

POLSKA STOMATOLOGJA

ORAZ

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

ROZNIK: XVI Nr. 6—7.

L W Ó W

KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

WARSZAWA

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

ORAZ ZWIĄZKU I TOW. LEK.-DENTYSTÓW CHRZEŚCIJAN W WARSZAWIE.

Naczelny Redaktor: Prof. dr. Antoni CIESZYŃSKI.

Redakcja Działu Sprawozdawczego: Dr. Henryk ALLERHAND — Lwów
i lek.-dent. Jan GOMBIŃSKI — Warszawa.

Redakcja Działu Zawodowego: Dr. Mieczysław JANKOWSKI — Lwów
i lek.-dent. Aleksander STOKOWSKI — Warszawa.

Adres Redakcji i Administracji „Polskiej Stomatologii“:

Lwów, ul. Zielona 5-a. P. K. O. 505.125.

Administrator: Józef POLKOWSKI — Lwów;

Dział anonsów Lek. Dent. Jan GOMBIŃSKI — Warszawa.

Redakcja i Administracja „Przeglądu Dentystycznego“: Warszawa P. K. O. 11.288.

Załatwia likwidację rachunków i zobowiązań tegoż pisma:

Lek.-dent. Jan GOMBIŃSKI, Warszawa, pl. Żelaznej Bramy 1.

**Abonament roczny 22 zł. — II półrocze dla nowo wstępujących
prenumeratorów 10 zł. — Cena niniejszego numeru 3 zł.**

TREŚĆ: Str.

Od Redakcji	198
A. Miedzianowski: Dwa przypadki raka pochodzenia skrzelowego	207
W. Szafran: Leczenie promienicy (sprawozdanie zbiorowe)	215
Wspomnienia pośmiertne o A. Perlińskim	218
A. Perliński: O szkołach zawodowych dla techników dentystrycznych	221
Ruch w Tow. P.K.N. — F.D.I.	224
F. D. I. Wiedeń. Komunikaty kongresowe	229
Kalendarz zjazdowy	234
Sprawy zawodowe	235
Ruch naukowy w Towarzystwach	233
XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników. Komunikat II.	234
Z kroniki szkół wyższych	223
Ocena książek	238
Dział sprawozdań i streszczeń	239
Obecne studia dent. i stom. w Europie	204
Dodatek: „ARPA“ Nr. 7: Dr. M. Roy: Ropotok zębodolowy (ciąg dalszy)	243

SOMMAIRE: p.

A. Miedzianowski: Deux cas de cancer d'origine branchial	207
Dr. Szafran: Traitement de l'actinomycose. (Compte rendu)	215
Nécrologie. A. Perliński	218
A. Perliński. Ecoles professionnelles pour les mécaniciens dentaires	221
Activité de la Société PKN—FDI	224
F. D. I. Congrès international à Vienne	229
Calendrier des Congrès	234
Nouvelles professionnelles	235
XV. Congrès des médecins et naturalistes polonais à Lwów 1937	234
Renseignements universitaires	223
Revue critique	238
Carte. Etudes dentaires et stomatologiques en Europe	204
Annexe „ARPA“ Nr. 7: Dr. M. Roy: Pyorrhée alvéolaire (suite)	243

INHALT: Originalartikel: A. Miedzianowski: Zwei Krebsfälle bronchiogener Herkunft, S. 207. — A. Perliński: Fachschulen für Zahntechniker S. 221.

Artykuły ogłoszone w „Polskiej Stomatologii“ są własnością Wydawnictwa Pol. Stom. i mogą być ogłaszane dalej w całości lub w wyciągach tylko za zezwoleniem Wydawnictwa Polskiej Stomatologii.

Cena niniejszego numeru zł. 3.—. Abonament roczny 22 zł., półroczny dla nowo przystępujących prenumeratorów 10.— zł.

POLSKA STOMATOLOGJA

ORAZ

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

ROČNIK: XVI Nr. 6—7.

L W Ó W

KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

WARSZAWA

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

ORAZ ZWIĄZKU I TOW. LEK.-DENTYSTÓW CHRZEŚCIJAN W WARSZAWIE.

Naczelny Redaktor: Prof. dr. Antoni CIESZYŃSKI.

Redakcja Działu Sprawozdawczego: Dr. Henryk ALLERHAND — Lwów
i lek.-dent. Jan GOMBIŃSKI — Warszawa.

Redakcja Działu Zawodowego: Dr. Mieczysław JANKOWSKI — Lwów
i lek.-dent. Aleksander STOKOWSKI — Warszawa.

Adres Redakcji i Administracji „Polskiej Stomatologii“:

Lwów, ul. Zielona 5-a. P. K. O. 505.125.

Administrator: Józef POLKOWSKI — Lwów;

Dział anonsów Lek. Dent. Jan GOMBIŃSKI — Warszawa.

Redakcja i Administracja „Przeglądu Dentystycznego“: Warszawa P. K. O. 11.288.

Załatwia likwidację rachunków i zobowiązań tegoż pisma:

Lek.-dent. Jan GOMBIŃSKI, Warszawa, pl. Żelaznej Bramy 1.

**Abonament roczny 22 zł. — II półrocze dla nowo wstępujących
prenumeratorów 10 zł. — Cena niniejszego numeru 3 zł.**

OD REDAKCJI.

W maju br. nastąpiło połączenie dwóch najpoważniejszych czasopism stomatologicznych polskich: „Polskiej Stomatologii“ i „Przeglądu Dentystycznego“.

Gdy po wojnie światowej do nowego życia powstała nasza Ojczyzna stanowiła Warszawa — stolica Polski — ośrodek życia politycznego, a zarazem tam powstać miał ośrodek sił naukowych, pracujących na polu dentystyki i stomatologii. Tam powstała pierwsza polska uczelnia dentystyczna, która miała dostarczyć przyrostu sił naukowych. Warszawa była siedzibą największych organizacji dentystycznych, które szeroką siecią pokrywały całą Polskę; do Warszawy zjeżdżali delegaci wszystkich organizacji dentystycznych i stomatologicznych, ażeby wspólnie radzić nad potrzebami naszej specjalności i stanowić o zasadach i warunkach dalszego rozwoju. W Warszawie stworzony został zespół katedr wszystkich dziedzin stomatologicznych w „Państwowym Instytucie Dentystycznym“ i były warunki najlepsze do stworzenia kuźni nauki stomatologicznej. Warszawa posiadała ponadto, jeżeli chodzi o pismo, tradycje z czasów przedwojennych, z czasów niewoli. Tam bowiem z niebywałą energią i poświęceniem założył i wydawał pierwsze pismo dentystyczne dr. Bolesław Dzierżawski, który dopiero tworzyć począł polskie mianownictwo dentystyczne. Pismo to z nagłówkiem: „Przegląd Dentystyczny“ ukazało się w najtrudniejszych warunkach cenzury rosyjskiej po raz pierwszy dnia 1. stycznia 1898 r., było wówczas jedynym dentystycznym organem zawodowym i naukowym i spełniało szczerze swoje zadanie przy bardzo szczupłym gronie współpracowników, podtrzymywane głównie wielką i ofiarną pracą swego założyciela. W r. 1905 wyszedł VIII. rocznik „Przeglądu Dentystycznego“, a zeszyt 7/8 był ostatnim wydanym pod redakcją nieodżałowanego pioniera dentystyki polskiej Bolesława Dzierżawskiego. Spuściznę po nim objął w r. 1906. długoletni jego współpracownik lek. dent. Maurycy Krakowski, wydając pismo p.t. „Kronika Dentystyczna“, które do dnia dzisiejszego wychodzi pod jego redakcją, informując swoich czytelników o postępach dentystyki i walcząc wszelkimi możliwymi, godziwymi sposobami z szerzącym się partactwem i z uchybieniami przeciw etyce zawodowej. W r. 1912 powstał w Krakowie „Kwartalnik Stomatologiczny“ pod redakcją prof. Wincentego Łepkowskiego i szeregu stoma-

tologów, zebranych na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1911. Spotykamy tam w Komitecie redakcyjnym nazwiska kolegów: Bohosiewicz, Cieszyński, Gelbard Henryk, Lipel, Mischke, Perliński Antoni, Praetzel, Schalit, a ponadto wśród współpracowników nazwiska: Brenneisen, Gruszczyński, Mayer, Mirtenbaum, Piątkowski, Syrop i Stach. Niestety pismo to z powodu braku poparcia nie mogło się utrzymać.

Tradycje więc polskiej prasy dentystycznej sięgają wstecz do r. 1898. Brak pisma naukowo-zawodowego o kierunku stomatologicznym dał się ogromnie odczuwać po założeniu „Państwowego Instytutu Dentystycznego“ w Warszawie. W nowo powstałym Państwie należało stworzyć naukę stomatologiczną i skupić jednostki o wielkiej energii, pracujące w tej dziedzinie, tem bardziej, że powstała pierwsza placówka nauki dentystyki w Warszawie, która w myśl statutu tylko na okres przejściowy miała mieć charakter uczelni dentystycznej, a po kilku latach, zlikwidowawszy remanent studentów szkół prywatnych dentystycznych rosyjskich, miała przybrać charakter uczelni stomatologicznej, włączonej do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. To wszystko działo się na terenie Warszawy, gdzie wśród blisko 1000 lekarzy-dentystów z czasów przedwojennych pojęcie „stomatologii“ było niepopularne.

W Warszawie już za czasów okupacji niemieckiej kielkowała myśl powołania do życia czasopisma dentystycznego. Znalazła ona swój wyraz na jednym z zebrań Towarzystwa Lekarzy Dentystów Warszawskich, na którem powzięto uchwałę, by tę myśl urzeczywistnić. Poparł ją obecny na zebraniu ówczesny członek T-wa dr. Leopold Brenneisen, ogromnie czynny na terenie Warszawy od pierwszej chwili powstania Państwa polskiego jako referent do spraw dentystycznych przy ówczesnem Min. Zdrowia. Potrafił on skupić do pracy wokoło tej idei grono osób dobrej woli i zapału zarówno spośród stomatologów jak i lekarzy dentystów. Tak powstał „Przegląd Dentystyczny“ w 1920 r. Przewodnią myślą założycieli było powołanie komitetów redakcyjnych w Warszawie, Lwowie, Krakowie itd. W skład Komitetu Redakcyjnego w Warszawie weszli: koledzy Biernacki, Blikle, Brenneisen, Gelbard, Goldberg-Górski, Gruszczyński, Leszczyński, Meyer, Meissner, Mokrzycki, Urbańska-Filipowiczowa, Zacharski.

Wybitnie czynny udział w współpracy w „Przeglądzie Dentystycznym“ wykazał od pierwszej chwili Komitet Lwowski, w skład

którego weszli: Cieszyński, Meschel, Reichenstein, Szafrań, a później Allerhand. O wielkim zapale i świadomości swego zadania obu tych komitetów redakcyjnych świadczy bogata treść już pierwszych roczników „Przeglądu Dentystycznego“. Jak wielką była liczba współpracowników i ofiarna praca, tak i trudności były równie wielkie; brak rutyny w redagowaniu pisma naukowo-zawodowego, warunki polityczne nieuregulowane!

Gdy po wojnie światowej, po zamachu ukraińskim, po wojnie bolszewickiej, spokojniejsze poczęły nastawać czasy, gdy z wojska powrócili do uczelni lwowskiej asystenci Instytutu, stomatologowie do praktyki prywatnej, a młodzież spokojnie już mogła kończyć studia lekarskie, katedra stomatologii Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie zaczęła się szybko rozrastać, a z nią i nasza specjalność na terenie Małopolski. Decyzja zorganizowania I. Polskiego Zjazdu dentystyczno-stomatologicznego we Lwowie w r. 1923. stworzyła potrzebę powstania osobnego pisma, właśnie w temże mieście, tem bardziej, że dla wielkiej ekspansji placówki lwowskiej ramy „Przeglądu Dentystycznego“, wychodzącego w Warszawie, stały się za wąskie, a rytm pracy za powolny. Do tego przyłączył się jeszcze bodziec wychodzący z Warszawy ze „Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem“, który zwrócił się oficjalnie do przedstawiciela katedry lwowskiej o stworzenie pisma, łączącego wszystkich lekarzy-dentystów w Polsce. Tak powstała „Polska Dentystyka“ w końcu 1922 r., organizując na terenie Lwowa komitet redakcyjny a zarazem komitety współpracujące we wszystkich środowiskach naukowych Państwa z inicjatywy prof. Cieszyńskiego i dra Henryka Allerhanda. Współpracowali w komitecie redakcyjnym lwowskim obok wyżej wymienionych koledzy: Atlas, Brill, Czerniecki, Węgrzynowska, Zeńczak, później Górczyński, Jarząb, Skutecka, M. Jankowski, Bardasz-Druckerowa, T. Owiński, Kwiatkowski, Pietrzycki, Berger, Czortkower i inni, a jako członkowie korespondencji: Galasińska-Landsbergerowa, prof. Pichler, Stokowski, Szepelski.

W rocznikach tegoż pisma spotkać można wszystkich autorów polskich, pracujących w stomatologii i najpoważniejszych autorów zagranicznych.

Współpracowali członkowie korespondencji: Galasińska-Landsbergerowa, prof. Pichler, Stokowski, Szepelski.

Czasopismo miało odzwierciedlać stan nauk dentystycznych ca-

łego świata, a szczególnie uwzględniać prace naukowe autorów polskich, stając się dla stomatologii polskiej pismem archiwalnym.

Działo się to w końcu 1922 r., w którym wyznawcy ruchu stomatologicznego nie mogli jeszcze odważnie wywiesić swego sztandaru z obawy, że sztandar stomatologiczny może odstraszyć tych, którzy grupowali się dotychczas pod hasłem dentystyki, a do stomatologów odnosili się z nieufnością, pamiętając niejedną incydent przedwojenny, kiedy istniał wielki antagonizm między lekarzami-dentystami a stomatologami.

„Polska Dentystyka“ była jednak od początku swego istnienia pismem stomatologicznym, jak świadczą o tym artykuły oryginalne i referaty. Treść pisma utrzymywała ścisłą łączność z medycyną ogólną, z wszystkimi jej specjalnościami oraz z gałęziami pokrewnych nauk lekarskich.

W przedmowie do pierwszego rocznika „Polskiej Dentystyki“ w r. 1923 czytamy:

„Ścisła łączność z naukami lekarskimi i przyrodnictwami oraz korzystanie z wyników postępu tych nauk jest podstawą rozwoju stomatologii. Odwlekanie wprowadzenia tymczasowo osobnego studjum dentystycznego przy uniwersytetach polskich opóźnia czas, w którym może Państwo polskie żądać od lekarzy-dentystów poprzednio odbytego pełnego studjum lekarskiego.

