chwilą powrotu jego z niewoli rosyjskiej poczynił starania celem pozyskania go na asystenta zakładu.

Na terenie warszawskim dał się poznać dr. Marjan Zeńczak przez szereg wykładów w stowarzyszeniach zawodowo-naukowych, biorąc zarazem udział w Zjazdach stomatologicznych polskich, oraz w I. Międzynarodowym Kongresie stomatologicznym w Budapeszcie. Od szeregu lat jest dr. Marjan Zeńczak członkiem korespondentem Polskiej Stomatologii a od r. zeszłego równocześnie członkiem Redakcji Przeglądu Dentystycznego oraz skarbnikiem Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.

Dr. Marjan Zeńczak ogłosił drukiem następujące prace:

1. Spostrzeżenie Kliniczne nad metalem Wipla i jego stosowaniem w aparatach regulacyjnych. Ks. Pam. Pol. Stom. r. 1931 (stron. 28).
2. Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych. Przegl. Dent. 1931 (stron 66).
3. Kilka uwag o postępowaniu leczniczym przy zgorzeli w zębach. Przegl. Dent. 1931 (stron 50).
4. Djatermja w zastosowaniu leczniczym schorzeń miazgi. Przegl. Dent. 1932 (stron 52).
5. Elektroliza w protetyce dentystycznej. Przegl. Dent. 1934 (stron 16).
6. Stal nierdzewiąca chromoniklowana „Wipla“, jako materiał protetyczny. Przegl. Dent. 1934 (stron 23).
7. Ujemny wpływ nieprawidłowości zgryzowych na ustrój. Przegl. Dent. 1934 (stron 12).

W r. 1931 otrzymał dr. Zeńczak stypendjum z Akademii Stomatologicznej i przebywał na studiach uzupełniających w Pradze, Wiedniu, Berlinie i Bonn, przeważnie zajmując się ortodoncją i ortopedją szczęk.

12/X. 1934 uchwaliła Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego jego habilitację jako docenta stomatologii, którą zatwierdziło Ministerstwo W. R. i O. P. 22/I. 1935 r. *).

*) Z docentów, którzy się habilitowali w Polsce pracują w Akademii Stomatologicznej prócz doc. dr. Zeńczaka: nadzwyczajny profesor Akademii Stomatologicznej: Dr. Alfred Meissner, który habilitował się w Uni-

Poniżej podajemy streszczenia własne kilku prac dra Marjana Zeńczaka:

1. Spostrzeżenia kliniczne nad metalem Wipla i jego stosowaniem w aparatach regulacyjnych. Pol. Stom. 1931. str. 699—726

Drut sprężysty Wipla, w stosowaniu do aparatów ortopedycznych na czas kilku miesięcy, daje bardzo dobre wyniki. Przy użyciu do regulacji, umocowanie aparatu ruchome było uskutecznione zamkiem dwupętlowym. W wypadkach regulacyjnych, wykazujących zbliżenie brody do nosa, koronami służącymi do umocowania aparatu, zostawał zgryz podnoszony przy równoczesnym zadziałaniu wydłużającym na zęby krótkie, bez zaobserwowania dotychczas ujemnych dla filarów następstw. Dla uzyskania maximum wpływu regulacyjnego łukiem lingualnym, na zmianę kształtu łuku zębowego, drut ulegał szeregowi zagięć, pozwalających na wywiązanie siły sprężystej, w kierunku poziomym, pionowym i strzałkowym. Przylutowanie sprężynek do łuku, następowało cyną, przez okręcenie końca ich około łuku. Dla uzyskania poruszenia-klä, stosowany był osobny aparat sprężynkowy, idący od zęba trzonowego, do klä.

Obserwacje, odnośnie do metalu Wipla, jako materiału regulacyjnego, stwierdziły zbyt wielką kruchość jego, w formie sprężynek cienkich, na drobne nadwężenia — wstrząśnienia, spowodowane nagryzaniem. Zarazem zetknięcie metalu Wipla z metalami nieszlachetnymi (randolf — cyna) spowodowało żywsze tworzenie się w ustach procesu elektrolitycznego metali nieszlachetnych przy zetknięciu zaś z 18 karat. złotem, ulegał sam elektrolizie w niektórych wypadkach.

2. Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych. Przegl. Dent. 1932. nr. 3—12/1931. stron 1—65.

Rodzaj wycisku dla dostawki płytkowej przy szczękach bezzębnych musi być uzależniony od stopnia zaniku szczęk.

wersytecie Warszawskim jako docent chirurgji szczegółowej; dr. Konrad Szepelski, adjunkt Kliniki dentystryki zachowawczej Akademji Stomatologicznej, który habilitował się przy Uniwersytecie lwowskim jako docent stomatologii w r. 1933; habilitacja jego została przeniesiona do Warszawy na wniosek Rady Profesorów Akademji Stomatologicznej 28. II. 1934.

Nie posiadają natomiast habilitowanych docentów katedry stomatologii w Poznaniu i we Wilnie. Wykłady zleczone i kierownictwo Polikliniki powierzono w Poznaniu od lutego 1935 dr. med. Leonowi Laknerowi. We Wilnie jest kierownikiem zast. prof. dr. Eugenjusz Mancewicz, który prowadzi kursy dla medyków również jako wykłady zleczone.

Nie istnieje dotychczas oficjalnie katedra stomatologii przy Uniwersytecie Warszawskim; kursy dla studentów medycyny prowadzi jako wykłady zleczone prof. A. Meissner.

We Lwowie kieruje Kliniką stomatologiczną profesor zwyczajny (prof. Cieszyński), tak samo w Krakowie (prof. dr. Wincenty Łepkowski). Brak więc przy tychże katedrach sił pomocniczych o charakterze docentów. — C.

1. Przy wybitnych wyrostkach zębodołowych wykonuje się wycisk zwykłymi łyżkami. Utrzymanie dostawek następuje działaniem siły przylegania. W górnej przy próbach ściągnięcia przychodzi do działania umocowującego siły ciśnienia atmosferycznego przez rozrzedzenie powietrza między dostawką a podniebieniem. Ściany przedsionkowe wyrostka zębodołowego pionowe utrzymują przyleganie brzegów dziąsłowych dostawki do błony śluzowej na pewnej przestrzeni i nie dopuszczają wciśnięcia się powietrza pod płytkę ściąganą.

2. Przy zanikłych wyrostkach zębodołowych, a błonie śluzowej sklepienia twardego podniebienia niepodatnej, należy brać wycisk funkcjonalny gipsem na łyżce szelakowej. Poprowadzeniem brzegów wycisku do granic fizjologicznej ruchomości błony śluzowej, wykorzystuje się do umocowania siłę ciśnienia atmosferycznego prócz siły przylegania.

3. Przy zanikłych wyrostkach zębodołowych i błonie śluzowej podniebienia twardego podatnej, najlepszym będzie wycisk masą plastyczną, celem wywarcia ucisku unoszącego podatne miejsca siłą nagryzania na wałki umocowane na łyżce indywidualnej. Utrzymanie następuje w szczęce górnej siłą przysiania przez ułożenie brzegów w przedsionku w granicach fizjologicznej ruchomości błony śluzowej a brzegu tylnego przez wciśnięcie w podatne miejsca. W szczęce dolnej do umocowania wykorzystany jest ucisk policzka przez wyzyskanie podatności w przedsionku odcinka między żwaczem a fałdami policzkowymi.

Wycisk dla dostawek częściowych, najlepsze wyniki daje przez zastosowanie metody wycisku odcinkowego.

Przy wycisku gipsem lub dentokolem, zniekształcenia brzegów, konieczne dla wprowadzenia dostawki, muszą być uzyskane woskiem na modelu.

3. Kilka uwag o postępowaniu leczniczym przy zgorzeli w zębach. Przegl. Dent. nr. 6/1931. str. 1—50.

W wyniku badań przyczynowego związku schorzeń ogólnych na tle zębowego pochodzenia, przyszło do ustalenia niektórych ważnych zasad w metodach leczniczych schorzeń miazgi. Najważniejszą z nich jest unikanie środków niszczących tkankę okołoszczytową. Przy stosowaniu chemicznych środków, uznano za konieczne wyeliminowanie lekarstw, strącających białko, jako stwarzających niedogodne warunki dla uzyskania odkażenia kanałków i rozgałęzień. Przy odkażaniu pierwszeństwo uzyskały dla wkładek antyseptycznych: kamfenol, chlorfenol, kamfora, i chlorfenolkamfomentol-tymol Walkhoffa. Szczegółne powinowactwo jodu metalicznego do treści rozpadowej organicznej w korzeniu, oraz wybitnie leczniczy wpływ na ozębną, wyróżnia go w szeregu lekarstw antyseptycznych. Wprowadzenie nowych modyfikacji igiełek kanałowych do rozszerzania i pilniczków, daje możliwość dokładniejszego oczyszczenia i uprzyśtępnienia dokonanie wypełnienia kanału do szczytu. Oczyszczenie mechaniczne wspomaga użycie mydła płynnego zasadowego, przy równoczesnym zastosowaniu narzędzi kanałowych.

Następowe przemycie kanału odbywa się przy pomocy hypochloritu i chloraminy. Wobec stwierdzenia niemożności uzyskania zupełnego odkażenia zębiny wkładkami antyseptycznymi, chociażby długotrwałymi, wskazanem jest

proces leczenia wkładkami w ciągu możliwie krótkiego czasu ukończyć. Wypełnienie kanału musi się uważać jako dalszy ciąg leczenia antyseptycznego kanalików zębinowych, rozgałęzień i tkanki okołoszczytowej, wciągniętych w proces chorobowy. Wymagania, stawiane wypełnieniu w takich warunkach, są bardzo wysokie i wartość ich rozstrzyga o wyniku całego leczenia. Uwzględniając niemożność uzyskania zupełnej jałowości zębiny, wszystkich jej zaułków w kanalikach i rozgałęzieniach, musi się bakterje w nich zawarte wypełnieniem unieszkodliwić. Rolę tę spełnia radisan, zmieniając bakterje łącznie z treścią organiczną korzenia w masę twardą nieorganiczną. Po wypełnieniu radisanem zmieniona tkanka okołoszczytowa nie zasilana nowymi bakterjami z korzenia ulega zanikowi, zwalczana siłami obronnymi ustroju. Utrzymywanie się procesu chorobowego okołoszczytowego, nadal świadczy o usamodzielnieniu się ziarniaka i potrzebie usunięcia jego drogą chirurgiczną. Przy stwierdzeniu roentgenologicznem procesu chorobowego okołoszczytowego, uważać musimy za wskazane wywarcie wpływu gojącego lekarstwowego wypełnieniem na tkankę pozaszczytową. Działanie to staramy się osiągnąć stosując pasty z powolnem wydzielaniem się jodu, względnie formaldehydu.

4. Djatermja w zastosowaniu lecniczem schorzeń miazgi. Przegl. Dent. nr. 11, 12/1932 i 1 i 2/1933. str. 1—52.

Myślą przewodnią wprowadzenia djatermji do zębolecznictwa było mniemanie, że zębina jest dla prądu nieprzepuszczalną. Przyrównano zachowanie się zębiny z marmurem w stosunku do izolacyjnych własności.

Opierając się na powyższem przyjęto pod uwagę prawidła fizykalne, określałając możliwość uzyskania temperatur bardzo wysokich w wąskich przejściach. Przypuszczano, iż w wytwarzaniem ciepła znaleziono możliwość zwalczania drobnoustrojów w najodleglejszych zaułkach, niedosięgalnych zwykłemi metodami co nadawało djatermji szczególną wartość i znaczenie. Towarzyszące ogrzaniu zgotowanie treści przewodu starano się wykorzystać celem dewitalizacji miazgi. Zostały opracowane dokładne metody klinicznego stosowania. Wyniki ujemne w leczeniu tłumaczono niesprzyjającemi djatermji warunkami, czyli zbyt szerokimi przewodami, rozgałęzieniami względnie otworami przyszczytowemi.

Doświadczenia na zębach wykazały, że zębina nie stwarza domniemanego oporu i ciepło wytwarza się tylko w najbliższem otoczeniu igielki elektrody. Wartość zatem stosowania djatermji zeszła do wartości podgrzewania lekarstw, czyli do zwiększenia ich energii działania w przewodzie korzenia.

Możność sprowadzenia uszkodzeń w tkankach korzeni otarających przy zbyt wysokim dawkowaniu skłania do postępowania ostrożnego przy zabiegach odkażania prądem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dr. med. i med. dent. Leon Lakner,

Kierownikiem Polikliniki Stomatol. Uniw. poznańskiego.

Kierownik Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Pozn. Dr. med. i med. dent. Leon Lakner urodził się w r. 1884 w Potulicach na Pomorzu. Do gimnazjum typu klasycznego uczęszczał początkowo w Wągrówcu,

następnie w Nakle. Pod koniec studiów gimnazjalnych brał czynny udział w tajnej organizacji młodzieży samokształcącej się T. T. Z. Studja wyższe odbył w Berlinie w latach 1903—1907 pod kierownictwem Prof. Millera i Diecka w dentyście zachowawczej, Prof. Warnekrosa i Schroedera w protetyce i Prof. Buscha i Willigera w chirurgji dentystrycznej. W r. 1908 osiadł w Poznaniu jako lekarz dentysta. Celem dalszego kształcenia się przebywał często za granicą. W r. 1918 wstąpił do P. O. W., następnie jako ochotnik do W. P.

W r. 1919 zapisał się na Wydział Lekarski U. P., który ukończył w wrześniu 1924 ze stopniem doktora wszech nauk lekarskich. W tym samym czasie uzyskał na Wydziale Lekarskim w Jenie dyplom doktora medycyny dent. na mocy rozprawy dysertacyjnej: „Hat der Durchbruch der Milchzähne Einfluss auf den Organismus der Kinder?“ Podczas studiów lekarskich w r. 1923—1924 pracował w wolnych chwilach w Szpitalu Dziecięcym św. Józefa w Poznaniu na oddziale wewnętrznym. Po ukończonych studiach był czynny przez rok w Klinice Chirurgicznej U. P. i na Oddziale Chirurgicznym Państwowego Instytutu Dentystrycznego, obecnie Akademji Stomatologicznej w Warszawie.

Służbę w W. P. pełnił od r. 1918—1922, początkowo w stopniu porucznika, następnie kapitana. Brał udział w kampanji lwowskiej i litewsko-białoruskiej, za co otrzymał krzyż P. O. W. (za służbę czynną w P. O. Z.) Krzyż Walecznych, Odznakę Orła i inne.

Następnie pełnił obowiązki kpt. lek. dent. przy Szpitalu Okręgowym w Poznaniu i pod koniec kier. rej. sanit. w Lublinie.

Na zlecenie Rady Wydziału Lekarskiego U. P. objął z dniem 1. czerwca 1934 r. stanowisko kierownika Polikliniki Stomatologicznej U. P. wraz z zleceniami wykładami i ćwiczeniami. Zatwierdzenie uchwały przez p. Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego nastąpiło dnia 6. II. 1935 r.

SPIS PRAC DRUKIEM OGŁOSZONYCH.

1. Hat der Durchbruch der Milchzähne Einfluss auf den Organismus der Kinder? Inaugural-Dissertation, Universität Jena 1923.
2. W sprawie leczenia rozszczepów podniebiennych obturatorami z uwzględnieniem Meatobturatora. Kronika Dentystryczna 1933, nr. 4.
3. O torbielach zawiązkowych.
Nowiny Lekarskie w Poznaniu, r. 1934. Zeszyt 1.
4. Sprawa zakażenia ogniskowego jamy ustnej.
Nowiny Lekarskie r. 1934. Zeszyt 11/12.
5. Nadziślak olbrzymiokomórkowy i jego stosunek do włóknistego schorzenia kości (ostitis fibrosa). Przypadek własny.
Kronika Dentystryczna r. 1934. Zeszyt 2.
6. Przypadek pęcherzycy jamy ustnej.
Kronika Dentystryczna 1934 r. nr. 5.
7. Spostrzeżenia własne z dziedziny zakażenia ogniskowego jamy ustnej.
Nowiny Lekarskie r. 1935. Zeszyt 2.
8. W druku: Sollen Milchzähne behandelt werden?
Zeitschrift für Stomatologie, Wien.

Dział sprawozdań i streszczeń.

PATOLOGJA.

W. Carpenter, M. Carpy: Zasady w rokowaniu raka. Journ. Americ. Med. Assoc. V. 98. Z. 1933.

Według doświadczeń autora zależy rokowanie raka od następujących czynników: 1) Obecności przerzutów. Długość życia jest odwrotnie proporcjonalna do ilości przerzutów, jest dalej zależna od rodzaju nowotworu i anatomicznego umiejscowienia. 2) Wzrostu nowotworu. Im nowotwór jest większy, tem bardziej ryzykownym jest zabieg chirurgiczny i tem mniej nadziei na korzystny wynik. 3) Umiejscowienia nowotworu. Im bardziej przystępnym jest dla badania, tem wcześniej wywołuje dolegliwości podmiotowe, tem większa nadzieja na korzystne leczenie. 4 i 5 Stanu serca i nerek; niedomoga tych narządów zwiększa ryzyko operacji. 6) Niedokrwistości. Ta powstaje bądź spowodu gorszego odżywiania ustroju, które często połączone jest z odkryciem nowotworu, bądź z krwawienia spowodu stałego przesiąkania krwi, lub wywołanego ciałami jadowitymi z rozpadłych nowotworów. Niedokrwistość powstała po nagłem krwawieniu nie czyni rokowania tak złem i nie oznacza takiego niebezpieczeństwa dla życia. 7) Wielkości nowotworu. Im jest większy, tem pewniejsze jest zajęcie gruczołów chłonnych. 8) Wieku. U młodych osób bywa rak bardziej złośliwym, u starych zaś dołączają się powikłania płucne, sercowe i nerkowe; przez dłuższe trwanie choroby wzrasta prawdopodobieństwo powstania przerzutów, zrostów i in. 9) Kierunku wzrostu. Ten czynnik wchodzi pod uwagę głównie przy raku narządów, posiadających światło. Gorsze rokowanie przedstawia rak, który rośnie i szerzy się wzdłuż ściany, aniżeli rak rosnący w kierunku światła narządu. 10) Straty na wadze. Tu posiada znaczenie jakość i ilość potraw, obstrukcja mechaniczna, ból, dolegliwości chorego, zakażenie i wchłanianie rozpadłej tkanki. 11, 12, 13, 14) Różnicy w budowie komórek, nacieku limfocytarnego, zwłóknienia i hjalinizacji. Dyferencjacja komórkowa i naciek limfocytarny bywają połączone z dłuższem życiem pooperacyjnem. Podobnie ma się sprawa z fibrozą i hjalinizacją. Jeżeli wszystkie te pooperacyjne warunki są kombinowane, zbliża się procentowe zwiększenie długości życia do 200%. 15) Trwanie choroby. Ten czynnik trudno brać w rachubę. W większości przypadków możemy odgadnąć trwanie choroby tylko na podstawie dolegliwości chorego; te zaś mogą być znacznie krótsze, co zależy od umiejscowienia nowotworu i indywidualności chorego, lub też dłuższe, jeżeli nowotwór był wcześniej w pojęciu anatomicznem dobrotliwy (wrzód — rak żołądka).

Autor dowodzi, że rokowanie złośliwego nowotworu możemy postawić tylko wówczas, jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkie te 15 czynników.

Pol. Gaz. Lek. 1934, str. 505.

Ungar (Lwów).

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

O. Hübner, Moderne Gangränbehandlung. (Leczenie zgorzeli).
Deutsche Z. Woch. 1934, nr. 35, str. 813.

Artykuł powyższy nie przynosi żadnych rewelacyjnych wiadomości z za-

kresu leczenia zgorzeli, lecz jest jedynie próbą syntetycznego ujęcia dotychczasowych znanych i najbardziej wypróbowanych metod.

Autor przyjmuje podział zgorzeli wedle Hessa na gangraena simplex i gangraena complicata (gdy perodontium jest już zajęte), omawia krótko djagnozę zgorzeli, następnie jej istotę i przebieg aż do zajęcia okolicy szczytowej, tzn. wytworzenia się ziarniny wzgl. torbieli, ewentualnie przejścia w stan zapalny — ostitis.