Program studjum dentystycznego osobny musi być jednak najszerszy, musi dać studentowi gruntowne podstawy teoretyczne, musi uwzględnić wszystkie punkty styczności z naukami lekarskimi i przygotować lekarza-dentystę nie tylko do pracy zawodowej, ale i do ścisłej obserwacji, musi go zapoznać z wszelkimi metodami badania lekarskiego, musi go przygotować do krytycznej oceny spostrzeżeń; gruntowna znajomość wszystkich działów styczności z naukami pokrewnymi wyrobi w nim krytycyzm, potrzebny do oceny piśmiennictwa zawodowego i przygotowuje go zarazem do pracy naukowej.

Zdajemy sobie sprawę, że obecny program Państwowego Instytutu Dentystycznego, projektowany na czas przejściowy, aż do ukończenia studjum dentystycznego przez wychowanków dawnych zakładów prywatnych, nie jest wystarczający i wymaga gruntownej reformy, ażeby nowo wstępujący uczniowie mogli wykształcenie swe odebrać w tym zakresie, który jest im potrzebny. Wskazanie nowych dróg, a nie jałowa krytyka braków, znajdzie miejsce w naszym piśmie.

„Polska Dentystyka“ uważać będzie za jedno z najważniejszych swych zadań pracę swą skierować w kierunku zatarcia tych antagonizmów dla dobra naszej sprawy i dla dobra naszego zawodu. Unikać będziemy wszelkiej krytyki i ogłaszania publikacji zmierzających do pogłębienia różnic, a pracować będziemy nad wytworzeniem atmosfery koleżeńskiego wzajemnego zaufania.

„Niema specjalności lekarskiej, w którejby sprawy zawodowe tak

ważną odgrywały rolę, jak właśnie w stomatologii. Przyniają się do tego antagonizmy dzielnicowe i nierównomierne przygotowanie do wykonywania pracy zawodowej w poszczególnych dzielnicach. Tylko jeden silny front może zapewnić stomatologii polskiej to stanowisko w naukach lekarskich, na które zasługuje. Tylko jeden zwarty front może skutecznie stawić opór szerzącemu się paractwu“.

Nieufność kolegów lekarzy-dentystów do stomatologów pozwoli ustępowała, gdy przekonali się o szczerości głoszonych haseł i o głębokiej życzliwości, a zastępy pod sztandarem naszym: „Jednością silni“ rosły z dnia na dzień, z miesiąca na miesiąc.

Wiara nasza w szlachetność celów, w poparcie kolegów i w siły własne nie zawiodły nas. „Polska Dentystyka“ stała się organem Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej, zczasem Polikliniki Stomatologicznej Poznańskiej, Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Centralnej Rady Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Polskiego Komitetu Narodowego, Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.), Sekcji Polskiej Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.), Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, Związku i Towarzystwa Lekarzy Dentystów Chrześcijan i wkońcu Związku Słowiańskich Stomatologów i Związku Pracującego nad badaniami chorób okolicy przyzębnej (ARPA).

Idea stomatologiczna dojrzewała z roku na rok a nasze hasła stawały się coraz bardziej popularne, nawet na ustach tych, którzy dawniej bronili się przed mianem stomatologii. Udowodniliśmy w piśmie naszym, że bez medycyny ogólnej dentystyka jako nauka nie może się rozwijać; że jestto tylko możliwe w oparciu o nauki przyrodniczo-lekarskie, gdyż wówczas dentystyka nie będzie już tylko skromnie związaną wyłącznie z uzębieniem i techniczną stroną naszego zawodu, ale będzie to nauka o aparacie żucia jako integralnej części całego organizmu ludzkiego, którego wpływ zaznacza się tak samo głęboko na wszystkich narządach organizmu jak i poszczególne narządy mają wpływ na powstanie, tworzenie się, rozrost i zdrowie uzębienia, wyrostka zębodołowego, szczęk i jamy ustnej. W miarę rozrostu nauki stomatologicznej i głębszego poznania wzajemnej korelacji między narządem żucia a organizmem rośnie i zrozumienie wśród lekarzy dentystów i lekarzy a także i społeczeństwa, że jama ustna z uzębieniem i szczęki tworzą z resztą narządów organizmu ludzkiego nierozdzielalną całość.

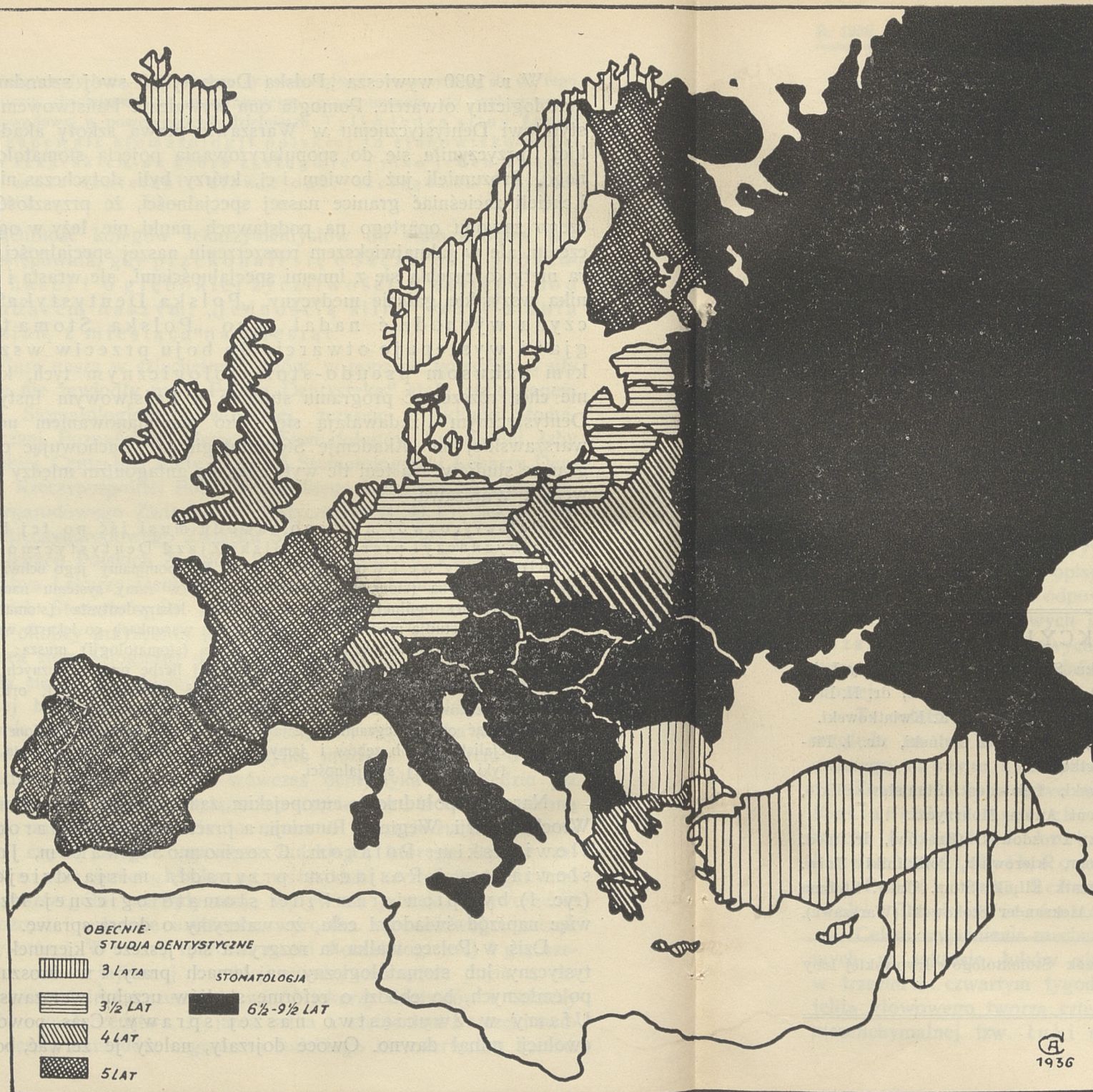
W r. 1930 wywiesza „Polska Dentystyka“ swój sztandar stomatologiczny otwarcie. Pomogła ona wywalczyć Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie prawa szkoły akademickiej i przyczyniła się do spopularyzowania pojęcia stomatologicznego. Zrozumieli już bowiem i ci, którzy byli dotychczas nieufni i chcieli zacieśniać granice naszej specjalności, że przyszłość naszego zawodu opartego na podstawach nauki nie leży w ograniczeniu, ale w jaknajwiększym rozszerzeniu naszej specjalności, która nietylko zazębia się z innymi specjalnościami, ale wrasta i przenika wszystkie gałęzie medycyny. „Polska Dentystyka“ poczyna wychodzić nadal jako „Polska Stomatologja“ i występuje otwarcie do boju przeciw wszystkim zakusom pseudo-stomatologicznym tych, którzy nie chcą rozszerzyć programu studjum w Państwowym Instytucie Dentystycznym i zadawalają się tylko przemianowaniem uczelni warszawskiej na „Akademię Stomatologiczną“, zachowując ciasne granice studjów. Na tem tle wytwarza się antagonizm między Lwowem a Warszawą.

Dalszy rozwój naszego zawodu musi iść po tej linii, którą wyznaczył pierwszy Polski Zjazd Dentystyczno-Stomatologiczny we Lwowie w r. 1923. Przypominamy jego uchwały:

1. „Dentystyka (stomatologja) winna wejść w ramy systemu nauczania medycyny ogólnej z tem, że przyszły lekarz-dentysta (stomatolog) ukończy studia medyczne na tych samych warunkach co lekarze wogóle.
2. Chcący specjalizować się w dentystyce (stomatologii) muszą:
 - a) ukończyć jednolitą na obszarze Rzpltej liczbę przedklinicznych i klinicznych półroczy z zakresu chirurgji stomatologicznej, ortopedji szczękowej i protetyki oraz dentystyki zachowawczej;
 - b) zdać osobny egzamin specjalizacyjny, czem uzyskają dyplom „specjalisty chorób zębów i jamy ustnej“ z prawem wykonywania praktyki w swej specjalności.

Narodom południowo-europejskim, zamieszkałym na terytorjach Włoch, Austrii, Węgier i Rumunji, a przedewszystkiem narodom słowiańskim; Polakom, Czechom, Słowakom, Jugosłowianom i Rosjanom przypadła misja dziejowa (ryc. 1) być pionierami idei stomatologicznej. Idziemy więc naprzód świadomi celu, że walczymy o dobrą sprawę.

Dziś w Polsce walka ta rozgrywa się jeszcze o kierunek dentystyczny lub stomatologiczny na łamach prasy i w broszurach polemicznych, bo chodzi o reformę studjów uczelni warszawskiej. Ufamy w zwycięstwo naszej sprawy. Czas powolnej ewolucji minął dawno. Owoce dojrzały, należy je zerwać, bo się



Ryc. 1.

zmarują, zgniją. — Można najwyżej myśleć jeszcze o pewnym kompromisie, ale ten kompromis nie może iść w kierunku dentystryki albo pseudo-stomatologii, tylko w kierunku prawdziwej stomatologii. Takie wyjście jest proponowane. Należy jednak przystąpić do rozpatrzenia problemu z pełnym obiektywizmem i głęboką, rzeczową znajomością sprawy.

Na tle różnicy poglądów przyszło do rozłamu między dotychczasową Redakcją „Przeglądu Dentystycznego“ i wydawcą tegoż pisma w ostatnich miesiącach. Wiara w szlachetność celu, służenia nauce i zawodowi doprowadziła do połączenia „Przeglądu Dentystycznego“ z „Polską Stomatologią“.

Idziemy ramię przy ramieniu; łączy z sobą siły: Warszawa — Lwów — Poznań — Kraków — Wilno. Naprzód! — dla dobra nauki stomatologicznej, dla dobra naszego zawodu.

Za Redakcję „Polskiej Stomatologii“ i „Przeglądu Dentystycznego“.

Cieszyński.

KOMITET REDAKCYJNY:

Lwów: Prof. A. Cieszyński, przew. Ze Związku Stomatologów Lwów. Izby Lek.: Dr. H. Allerhand, dr. K. Atlas (Zastępca), dr. A. Bardasz-Druckerowa, dr. H. Berger, dr. M. Brill, prof. A. Cieszyński, dr. H. Gorczyński, dr. K. Kwiatkowski.

Z Kliniki Stomatol. U. J. K.: Dr. M. Jankowski, dr. Tadeusz Owiński, dr. I. Pietrzycki i dr. S. Czortkower.

Warszawa: Lek.-dent. Aleksander Stokowski, Lek.-dent. Stanisław Blikle, Lek.-dent. Jan Gombiński i Lek.-dent. Antoni Mokrzycki.

Członkowie Korespondencji: Dr. Jerzy Drozdowski (Kraków), dr. med. dent. Józef Jarzab (Poznań), dr. Leon Lakner, kierownik Polikliniki Uniw. Poznańskiego, dr. Eugenjusz Mancewicz, kierownik Kliniki Stom. Uniw. Stefana Batorego (Wilno), prof. H. Pichler (Wiedeń), Aleksander Stokowski (Warszawa).

WYDAWCA: Prof. dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.**A. MIEDZIANOWSKI**

POZNAŃ.

Asystent wolontariusz Zakładu Anat. Patolog.
i Polikliniki Stomatol. Uniw. Poznańskiego.**DWA PRZYPADKI RAKA POCHODZENIA SKRZELOWEGO.***Deux cas de cancer d'origine branchial.***Zwei Krebsfälle branchiogener Herkunft.**

Doc. pol. 23.94

Doc. int. 616.31.00646

Wady w zakresie budowy twarzy i kości szczęk pochodzenia rozwojowego nie są rzadkością.

Część twarzowa głowy rozwija się jak wiadomo z wyrostka czołowego, dwóch symetrycznych wyrostków szczęki górnej i pierwszego łuku skrzelowego zwanego również żuchwowym, z którego kształtuje się szczęka dolna i górna, łącznie z pokrywającymi ją tkankami miękkimi, wargą dolną i językiem. Wargą górną i środkową część górnego łuku zębodołowego rozwijają się z wyrostka międzyszczękowego i wyrostka czołowego pokrywy czaszkowej (Borchers) (Ryc. 1).

Stosunkowo często opisywano przypadki zaburzeń rozwojowych na tle wad zrostu odpowiednich wyrostków w rodzaju szczelin wargowych środkowych i bocznych, jedno- lub obustronnych, rozszczepów szczękowych i podniebiennych względnie szczelin twarzowych skośnych, a dalej przetoki i torbieli okolicy podżuchwowej.