Po obumarciu miazgi zęb staje się ciałem obcym, w którym zachodzą procesy autolityczne białka, przyczem wydziela się amoniak, jako końcowy produkt rozkładu. Taki więc ząb należałoby — zdaniem autora — z zasady usuwać, gdyż posiada on olbrzymie przestrzenie kanalików włosowatych napojonych temi truciznami, skąd chłonie je ożębna na całej swojej przestrzeni, a nietylko przez foramen apicale.

Jednakże staramy się leczyć takie zęby przeważnie ze względów kosmetycznych, oraz aby nie pozbawiać pacjenta większej ilości powierzchni żującej, a o możliwości wyleczenia decyduje łatwy dostęp i ilość przewodów, cierpliwość i wprawa lekarza oraz brak zmian okołoszczytowych.

Przystępując do leczenia zgorzeli należy w pierwszym rzędzie stworzyć szeroki i wygodny dostęp do przewodów, tak, aby nie zachodziła potrzeba zginania instrumentów. Na pierwszym posiedzeniu oczyszczamy jedynie komorę bez wchodzenia do przewodów, i dajemy antyseptyczną wkładkę. Następnego dnia musimy już cały ubytek oczyścić i nadać mu taki kształt jakiego wymagać będzie późniejsze wypełnienie, a to dlatego aby następnie przez wiercenie nie wprowadzić drobnoustrojów do oczyszczonych już przewodów. Teraz następuje oczyszczenie $\frac{1}{3}$ części przewodu, przyczem należy się wystrzegać wszelkiego ucisku, aby nie przepchać mas zgorzelinowych poza szczyt i tem samem nie wywołać ostrego zapalenia okolicy przyszczytowej.

Na całkowite oczyszczenie i rozszerzenie aż do foramen potrzebujemy 3—4 posiedzeń. Do rozszerzania przewodów używamy szcurzych ogonków (Rattenschwanzfeilen) — wogóle rozszerzać i oczyszczać należy raczej mechanicznie niż chemicznie (np. wodą królewską wzgl. zasadami). W czasie oczyszczania główny nacisk należy kłaść na suchość pola operacyjnego i aseptykę narzędzi, gdyż od tego w dużej mierze zależy dobry wynik.

Z lekarstw tylko dwa środki poleca jako pewne w działaniu, tj. chlorfenol i trikresol-formalinę, ewentualnie Chlorphenol-Kampher-Menthol Walkhoff'a. Inne, jak np. Rivanol, Trypaflavina itp. zawodzą — ich działanie bakterjobójcze jest za słabe. Sterylizacja djatermją i prądem galwanicznym nie może być stosowana en masse — wymaga jeszcze doświadczeń. Gdy przewody są już dostatecznie rozszerzone, oczyszczone i wyjałowione, przystępujemy do wypełnienia. Z dotychczasowych najlepszych okazały się preparaty jodoformowe jak np. pasta jodoformowa Walkhoffa lub Jodoform-cement fosforowy.

Przy wypełnianiu oboma temi środkami można użyć ćwieka z chlorperchy, którym preparaty te dociskamy, przyczem jeśli część tych substancji zostaje przeciśnięta poza szczyt, ulega szybko resorbcji. Pozatem dobre wyniki daje obecnie szeroko stosowane wypełnienie przewodu cementem i ćwie-

kiem srebrnym, albo jeszcze lepiej srebrno-manganowym, gdyż jego wybiórcze działanie bakterjobjęcze dłużej się utrzymuje. Tak przedstawia się zarys leczenia zgorzeli wedle dotychczasowych metod: autor zaznacza, że pomimo licznych badań temat ten nie został jeszcze całkowicie wyczerpany i opracowany.

Dr. Owińska (Lwów).

Prof. Dr. W. Hess. Étude expérimentale et histologique de la pulpectomie.
(Badania doświadczalne i histologiczne nad pulpektomią).

La revue odontologique 1935 nr. 2, str. 97 do 110.

Autor zajął się opracowaniem wyników rozmaitych metod pulpectomji (odcięcia miazgi) — Münch, Hellner, Walkhoff) w warunkach najdoskonalszej aseptyki, jaką można zastosować. W tym celu zęby, które leczono temi metodami usuwano później i poddawano badaniu histologicznemu. Zęby użyte do doświadczeń przedstawiały się z punktu widzenia klinicznego zupełnie zdrowo, niedotknięte jeszcze próchnicą. Zabiegi lecznicze, jakich dokonano na nich przy użyciu ślinochronu i wyjąłowego instrumentarium były trojakiemu rodzaju stosownie do metod Müncha, Walkhoffa i Hellnera, tj. przy użyciu: 1) pasty do amputacji Müncha znanej pod nazwą „pulpectat“ zawierającej w sobie wapno i Witaminę C, 2) pasty jodoformowej w składzie której jest Menthol, Chlorphenol, Phenol-camph a stosowanej przez Walkhoffa, — 3) opiók zębinowych pochodzących z zęba leczonego, używanych do implantacji przez Hellnera.

Wyniki badań doświadczalnych w odniesieniu do tych zębów ludzkich poddanych pulpectomji a następnie leczonych metodami wyżej wymienionemi przedstawiają się w krótkości następująco: 1) Miazga skaleczona nie jest straconym organem i jeżeli się ją podda właściwemu leczeniu może ona ujawnić zdolność do naprawy i procesów odtwórczych znacznego stopnia. 2) Pulpectomje wykonane w warunkach najdokładniejszej aseptyki podług metod Hellnera, Müncha i Walkhoffa, pozwalają miazdze brać udział w pewnych procesach histologicznych. Procesy te zmierzają bądź do tworzenia zębiny będącej wyrazem drażnienia, bądź do wtórnego formowania cementu, jużto do powtórnego wcielania drzazg zębinowych, jużto do biernego zwapniania powierzchni zranionej miazgi i wywoływania swojego rodzaju zatarasowanie również jak i zatkania kanału.

Wszystkie te trzy metody stosowania pulpectomji, jeżeli chodziło o miazgi wyłącznie zdrowe odpowiedziały swemu zadaniu w stopniu względnie wysokim, natomiast w przypadkach, kiedy miazga była zakażona lub gdy przyszło w toku leczenia do zakażenia wynik leczenia był ujemny. W przypadkach tych stwierdza się tworzenie ropni w tkance miazgowej, albo ropienie, które niszczy tkankę i powoduje tworzenie się ziarniniaków nad szczytem korzenia. Wiek chorego, stan żywotności miazgi i ogólna dyspozycja stanowią te czynniki, z którymi należy się liczyć w tych procesach.

Procentowo niepomyślny wynik poszczególnych metod stosowanych w omawianych badaniach tak się przedstawia: Metoda Hellnera na 30 przypadków dała 50% straconych, — metoda Müncha na 35 przypadków 70% straconych, — metoda Walkhoffa na 35 przypadków 40% straconych.

Według zapatrywania autora metoda pulpectomji jeszcze nie wyszła poza krąg doświadczeń. Odsetek ujemnych wyników, nawet w warunkach sprzyja-

jących, przy zdrowej miazdze jest tak pokąźny, że należy dążyć do ulepszenia tej metody i z dozą wielkiej roztropności wprowadzać ją z powrotem do praktyki zawodowej.

Dr. Pietrzycki (Lwów)

HISTOLOGJA.

Dr. Berkelbach v. d. Sprenkel: L'innervation de la dent et du ligament alvèolo-dentaire. (Unerwienie zęba i powięzi zębodołowo-zębowej. La revue odontologique nr. 2, str. 111—118.

Włókna nerwowe miazgi tworzą spłot pod i nad-odontoblastyczny. Spłot ten wysyła włókienka bez osłonki rdzeniowej (amyelinowe), które wnikają do kanalików zębinowych, towarzysząc włókienkcom Tomes'a.

Do rozwiązania tego zagadnienia autor doszedł nie drogą rozumowania, ale dzięki prostym poszukiwaniom drobnowidowym. Po niezliczonych daremnych wysiłkach autorowi powiodło się wykazać, że nerwy miazgi wnikają wraz z włóknami Tomes'a do kanalików zębinowych. Łatwo wykazać, że kanaliki zębinowe oprócz włókienek Tomes'a zawierają inne włókienka, które widoczne są nawet na granicy szkliwa. Poszczęściło mu się i w dalszych poszukiwaniach, gdyż potrafił wyśledzić, że jedno z tych włókienek nerwowych kończyło się w bardzo drobnej siateczce znajdującej się w obwodowej części kanałika zębinowego.

Na podstawie tych danych mikroskopowych autor stwierdza stanowczo, że: po pierwsze zaobserwowane włókienka są natury nerwowej, — po drugie, że włókienka te kończą się w zębinie zakończeniami nerwowymi bardzo pojedynczemi, lecz ściśle określonymi. Włókienko Tomes'a zaopatrzone we włókienka nerwowe wypełnia całkowicie kanałik zębinowy i nie posiada dokoła siebie pochewki limfatycznej a płynna przemiana ustrojowa zęba przenika rozlewnie jego zaródź. Co się tyczy przebiegu nerwów w miazdze to jest on następujący:

Włókienka nerwowe myelinowe wnikają przez otwór szczytowy towarzyszą naczyniom i tworzą dokoła nich jakby łożysko nerwowe, otaczając przytem tętnice bardziej całkowicie niż żyły. Gdy jedno włókienka w przebiegu swym utracają powoli swe pochewki utrzymując nadal bezpośrednią styczność z naczyniami, inne włókienka myelinowe zaczynają już po wejściu do miazgi opuszczać naczynia i zaginając się pod kątem prostym zdążać w kierunku łożyska odontoblastów. Tutaj tracąc swą osłonkę rdzeniową tworzą jakby spłot o wielkich oczkach rozciągający się nieprzerwanie dokoła całej miazgi od strony odontoblastów. — Autor jest zdania, że wyłącznie te włókienka myelinowe, które w dalszym swym przebiegu tworzą siateczki w łożysku odontoblastów, dają wypustki włókienkowe do odontoblastów i włókien Tomes'a. — Autor nie zauważył niczego coby wskazywało na istnienie komórek nerwowych niesympatycznych. Włókienka nerwowe, które wnikając do miazgi towarzyszą najściślej naczyniom krwionośnym i pozbawione są osłonek rdzeniowych wnikają do ścian naczyń, gdzie tworzą dokoła komórek mięsnych gładkich bardzo delikatną siateczkę, przypuszczalnie spłot nerwów odprowadzających.

Co się tyczy unerwienia wiązania zębodołowo-zębowego, to większość nerwów dochodzi do tego organu po przejściu wpoprzek kości zębodołowej a następnie po przebiegu wzdłuż ściany kostnej, zaginając się ku górze. Au-

tor zauważył tu trzy rodzaje zakończeń nerwowych: Po pierwsze małą siateczkę, która rozciąga się płasko na podstawowej tkance, bezpośrednio przy ścianie kostnej zębodołu. Po drugie siateczkę dokoła jąder komórek tkanki łącznej powięzi zębodołowo-zębowej. Po trzecie siateczkę nerwową z wielkimi oczkami w centralnej części powięzi utworzoną z włókien osiowych. Splot ten rozciąga się promienisto i w kierunku do zębów dochodzi swymi wypustkami aż do cementoblastów, przyczem włókienka wykazują kierunek prostopadły do powierzchni zębowej. Śledząc te włókienka autor zdołał zaobserwować, że niektóre z nich wnikają nawet w samą ścianę zębiny i kończą się w niej w warstwie Tomes'a nader delikatną siateczką.

W jaki sposób powstają odpowiednie podniety dla zakończeń nerwowych wewnątrz i zewnątrz-zębowych, to jest przedmiotem otwartej dyskusji. Siatki nerwowe zewnętrzne otrzymują podniety przez przemieszczenie, zaś siatki wewnętrzne przez zniekształcenie zęba. *Dr. Pietrzycki (Lwów).*

CHOROBY JAMY USTNEJ.

Sturm (Reichenberg). Stomatitis ulcerosa. (Wrzodziejące zapalenie dziąseł). Z. f. Stom. Nr. 2 z r. 1935.

Znaną jest rzeczą, że wrzodziejące zapalenie dziąseł powstaje z powodu zatrucia rtęcią, względnie innym metalem, z powodu skorbutu, leukemji lub posocznicy. Te przyczyny są bardzo rzadkie; w praktyce spotykamy jednak to schorzenie dziąseł, o nieznaney przeważnie etiologii, bardzo często, a występuje czasami masowo w niektórych rodzinach. Myślano o niewidzialnym (drobnowidowo) zarazku, ale ta choroba nie dała się przeszczyć, ani też przenieść z jednego osobnika na drugi, z czego więc należy wnioskować, że nie powstaje skutkiem zakażenia drobnoustrojami.

W poszukiwaniu za przyczyną wrzodziejącego zapalenia dziąseł i anginy VINCENTA zauważono, że te choroby powstają bardzo często po spożyciu niegotowanego mleka a to: mleka słodkiego, kwaśnego, lub najczęściej śmietanki. Przy wypytywaniu chorego musimy mu często pomagać i pytać się, czy nie jadł w domu, lub w cukierni ciastek, tortu z kremem, lodów lub sosu z śmietanką, względnie czy nie napił się kwaśnego mleka. Wówczas w przeważającej ilości znajdujemy mleko w etiologii. Autor znalazł mleko jako przyczynę tej choroby prawie w 90% przypadkach z początkowemi objawami: swędzeniem i paleniem dziąseł. Etiologia mleka w tej chorobie nasuwa pytanie, czy to schorzenie nie ma nic wspólnego z zarazą pyska i i racie naszych zwierząt domowych, której zarazek znajduje się w mleku, we krwi i w pęcherzykach chorego. Otóż klinicznie i doświadczalnie można z wielkiem prawdopodobieństwem powiedzieć, że wrzodziejące zapalenie dziąseł nie ma z tem nic wspólnego; również nie można powiedzieć, że w mleku jest jakaś trucizna, gdyż po spożyciu tego samego mleka tylko mało ludzi zapada na wrzodziejące zapalenie dziąseł. Wiemy skądinąd, że są ludzie, którzy po spożyciu mleka dostają wyprysków skórnych lub przypadłości jelitowych. Przy wrzodziejącem zapaleniu dziąseł należy również przyjąć, że niektórzy ludzie posiadają idiosynkrazję, względnie są alergiczni w stosunku do mleka, które wywołuje to zapalenie dziąseł.

Wielką rolę odgrywa ilość spożytego mleka i równoczesność niektórych spożytych potraw, np. mleko spożyte po, lub przed jedzeniem surowych owoców,

lodów, lub ciężkiego tłuszczu, wywołuje raczej i szybciej wrzodzące zapalenie dziąseł, niż bez tych potraw. Także menstruacja może wpłynąć na przemianę materji i wzmacnia szkodliwe działanie spożytego mleka. Ponadto jest zależne mleko od rodzaju pożywienia krowy, przeto widzimy większe nasilenie tej choroby na wiosnę i w jesieni przy zmianie paszy krowy.

Często widzimy początek wrzodzącego zapalenia dziąseł w miejscu nad jeszcze niezupełnie wyrzniętym zębem mądrości. Ta okolica jest miejscem wybiórczem dla tego schorzenia, podobnie jak i przy zatruciu rtęciowem, z powodu wydłużonych tam naczyń włosowatych, które wchłaniają jady; nieraz przychodzi w tej okolicy nawet do zgorzeli zębodołu. Autor zauważył również związek przyczynowy między spożytą śmietanką a powstaniem pojedynczych ropni przyzębnych. Przy niezbyt ciężkiej formie schorzenia widzimy owrzodzenie tylko na kilku brodawkach międzyzębnych i na małej przestrzeni brzegu dziąsłowego, które to miejsca są pokryte brudnym ciemno-zielonym, lub brunatno-zielonym osadem, podczas gdy reszta błony śluzowej jest tylko lekko obrzęknięta. Allergja tkanek przy spożyciu mleka staje się przyczyną jej zmniejszonej odporności, osłabione tkanki stają się dostępne dla drobnoustrojów i obumierają. Autor proponuje uzupełnienie tej nazwy na stomatitis ulcerosa lactogenes.

Dr. Brill (Lwów).

Tydzień Odontologiczny — Paryż.

Dnie „ARPA“ francuskiej — 1, 2, i 4 kwietnia 1935 w Grand Palais.

Posiedzenia naukowe (1. kwietnia).

1. Dr. HELD z Genewy — Proteza częściowa przy parodontozie.
2. Dr. SCHAER „ — Kilka przypadków klinicznych parodontozy.
3. LOISIER z Paryża — Wykład na temat historii parodontozy.
4. J. BADER i LOISIER — Rola drażnień na poziomie przyzębnej.
5. Dr. JACCARD z Genewy — Nowe spostrzeżenia przy badaniu czynnościowym dotkniętych parodontozą.
6. Dr. J. SÉDILLOT — Artretyzm i parodontoza.
7. Dr. ROY — Przedstawienie, z książki swojej o ropotoku zębodołowym, jednego ciekawego przypadku klinicznego ciężkiego ropotoku (pyorrhoea) u młodego osobnika.
8. H. GALLOT chir. dent. — Technika preparatów histologicznych zębowych i przyzębnych.
9. LE NORCY — Parodontoza i równowaga soków ustrojowych, rola gruczołu wątrobowego.
10. DURIEUX et VIERNY — Jeden przypadek parodontozy, z towarzyszącą mu chorobą de Vaquez.

2-go kwietnia.

1. Zwiedzenie kliniki chirurgicznej szpitala dla nieuleczalnych kobiet.
2. Posiedzenie z pokazami leczenia technicznego parodontozy. Ch. HULIN i BADER.

4-go kwietnia.

Przedstawienie chorych i pokazów dotyczących ropotoku przez Dra ROY.

Errata do PKN-FDI protokołu dorocznego zebrania w dn. 18. III. 1935.

drukowanego w Polskiej Stomatologii, nr. 4—5/1935, (str. 139).

Z powodu spóźnienia korekty z Warszawy wkradły się do protokołu, wydrukowanego w tym numerze na str. 139 błędy, które poniżej prostujemy:

12-ty wiersz od dołu na str. 139, skreślić wyraz: „*stomatologów*“.

Po 12-tym wierszu od dołu na str. 140, tj. na końcu punktu 1. dodać: „*Częstochowski Związek odontologiczny i Zrzeszenie Lekarzy-Dentystów Kasy Chorych w Pabjanicach*“.

4-ty wiersz od dołu na str. 140, zamiast: „na rok ubiegły“ ma być: *za lata ubiegłe*.

13-ty wiersz od góry na str. 143 zamiast: „zalegające zrzeszenia zapłaciły“ ma być: „*Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Ziem zachodnich Rz. P. zapłacił*“.

Po 17-tym wierszu na str. 143: a więc po punkcie 3. należy dodać uwagę: „*Następnego dnia po Walnem Zebraniu Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Ziem Zachodnich Rz. P. nadesłał pisemne zgłoszenie wystąpienia z prośbą skreślenia go z listy członków PKN—FDI*“.

3-ci wiersz od dołu na str. 144. po wyrazie: „*Mokrzyckiego*“ dodać: *który przyjął obowiązki przewodniczącego komisji*“.

W 10-tym wierszu na str. 145 wykreślić wielką literę: „U“ po P. I. D.

Po wierszu 3. na str. 147 dodać: „w d. 9. V. 1934. r.“ II kol. na str. 148 w wierszu 11 zamiast „koszty wynosiły“ ma być: „*Subwencja na wystanie do Brukseli*“.

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.

Syntetyczny cement porcelanowy „BORYGO“

to najtwardszy i najodporniejszy materiał ze wszystkich znanych na rynku cementów porcelanowych.

Piękny połysk i przezroczystość otrzymuje się przy dokładnem stosowaniu przepisu użycia.
Plastyczny, lepki, piękny wybór barw.



W porównaniu do innych porcelan „Borygo“ zyskuje z biegiem czasu na przezroczystości i połysku, podczas gdy inne porcelany efektowniejsze narażone tracą później swe właściwości.

Wyrób Sp. Akc. Zakładów Przemysłowych „Boryszew“ w Warszawie
Wyłączna organizacja sprzedaży „ALRO“ Warszawa, ul. Widok 6.
Handlowo-Przemysłowe Tow. Dentystyczne

Istnieje tylko mała ilość prawdziwych wysiłków czołowych

w świecie przemysłu dentystycznego. W dziedzinie cementów zębowych należą tutaj „Cementy Degussa“. Łączą one w sobie wszystkie własności dobrego cementu zębowego w najwyższym stopniu.

Degussa cement krzemianowy, Degussa cement do koron,

Degussa cement matowy (do wypełnień i umocowań), cement do zębów mlecznych według Dra Tholucka.