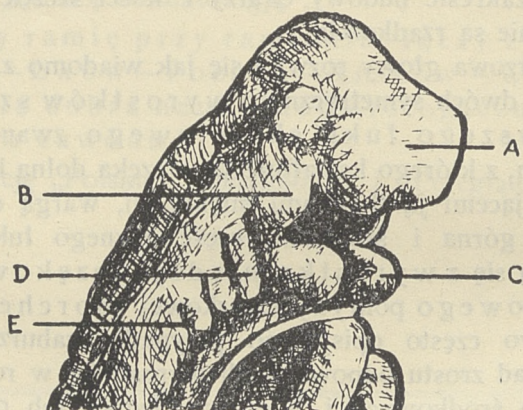
Te ostatnie wady rozwojowe zaciękały mnie szczególnie ze względu na ich znaczenie w patogenezie nowotworu złośliwego zwanego rakiem skrzelopochodnym.

Zaburzenia rozwojowe w zakresie łuków skrzelowych opisali Kostanecki i Mięlecki w roku 1890, a z autorów późniejszych: Albrecht i Arzt, Birnbaum, Fedeli, Hammar, Isenschmidt, Roth, Roussy, z Polaków: Barącz, Ostrowski, Pstrokoński, Schusterówna, Stankiewicz, Święcicki i Turkiewiczówna.

Celem wyjaśnienia mechanizmu powstania zbożeń rozwojowych w zakresie łuków skrzelowych przypomnę pokrótce, że w trzecim i czwartym tygodniu życia płodowego boczne ściany jelita głowowego tworzą cztery poprzecznie biegnące wały tkanki mezenchymalnej tzw. łuki skrzelowe, które przedziela tyłe

zagłębień ekto- i entodermalnych tj. zewnętrzne i wewnętrzne kieszonki skrzelowe. Kieszonki zewnętrzne oddziela od wewnętrznych błona zatykowa zbudowana z jednowarstwowego nabłonka ento- i ektodermalnego. Pierwszy z łuków jest, jak już wyżej wspomniałem, zawiązkiem szczęki dolnej i górnej, drugi łuk i druga kieszonka kształtują szyję.

Wady rozwojowe pochodzenia skrzelowego w zakresie twarzy i okolic podżuchwowych mają albo charakter szczelin, przetok, torbieli lub stają się podłożem nowotworu dobrotliwego względnie złośliwego.



Rys. 1. Zarodek ludzki 3-tygodniowy (według His'a)
 a) wyrostek czołowy, b) wyrostek szczękowy górny,
 c) wyrostek szczękowy dolny, d) łuk skrzelowy pierwszy, e) szczelina skrzelowa.

Przetoki pochodzenia skrzelowego umiejscawiają się najczęściej w okolicy podżuchwowej środkowej względnie bocznej, jedno lub obustronnie, z ujściem na powierzchni ciała lub do wnętrza. Stąd dzielimy je na przetoki zupełne i niezupełne zewnętrzne lub wewnętrzne.

Torbiele tegoż pochodzenia obserwuje się najczęściej powierzchownie lub głęboko pod mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Nierzadko opisywano torbiele skórzaste dna jamy ustnej, które ze względu na ich budowę drobnowidową łączymy z zaburzeniami w zakresie pierwszej zewnętrznej kieszonki skrzelowej.

Zalegające szczątki łuków i kieszonki stać się mogą punktem wyjścia dla nowotworów dobrotliwych albo złośliwych.

Szczątki:

1. ektodermalne mogą dać początek guzom dobrotliwym albo też nowotworom złośliwym — rakom pochodzenia skrzelowego;
2. entodermalne — torbielom śluzowym dobrotliwym względnie złośliwym;
3. mezenchymalne — łącznotkankowcom dobrotliwym albo złośliwym i niektórym innym;
4. pochodzenia conajmniej dwu listków zarodkowych — guzom mieszanym i potworniakom.

Z innych wad rozwojowych wymienię ogniska tkanki chrzęstnej pochodzenia skrzelowego u brzegu mięśnia mostkowo-obojkowo-sutkowego, dalej chrzęstniaki i guzy mieszane umiejscowione w gruczole przyuszny lub podszczękowym, rzadziej w podniebieniu i wardze. Wspomnieć tu jeszcze należy również o wrodzonych naroślach okolicy usznej i szyjnej, występujących niejednokrotnie obok innych nieprawidłowości skrzelowych a zwłaszcza poprzecznej szczeliny twarzy. Narośle te są dość częste u zwierząt.

Raki pochodzenia skrzelowego, których dwa przypadki opisuję niżej są rzadkością: Mielęcki na 7186 dokonanych sekcjach znalazł je 3 razy, Ducuing na 2500 przypadków raka 2 razy. Wśród materiału sekcyjnego Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego wśród 3395 sekcjach jeden rozpoznano jako rak skrzelo pochodny (opisany przeze mnie w Now. Lek. r. 1935, z. 13).

Drugi przypadek raka skrzelo pochodnego stwierdzono u 58-letniego mężczyzny, który w ciężkim stanie przybył dnia 15 sierpnia 1935 r. na oddział chirurgiczny Szpitala Miejskiego w Poznaniu, (Ordynator: Doc. Dr. K. Nowakowski). Ze względu na stan chorego wywiadów nie udało się zebrać.

Budowa chorego była prawidłowa, odżywienie bardzo liche. W płucach osłuchowo stwierdzono świsty, furczenia i rżenia, tony sercowe były głuche i słabe. Ciepłota ciała wynosiła 37^o C, tętno 100 na minutę, słabo napięte, nitkowate, nieregularne.

Przy badaniu miejscowem zauważono na szyi w okolicy podszczękowej lewej twarde guz, wielkości dużej pięści, nieruchomy, na ucisk niebolesny. Stwierdzono trudności przy mówieniu oraz połykaniu, a przy znaczniejszym wysiłku objawy duszności.

Stan ogólny pacjenta szybko się pogarszał, ciepłota ciała podniosła się do 38^o C, tętno słabe, chory wydalał dużą ilość cuchnącej ropnej plwociny. W dwa dni po przybyciu pacjenta na oddział nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów niedomogi serca.

Rozpoznanie kliniczne szło w kierunku mięsaka gruczołów szyjnych.

Sekcja, zwłok wykonana w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego (prosektor B. Krajnik, data 21. VIII. 35. I. prot. sekc. 272) wykazała między innymi:

Na szyi, w okolicy podszczękowej, obustronnie, stwierdzono guz wielkości dużej pięści. Skóra nad nim była napięta, przesuwalność jej ograniczona. Guz ten wypełniał trójkąt, którego podstawę stanowił dolny brzeg żuchwy i oba wyrostki sutkowe kości skroniowej a ramiona boczne — oba mięśnie mostkowo-obojęczkowo-sutkowe. Przy ucisku z guza wydobywały się masy sadłowatośmietankowate.

Guz sięgał do podstawy języka, uciskając przełyk, którego światło uległo zwężeniu. Podobnie wejście do krtani naskutek ucisku było prawie zupełnie zamknięte, drożne jedynie dla opuszki małego palca. Masy nowotworowe wykazywały zrosty z powięzią dużych pni naczyńowych szyi i przerastały mięśnie mostkowo-obojęczkowo-sutkowe.

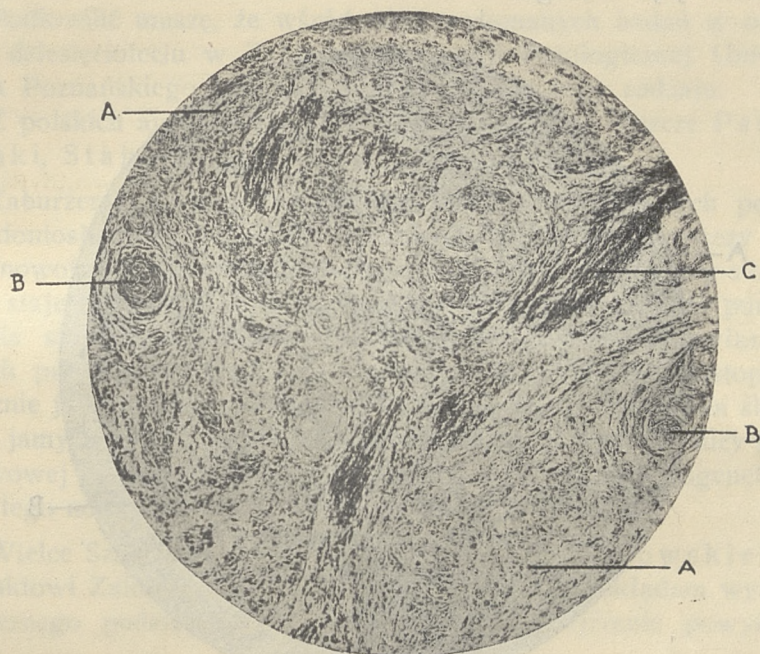
W błonie śluzowej gardła, przełyku i krtani zmian nowotworowych nie stwierdzono. Zauważono jedynie zmiany uciskowe i związany z temi zmianami zastój żylny. Podobnie wygląd skóry szyi nie dał podstaw do szukania raka punktu wyjścia raka w jej nabłonku.

Badanie drobnowidowe wycinka guza szyi stwierdziło ogniska komórek nabłonka wielowarstwowego płaskiego w kształcie litych pasm lub nieregularnych owalów otoczonych pasmami łączno-tkanekowemi. Komórki nabłonkowe wykazują cechy złośliwego rozrostu, są różnego kształtu i wielkości, jądra ich barwią się nierównomierne, pozatem stwierdza się liczne figury nieprawidłowego podziału. Komórki nabłonkowe posiadają skłonność do rogowacenia, czego wyrazem są liczne perły rakowe. Niektóre z ognisk komórkowych zawierają masy martwiczko zmienione oraz leukocyty wielopłatkowe obojętnochłonne. Tkanka łączna otaczająca gniazda komórek nowotworowych wykazuje daleko posunięte zmiany szkliste. Pozatem dostrzega się ogniskowe lub rozlane nacieki zapalne złożone z limfocytów małych i dużych, oraz mniej licznych komórek plazmatycznych (Ryc. 2). Rozpoznanie histopatologiczne brzmi: rak pochodzenia skrzelowego.

Z innych narządów stwierdzono w wątrobie zastój i zmiany mięsaszowe, w mięśniu sercowym zmiany mięsaszowe, w błonie we-

wewnętrznej części wstępującej i łuku tętnicy głównej zmiany miażdżycowe.

Za rozpoznaniem pierwotnego raka pochodzenia skrzelowego przemawia: umiejscowienie guza, jego zrosty z mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym, łączność z powięzią wielkich naczyń szyi, brak ogniska pierwotnego w innych narządach, obraz drobnowidowy guza z charakterystycznym rogowacieniem.



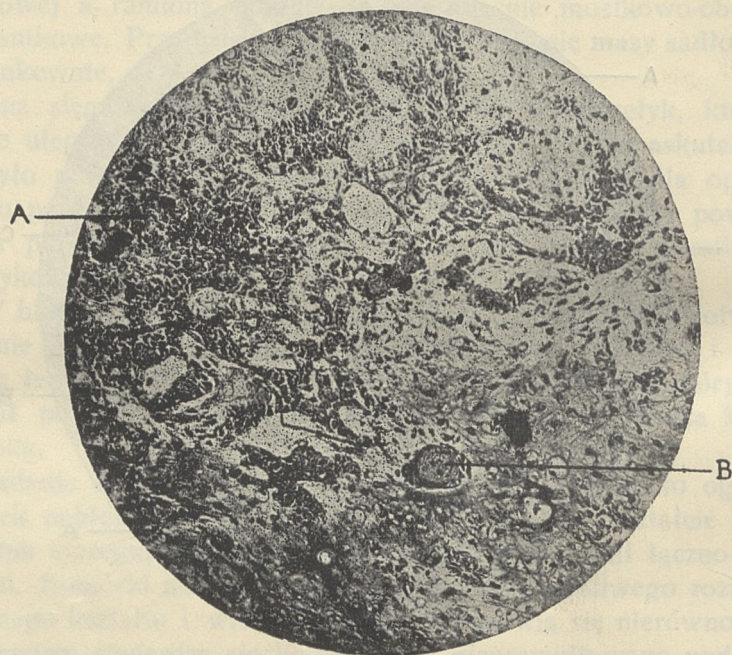
Rys. 2. Rak skrzelopochodny (mężczyzna B. St. 1. 58)
A) ogniska komórek nowotworowych, B) perły rakowe,
C) tkanka łączna.

Jeśli zważymy, że mamy tu do czynienia z rakiem płaskokomórkowym, to nie ulega żadnej wątpliwości, iż punktem wyjścia guza jest tkanka ektodermalna, najprawdopodobniej pozostałości rozwojowe kieszonek skrzelowych zewnętrznych.

Następny przypadek dotyczył kobiety E. W. lat 55, która przybyła na Oddział chirurgiczny Sanatorium św. Elżbiety w Poznaniu dnia 9 października 1935 roku.

W ostatnich miesiącach pacjentka zauważyła w okolicy podżuchwowej prawej guz, który szybko i stale się powiększał i ostatnio był przyczyną utrudnionego połykania.

Budowa pacjentki była normalna. Płuca, serce, jama brzuszna zmian nie wykazywały. Po stronie prawej szyi w okolicy podszczękowej u brzegu przyśrodkowego mięśnia mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowego zauważono przesuwalny, niebolesny guz torbielowaty wielkości jaja kurzego.



Rys. 3. Rak skrzepochodny (kobieta E. W. l. 55)
A) komórki nowotworowe, B) perły rakowe.

Podejrzenie kliniczne szło w kierunku złośliwego nowotworu szyi.

Nazajutrz po przyjęciu dokonano w uśpieniu dożylnym wycięcia guza. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zagoiła się przez rychłozrost. Ciepłota ciała i tętno w granicach normalnych, samopoczucie dobre. Pacjentkę zwolniono z poleceniem naświetlania promieniami Roentgena.

Badanie drobnovidowe wyciętego guza wykazało utka-

nie raka płaskokomórkowego z charakterystycznym rogowacieniem, którego wyrazem są perły rakowe (Ryc. 3). Obraz preparatu drobnowidowego nie różni się w szczególności od wyżej opisanego. Stwierdza się jedynie silniejszy rozrost tkanki łącznej, która w postaci szerokiego pasma otacza utkanie nowotworu. Rozpoznanie histo-patologiczne brzmi: rak płaskokomórkowy rogowaciejący pochodzenia skrzelowego (dr. Stojałowski i Krajnik, nr. bad. 3882/35).

Podkreślić muszę, że wśród 4695 wykonanych badań w ostatnim dziesięcioleciu w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego jest to drugi przypadek tego rodzaju.

Z polskich autorów podobne przypadki opisali jeszcze Pstrokoński, Stankiewicz i Zakrzewski.

Zaburzenia rozwojowe w zakresie łuków skrzelowych posiadają doniosłe znaczenie praktyczne dla wyjaśnienia patogenezy szeregu nowotworów okolicy podszczękowej i twarzy. Chirurg-stomatolog staje niekiedy wobec zagadnienia, gdzie szukać należy punktu wyjścia sprawy nowotworowej okolicy podżuchwowej zwłaszcza w tych przypadkach, w których usunięty guz rozpoznano histopatologicznie jako rak płaskokomórkowy, a badanie kliniczne błon śluzowych jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku oraz skóry okolicy podżuchwowej i szyjnej nie daje podstaw do wyjaśnienia patogenetycznego tego nowotworu.