DEGUSSA

Degussa

Frankfurt a. Main - Berlin W 8 - Pforzheim



DEGUSSA



ODOL Pasta do zębów -
stosowana codziennie - zapobiega
brzydkiemu zabarwieniu zębów
i przykremu zapachowi z ust.

ARKO - amalgam

ARKO - fleczer

ARKO - metal łatwotopliwy

ARKO - gutaperka

ARKO - masa wyściółkowa

Nazwa **ARKO** — zapewnia wysoką jakość i taniść
towaru.

Do nabycia tylko we firmie:

M. ARTELT

LWÓW, CHORAŹCZYŻNA 8. — TEL. 32-79.

DE TREY'A

Porcelana „Synthetic”

(Marka „SYNTREX“)

PLOMBA PLASTYCZNA NAJWYŻSZEJ DOSKONAŁOŚCI.



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

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Jednolitość i subtelność proszku, który nie wchłania wilgoci i nie tworzy grudek. Stałość płynu, który nie mętnieje i nie krystalizuje się. 2. Łatwość rozrabiania (przy przestrzeganiu przepisów). 3. Wytrzymałość plomby na czynniki mechaniczne podczas żucia i t. d. 4. Odporność na działanie śliny i leków. 5. Nadzwyczajna ścisłość masy. 6. Zachowanie stałej objętości. | <ol style="list-style-type: none"> 7. Różnorodność barw, nie ulegających zmianie pod wpływem różnych czynników. 8. Połysk naturalnego szkliwa. 9. Szczelne zamknięcie i ściste przyleganie do ścian i krawędzi ubytku. 10. Możliwość odbudowania większych braków zęba oraz narożników. 11. Niema ujemnego wpływu na miążgę. 12. Gwarancja solidnego i estetycznego wyniku roboty. |
|--|--|

The Amalgamated Dental Company Ltd., London
dawniej

De Trey et Co Ltd. and Claudius Ash Sons et Co Ltd., London.

Wyłączne przedstawicielstwo na Polskę

EUROPEJSKIE TOWARZYSTWO DENTYSTYCZNE

„E D E C O“

Warszawa

Św. Krzyska 28.

Do nabycia w składach dentystycznych.

„ARPA” Nr. 3.

DODATEK DO POLSKIEJ STOMATOLOGJI 1935/4 i 5.

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

Ciąg dalszy — zob. str. 40. (Pol. Stom. Nr. 1).

Z a łą c z n i k

do projektu statutu. Zmiany i dodatki.

ad 2, e) ...pozyskać praktyków (specjalistów), którzyby badali przypadki parodontozy według jednego systemu.

ad 4. Ten ustęp będzie ułożony w tym sensie, że komitet naczelny może przyjmować poszczególnych członków po zaciągnięciu opinii. Wnioski redakcji będą skierowywane do sekretarjatu w Genewie i ponownie uwzględnione w drugim czytaniu roku następnego.

ad 7. Genewę wyznaczono jako siedzibę zarządu.

ad 10. Sprawa finansowa wyłoniła pewne trudności ze względu na przelanie finansów jednego kraju na inny. Napewno taka ARPA jak na przykład Niemiec i Włoch nie będą mogły powziąć decyzji bez zasięgnięcia opinii władz organów administracyjnych, od których one zależą. Sprawa oprocentowania kapitałów sekcji jest trudna do rozwiązania ze względu na trudności powstałe dla skarbnika. W końcu dyskusji poprzestano na następującej formule:

Składka roczna: dla delegata 100 franków złotych.

Składka roczna dla poszczególnego członka 20 franków złotych.

ad 11. „Paradentium“ prenumerują obowiązkowo wszyscy członkowie.

Czwartek 2 sierpnia 8 godz. 45 min. — Willa Olmo. Posiedzenie naukowe.

Przewodniczy: René Jaccard. Otwiera posiedzenie i odczytuje list z usprawiedliwieniem od prof. Entin. Następnie odczytuje jego artykuł:

Prof. Entin (Moskwa). Nowe poglądy dotyczące patogenezy i leczenia parodontozy.

Reorganizacja nauczania w Rosji sowieckiej pozwoliła na rozwój nauki o parodontozie. (Badania). Doświadczenia prowadzone w dalszym ciągu dążą do przyjęcia dla parodontozy czynnika chorobotwórczego nerwowego i odżywczego (troficznego). Nerwice — zdaje się — że odgrywają tu widoczną rolę.

G. Cremona (Beyrouth). Ważność kuracji odtruwającej połączonej z leczeniem miejscowem w przypadku parodontozy.

Obserwacje te dotyczą chorej, leczonej w oddziale stomatologicznym szpitala dla nieuleczalnych kobiet (Hulin). U chorej tej ciężka parodontoza

była uważana jako objaw zaburzeń pochodzenia wątrobowego. Jest to typowy przypadek zaburzeń w równowadze soków ustrojowych, z licznymi objawami ze strony przewodu pokarmowego: w postaci zaparcí stolca i biegunek naprzemian, nieznoszenia pokarmów azotowych, — ze strony układu nerwowego: w postaci migreny, zawrotów głowy, niestałości równowagi, bezsenności, światłowstrętu. Badanie miejscowe: paradontoza ropiejąca, ruchomość wszystkich zębów. Leczenie przyczynowe: kuracja odtruwająca przez post pięciodniowy podług djety (według Guelpa). Leczenie miejscowe: metoda Hulin'a. Zaburzenia przewodu pokarmowego i układu nerwowego ustąpiły. Leczenie miejscowe zastosowano według możliwości z wynikiem zadawalającym.

Oestman (Stockholm). Leczenie paradontozy przez odciążenie zgryzu.

Od 10 lat, od kiedy Oestman zajmuje się prarodontozą przyznaje on bardzo wielką wagę warunkom mechanicznym zgryzu (wpływ usunięcia pierwszego trzonowca, rodzaj wypełnień, i t. p.), — czynniki endogenne stawia on na drugim miejscu.

J. Elkana (Düsseldorf). Leczenie paradontozy przez odciążenie.

(z pokazami modeli)

Wykład Siegmunda wskazał jasno na zaburzenia powstałe z przeciążenia stawu skroniowo-zuchwowego; podobne zaburzenia powstają w obrębie parodontium, kiedy zgryz jest wadliwy. Autor omawia następnie zapatrywanie obecnej szkoły niemieckiej odnośnie do odciążenia zgryzu. Nadmieniam na samym początku, że z punktu widzenia aitiologicznego czynniki miejscowe i ogólne współdziałają w rozwoju paradontozy. Leczenie jest z natury rzeczy dwojakie: bierze pod uwagę obrażenia przyzębnej i wyrównanie zgryzu. Wielką wagę przywiązuje się do drugiego punktu. Niekiedy wystarcza wyrównać, ażeby uniknąć mechanicznego ustalenia. Autor omawia następnie sposoby mechaniczne, celem wyrównania szczególnie głębokiego zgryzu.

DYSKUSJA

Weski przynajmniej jaką rolę odgrywa zgryz, ale nie uważa, aby to był pierwszorzędny czynnik aitiologiczny. Wiele nieprawidłowości zgryzu, często bardzo ciężkich nie zawsze wywołuje paradontozę, i nie wykazuje skłonności jako czynnik obowiązujący.

Roy wypowiada się w tym samym sensie i przyznając całkowicie ważność czynnika urazowego, pozostaje w przekonaniu, że paradontoza zawdzięcza swój początek czynnikiem endogennym.

Senator **Pende** (Profesor Kliniki lekarskiej w Genewie). **Nauka o wewnętrznym wydzieleniu konstytucjonalnym i patalogja zębów.**

Uczestnicy włoskiego kongresu stomatologów zostali zaproszeni do wysłuchania tego wykładu. Po wprowadzeniu profesorów Perny (Rzym), Falsoli'ego i Palazzi'ego i po wypowiedzeniu życzeń powodzenia przez Jaccard'a oddano głos profesorowi Pende.

Układ zębowy jest jednym z najbardziej czułych systemów na odczyny fizjologiczne sprawności czynnościowej układu nerwo-dokrewnego. Ale jest lepiej badać te stosunki ze stanowiska właściwości wydzielania dokrewnego w stanach podchorobowych wydzielania dokrewnego, niż w prawdziwych schorzeniach wydzielania wewnętrznego. Dotyczy to dziedziny skaz hormonalnych, gdzie charakter dokrewnego wydzielania, jak w przypadku gośćca może być uważany jako podstawa istotna zespołu objawów systemu zębowego. Gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu: tarczyca, gruczoły płciowe i trzustka wykazują najoczywistszy związek z patologią zęba.

Stany zwiększonej działalności tarczycy sprzyjają wzrostowi zębów, podczas gdy zmniejszona działalność tarczycy pociąga za sobą zaburzenia w tej dziedzinie, — dotyczy to zresztą tak asmo skóry i paznokci. Przeciwnie zwiększona czynność gruczołów płciowych (rodnych) nie sprzyja tworzeniu się naskórka. Jest rzeczą dobrze znaną, że czynności rodne jak miesiączkowanie, ciąża, karmienie, sprzyjają próchnicy i schorzeniem przyzębnej. Należy dodać, że przede wszystkim hormon ciała żółtego (corpus luteum) jest powodem wadliwego wzrostu zębów. Dla zrozumienia fizjologii patologicznej aparatu zębowego należy zdać sobie sprawę z dwóch grug tkanek, które wchodzi w jego skład: jednej pochodzenia ektodermalnego, drugiej mezodermalnego. Wiadomo, że tarczyca powstrzymuje rozwój i wzrost tkanek nabłonkowych, współdziałając z gruczołami przytarczycznymi i pewnymi hormonami przysadki mózgowej. Tkanki nabłonkowe zaś są niezbędne do rozwoju i ochrony części mezodermalnych zęba. Zdaje się, że zmniejszona działalność tarczycy nie działa sprzyjająco na odwapnianie, raczej działa przeciwnie, i jest rzeczą możliwą, że kamień nązębny występujący obficie w stanach zmniejszonej działalności tarczycy, będzie znakiem nienormalnego zatrzymania wapnia. Oddawna opisywano skłonności do stanów zapalnych w przypadkach zmniejszonej działalności tarczycy. Należy nadmienić, że stan zmniejszonej działalności tarczycy może za pośrednictwem zaburzeń w szkliwie i w dziąsłach spowodować uszkodzenie zębów. To co wiemy o przypadkach choroby Basedowa w której spozstrzega się próchnicę albo wypadanie zębów nie dowodzi niczego przeciwko temu zapatrywaniu, gdyż wiemy, że tego rodzaju poważne zwiększenie czynności (hyperfunctio) mogą się kombinować z nieomogą.

Nadmierna czynność gruczołów płciowych może znaleźć od-

dźwięk w zakresie zębów jako czynnik hamujący w stosunku do tarczycy i przysadki. Tego rodzaju antagonizm wykazały liczne fakty.

Niedomoga trzustki (pancreas) jest również szkodliwa dla narządu żucia (zębowego). Spostrzega się zresztą w cukrzycy pewien odczyn ze strony śluzówki dziąsłowej i policzkowej. Choroba ta okazuje pewne wybiórcze działanie względem urządzenia ochraniającego ząb prawdopodobnie w następstwie zaburzeń w unerwieniu współczulnym. Nadto należy zdać sobie sprawę ze zmian biochemicznych krwi jak również śliny. Cukrzyca powoduje kwasicę (zakwaszenia) z towarzyszącą jej hypercholesterolemią, hyperacetonemią, przewapnieniem (hypercalcemią) i hyperuricemię. Tosamo zresztą dzieje się w rozmaitych postaciach gośca. Zaburzenia te, zdaje się, sprzyjają powstawaniu stanów chorobowych przyzębnej, podczas gdy skłonność do próchnicy zbiega się ze stanem zasadowości z hypocalcemią hypocholesterolemią, hypoglycemią, względnie z niedomogą tarczycy. Należy zaznaczyć zresztą, że hyperthyreoidyzm i hyperpituitaryzm mogą być powodem następnej niedomogi trzustki. Można również przyjąć, że wago-tonizm usposabia do próchnicy, podczas gdy hypersympathicotoniizm sprzyja schorzeniom przyzębnej. Zaburzenia nerwowo-stawowe są całkowicie równoległe z temi jakie warunkują hypoplazje i dysplazje zębów. Uszkodzenia nie są zresztą następstwem bezpośrednim zaburzeń dokrewnego wydzielania, ale działanie tego czynnika łączy się z rozmaitemi czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi (endogènes i exogènes).

Lecznictwo może się opierać na tych rozważaniach i działać z jednej strony przez stosowanie wyciągów tkankowych (opotherapie) z drugiej strony przez zmianę równowagi kwasowo-zasadowej, zwalczając zasadowość u osobników skłonnych do próchnicy, a kwasowość w schorzeniach przyzębnej.

Dalszy ciąg komunikatów:

R o y. Ubytki klinowe jako powikłania parodontozy.

Według Roy'a, te uszkodzenia nie są wcale wyrazem dystrofji (zaburzeń w odżywianiu, lecz wyłącznie czynnika mechanicznego. Autor przypomina doświadczenia Millera, który już w roku 1906 wytworzył typowe ubytki klinowe przez stosowanie szczoteczki z proszkiem i pastą do zębów. To są według Roy'a owe czynniki, które należy uważać za odpowiedzialne za powstawanie ubytków klinowych, powinno się je również wykluczyć z higieny jamy ustnej osobników, dotkniętych schorzeniem przyzębnej.

Haderup, Przewodniczący komitetu ARPA duńskiej wygłasza odczyt o pracy

Brinch'a (Kopenhaga). Histogeneza przemiany tkanej przyzębnej u psa, w następstwie doświadczalnego leczenia miazgi.

Przekrwienie naczyń przyzębnej jest pierwszą oznaką odczynu. Powiększenie ciśnienia, w ten sposób wywołanego, jest zrównoważone przez ruchomość zęba w wyrostku zębodołowym.

Pewnym grupom okołozębowym tkanki łącznej leczenie zaszkodziło nieznacznie i pojawiło się w wielu okolicach zwapnienie jako wyraz zaburzenia w odżywianiu. Stąd tworzenie się w parodontium licznych małych jam o ścianach twardych, w których znajduje się tkankę łączną z rozszerzonymi naczyniami. Przekrwienie może tu powodować zwiększenie ciśnienia w tkance, wytwarza się wówczas resorbcja najtwardszej ściany jamy, rozumie się cementu, a później nawet samej zębiny.

Przyjawszy, że krążenie uboczne jest zupełnie niemożliwe i że światło przewodu jest zwięźone przez złogi nowej kostniny na ścianach, tkanka ziarninowa w głębi przewodu wystawiona jest stale na zwiększone ciśnienie (circulus vitiosus), co powoduje, że proces wessania również jak tworzenie się komórek olbrzymich postępują z koniecznością aż wgłąb zębiny. Budowa gąbczastej tkanki kostnej przyzębnej ustępuje z postępem kostnienia tkanki łącznej przyzębnej a tkanka kostna gąbczasta zamieniła się w tkankę kostną zbitą.

Ponieważ u psa korzenie zębów przednich są zakrzywione, wyrostek zębodołowy jest bez dna; z tegoż powodu zapalenie okołoszczytowe rozszerza się stale wcześniej zanim zwiększenie prężności tkanki wywoła resorbcję w części szpikowej kości, w której tkwią szczyty zębów ściecznych.

Jeżeli się bierze pod uwagę skłonność przyzębnej psa do zaburzeń w odżywianiu w postaci zwapnienia dystroficznego (i do kostnienia), które można łatwo wywołać urazami najrozmaitszego rodzaju i nad zmianami zupełnymi tkanki okołoszczytowej zębów zespolonych kością, dochodzimy do wniosku, że zęby psa i ich przyzębna nie nadają się do badań naukowych a szczególnie do studjów porównawczych, mających na celu wyświetlenie, leczenie miazgi zębowej drogą eksperymentu.

Środa 2 sierpnia 14^{1/2} godz. Willa Olmo. Posiedzenie naukowe.

Hulin przedstawia swój **nowy schemat dla obserwacji schorzeń przyzębnej** (status) i wyjaśnia dla jakich motywów dał jemu takie rozmiary. Celem ułatwienia pracy lekarzowi dentyście formularz powinien zawierać wszystkie pożyteczne wiadomości celem przeprowadzenia całkowitego badania. Według wyrażenia Hulin'a należy wyraźnie określić pojęcie artretyzmu, ponieważ on właśnie bardzo często pojawia się pod błędnem mianem zaburzeń endogennych, — należy mu dać postać przez sporządzenie całkowitego opisu całkowitego spisu objawów i przypadłości wśród jakich się on ujawnia.

DYSKUSJA

Weski i Jaccard gratulują dalszego pomysłu Hulin'owi. Weski

sądzi jednakże, że trudno jest dawać do rąk młodego praktyka tak rozległy kwestjonariusz. Dlatego też on sam uprościł swój.

E. Rutishauser i A. Held (Genewa). Parodontoza eksperymentalna u psa.

Rozmaici autorowie (Askenazy, Rutishauser, Katese i jego uczniowie) (Archinard, Held) podkreślają ważność zmian ogólnej przemiany materji w paradentozach; one zwróciły uwagę na zaburzenia o wewnętrznym wydzielaniu (hyperparathyroidismus, hyperthyroidismu) i na skłonność do zakwaszenia, co charakteryzuje pewne choroby (cukrzyca, ołowica i t. p.). Doświadczenia wykazały z jednej strony częściowe pokrewieństwo z kostniakiem włóknistym i zanikiem kostnym postępującym; z drugiej strony, że obie te przypadłości kostne uogólnione nagabują nasamprzód szczęki a w szczególności wyrostki zębodołowe.

Związkowi więc stworzonemu pomiędzy parodontozą i ogólnymi chorobami szkieletu będzie można przeciwstawić, że parodontozom po największej części nie towarzyszą ogólne zmiany szkieletu. To jest powodem, dla czego Rutishauser i Held powzięli zamiar wywołania eksperymentalnie parodontozę odosobnioną, używając materiałów stosowanych poprzednio do wytworzenia kostniaków włóknistych uogólnianych. Cel ten osiągnięto u 4 psów, z których dwóm podawano thyroxynę Roche, a dwóm innym octan ołowiany. U piątego zwierzęcia, któremu stosowano glikozę w bardzo wielkich dawkach wystąpiły ogólne uszkodzenia szkieletu. Doświadczenia te, które trwały 214 do 330 dni, kontrolowane były klinicznie, radiograficznie i chemicznie (fosfor, wapień, rezerwa zasadowa) i uzupełnione badaniami anatomicznymi i histologicznymi.

DYSKUSJA

Hulin krytykuje rodzaj zastrzyków, jakie są wykonywane w przebiegu tych doświadczeń. One nie sprowadzają zjawisk, które możnaby porównywać z temi jakie zdarzają się za życia, są to ciała obce, które wywołują odwapnienie kości skłonnej do zaniku. Przeciwnie, zastrzyk białka jajowego ma działanie zupełnie pokrywające się z takim produktem białka odżywczego.

Held w odpowiedzi Hulin'owi zaznacza, że z trzech substancyj jakich użyto w jego doświadczeniach z Rutishauserem, przynajmniej dwie są wytworami pochodzenia fizjologicznego, to jest thyreotoksyna i glikoza i że w następstwie tego nie będzie tu chodzić o ciała trujące obce w organiźmie. Uszkodzenia przyzębnej są całkowicie typowe i przypominają te, jakie spostrzegamy u człowieka.

Siegmund pokazuje kilka klisz, przedstawiających stan przyzębnej w przypadkach choroby Recklinghausena. Widać na nich, że wessanie rozpoczęło się od zewnętrznej blaszki wyrostka zębodołowego.

Weski widział analogiczne postacie wessania jakie przedstawił Siegmund w przypadkach, które nie były chorobą Recklinghausena.

Archinard (Genewa). Spostrzeżenia kliniczne.

Autor przedstawia przypadek chorej, która dotknięta była chorobą kościaną z objawami bardzo zbliżonymi do włóknistego zapalenia kości. Jednak u tej chorej było nieznaczne zwiększenie Ca, a zarazem zmniejszenie P we krwi. Objawów przyzębowych było prawie brak. Chora ta była operowana ale wycięcie części gruczołów przytarczycznych i tarczycy nie wywoływały ani gruczolaka ani wola Basedowa. Archinard wnioskuje:

1. Obecność lub nieobecność paradenty w schorzeniu ogólnym jest czynnikiem bardzo cennym dla postawienia rozpoznania.

2. Fakt niespostrzeżenia paradenty u ludzi dotkniętych schorzeniem kościanym zwalcza hipotezę typowych zapaleń kości włóknistych Recklinghausena.