Wielce Szanownemu Panu Doktorowi K. Stojałowskiemu, Adjunktowi Zakładu Anatomji Patologicznej U. P. składam wyrazy serdecznego podziękowania za wskazówki, przejrzenie powyższej pracy.

STRESZCZENIE.

Autor po omówieniu mechanizmu wad rozwojowych skrzelopochodnych opisuje dwa rzadkie przypadki nowotworów okolicy podszczękowej pochodzenia skrzelowego. W obu chodziło o raka płaskokomórkowego rogowaciejącego z charakterystycznym umiejscowieniem w trójkącie bocznym szyi, nacieczeniem mięśni mostkowo-obojęzykowo-sutkowych i zrostem z powięzią wielkich pni naczyńowych. Ze względu na charakter drobnowidowy guzów powstanie ich łączyć należy z zaburzeniami w zakresie kieszonek skrzelowych zewnętrznych.

Według statystyki Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego za ostatnie dziesięciolecie rozpoznano wśród 4695 wykonanych badań i 3395 sekcji, trzy przypadki raka pochodzenia skrzelowego.

A. Miedzianowski: Zwei Krebsfälle branchiogener Herkunft
(Zusammenfassung).

Der Verfasser beschreibt den Mechanismus der Entwicklungsstörungen der Kiemen und Kiementaschen beim Menschen. Diese Entwicklungsstörungen können zu Halsfisteln oder Zysten führen, doch haben sie auch einen pathogenetischen Zusammenhang mit gutartigen und bösartigen Geschwülsten, deren Herkunft aus dem Epithel der Kiementaschen als sicher angesehen werden kann.

Im Falle des Verfassers handelt es sich um zwei derartige Befunde. Histologisch wurden beide Geschwülste als Pflasterepithelkrebs branchialer Herkunft diagnostiziert. Es sind Tumoren der Halsgegend in der Nähe der grossen Gefässe am Vorderrand des M. sternocleidomastoideus.

Die Statistik des pathologischen Institutes der Universität Poznań gibt für das letzte Dezenium 3 solche Fälle auf 3395 Sektionsfälle an.

PIŚMIENICTWO.

1. Ahlfeld: Die Missbildungen des Menschen, 1880.
2. Albrecht i Arzt: Frankf. Zeitschr. f. Pathol., 1926, t. 4.
3. Ambriot: Comptes rend. de la Soc. de Biol., 1922, t. 1.
4. Barącz: Gaz. Lek., 1891.
5. Birnbaum: Klinik d. Missbildungen u. kongen. Erkr. d. Fötus, 1909.
6. Bonnet: Embrjologja, 1918.
7. Borchers: Chirurgie des Kopfes, 1926.
8. Borst: Die Lehre von den Geschwülsten, 1902.
9. Brüning-Schwalbe: Handb. d. Allg. Pathologie, 1912.
10. Czepurkowski: Gazeta Lek., 1891.
11. Ducuing: Précis de Cancérologie, 1922.
12. Fedeli: Annal d'Anatomie Pathol. (streszczenie), 1927, t. 4.
13. Hammar: Ziegl. Beiträge, 1904, t. 36.
14. Henke-Lubarsch: Handb. d. spez. path. Anat. u. Hist., t. II, IV.
15. Hornowski: Anatomja Patologiczna, 1924, t. II.
16. Isenschmid: Virchows Archiv, 1910, t. 200.
17. Kaufmann: Lehrb. d. spez. path. Anat., 1922, t. I.
18. Kostanecki i Mielęcki: V. Arch., 1890, t. 120.
19. Lange: Gazeta Lekarska, 1913, t. 18.
20. Miedzianowski: Nowiny Lekarskie, 1935, zes. 13.
21. Nowicki: T. L., 1913, t. 21.
22. Ostrowski: Pol. Przegląd Chir., 1926, t. 5, zes. 3.
23. Przewoski: Now. Lek., 1897, Nr. 2.
24. Roth: V. Arch., 1878, t. 72.
25. Roussy: Nouv. traité de méd., 1929, f. 5, t. 2.
26. Sawicki: Pamiętnik II zjazdu chirurg. polsk. w Krakowie, 1891.
27. Schusterówna: Polsk. Gazeta Lek., 1926, r. 5, nr. 17.
28. Skubiszewski: Prace Zakł. Anat. Pat. Uniw. Warsz., 1921.
29. Sobolew: Frankf. Zeitschr. f. Pathol., 1912, t. 12.
30. Święcicki: Now. Lek., 1890, nr. 9.

Dr. WŁ. SZAFRAN

LECZENIE PROMIENICY.

(Sprawozdanie zbiorowe).

Towarzystwo niemieckie dla schorzeń jamy ustnej, zębów i szczęk, odbyło swój 72. Zjazd naukowy w czasie od 3—6. X. 1935 r. — w Berlinie. Na Zjeździe tym, obok innych zagadnień, zajmowano się szczegółowo leczeniem promienicy, przyczem wykłady wygłosili:

1. Dr. Martin Wassmund: Eine neue aussichtsreiche Behandlung der Aktinomykose mit Jod-Iontophorese. (Nowy sposób leczenia promienicy, rokujący dobre wyniki, przy pomocy jod-jontoforezy). [Deutsch. Zahn-Mund-u. Kieferheilkunde 1935. H. 3].

Wassmund krytykuje dotychczasowy sposób leczenia promienicy przez podawanie wysokich dawek Kalium jodatam wewnątrznie i naświetlania promieniami roentgenowskimi, czyto metodą nasycenia Pfahlera, czy też metodą częściowego naświetlania (10 dni po 200 r czyli 2000 r.) Coutarda, przyczem należało zawsze powtórzyć to leczenie w okresie czasu do trzech miesięcy.

Szczególnie naświetlania promieniami roentgenowskimi przynosiły częściej raczej pogorszenie choroby, jak jej polepszenie. Schorzenie często rozprzestrzeniało się w obręb tkanek dotychczas zdrowych, tworzyły się liczne ropnie w różnej głębokości tkanek zajętych schorzeniem, które zmuszały leczonego do licznych nacięć, co następnie powoduje tworzenie się blizn głębokich, szpecących i ograniczających otwieranie ust. W przypadkach, kiedy schorzenie zajmuje taką przestrzeń, że podczas naświetlania promieniami roentgenowskimi objęta jest i pewna część owłosionej czaszki, wtedy przychodzi do przejściowego, dłuższy czas trwającego, wypadnięcia włosów. Jeżeli zaś w przebiegu leczenia okaże się konieczność powtórzenia leczenia naświetlaniem po raz wtóry, lub trzeci, przychodzi nawet do stałego braku owłosienia.

Na skórze i błonie śluzowej, po naświetlaniach promieniami Rg, przychodzi bardzo często do silnego zacerwienia i obrzęków. Pacjent odczuwa wybitne pieczenie, powierzchowny nabłonek bł. śluzowej częstokroć oddziela się, powodując następowe krwawienia.

Sam pacjent odczuwa brak apetytu i złe samopoczucie.

Bardzo często znowu, mimo trwania leczenia niekiedy przez dwa do trzech lat, leczenie promieniami Rg. zawiodło zupełnie.

Powyzsze ujemne strony leczenia skłoniły autora do zastosowania leczenia zapomocą jod-jontoforezy. W praktyce swojej stosuje on dwa rodzaje jod-jontoforezy, przez skórę i wśród rany.

W pierwszym przypadku stosowania jod-jontoforezy pokrywa autor cały obszar zajęty schorzeniem gazą napojoną roztworem 5% Kalium jodatam. Pomiędzy płyty gazy wkłada on ujemną elektrodę i przytrzymuje to wszystko opaską kalikotową. Drugą elektrodę o powierzchni około 14×7 cm. przykłada albo w okolicę potylicy, albo też na łopatki chorego. Wkońcu włącza

prąd galwaniczny na 10 minut, którego siła wynosi stopniowo od 3—10 MA. Zabieg ten powtarza co drugi dzień, przez 30—40 posiedzeń.

Przy zastosowaniu jod-jontoforezy wśród rany postępuje autor nieco odmiennie. Po nacięciu większych ropni tamponuje ranę gazą. Następnie nakrywa całe miejsce schorzenia gazą napojoną roztworem soli kuchennej. Jamę ustną natomiast tamponuje po stronie schorzenia gazą jodoformową, napojoną 5%₀-ym roztworem jodku potasu. Pomiędzy płatki gazy po obu stronach policzka włożone zostają elektrody prądu galwanicznego. W ten sposób stosuje autor jod-jontoforezę bezpośrednio w obrębie jamy ustnej, w przypadkach kiedy nie jest utrudnione jeszcze otwieranie ust, albo po nacięciu nie następuje jeszcze wybitne kurczenie się części miękkich policzka. Trwa to najczęściej do 14 dni.

Po zastosowaniu tych sposobów leczenia spozstrzegał autor stale prawie wybitne cofanie się obrazu chorobowego. Rzadko tworzą się ropnie, a istniejące przetoki już po 3—5 tygodniach zaprzestają sączyć. Naciek twardy części miękkich szybko znika, a tworzące się blizny, po wygojeniu sprawy chorobowej, są o wiele mniejsze. Pacjent przytem nie posiada żadnych drażeń skóry, ani błony śluzowej, nie odczuwa żadnych objawów miejscowych, ani ogólnych.

Autor doradza również stosowanie Jod-jontoforezy w leczeniu, przy zakażeniach włoskowcem (leptothrichosis).

2. Dr. Hans G. Scholtz: Wesen und Technik der Jod-Iontophorese. (Istota i technika jod-jontoforezy).

W łączności z wykładem Wassmunda omawia autor szczegółowo różnicę jaka zachodzi pomiędzy istotą leczenia zapomocą elektroforezy, a jontoforezy. Omawia stosunek leków zdysocjonowanych do protoplazmy komórki tkanek, po zmianach jakie powstają w przepuszczalności błony komórkowej po zadziałaniu prądem. Autor przyjmuje według teorii Stscherbaka, że pod działaniem prądu elektrycznego powstają z jonów jodowych częściowo wolne, aktywne atomy jodu, które tworzą połączenia z białkiem komórki. Powstawanie wolnych atomów jodu tłumaczy Stscherbak tem, że w żywej tkance, podczas przepływania przez nią prądu elektrycznego następują zjawiska polaryzacji, które powodują częściowe wyładowanie jonów jodowych. Tłumaczenie to potwierdzają również doświadczenia Bourguignona. Po podaniu pacjentowi większych dawek jodku potasu wewnątrznie, przepuszczał on przez tkanki prąd galwaniczny. I wówczas w tkance, przez którą przepływał prąd, powstawały wolne atomy jodu in statu nascendi.

W ten sposób tłumaczy autor również działanie jodu na głębsze tkanki podczas jontoforezy, a temsamem i istotę zabiegu leczniczego.

Co do techniki jod-jontoforezy radzi autor używać albo zwykłego aparatu elektrycznego, względnie pantostatu, albo aparatu z zespołem suchych bateryj. Jako elektrody radzi używać listka grubszej cyny (płatkowej¹⁾), który powinien być nieco mniejszy od płatków napojonej gazy. Listek cynowy łączy się

¹⁾ = Zinnofolie.

z biegunami źródła prądu. Biegun dodatni radzi autor owinać płatkami gazy, wielkością odpowiadającymi płatkom gazy na miejscu schorzenia, napojonymi roztworem soli kuchennej. Elektrody powinny być ułożone możliwie naprzeciw siebie, a zatem albo na głowie, albo też na potylicy, ażeby uzyskać najpomyślniejszy kierunek działania jonów jodowych. Według doświadczeń bowiem Stscherbaka w czasie jod-jontoforezy wykazać można jony jodowe wzdłuż przebiegu linii prądu. Obie elektrody należy lekko przycisnąć elastyczną opaską, ażeby dokładnie przylegały. Siła prądu powinna wynosić od 4—10 Milliamp. prądu galwanicznego, działanie zaś trwać ma przez 12 minut. Posiedzeń takich potrzeba 30—40, co drugi dzień.

Jednak już po dwu, do trzykrotnym zabiegu następuje wybitne polepszenie sprawy chorobowej, ustępują obrzęki i wraca dobre samopoczucie pacjenta. Żadnych ubocznych zjawisk leczenia autor nie zauważył.

Z naciskiem jednak zwraca autor uwagę na pacjentów z objawami tyreo toksycznymi, u których z zastosowaniem jod-jontoforezy należy być bardzo ostrożnym.

3. Prof. Dr. W. Rosenthal: Zur Mitteilung M. Wassmund, über eine aussichtsreiche Behandlung der Aktinomykose mit Jod-Iontophorese. (Do komunikatu M. Wassmunda o leczeniu promienicy jod-jontoforezą, rokującym dobre wyniki).

Przy tej sposobności podaje Prof. Rosenthal, że znane mu jest leczenie jod-jontoforezą z literatury jeszcze od 1924 roku. Doc. Dr. Wirtz z Monachium podaje historję choroby pacjenta, którego wyleczył tą metodą, mimo że pacjent ten był uprzednio leczony w Buenos Aires zapomocą wysokich dawek jodku potasu wewnątrznie, zastrzykami salwarsanu śródżylnie i promieniami Roentgena zewnątrznie, następnie w Paryżu olbrzymimi wprost dawkami jodu wewnątrznie i zewnątrznie, a także śródżylnie, przy równoczesnym leczeniu promieniami Rg. Również w Monachium początkowo stosowano dawną metodę leczenia, a kiedy ta nie odniosła skutku, zastosował Wirtz metodę jod-jontoforezy. Pacjent był poddany jontoforezie co drugi dzień przez 5 minut, przyczem otrzymywał od 6—16 MA. Po kilku posiedzeniach znaczne polepszenie.

Drugi przypadek jest mu znany również z piśmiennictwa, gdzie w tym samym Instytucie monachijskim chory, u którego poprzednio zastosował Wirtz bezskutecznie leczenie jodem i salwarsanem a następnie poddał go Lugol-jontoforezie, po kilku posiedzeniach wykazał znaczne polepszenie i stwierdził szybkie cofanie się nacieków.

Równocześnie prawie stosowali w Turcji H. Bedjet i Osman Szerfeddin jontoforezę z dobrym skutkiem w leczeniu promienicy, o czem donoszą w artykule, jaki ukazał się w 1927 r. Stosowali oni również 5%₀-wy roztwór jodku potasu. Na kompres napojony roztworem kładli jednak elektrodę dodatnią, przyczem przepuszczali prąd od 5—10—15—25 MA., przez 1/2 godziny. Posiedzeń takich było 4 w tygodniu.