Le Norcy (Rennes) Wapno w leczeniu odtwórczym przyzębnym.

Zdaje się, że obecnie panuje zgoda, by nazwać paradontozą to, co kiedyś nazywano ropotokiem zębodołowym (pyorrea alveolaris). Wszyscy badacze dopatrują się pochodzenia wewnętrznego. Czy możemy zmienić podłoże? Pośród lekarstw najbardziej skutecznymi w tym co dotyczy ustalenia systemu nerwowego komórek i soków ustrojowych, wybija się wapno. Hulin pierwszy od roku 1926 zastosował wapno w swym leczeniu paradenty metodą powodującą stwardnienie.

1. Drogą ustną, wapno ma w istocie własności wzmacniania komórki, podniecania fagocytozy, ustalania koloidów i powstrzymywania kłaczkowania.

2. Przez jonizację miejscową przyzębną. W istocie jeżeli jon K podnieca bujanie komórek i powiększa swą przepuszczalność, to jon Ca sprawia, że komórka jest więcej trwałą.

3. Przez zastrzyki miejscowe w przyzębną, aby dostarczyć tkance łącznej składników ustalających i powodujących stwardnienie.

W dyskusji jaka się wywiązała Weski mówiąc w imieniu Holz'a (szefa pracowni prof. Sauerbruch'a), oświadczył, że tylko wapno koloidalne może mieć skutek leczniczy; wapno zjonizowane będzie bez żadnego skutku.

Bader (Paris). Doświadczenia nad patogenezą i leczeniem schorzeń jamy ustnej i dziąseł pochodzenia chemicznego.

Patogeneza na tle składników chemicznego leczenia jest jeszcze niezbadana. Schorzenia jamy ustnej i paradenty pokrywają się często; Ich patogeneza jest prawdopodobnie tasama.

Niezależnie od przyczyn miejscowych sprzyjających (drażnienia mechaniczne, infekcyjne, chemiczne), Bader wprowadza przedewszystkiem jako przyczynę nietolerancję. Zjawiska te wiążą się z opisami Lumiere'a pod nazwą niestałości soków ustrojowych (strącanie się soków przy zetknięciu się z rozmaitymi substancjami). Kłaczki te są nadzwyczaj ruchliwe, towarzyszą one początkom przypadków, które nagabują narządy wydalin fizjologicznych (nerki, powłoki).

Leczenie powinno polegać na zmianie równowagi humoralnej, poprawie przepuszczalności dróg wydzielniczych i usprawnieniu czynności w procesach odtruwania. W tym celu Bader zachwala kuracje wodno-mineralne i zniesienie wrażliwości przez stosowanie podsiarczków.

Palazzi (Pawia). Przyczynek do badań nad biologią miazgi i schorzeniami miazgi na tle przerzutowym hematogenem i konstytucjonalnem.

(z przedstawieniem przeźroczy).

Na ten temat mało jest studjów systematycznych. Istnieje jednak kilka praw o schorzeniach miazgi w związku z ogólnymi przypadłościami (sposzrestrzeżenia Graeff'a, dotyczące obecności kokków gram-pozytywnych w naczyniach miazgi przedtrzonowca, w przypadku zapalenia śródsierdzia; spostrzegane przekrwinek z przekrwieniem miazgi w przypadku ropnego zapalenia mózgu. Autor przypomina również prace Fischer'a nad biologią miazgi. Tymczasem nie należy zapominać, że miazga jest podatna nie tylko na zaburzenia ogólne, ale także i miejscowe.

Badania Palazzi'go odnoszą się szczególnie do chorób przemiany materji i do schorzeń powstałych na tle zakaźnym. Wstępne badania były dokonane na zwłokach chorych, zmarłych na następujące cierpienia: mocznica, posocznica, wrzody dwunastnicy, oskrzelikowe zapalenie płuc, alkoholizm, wyędźnienie i t. p. Wybrano przedewszystkiem zęby wolne od parodontozy (schorzeń przyzębnej) i bez próchnicy.

Na podstawie tych badań można wnioskować:

1. Miazga zębowa reaguje na schorzenia ogólne w szczególności z punktu widzenia biologicznego i konstytucjonalnego.
2. W chorobach zakaźnych pociągających za sobą ciężki stan posocznicy, miazga zębowa okazuje zjawisko czynnego odczynu.
3. W chorobach uszkadzających ciężko cały organizm (gruźlica) miazga zębowa okazuje się niedorozwinięta i zanikła.
4. Zaburzenia ogólne wywołują w szczególności w miazdze zjawiska zwyrodnienia.
5. W miażdżycy miazga wykazuje stwardnienie naczyń i całej tkanki miazgowej.
6. U osobników z zaburzeniami przemiany wapnia miazga wykazuje zmiany nierozłączne z temi zaburzeniami.

Wiadomości uzyskane w stosunku do przyzębnej mogą być potwierdzone w tem znaczeniu, że przyzębna jest atakowana szczególnie w chorobach przemiany materji (cukrzyca, mocznica) i wykazuje uszkodzenia osobliwie cementu.

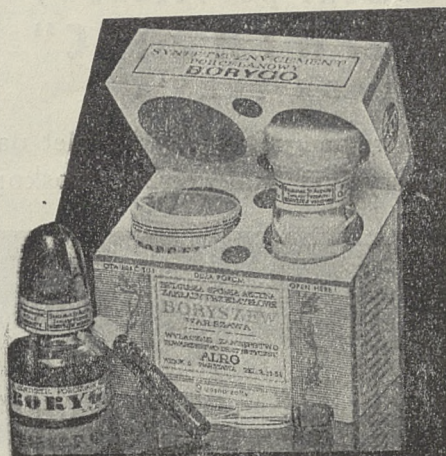
Tłumaczył *Dr. Pietrzycki.*

Syntetyczny cement porcelanowy „BORYGO“

to najtwardszy i najodporniejszy materiał ze wszystkich znanych na rynku cementów porcelanowych.

Piękny połysk i przezroczystość otrzymuje się przy dokładnym stosowaniu przepisu użycia.

Plastyczny, lepki, piękny wybór barw.



W porównaniu do innych porcelan „Borygo“ zyskuje z biegiem czasu na przezroczystości i połysku, podczas gdy inne porcelany efektowniejsze narazie tracą później swe właściwości.

Wyrób Sp. Akc. Zakładów Przemysłowych „Boryszew“ w Warszawie

Wyłączna organizacja sprzedaży Handlowo-Przemysłowe Tow. Dentystryczne „ALRO“ Warszawa, ul. Widok 6.

ARKO - amalgam

ARKO - fleczer

ARKO - metal łatwotopliwy

ARKO - gutaperka

ARKO - masa wyściółkowa

Nazwa ARKO — zapewnia wysoką jakość i taniść towaru.

Do nabycia tylko we firmie:

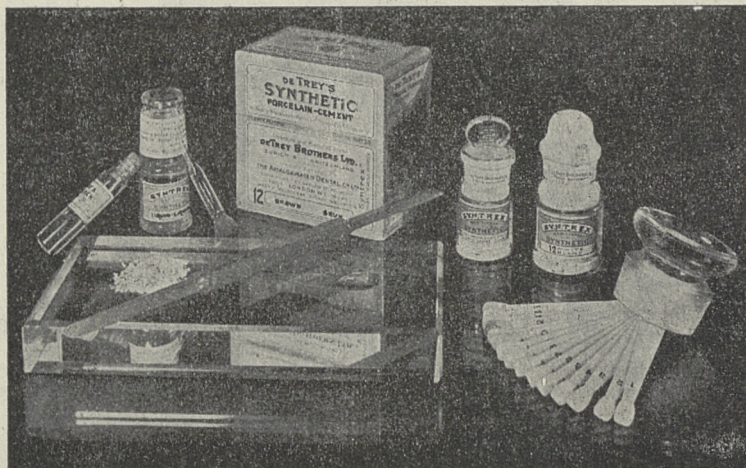
M. ARTELT

LWÓW, CHORAŻCZYŻNA 8. — TEL. 32-79.

Wynik długotrwałego i uciążliwego zabiegu przy plombowaniu zależy od gatunku użytego cementu

**Cement porcelanowy
„SYNTHETIC“
DE TREY'A**

odznaczający się szeregiem niezwyklej zalet daje w wyniku plombę plastyczną najwyższej doskonałości:



- 1) Wytrzymałość na ciśnienie podczas żucia.
- 2) Odporność na działanie śliny.
- 3) Barwa i przezroczystość naturalnego szkliwa.
- 4) Brak ujemnego wpływu na miąższę zębową.
- 5) Ścisłe przyleganie do krawędzi ubytku.
- 6) Gwarancja solidnego i estetycznego wyniku roboty.

THE AMALGAMATED DENTAL Co LTD. LONDON

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę

EUROPEJSKIE TOWARZYSTWO DENTYSTYCZNE

„E D E C O“

WARSZAWA, ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 28. Tel. 2-04-18. i 6-37-24.

Do nabycia w składach dentystycznych.



JÓZEF PIŁSUDSKI

Pierwszy Marszałek Polski

zmarł w Belwederze dnia 12 maja 1935 r.

Biorąc udział w ciężkiej żałobie, która okryła
wszystkie ziemie Polski

złożyli kondolencje w dniu 14. maja na ręce Pana
Wojewody, wpisując się do wyłożonej księgi w gma-
chu Województwa Lwowskiego

imieniem

„Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“

„Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych“

„Związku Słowiańskich Stomatologów“

„Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego
Związku Dentystycznego F. D. I.“

„Sekcji Polskiej Międzynarodowego Związku Stoma-
tologicznego A. S. I.“

oraz

„Redakcji Polskiej Stomatologii“

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

prezes powyższych organizacyj

Dr. HENRYK ALLERHAND

wiceprezes Związku Stomatol. Izby Lek. Lwowskiej i sekretarz
PKN—FDI

Dr. HENRYK GORCZYŃSKI

sekretarz Sekcji Polskiej A. S. I.