Od referenta. Przytoczone historje chorób wszystkich powyżej leczonych przypadków zapomocą jod-jontoforezy wykazują, że pacjenci ci byli

początkowo zawsze leczeni dawną metodą, przez podawanie wielkich dawek jodu wewnątrznie i naświetlanie promieniami Roentgena, przeważnie sposobem cząstkowym 10×200 r., w 10-ciu posiedzeniach. Niekiedy nawet leczenie było powtarzane w kilka miesięcy. Dopiero następnie stosowano metodę jontoforezy. Nie mamy natomiast opisanych przypadków, któreby były leczone tylko podawaniem jodu wewnątrznie i jontoforezą.

Z powyższego wynikałoby, że jontoforeza służyła może raczej jako uzupełniający sposób leczenia, o wybitnem znaczeniu leczniczem, przy równoczesnem leczeniu metodą dawną. Wielkie znaczenie leczenia jontoforezą będzie leżało również w tem, że przez zastosowanie jej można bardzo znacznie obniżyć ilość naświetlań promieniami roentgenowskimi, które, jak wynika z historii chorób, nie są zupełnie obojętne dla pacjenta.

Przy tej sposobności należy wspomnieć o metodzie Prof. Barącza ze Lwowa, który całe niemal swe życie poświęcił badaniom i opracowaniu swej własnej metody, polegającej na zastrzykiwaniu podskórnie siarczamu miedzi w tkanki, schorzałe przez promienie. Równocześnie stosowano metodę naświetlań i jodu wewnątrznie. Cały szereg ogłoszonych prac naukowych tego autora polskiego wskazuje na dodatnie i trwałe wyniki tej metody leczenia.

Dr. Wł. Szafran (Lwów).

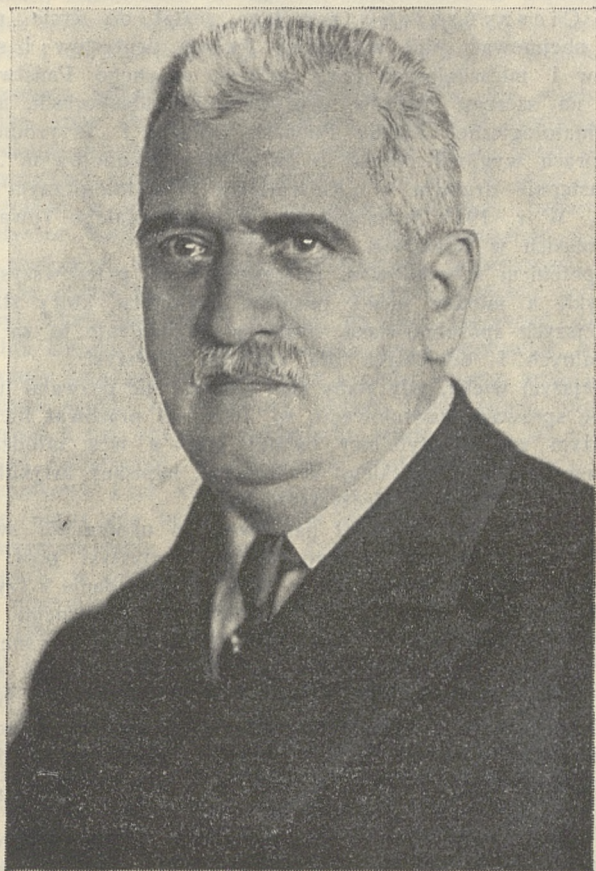
Ś. p. ANTONI PERLIŃSKI

lekarz-dentysta

zmarł w Poznaniu dnia 11 lutego 1936.

Więcej niż połowę swego życia spędził zmarły w Poznaniu, gdzie po studiach odbytych we Wrocławiu i Würzburgu, a następnie po praktyce odbytej w Pradze, objął praktykę po śp. Kasprowiczu. Urodzony dnia 30 marca 1870 w Kruśliwcu pod Inowrocławiem, jako syn ziemianina, był zawsze gorącym patriotą, służył sprawie polskiej, a podczas wielkiej wojny był uczestnikiem niemal wszystkich konferencyj, odbywających się w Kole Towarzystwem w Poznaniu i starał się podnieść wiarę w odrodzenie Polski. Pośrednio brał śp. Perliński czynny udział w powstaniu Wielkopolskiem, niosąc pomoc lekarsko-dentystyczną walczącym powstańcom, m. i. śp. Fr. Ratajczakowi. Należał do tych wszystkich organizacyj, które po 11 listopada 1918 przygotowały zręby organizacji administracji polskiej. Gdy utworzono później Naczelną Radę Ludową, śp. Perliński zawezwany został przez ówczesnego szefa departamentu Zdrowia Publicznego prof. Gantkowskiego jako konsyljarzusz w sprawach organizacyjnych władz sanitarnych odnośnie do dentystyki. Gorliwie też i z wielką znajomością rzeczy pracował później za czasów Ministerstwa b. Dzielnicy pruskiej. W czasie 1923—1925 był radnym miasta Poznania.

Na niwie zawodowej był niezmiernie czynny: był współzałożycielem i przez długie lata prezesem Związku Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Ziemi Zachodnich Rz. P. Ponadto uczestniczył we wszystkich ważniejszych zjazdach fachowych, był jednym z uczestników pierwszego w Odrodzonej Polsce Zjazdu Delegatów Organizacji dentystycznych i Stomatologicznych, odbytego w maju 1919, obradującego nad unifikacją studjów dentystycznych w Polsce.



Antoni Perliński

† 11. II. 1936.

Współpracował wówczas przy ułożeniu programu studjów dentystycznych w osobnej komisji a następnie miał powierzoną ocenę inwentarza, mającego być zakupionym z prywatnych uczelni dent. dla mającego powstać Państwowego Instytutu Dentystycznego. Bardzo żywo interesował się kwestją paractwa w naszym zawodzie i wszędzie, gdzie tylko mógł, dawał inicjatywę do jego systematycznego zwalczania.

W r. 1909 brał udział w Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym w Berlinie, należał do założycieli Związku Odontologów Polaków, który z inicjatywy Cieszyńskiego powołany został do życia podczas tego Kongresu, a obejmować miał wszystkich lekarzy dentystów i stomatologów trzech zaborów i mieszkających poza obrębem dawnego Państwa Polskiego. Widzimy go na szeregu zjazdów dentystycznych niemieckich, a w r. 1911 w Sekcji Stomatologicznej Zjazdu Polskich Lekarzy i Przyrodników w Krakowie, na których wygłosił referat o „Ropotoku zębodołowym“. Referat ten ukazał się następnie drukiem w „Kwartalniku Stomatologicznym“ w r. 1912 (str. 48—55). W r. 1911 przystąpił do nowo powstałego Towarzystwa Stomatologów Polskich w Krakowie.

Poza ropotakiem zębodołowym interesowały go przedewszystkiem zagadnienia protetyki, a między nimi problem artykulacji, który stale poruszali przy najróżniejszych sposobnościach, uważając zagadnienie to za jedno z najbardziej aktualnych i doniosłych dla rozwoju protetyki.

W późniejszym wieku, gdy słaby stan zdrowia nie pozwalał na czynniejsze zajmowanie się sprawami zawodowymi, śp. Perliński pracował literacko; w numerze niniejszym znajdują czytelnicy ostatni jego z iście młodzieńczym temperamentem, zawsze śp. Perlińskiego cechującym, napisany artykuł o zębodołach szkół fachowych dla techników dentystycznych.

Od najmłodszych lat pracował naukowo: po ukończeniu swych studjów we Wrocławiu był asystentem starego mistrza dentystyki prof. Partscha i wraz ze swym szefem wydał w r. 1897 Sprawozdanie z czynności Polikliniki chorób zębów i jamy ustnej Instytutu dentystycznego Uniwersytetu we Wrocławiu. Sprawozdania te, ogromnie starannie opracowane wychodzące mniej więcej co dwa lata były nie tylko suchym sprawozdaniem statystycznym polikliniki za okres sprawozdawczy, lecz również obejmowały bardzo bogatą kazuistykę kliniczną wraz z dokładnem omówieniem klinicznym poszczególnych przypadków i stanowiły w ten sposób niejako kompendjum kliniczne podstawowych zasad stomatologii. Widać w nich te zasady dentystyki, które stworzył Partsch i jego szkoła, a z których rozwinęła się później stomatologia współczesna. Zbiór tych sprawozdań równa się, można śmiało rzec, podręcznikowi klinicznemu, tyle w nich ciekawych i pouczających szczegółów i tyle praktycznych spostrzeżeń. Znać w nich mistrzowski pazur Partscha i mrówczą pracę kliniczną Perlińskiego. Niestety późniejsze warunki pracy nie dały śp. Antoniemu Perlińskiemu możności pójścia dalej drogą naukową i skierował on cały swój olbrzymi zapał do pracy w kierunku spraw zawodowych, lecz niechybnie przy sprzyjających warunkach byłby pozostawił następującemu pokoleniu znaczną spuściznę naukową tak jak pozostał po Sobie część i wdzięczność przedewszystkiem kolegów wielkopolskich, między którymi wyróżniał się już w czasie przedwojennym jako doskonały praktyk, idący za postępem wiedzy i dbały o sprawy zawodu naszego.

Cześć Jego pamięci!

A. i C.

Sprawy zawodowe.

A. Perliński, Poznań¹⁾.

O szkołach zawodowych dla techników dentystycznych.

Będąc 40 lat lekarzem-dentystą o studjach dentystycznych na uniwersyteckich klinikach niemieckich, po dłuższej asystenturze w większych praktykach dentystycznych miałem dosyć sposobności rozpatrzenia się w kwestji techników dentystycznych i zorientowania jak należałoby sprawę ich wyszkolenia załatwić.

Bez pomocy techników dentystycznych obejść się wcale nie możemy. Zważmy tylko, co by się stało z wielkimi gabinetami dentystycznymi stomatologów i lekarzy-dentystów, gdyby nie mieli dla swojej praktyki rutynowanych i dobrze wprawnych techników. Technicy, którzy od 15. roku życia codziennie pracują 8 godzin w technice pod kierunkiem zdolnego fachowca i wykonują prace protetyczne według modeli, muszą nabyć naturalnie większą wprawę, niż student dentystyki na wydziale protetycznym, praktykujący przez 3 semestry; musiałaby zostać nauka techniki dentystycznej zupełnie zreformowana, by student nabył takiej sprawności ręcznej, by jako absolwent Akademii Stomatologicznej lub Kliniki umiał choćby narazie mniej poprawnie, ale samodzielnie wykonać protezy kauczukowe, hekolitowe i złote, korony, mostki i t. p. Ale niektórzy studenci sądzą, że wystarczy poznać tylko teorię protetyki, nauczyć się brać wyciski z ust, zgryzy i przymiarki, resztę pracy, jak ustawienie zębów według zasad naukowych w artykułach anatomicznych (np. Gysi'ego) pozostawić technikowi. Lecz kto tak pojmuje dział protetyki w praktyce dentystycznej, ten nigdy nie będzie dobrym dentystą, protezy poprawnej nie dostarczy i pacjentów sobie nie zjedna. Tylko majątny lekarz-dentysta może sobie obecnie urządzić w praktyce własne laboratorium techniczne, opłacać wielkie koszty jego utrzymania i wysokie pensje stałe dla technika zdolnego i ucznia, a co robi stomatolog i lekarz-dentysta młody, osiedlony dopieroco i niezadowolony, jeżeli nie umie sam wykonać protezy poprawnej? Po niewczasie przejrzy swoją nieudolność i zwróci się do laboratorium dentystycznego w większym mieście, by tam posyłać odlew dla wykonania protezy. Ale i ten lekarz-dentysta rzadko kiedy odbierze faktycznie poprawną protezę bo i najzdolniejszy technik zamiejscowy, nie będąc obecny czy to przy wzięciu zgryzu, czy to później przymiarce i nie widząc błędów i nie wiedząc jakie poprawki należy zrobić, nie może często dostarczyć protezy poprawnej. Stan techników dentystycznych jest zatem potrzebny, a czem lepsze wykształcenie będą mieli, tem lepiej dla praktyki. Chodzi o to, kto ma ich na zdolnych pracowników kształcić; czy nowe zawodowe szkoły państwowe o jakimś wyższym poziomie naukowym, czy też szkoły zawodowe prywatne, a może wprost laboratorja dentystyczne? A więc ile takich zawodowych szkół dentystycznych miałoby powstać w Polsce i na ile uczniów? Jakiego poziomu naukowego wymagać się ma od adepta, wstępującego do szkoły zawodowej? Ile lat ma się on uczyć techniki?

¹⁾ Artykuł ten nadesłał Redakcji „Pol. Stom.“ śp. kol. Antoni Perliński krótko przed swą śmiercią.