Dr. HENRYK BERGER

sekretarz Związku Stomatol. Izby Lekarskiej Lwowskiej

W dniu 25. maja 1935 złożył na Wawelu hołd ś. p.
Naczelnikowi Państwa imieniem wyżej wymienionych
organizacyj

prezes Prof. Antoni Cieszyński

Rada Centralna
Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzpl. Polskiej.

KOMUNIKAT.

W dn. 15 maja 1935 r. Zarząd Rady Centralnej odbył nadzwyczajne, uroczyste, żałobne posiedzenie z powodu zgonu Marszałka Józefa Piłsudskiego, na którym dla zamaniestowania swego udziału w uroczystościach pogrzebowych i żałobie narodowej, powzięte zostały jednogłośnie następujące uchwały:

- 1. Wysłać delegację na mające się odbyć w dn. 16 maja r. b. żałobne posiedzenie Rady Miejskiej m. Warszawy w osobach kolegów: N. Neufelda i W. Perlińskiego.*
- 2. Wysłać depeze kondolencyjne do Pani Marszałkowej Piłsudskiej, do Prezesa Rady Ministrów i do Ministra Opieki Społecznej.*
- 3. Wziąć udział w uroczystościach pogrzebowych.*
- 4. Zalecić noszenie czarnej opaski na czas trwania żałoby narodowej.*
- 5. Zamiast wieńca przestać do dyspozycji Komitetu Uczczenia Pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego zł. 50.*
- 6. Zakomunikować o powyższem wszystkim Zrzeszeniom przynależnym do Rady Centralnej.*

Zarząd.

Warszawa, dnia 16 maja 1935 r.



PROF. DR. WINCENTY ŁEPKOWSKI
1866 — 1935



Prof. zw. Dr. WINCENTY ŁEPKOWSKI

**kierownik Polikliniki stomatologicznej Uniw. Jagiellońskiego
odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Polonia Restituta, Krzyżem
Legjonowym, honorowy prezes Tow. Stomatologów Polskich, wiceprezes
Polskiego Komitetu Narodowego Międzynar. Związku Dentyst. (F. D. I.)**

urodzony w r. 1866, zaopatrzony św. Sakramentami, zasnął w Panu, dnia 23 maja 1935.

Pogrzeb odbył się na cmentarzu rakowiekim w Krakowie, dnia 25 maja 1935, o godzinie 11:30.

Nad trumną Prof. Łepkowskiego w dniu 25 maja 1935 r.

zamiast przemówienia w dniu pogrzebu¹⁾

Przed 7-miu laty — 28 maja 1928 r. — zjechała do Krakowa cała Polska stomatologiczna, by wziąć udział w 25-letnim jubileuszu powstania Instytutu Stomatologicznego przy Wszechnicy Jagiellońskiej, a zarazem by uczcić osobę twórcy jego — Prof. Wincentego Łepkowskiego.

Dziś — 7 lat później — również w ostatnich dniach maja, gdy ogrody i łąki pokryte kwieciem wiosennem, przybyliśmy znowu do Krakowa, by imieniem polskich stomatologów i lekarzy-dentystów złożyć ostatni hołd i cześć Temu, który siłą woli i bezustannym wysiłkiem wywalczył jeszcze u władz austriackich pierwszy zakład stomatologiczny uniwersytecki z wykładowym językiem polskim, tworząc na ziemi polskiej pierwszą placówkę naukową dla higieny jamy ustnej, złożyć hołd Temu, który nie znając kompromisów, zapatrzony w cel idealny: rozwój nauki, którą reprezentował, siedł naprzód, głosząc hasła stomatologiczne wbrew poglądom istniejącym jeszcze na zachodzie Europy i w Ameryce, jakoby specjaliście, zajmującemu się chorobami jamy ustnej i zębów, wystarczały studja skrócone — dentystyczne w osobnych zakładach naukowych uniwersyteckich lub prywatnych.

Sam ukończywszy studja lekarskie w Krakowie w r. 1890, po roku asystentury w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera, specja-

¹⁾ Na wyraźne życzenie Rodziny, nie miały miejsca żadne przemówienia w dniu pogrzebu.

lizuje się w najświetniejszej podówczas europejskiej centrali nauki dentystycznej, w Berlinie, pod przewodnictwem prof. Millera, pracując równocześnie w pracowniach chemicznej i bakterjologicznej. Następnie jedzie do Paryża kształcić się dalej w szkołach prywatnych dentystycznych, jakie istniały wówczas i istnieją dotąd we Francji. Poziom naukowy tychże zakładów we Francji, niedostatecznie pogłębiony w kierunku lekarskim, uczynił go wrogiem autonomicznego studjum dentystycznego.

Nie wystarczy bowiem tylko pobieżne orjentowanie się w naukach przyrodniczych i lekarskich do wykonywania zawodu lekarza-dentysty, ale są potrzebne gruntowne podstawy ogólnolekarskie. Ta teza stała się dewizą Jego życia, którą starał się zrealizować także w Polsce. Hasło to przyjęte przez wszystkich współczesnych stomatologów i lekarzy-dentystów w Polsce na zjazdach stomatologicznych nie zostało jednak zrealizowane za życia śp. prof. Wincentego Łepkowskiego na wszystkich ziemiach polskich. Tylko przy katedrach uniwersyteckich w Krakowie i Lwowie kształcą się obecnie stomatologowie po ukończeniu pełnych studjów lekarskich w myśl idei przewodniej ś. p. Prof. Łepkowskiego, ale w centrum Polski, w Warszawie, do dnia dzisiejszego nie doczekaliśmy się jeszcze realizacji Jego programu mimo usilnych starań i długoletnich wysiłków.

Tu nad trumną Twą możemy Ci oświadczyć, że idea Twa, za którą walczyłeś całe życie, ma swoich spadkobierców i że cały świat lekarski, wszystkie Wydziały lekarskie i Izby lekarskie, wszyscy stomatologowie i sympatycy idei stomatologicznej w kołach lekarzy-dentystów wyteżyli swoje siły właśnie w ostatnim roku Twojego życia, ażeby nareszcie i w Warszawie doprowadzić Twoją ideę do zwycięstwa.

Śp. prof. Wincenty Łepkowski był pionierem stomatologii polskiej, najmłodszej gałęzi medycyny. W r. 1877 odbyły się pierwsze wykłady z dentystyki we Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie, w r. 1902 pierwsze wykłady stomatologii ówczesnego docenta ś. p. Wincentego Łepkowskiego. On też był założycielem pierwszej organizacji zawodowo-naukowej: „Związku Stomatologów Polskich“, z Jego też inicjatywy powstał do życia „Kwartalnik Stomatologiczny“ w r. 1912, który niestety z powodu trudności finansowych i braku poparcia nie mógł się dalej rozwinąć. W r. 1916. powołuje prof. Łepkowski podczas wojny światowej do życia ambulatorjum dentystyczne dla legionistów i ich rodzin, które było

czynne do r. 1917 i zapisało się chlubnie w dziejach sanitarnych polskich.

W pracy naukowej odznaczał się oryginalnymi pomysłami, które znalazły oddźwięk w piśmiennictwie polskim i zagranicznym. Najbardziej znane i cytowane w piśmiennictwie światowym były prace Jego z lat 1894—96 o „Unacynieniu zębów zwierząt ssących i ludzkich“ oraz z lat późniejszych prace Jego nad aldehydem mrówkowym i antyforminą, które to środki wprowadził do stomatologii. Ze szczególnem zamięłowaniem śledził postępy protetyki dentystycznej i wprowadzał wszelkie nowe pomysły do swojej pracowni, udoskonalając je i modyfikując. Nie miejsce tu przytoczyć długi szereg prac ś. p. prof. Łepkowskiego. Zostały one ogłoszone w pamiętniku, który wydała „Polska Dentystyka“ w r. 1928. przy udziale autorów polskich i zagranicznych, by uczcić zasługi ś. p. prof. Łepkowskiego w 25-lecie objęcia katedry stomatologicznej w Krakowie¹⁾.

Ze sztandarem stomatologii polskiej w rękę szedłeś naprzód od zarania tegoż stulecia, często niezrozumiany, zapatrzony w ideał, nie widząc i nie chcąc widzieć trudności i przeszkód piętrzących się na drodze. Droga była trudna, bo nie wystarczyło być wodzem, ale trzeba i armji, którą dopiero należało stworzyć. Z biegiem lat powstały szeregi stomatologów przeważnie w południowej Polsce, narazie nielicznych, ale liczba ich rosła z roku na rok, rosły zastępy stomatologów i zwiększała się liczba sympatyków idei stomatologicznej.

Imieniem stomatologów polskich i lekarzy-dentystów zrzeszonych w „Polskim Komitecie Narodowym Międzynarodowego Związku Dentystycznego“, (Fédération Dentaire Internationale), którego byłeś wiceprezesem,

Imieniem „Sekcji polskiej Międzynarodowego Związku Stomatologicznego“ (Association Stomatologique Internationale),

Imieniem „Związku Słowiańskich Stomatologów“ oraz Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, żegnam Ciebie, Nestorze stomatologii polskiej“.

Od Wydziału Lekarskiego Wszechnicy Jana Kazimierza, od Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej od „Polskiej Stomatologii“ ostatnie przywożę Ci pożegnania. — Z głębokim żalem w ciężkim pograżeni smutku żegnamy Ciebie, Bojowniku Idei!

Antoni Cieszyński.

¹⁾ Zob. Pol. Stom. 1928, str. 99—116. Tamże szczegółowa biografia i wykaz prac, str. 99—105.

Kalendarz Zjazdowy.

- 1935.** Doroczne Zebranie FDI w Brukseli, 4—10. VIII. — 29.
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.** 7—10. IX. **Beograd III. Jugosłowjański stomatologiczny Kongres.**
Dr. Juraj Kallay, redaktor Stomatolożskiego Glasnika, zaprasza serdecznie imieniem Związku Jugosłowiańskich Stomatologów kolegów Polaków i wszystkich członków Związku Słowiańskich Stomatologów. — Adres dra Kallaya, Ljubljana, Marijin trg. 3/2.
- 1935.** 12—14/IX. *Budapeszt.* Międzyn. Zjazd „ARPA“. (Międzyn. Związek dla badań parodontalnych).
- 1935.** 1 — 3. listopada. **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. — Komunikat IV str. 97.
- 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. Organizacja Kongresu str. 95.
- 1937.** L w ó w. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Seksja Stomatologiczna).

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

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