Kto ma studia i utrzymanie w tym czasie płacić? Jaki pożytek materialny odniesie na przyszłość absolwent takiej szkoły? Stworzenie i utrzymanie jednej zawodowej szkoły państwowej dla wyuczania techników dentystycznych i to minimalnie na 50 uczniów rocznie obliczonej jest połączone z wielkim kosztem. Najlepiej to oszczędzić mogą profesorowie katedr protetycznych. Wątpię, czy rząd nasz wyasygnuje osobny budżet na specjalne szkoły zawodowe państwowe dla techników dentystycznych, skoro tak trudno na wyposażenie i utrzymanie Akademii Stomatologicznej i klinik, które się muszą mieścić w nieodpowiednich ubikacjach dzierżawionych. Zresztą, kto miałby chłopców 15-letnich z wiadomościami szkoły powszechnej uczyć protetyki dentystycznej? Czy może profesor z Akademii Stomatologicznej? Kilka teoretycznych wykładów na miesiąc może dać uczniom pewien pogląd na ogólną protetykę dentystyczną, ale z tych teoretycznych wykładów nie nauczy się uczeń praktycznego wykonywania i zastosowania do poszczególnych wypadków; tu trzeba laboratorium dentystycznego z nowoczesnym urządzeniem, z wielką frekwencją pacjentów — i kilku dzielnych demonstratorów, którzyby tych 50 uczniów nauczali wykonywania wszelkich protez dentystycznych przez 8 godzin dziennie. Z czego się to ma opłacać? Z czesnego, które mają uczniowie płacić — a może z opłat jakie mają uiszczać pacjenci za dostarczone im w ambulatorjum protezy? Gdzie tu kalkulacja, gdyby te szkoły zawodowe dentystyczne dostarczały za minimalną opłatą pacjentom protez? Kto ma dostarczyć pacjentów dla szkoły zawodowej i opłacać protezy nowoczesne kauczukowe, złote i z innych metali, korony i mostki, jakie w takiej szkole winny być dla nauczania sporządzane? Czy może zdobędzie się na to Ubezpieczalnia Społeczna, która nie chce nawet łożyć kosztów na dłuższe leczenie zębów i plombowanie, a pozwala zasadniczo tylko na „zatrucie“ nerwu zęba lub jego wyjęcie, przyczem ubezpieczony nie może domagać się dłuższego leczenia i zaplombowania zębów o ile odpowiednio nie dopłaci. Na Ubezpieczalnię więc liczyć nie można, klientela zaś ambulatoryjna też lepszych protez opłacać nie może, więc będzie znowu brak prac protetycznych, na których uczniowie mogliby się wprawiać. Szkoły zawodowe państwowe pracowałyby ze stałym deficytem — a przytem podetną egzystencję wielu prywatnych laboratoriów dentystycznych, które już dziś są w ciężkiem położeniu. Czy sądzi może ktokolwiek, że uczniowie państwowych szkół zawodowych dentystycznych w ciągu 3 lat wyuczą się na dzielnych techników? Czy nie widzimy, że w prywatnych gabinetach dentystycznych i w laboratoriach z wielkim obrotem uczeń technika dopiero po 5—8 latach nabywa wprawy i staje się zdolny do samodzielnej pracy? Laboratorja dentystyczne bowiem prywatne, chcąc zadowolić swych klientów lub pracodawców lekarzy-dentystów, muszą się starać o możliwie najlepsze wykonanie protezy według nowych systemów, i we własnym interesie uczą swych wychowanków, aby mieć z nich później dzielnych pomocników. Takie większe laboratorja wykonują protezy dla kilkudziesięciu lekarzy-dentystów z miasta i z prowincji. W obecnych kryzysowych czasach mniej więcej 80% lekarzy-dentystów nie ma własnego laboratorium i zmuszeni są prace protetyczne odsyłać do laboratoriów dentystycznych. Wyuczonych techników nie zabraknie. Dziś już tacy ubiegają się o posady, a laboratorja dentystyczne co rok dostarczać będą pewnej liczby zdolnych pomocników, którzy sami zakładają potem własne laboratorja i tworzyć będą nowy zasób techników, tak, że niedługo nietylko wiel-

kie ale i średnie miasta będą miały laboratorja. Mała liczba rodziców w obecnych ciężkich czasach mogłaby sobie pozwolić na to, aby syna posyłać choćby przez 3 lata do zawodowej szkoły dla techników i opłacać naukę i utrzymanie chłopca przez ten czas w Warszawie. To zrobić mogą tylko ci, którzy w Warszawie mieszkają; dla zamiejscowych rodziców byłby to za wielki ekspens. Korzyści materialnych dla techników ze szkół zawodowych dentystycznych więc nie widzę, wątpię, czy lepszej protezy się nauczą niż u zdolnych fachowców prywatnych i czy jaki pracodawca chciałby technikowi płacić większą pensję dla tego samego, że był on w szkole zawodowej? Każdy pracodawca dziś pyta się „ile lat pan w zawodzie pracuje“ — „jaki prace pan umie wykonać“, „zaangażuję pana na próbę, aż się o zdolnościach pana przekonam“. Dostanie posadę i większą pensję ten tylko, kto jest zdolny i pracować umie. W prywatnych przedsiębiorstwach dentystycznych nikt się pytać nie będzie, gdzie się kto uczył, ale co i jak umie i według tego otrzyma pensję — to jest jedynie racjonalne.

Resumé mojego poglądu jest zatem: państwowe szkoły zawodowe dla techników są niepotrzebne; korzyści z nich nie będzie, tylko wydatki wielkie dla państwa. Niema zatem potrzeby tworzenia nowych 'szkół' zawodowych dla techników, ale te, które są należy ulepszać. Przedewszystkiem zreformować dział protetyczny Akademji Stomatologicznej i studentów dentystryki nauczyć tyle protetyki, aby absolwent umiał dla swej praktyki samodzielnie prace protetyczne wykonać — a technika dentystycznego dopiero wtedy angażował, gdy pracy sam już nie nadąży; radziłbym zatem studentom dentystryki zakasać rękawy, brudniejszej pracy w laboratorjach się nie wstydzić i paluszków nie żałować, lub też wcale do zawodu dentystycznego się nie brać. Dlaczego miałyby uczeń techniki mniej umysłowo rozwinięty lepiej nauczyć się protetyki jak student, który ma i teoretyczne wykłady i sposobność praktycznego wyszkolenia, jeżeli tylko chce się nauczyć. Zawód nasz jest to nie tylko trudna nauka specjalnego leczenia chorób jamy ustnej, lecz wielka część zajęcia polega na technicznej wprawie do ręcznych i artystycznych prac, potrzebnych do utrzymania uzębienia na podstawie zasobu nauk przyrodniczo-lekarskich. Przy dzisiejszym rozwoju nauk dentystycznych należałoby ustalić studja dentystyczne na 5—6 lat, przedłużyć kliniczne praktykowanie na wszystkich 3 działach: chirurgicznym, konserwatywnym, a szczególnie protetycznym. Wtedy lekarz-dentysta nauczy się też protetyki i nie zajdzie potrzeba tworzenia osobnych szkół zawodowych specjalnie dla techników.

Z kroniki szkół wyższych.

Rektor Akademji Stomatologicznej w Warszawie. Na zebraniu wyborczem Akademji Stomatologicznej w Warszawie wybrany został rektorem na lata ak. 1936/37, 37/38, 38/39 prof. zwyczaj. farmakologii eksperymentalnej, Dr. Jerzy Modrakowski.

Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na lata akademickie 1936/37, 1937/38, 1938/39 został wybrany prof. zw. botaniki Dr. Stanisław Kulczyński, były Dziekan Wydziału matematyczno - przyrodniczego.

Ruch w Towarzystwach.

P. K. N. — F. D. I.

Fédération Dentaire Internationale — Polski Komitet Narodowy.

Protokół Nadzwyczajnego Walnego Zebrania PKN FDI, odbytego dnia 31. października 1935 w Warszawie w lokalu Związku i Towarzystwa Lekarzy-dentystów Chrześcijan, Bracka 18, o godzinie 16.

Porządek dzienny:

1. Stwierdzenie obecności związków.
2. Odczytanie protokołu z ostatniego zebrania PKN FDI, odbytego dnia 18. marca 1935 w Warszawie. Ratyfikacja nominacji Dra Harvey J. Burkhardta członkiem honorowym PKN FDI.
3. Sprawozdanie z 29. zjazdu FDI, odbytego w Brukseli w czasie 5—10 sierpnia 1935 i komunikaty prezydjalne.
4. Sprawozdanie z 4. zjazdu ARPA INTERNATIONALE, odbytego w Budapeszcie w czasie 17—19 września 1935.
5. Sprawa połączenia PKN FDI, SP ASI i Arpy Polskiej w jeden ogólny związek.
6. Wnioski Wydziału Wykonawczego do aprobaty zgromadzenia, pozostające w związku z powyższymi sprawami, wymienionymi pod 3 i 5.
7. Propaganda 9. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego, mającego odbyć się we Wiedniu w czasie 2—8 sierpnia 1936.
8. Wnioski w związku z tym Kongresem.
9. Oznaczenie terminu wiosennego Walnego Zebrania PKN FDI celem odbycia zebrania dorocznego i uchwalenia wniosków na Kongres wiedeński.
10. Zastanowienie się nad kwestją ewentualnego zaproszenia FDI do odbycia dorocznego zebrania w Polsce w latach najbliższych.
11. Sprawy personalne.
12. Wolne wnioski.

Obecni:

1. „Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand.
2. „Związek Lek.-dent. w PP.“: Ld. Neufeld, Ld. Sachs.
3. „Związek i Towarzystwo Lek.-dent. Chrześcijan w Warszawie“: Ld. Perliński, Ld. Gombiński, Ld. Mokrzycki.
4. „Zrzeszenie Lek. dent. Kasy Chorych m. Warszawy“: Ld. Drzewicka, Ld. Mesz.
5. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lek. dent. w Warszawie: Ld. German, Ld. Wilczyńska.
6. Częstochowski Związek Odontologiczny: Ld. Rozenowicz.

Związki: wileński i pabjanicki nadesłały pisma usprawiedliwiające,

Związki: krakowski i poznański nie były reprezentowane.

Pozatem obecni: Doc. Zeńczak, Dr. Cybulski, Doc. Szepelski.

Przed porządkiem dziennym przewodniczący poświęcił wyrazy hołdu pośmiertnego pamięci śp. Marszałka Józefa Piłsudskiego tudzież śp. Profesora Wincentego Łepkowskiego, wiceprezesa PKN FDI, zmarłych w roku bieżącym. Słów tych wysłuchali obecni stojąco i zachowali w skupieniu minutę milczenia.

Następnie przystąpiono do porządku dziennego:

1. Odczytanie protokołu. Protokół z ostatniego zebrania z dnia 18 marca 1935 odczytano i przyjęto. (Patrz „Polska Stomatologia“ Nr. 4/5 1935. Str. 139).

Prof. Cieszyński mówi o swym pobycie na Zjeździe F. D. I. w Brukseli, gdzie wszystkie wnioski Delegacji Polskiej zostały ponownie przedstawione i częściowo przyjęte. Omawia nadanie tytułu członka honorowego P.K.N. Dr. Burkhardtowi, jako wyrazu uznania za jego działalność w dziedzinie propagandy szkolnej dentystyki i pomocy w fundowaniu wspaniałych poradni dentystycznych im. Jerzego Eastmana w stolicach europejskich.

Dr. Allershand zdaje również sprawę ze Zjazdu w Brukseli; sprawozdanie to wydrukowane jest w ostatnim numerze (11/12) „Polskiej Stomatologii“ z r. 1935, na str. 359. i dalszych. Sprawozdawca prosi obecnych o łaskawe przeczytanie tego sprawozdania i odsyła ich do szczegółów tam zawartych, nie chcąc powtarzaniem obszerniejszym tego sprawozdania przedłużać obrad, zaznaczając jedynie, że najważniejszą pracą Zjazdu jest praca w komisjach, których prace służyć mogą za wytyczne do analogicznych prac komitetów narodowych.

Prof. Cieszyński omawia prace na terenie Komisji Higjeny FDI — Bruske (Amsterdam) i Witthaus (Haga) walczą przeciw używaniu szczotki do zębów, pozatem Komisja wydała cenne ulotki dla użytku matek i dzieci. Ulotki te zostały przetłumaczone przez lwowskich członków Komisji Higjeny P.K.N. i mogą służyć Komisji Higjeny do celów propagandowych. Niestety propaganda higjeny napotyka na pewne trudności, gdyż rządy zaprzątnięte ważniejszymi sprawami politycznymi nie mogą tak popierać wysiłków skierowanych w kierunku higjeny jamy ustnej, jakby sobie tego życzyć należało.

Na zebraniu tegorocznym w Brukseli przyznano prof. Cieszyńskiemu nagrodę Miller'a; po raz pierwszy od szeregu lat uczyniono wyłom w dotychczasowych zasadach rozdawnictwa nagrody, (polegających na tem, że nagroda była niepodzielna i zostawała zawsze przyznawana tylko jednej osobie za wybitne zasługi naukowe i organizacyjne), i podzielono nagrodę na trzy równoległe nagrody. Otrzymali je Cieszyński (Lwów), Gottlieb (Wiedeń) i Roy (Paryż). Poprzednimi laureatami tej nagrody byli: Aguilar (Madrzyt), który otrzymał nagrodę za wybitne zasługi organizacyjne (1931 Paryż), Dieck (Berlin) za zasługi naukowe (1928 Kolonja). Dawniejszymi laureatami byli: G. V. Black sen. (1910), Ch. Godon (1912) J. H. Mummery (1922), T. W. Brophy (1924).

Prof. Cieszyński prosi, by rozwinąć jak najintensywniejszą propagandę w tym kierunku, aby możliwie wielka liczba kolegów (z Polski wzięła udział w 9. Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym, mającym się odbyć w sierpniu 1936. we Wiedniu. Radzi stworzyć koło propagandy Zjazdu we wszystkich większych miastach Polski i rozesłać prospekty do wszystkich kolegów. Im więcej nas pojedzie, tem mniej-

sze będą koszta. Po zakończeniu kongresu w Wiedniu możnaby zaprosić uczestników do odbycia wycieczki do Polski i zorganizować dla nich wycieczkę objazdową po tych miejscowościach, które przedstawiają zainteresowanie z punktu widzenia turystycznego i naukowego. Dałoby się to łatwo przeprowadzić, gdyż chętnych będzie prawdopodobnie dużo, Polską bowiem bardzo się zagranicą interesują, jak to prof. Cieszyński miał sposobność częstokroć już zauważyć. Gdyby zebranie myśli prof. Cieszyńskiego uznało za dobrą, pożyteczną i wykonalną, należałoby już jak najrychlej przystąpić do tworzenia miejscowych komitetów propagandowych.

Prof. Cieszyński prosi o utworzenie ARPY na terenie Warszawy. Będąc u rekt. Nitscha prosił go o propagowanie tej idei na terenie Akad. Stom. Jeżeli która dziedzina, to właśnie ARPA ma przyszłość. Mówiono o niej na zjazdach w Brukseli, Budapeszcie i niecały miesiąc temu w Berlinie. We Lwowie został utworzony oddział ARPY, który czyni, co może. Już wyszedł czwarty zeszyt „Arpy“, jako dodatek do „Pol. Stom.“, lecz koledzy ze Lwowa nie mogą podać sami wszystkiemu, gdyż jest ich zaledwie sześćdziesięciu, podczas gdy w Warszawie około 1200 i wszystko możnaby tutaj zrobić, gdyż są tu dane wszelkie możliwości pracy. Pracując więc nad zagadnieniami omawianymi w „Arpie“, poruszamy sprawy obchodzące również lekarzy-internistów tudzież innych specjalności, co stwarza wspólną z nimi platformę, ułatwia porozumienie w zawitych sprawach i podnosi znaczenie stanu dentystrycznego w ich oczach. Mówca zwraca się z apelem do wykładowców, by podjęli na nowo pracę nad ARPĄ POLSKĄ na terenie Warszawy.

Dr. Zeńczak odpowiada, że dotychczas zajęci byli organizacją VII zjazdu i nie mieli na to czasu; z kolei mówca zapytuje, w jakim stosunku pozostanie organ „Arpy Polskiej“ do pisma „Paradentium“, będącego organem „Arpa Internationale“.

Prof. Cieszyński odpowiada, że organ ma jedynie cel ideowy. Ponieważ członkowie „Arpy“ nawet nie wpłacają skromnej składki, wynoszącej zaledwie 60 gr. miesięcznie, przeto koszty ponosi „Polska Stom.“. Składki nie wystarczają nawet na pokrycie kosztów wysyłki pisma. „Arpa Polska“ na razie referuje tylko prace obce z tej dziedziny; obecnie referuje się pracę Dra Roy o pyorrhoea alveolaris. Gdy będziemy mieli własne prace, postaramy się streszczenia ich umieszczać w pismach lekarskich; w ten sposób pozyskamy zainteresowanie lekarzy, i zdołamy nawiązać tak niezbędny kontakt lekarzy-dent. z medycyną ogólną. Sprawa połączenia FDI i ASI jest bardzo ważną, gdyż chodzi tu o stworzenie jednej wspólnej organizacji. Istnieją jednak dotychczas dwie organizacje, które się wzajemnie zwalczają i dyskredytują. W przeciwieństwie do tego stanu rzeczy powinno nastąpić zarówno na terenie międzynarodowym, jak i na terenie poszczególnych państw zjednoczenie, do którego Arpa także walnie winna się przyczynić. Mówca proponuje, by na zebraniu obecnem powziąć uchwałę zasadniczą, celem stworzenia jednej organizacji i ograniczenia liczby istniejących zrzeszeń. Zaoszczędzimy przez to wiele czasu, papieru i pieniędzy. Materiału w ludziach też mamy bardzo niewiele, gdyż od kilkunastu lat widzimy przy pracy zawsze tych samych ludzi. Podjęta myśl fuzji jest pierwszorzędного znaczenia i zrobiliśmy już pierwsze kroki na tej drodze. Dziś już mówi się wogóle na posiedzeniach FDI o ASI i na-

odwrót, podczas gdy dawniej ignorowano się wzajemnie; powinniśmy unikać wzajemnego jątrzenia i wyzbyć się dotychczasowych uprzedzeń.

Dr. A l d e r h a n d: stosunki u nas w Polsce są znacznie lepsze, niż np. we Francji i w Belgji, gdzie dotychczas istnieje szkolnictwo prywatne, z którym myśmy już skończyli. Takie zjazdy, jak u nas, obejmujące wszystkich stomatologów i odontologów, są zagranicą nie do pomyślenia; tam urządzają zjazdy odrębne, jak np. w roku bieżącym w Brukseli, gdzie w sierpniu był zjazd narodowy odontologiczny, a w miesiąc później, we wrześniu, zjazd stomatologiczny. Trudno tam bowiem wykorzenić wzajemne, zdawien dawna zakorzenione uprzedzenia i niechęci.

Ld. G e r m a n wnosi o zamknięcie dyskusji i przejście do uchwalania wniosków. Ld. S a c h s przeciwnie uważa, że dyskusja jest pożądana. Jeżeli chodzi o współpracę poszczególnych odłamów osób pracujących w dentystyce i w stomatologii u nas, to Polska pod tym względem w wielu rzeczach przoduje. W Polsce jest lepiej i pod względem etycznym, choć może nam nie chcą tego przyznać. Związek Lek. dent. w PP. chętnie widziałby to połączenie, nad którym Prof. C i e s z y ŋ s k i od dłuższego czasu pracuje. Że teraz jest lepiej, niż dwa lata temu, tego dowodzi fakt przysłania bardzo serdecznego zaproszenia na zjazd stomatologiczny do Bolonji zarówno do ASI, jak i do FDI, do Komitetu Centralnego i do Komitetów Narodowych. Tak się okoliczności złożyły, że obecnie cała reprezentacja Polski zagranicą skupiła się we Lwowie. Obciąża to znaczenie i tak już przeciążonego pracą i reprezentowaniem Polski zagranicą Prof. C i e s z y ŋ s k i e g o, a przeciążeni są również koledzy lwowscy. Możeby należało rozdzielić tę instytucję na wszystkie miasta uniwersyteckie, póki nie będzie osiągnięte porozumienie.

Ld. P e r l i ŋ s k i wypowiada myśl, że gdyby się nie dało tego połączenia dokonać u góry, to możnaby je przeprowadzić u dołu, tj. w poszczególnych Komitetach Narodowych. Dokonanie tego w Polsce, jak to wynika z przemówień przedmówców nie powinno napotkać na znaczniejsze trudności.

Prof. C i e s z y ŋ s k i przypomina, że w roku 1909 w Berlinie podczas V. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego w Berlinie powstał za jego inicjatywą „Związek Odontologów Polaków“. Okazuje się więc, że już wtedy istniała ta myśl, by się wzajemnie łączyć, gdyż tylko z wspólnego źródła może wytrysnąć siła. W roku 1912 powstał „Kwartalnik Stomatologiczny“, założony przez śp. Prof. Ł e p k o w s k i e g o. Mówca już wtenczas był za tem, by nie wywieszać sztandaru ekskluzywnie stomatologicznego, lecz śp. Prof. Łepkowski był przeciwnego zdania; mówca natomiast powołany na katedrę we Lwowie propagował tam ideę wspólnej pracy. W roku 1919 Pierwszy Polski Zjazd delegatów w Warszawie odbył się jako wyraz solidarności całego zawodu. Zakładając „Polską Dentystykę“, nie zrezygnowaliśmy z współpracy i udało się szczęśliwie ją nawiązać, aż wreszcie zasiane ziarno wydało obfity plon. Oglądaliśmy go już w roku 1923 na pierwszym zjeździe we Lwowie, a obecnie zbieramy się na VII zjeździe, gdyż współpraca i jednocześnie się czynią coraz dalsze postępy.

Ld. S a c h s w obszerniejszem przemówieniu zachęca zebranych, by na założonych fundamentach pracę dalej prowadzić. Prof. C i e s z y ŋ s k i omawia, w jaki sposób należy pracować w kraju: niech każda z Komisj PKNu wykona choć jedną pracę! Prace Komisj PKN'u mogą być prowadzone równomiernie

w kilku miastach drogą korespondencji, a niekiedy drogą osobistego bezpośredniego porozumienia.

Ld. Gombiński zauważa, że lekarze-dent. stanowią kilka typów pod względem wykształcenia, a obecnie powstał nowy typ wskutek wydawania przez Akademię Stom. dyplomów na „Lekarzy-stomatologów“ po czteroletnich studiach, identycznych z dawniejszemi i zupełnie od nich nie odbiegających. Stomatologowie natomiast o pełnym wykształceniu lekarskim stanowią jedną zwartą grupę i to wyłania pewne trudności jeśli chodzi o porozumienie.

Ld. German: Rada Centralna obecnie wszystkich jednoczy i łączy, należy się więc spodziewać, że na zjeździe Sekcja Zawodowa poweźmie ważne uchwały. Wnioski Prof. Cieszyńskiego zostały jednomyślnie przyjęte; uproszono wnioskodawcę, by wraz z Drem Allerhandem opracował projekt statutu nowej zjednoczonej organizacji.

Prof. Cieszyński porusza sprawę funduszków PKN'u i stwierdza, że składki napływają nieregularnie, zrzeszenia płacą opieszale, gdyż skutkiem kryzysu członkowie zalegają z opłatami indywidualnemi.

Ld. Sachs sądzi, że na Kongres Międzynarodowy do Wiednia wyjedzie wielu Kolegów i dlatego należałoby zawczasu rozpocząć starania o ulgi kolejowe i paszportowe.

Dr. Allerhand wnosi ewentualne zaproponowanie zebraniu FDI powiększenia liczby delegatów polskich z 2 na 3. Największą liczbę (5) delegatów mają: Francja, Niemcy, Anglja, Stany Zjednoczone.

Na uwagę Ld. Sachsa, że komunikatów FDI nie otrzymują zrzeszenia wchodzące w skład PKN FDI Prof. Cieszyński zauważa, że wszystkie te komunikaty są umieszczone w „Polskiej Stom.“. Z tą chwilą są one uważane za podane do wiadomości publicznej i stają się dobrem ogółu. Na prośbę Ld. Sachsa przedstawiciel redakcji „Polskiej Stom.“ przyrzekł ewentualnie wysłać to pismo do członków zrzeszeń wchodzących w skład FDI po cenie niższej w razie abonamentu zbiorowego, którego warunki byłyby do omówienia.

Oдноśnie spraw personalnych: w miejsce śp. Prof. Łepkowskiego wybrano wiceprezesa Doc. Szepelskiego.

Jako termin przyszłego, wiosennego zebrania PKN FDI wybrano ewentualnie Wielki Tydzień 1936 lub Wniebowstąpienie P.

Ld. Mokrzycki przedstawił zebraniu projekt kodeksu deontologii lekarsko-dentystycznej w opracowaniu Rady Centralnej. Zebrani polecili referentowi po poczynieniu poprawek i uzupełnień przesać ten projekt na ręce Prezydium celem ostatecznej aprobaty, poczem zostanie przyjęty przez Komisję Deontologiczną i stanie się obowiązujący.

Na tem zebranie zamknięto o godzinie 23.

Prof. Cieszyński.
przewodniczący

Dr. Allerhand, Ld. Mokrzycki.
sekretarze

U w a g a: Przed Walnem zebraniem odbyło się posiedzenie Wydziału Wykonawczego PKN FDI przy udziale: Prof. Cieszyńskiego, Dra Allerhanda, Doc. Szepelskiego i Doc. Zeńczaka, na którym został omówiony i przygotowany porządek dzienny Walnego Zebrania.

Protokół dorocznego Walnego Zgromadzenia PKN-FDI z d. 21/V 1936, ukaże się z powodu braku miejsca dopiero w następnym numerze.

IX. Międzynarodowy Kongres Dentystyczny we Wiedniu.

Komunikat Nr. XV z dn. 26/VI. 1936.

1. Prezydjum PKN-FDI otrzymało dotychczas zgłoszenia poniżej wymienionych osób, które zostały skierowane do centralnego Komitetu we Wiedniu z poparciem.

2. Osoby, które wpłaciły swój udział do kasy zjazdowej wprost do Wiednia, otrzymały legitymacje uczestnictwa (Mitgliedskarte), które sekretarz propagandy PKN-FDI — Lwów, dr. Rössler wysłał zgłoszonym uczestnikom z prośbą o potwierdzenie odbioru i nadesłanie 2 zł. na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Legitymacje te opatrzone zostały pieczęcią PKN-FDI.

3. Kilkanaście legitymacyj uczestników wysłał Komitet Organizacyjny we Wiedniu wprost do uczestników. Dlatego też nie możemy podać nazwisk tych osób.

4. Za zgłoszenia wniesione wprost do Centralnego Komitetu we Wiedniu z ominięciem pośrednictwa PKN-FID — Lwów, nie bierzemy odpowiedzialności. Nazwiska tych osób nie są umieszczone w liście przedłożonej Ministerstwu podczas starań o paszport ulgowy wzgl. bezpłatny.

5. Prezydjum PKN-FDI poczyniło dwukrotnie starania u władz ministerjalnych o uzyskanie bezpłatnych paszportów na wyjazd do Wiednia dla zgłoszonych uczestników Zjazdu. Ostatnio interwenjował osobiście w tej sprawie prezes PKN-FDI dnia 22/V. b. r. w Ministerstwie Skarbu, Spraw Zagranicznych i Ministerstwie W. R. i O. P.

6. Decyzja co do udzielenia zbiorowego paszportu dla wszystkich uczestników zgłoszonych dotychczas nie zapadła. Trudności wynikły na skutek wprowadzonych ograniczeń dewizowych.

Poczynione są starania, ażeby przyspieszyć załatwienie sprawy przez odnośne Ministerstwa.

7. Ponieważ wyjazd na Kongres projektowany jest od początku wspólny, za wspólnym paszportem, inicjatywa organizacji, starania w tym kierunku jakoteż zorganizowanie wyjazdu zostało polecone według wskazówek otrzymanych z Centralnego Komitetu we Wiedniu, biuro podróży Orbis (cf. Komunikat VII. Pol. Stom. nr. 3—4, str. 115—117.

Biuro Orbis obniżyło podane stawki na skutek starań prezydjum PKN-FDI, w każdej kategorii o 5 złotych.

8. Ponieważ we wszystkich naszych podaniach do Władz o paszporty ulgowe w myśl naszych Komunikatów figuruje tylko Biuro Orbis, nie bierzemy żadnej odpowiedzialności za pośrednictwo innych biur lub czynników.

9. Akcja starań i wyjazdu musiała zatem zostać zcentralizowana ze względu na utrzymanie ewidencji zgłoszeń i ich kontrolę.

10. Prezydjum PKN-FDI załatwia agendy zjazdowe do 15 lipca b. r. we Lwowie, ul. Zielona 5 a.

11. Szczegóły co do wyjazdu otrzymają uczestnicy w Biurze Orbis po załatwieniu tamże formalności i wpłaceniu zaliczki oraz ostateczne informacje.

12. Około 20. lipca ukaże się jeszcze jeden Komunikat w sprawie Kongresu w numerze 8 Pol. Stom. i Przegl. Dent.

Prezydjum PKN-FDI.

Cieszyński

P. B. P. ORBIS, któremu Narodowy Komitet F. D. I. powierzył techniczne przeprowadzenie wycieczki Delegacji Polskiej na Kongres Dentystyczny donosi, że sprawa uzyskania paszportów bezpłatnych na powyższą imprezę uległa wobec reglamentacji dewiz i nowych zarządzeń paszportowych zasadniczej zmianie.

Wspólnie z Komitetem Narodowym F. D. I. P. B. P. ORBIS podejmie energiczne zabiegi w kierunku umożliwienia zainteresowanym wzięcia udziału w Kongresie na warunkach jak najdogodniejszych.

Skoro tylko czynniki miarodajne rozstrzygną sprawę paszportów i dewiz niezwłocznie pojawią się odpowiednie komunikaty.

Wykaz uczestników zgłoszonych na Kongres do Wiednia do dnia 1. VII. 1936.

1. Dr. Allerhand Henryk	Lwów, Kopernika 11. *1261
(2). Allerhand Adam	Lwów, Kopernika 11. Tow. *247
3. Dr. Atlas Karol	Lwów, Kochanowskiego 11. *1250
4. Dr. Artel - Zeisłowa	Lwów, Skarbkowska 34.
5. Blech Józef	Kraków XXII, Brodzińskiego 1.
(6). Blech Irena	Kraków XXII, Brodzińskiego 1. Tow.
7. Badał Dawid	Łódź, Nawrot 1. *603
8. Dr. Babij Włodzimierz	Lwów, Akademicka 14. *1281
9. Dr. Bleichfeld Natan	Lwów, Zyblikiewicza 12. *708
10. Bohdanowicz Franciszek	Warszawa, Kańska 17.
11. Boruńska Fanny	Łódź, Al. Kościuszki 21.
12. Borusiewicz Franciszek	Warszawa, Al. 3-go Maja 7. *646
13. Brewda Cemach	Warszawa, Miodowa 11.
14. Brill Mendel	Lwów, Batorego 34. *1249
(15). Brill Malwina	Lwów, Batorego 34. Tow. *238
16. Dr. Brzeziński Fidelis Mieczysław	Warszawa, Kopernika 33.
17. Bronikowska Stanisława	Lwów, Batorego 34. Tow.
(18). Brzezińska Wacława	Warszawa, Kopernika 33. Tow.
19. Brykman Kaszer Jochwet	Warszawa, Przejazd 13.
20. Chawkin Recha	Łódź, Rzgowska 59.
(21). Ciesielska Irena	Ostrów, Rynek 5. Tow.
22. Prof. Cieszyński Antoni	Lwów, Batorego 38. *608
(23). Cieszyński Tomasz	Lwów, Batorego 38. Tow. *126
24. Dr. Cybulski Witold	Warszawa, Koszykowa 6. *1385
25. Dr. Czortkower Salomon	Lwów, Kr. Jadwigi 45.
26. Dajski Mieczysław	Gniezno, Dąbrówki 14. *612
27. Dajska Marja	Gniezno, Dąbrówki 14. *127
28. Dobryszycki Leonard	Warszawa, Boduena 3. *565
29. Drejcenszok Nechama	Łódź, Piotrkowska 89. *709

*Nr. oznacza nr. legitymacji kongresowej nadesłanej z Wiednia, numer bieżący w kłammerze oznacza osobę towarzyszącą. Tytuł Lekarz-dentysta pomijamy dlatego, że odnosi się do wszystkich uczestników.

30. Drillich Jakób
 31. Drucker N.
 32. Dr. Feldmann Wilhelm
 (33). Feldmann Anna
 34. Fenichel Emil
 35. Fuchs Helena
 36. Gąsowska Jadwiga
 37. Dr. Gelbard Henryk
 38. Goldberg Rudolf
 (39). Goldberg Eugenja
 40. Gombiński Jan
 (41). Gombińska Felicja
 42. Dr. Gorczyński Henryk
 43. Grodner Kazimierz
 44. Gelbfisch-Cukier Etlá
 45. Grünwald Izrael
 46. Grzybowski Stefan
 47. Grzybowska Antonina
 48. Guttman Liba
 (49). Guttman Hirsch
 50. Dr. Halpern H.
 51. Halpern Józef
 (52). Halpern Hinda
 53. Hanftwurcel Regina
 54. Herc Pinkus
 55. Ingster Aron
 (56). Ingster Helena
 57. Dr. Jankowski Mieczysław
 58. Dr. Jakubowski Karol
 59. Kajkowski Romuald
 60. Kapłan Józef
 61. Dr. Katzner Leon
 (62). Katzner Anna
 (63). Katzner Karol
 64. Dr. Kaufman Leo
 65. Kisielewska Irena
 (66). Kisielewski Marjan
 67. Kółko Rejzla
 (68). Kółko Szłoma
 69. Konstantin Juljusz
 70. Kowal Leontyna
 71. Krajewska Halina
 72. Kranc Mendel
 73. Dr. Lajchter Chil.
 74. Dr. Lakner Leon
 75. Landsberger-Galasińska Janina
 Tarnów, Targowa 3.
 Kraków, Św. Jana 2.
 Zawiercie, 3-go Maja 5.
 Zawiercie, 3-go Maja 5. Tow.
 Tarnów, Krakowska 2.
 Łódź, Narutowicza 59.
 Warszawa, Grzybowska 32. *1386
 Warszawa, Marszałkowska 79. *566
 Bielsko, Krasińskiego 20. *1139
 Bielsko, Krasińskiego 20. Tow. *200
 Warszawa, Pl. Żelaznej Bramy 1. *1029
 Warszawa, Pl. Żelaz. Bramy 1. Tow. *241
 Lwów, Marji Magdaleny 3. *1251
 Warszawa, Senatorska 26.
 Warszawa, Focha 12.
 Warszawa, Franciszkańska 30.
 Warszawa, Marszałkowska 4.
 Warszawa, Nowogrodzka 39. *635
 Wilno, Mickiewicza 22. *1214
 Wilno, Mickiewicza 22. Tow. *226
 Łódź, Narutowicza 2. *791
 Łódź, Piotrkowska 88.
 Łódź, Piotrkowska 88. Tow.
 Łódź, Sienkiewicza 37.
 Warszawa, Targowa 59. *700
 Sosnowiec, 3-go Maja 20. *710
 Sosnowiec, 3-go Maja 20. Tow.
 Lwów, Łozińskiego 4.
 Lwów, Sienkiewicza 3.
 Poznań, Św. Marcina 9. *568
 Warszawa, Trębacka 4.
 Lwów, Nabelaka 35. *1034
 Lwów, Nabelaka 35. Tow.
 Lwów, Nabelaka 35. Tow.
 Katowice, Pocztowa 3.
 Lwów, Potockiego 48. *1030
 Lwów, Potockiego 48. Tow.
 Łódź, Pomorska 4.
 Łódź, Pomorska 4. Tow.
 Warszawa, Bielańska 9.
 Łódź, Piotrkowska 93.
 Warszawa, Krucza 25. *613
 Zgierz, Piłsudskiego 32.
 Łódź, Legionów 9. *1005
 Poznań, Pl. Wolności 9. *114
 Warszawa, Ogrodowa 8. *647

76. Laub Józef
 77. Lejzerowicz H.
 78. Lipkin Tema
 79. Lubczyńska Oktawja
 80. Dr. Majer Salomon
 81. Majzel Sonia
 82. Maksajdowska Stefanja
 83. Prof. Dr. Meissner Alfred
 84. Mesz Daniel
 85. Meyerowicz Selma
 86. Dr. Miedzianowski Alfons
 87. Dr. Mischel Salomea
 88. Morawski Jerzy
 89. Dr. Morek Salomon
 90. Dr. Mirtenbaum Leo
 91. Nadolska Zofja
 92. Olearczyk Antoni
 93. Orłowski Mordko
 (94). Orłowska Szajndla
 95. Pągowski Zygmunt
 96. Dr. Pietrzycki Ignacy
 97. Dr. Podwiński Stanisław
 (98). Dr. Podwińska Marja
 99. Dr. Raczyński Andrzej
 (100). Raczyńska Stanisława
 101. Dr. Reichmann Fryderyk
 (102). Reichmann Ingeborga
 103. Rith Roman
 104. Rozen Naftali
 105. Sachs Leon
 106. Dr. Sadokierski Izaak
 107. Sobel Eda
 (108). Sobel Anna
 109. Sokalski Salomon
 110. Solnik Henryk
 111. Sperling Dawid
 112. Stock Szajndla
 113. Strauch Perla
 114. Dr. Szafran Włodzimierz
 (115). Szafran Zofja
 116. Szaniawska Marja
 117. Doc. Dr. Szepelski Konrad
- Chorzów I, Pl. Wolności 1. *924:
 Częstochowa, Kilińskiego 3.
 Warszawa, Nowolipie 50. *605
 Warszawa, 5-to Krzyska 17.
 Przemyśl, Franciszkańska 4.
 Warszawa, Karmelicka 3.
 Warszawa, Marszałkowska 145. *1374:
 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 31.
 Warszawa, Nowy Świat 2.
 Warszawa, Sniadeckich 4.
 Poznań, Skłodowa 1. *4
 Lwów, Piłsudskiego 8. *1031
 Warszawa, Czerwonego Krzyża 9.
 Łódź, Andrzeja 4. *604¹⁾
 Kraków, Basztowa 15.
 Warszawa, Piusa 11.
 Rybnik, Zamkowa 5. *614
 Równe Wolyńskie, 3-go Maja 189.
 Równe Wolyńskie, 3-go Maja 189. Tow-
 Łowicz, Mostowa *564
 Lwów, Grunwaldzka 7.
 Kraków, Wybickiego 1.
 Kraków, Wybickiego 1. Tow.
 Stanisławów, Pl. Mickiewicza 5.
 Stanisławów, Pl. Mickiewicza 5. Tow..
 Katowice, 3-go Maja 6.
 Katowice, 3-go Maja 6. Tow.
 Łódź, Piotrkowska 126.
 Łódź, Kościuszki 17. *853
 Warszawa, Al. Jerozolimskie 39. *792:
 Łódź, Piotrkowska 164. *642
 Lwów, Kościuszki 2.
 Lwów, Kościuszki 2. Tow.
 Łódź, Andrzeja 4.
 Gdynia, 5-to Jańska 13.
 Łódź, Piotrkowska 87. *645.
 Łódź, Piotrkowska 80.
 Łódź, Piłsudskiego 69.
 Lwów, Sykstuska 56. *1185
 Lwów, Sykstuska 56. Tow.
 Warszawa, Wspólna W.
 Warszawa, Marszałkowska 35. *1282:

¹⁾ Legitymacja nie mogła być doręczona przez pocztę — notatka: adresat nieznan. Legitymację zwrócono do Wiednia Centr. Komitetowi organiz. Kongresu.

118. Tarasowa Zinida	Wilno, Mickiewicza 30.
119. Tomaszewska Felicja	Ostrów, Rynek 5. *569
120. Uiberall Edward	Przemysł, Rynek 28. *1131
121. Dr. Ulrich Joachim	Lwów, Kopernika 12. *1255
122. Wajnman Małka	Wołomin, Książęca 3.
123. Willner Gustawa	Warszawa, Zamenhofska 3.
124. Witkowska Janina	Łódź, Zamenhofska 4.
(125). Witkowska Bronisława	Łódź, Zamenhofska 4. Tow.
126. Wejwellowa Zofja	Warszawa, Polna 64.
127. Wolpert Regina	Łódź, Piotrkowska 107.
128. Zakrzewska B. W.	Warszawa, Wielka 2.
129. Zawidzki Wincenty	Warszawa, Żórawia 6. *567
(130). Zawidzka Leontyna	Warszawa, Żórawia 6. Tow.
131. Doc. Dr. Zeńczak Marjan	Warszawa, Marszałkowska 40. *634
132. Zylberberg Joel	Biała Podlaska, Krótka 3. *1384

Ruch naukowy w Towarzystwach.

Warszawskie Stowarzyszenia Lekarsko-Dentystyczne podjęły wspólną pracę naukowo-referatową. Terminem ustalonym na Zebrania Naukowe obrano środy o godz. 21-ej w sali wykładowej Akademii Stomatologicznej przy ul. Marszałkowskiej 151. Prelegentów wyłaniają kolejno zgrupowane Sekcje naukowe Stowarzyszeń: Towarzystwa Stomatologicznego, Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. i Związku Lekarzy-Dentystów w P. P. Pertraktacje w kierunku zjednoczenia do współpracy naukowej Związku i towarzystwa Lekarzy Dentystów Chrześcijan toczą się nadal.

Zaproszenia na Zebrania naukowe są wysyłane Członkom wyżej wymienionych Stowarzyszeń zgrupowanych w akcji naukowej oraz członkom Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. Polskiej, które przystąpiło również do wspólnej akcji naukowej.

Wstęp na Zebrania naukowe dozwolony wszystkim P. P. Kolegom i Koleżankom zrzeszonym.

Program zebrań naukowych na czerwiec przewiduje:

1. Oddział Warszawski Związku Lekarzy Dentystów w P. P. środa, 10 czerwca. Lekarz dentysta Józef Lifszyc: „Chirurgiczne leczenie progenji w/g Prof. Kostecki (pokaz chorego).

2. Oddział Warszawski Związku Lekarzy Dentystów w P. P., środa 17 czerwca. Dr. med. Edward Luxenburg: „Trzaski i zwichnięcia w stawie skroniowo-żuchwowym“.

3. Towarzystwo Stomatologiczne: środa, 24 czerwca. Dr. med. Leopold Brenneisen: „Zagadnienia umocowania wkładów lanych“.

XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie 4—7. lipca 1937.

O D E Z W A !

XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 4 do 7 lipca 1937 roku.

Protectorat nad Zjazdem raczył objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Dr. Ignacy Mościcki.

Komitet organizacyjny Zjazdu ma zaszczyt zaprosić wszystkie towarzystwa przyrodnicze, lekarskie, farmaceutyczne, weterynaryjne; rolnicze i leśnicze oraz wszystkie towarzystwa reprezentujące nauki pokrewne do wzięcia udziału w Zjeździe, apelując, by swe Walne Zebrania przypadające na rok 1937 zechciały odbyć w ramach Zjazdu.

Komitet Organizacyjny zwraca się do wszystkich przedstawicieli nauk przyrodniczych i lekarskich, by raczyli przyczynić się do wielkiego dzieła, które ma dać świadectwo polskiej pracy naukowej.

Niech nie braknie nikogo z badaczy polskich w dniach 4—7 lipca 1937 we Lwowie.

Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie stać się winien prawdziwem świętem Nauki Polskiej.

Zjazd obejmuje 30 Sekcyj, między niemi Sekcję nr. 29 Stomatologii: przewodniczący prof. dr. A. Cieszyński, Zielona 5a.

Inne Sekcje oraz Komitet organizacyjny i organizacje ogłoszone są w osobnej odezwie, którą można otrzymać od: Sekr. gen. prof. W. Koskowskiego — Lwów, ul. Piekarska 52.

W ramach Zjazdu odbędzie się Wystawa naukowa i przemysłowa.

Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Lwów, w czerwcu 1936 r.

Kalendarz Zjazdowy.

- 1936.** 2—8/VIII. *Wiedeń*. IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I. (prezes prof. Pichler, sekretarz dr. Gottlieb). Statut Kongresu. Organizacja Kongresu. Pol. Stom. 1935, str. 95. Komunikat V—VIII. Pol. Stom. 1936, str. 115—117. Komunikat IX—XI. w broszurze propagandowej (żółtej), wydanej przez Prezydium PKN — FDI, którą otrzymać można w Komitetach propagandy Kongresu Wiedeńskiego. W Warszawie: Kol. Sachs, Stokowski. W Poznaniu: Kol. Neyman. Wilno: Kol. Wolański. Kraków: Kol. Drozdowski. Lwów: Zielona 5a PKN — FDI.
- 1936.** 12—16/IX. *Sofja*. Zjazd słowiańskich lekarzy. Tematy ogólne: gruźlica. Dział stomatologiczny nie jest przewidziany w ramach Zjazdu.
- 1936.** *Budapeszt*. Z końcem września odbędzie się I. Międzynarodowy Kongres Sanatorjów.
- 1937.** 4—7/VII. *Lwów*. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna = VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny), zob. notatka na str. 126 oraz odezwę powyższej.

Sprawy zawodowe.

Ograniczenia przy obrocie złotem.

W związku z wprowadzeniem ograniczeniami dewizowemi, Komisja Dewizowa po licznych konferencjach z zainteresowanymi instytucjami (między innymi z przedstawicielami Rady Centralnej) wydała w dniu 13 maja r. b. okólnik regulujący nabywanie i sprzedaż złota dentystycznego, treść którego podajemy:

Warszawa, dn. 13 maja 1936 r.

Okólnik Nr. 10.

Na zasadzie art. 6 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 kwietnia 1936 r. w sprawie obrotu pieniężnego z zagranicą oraz obrotu zagranicznymi i krajowymi środkami płatniczymi Dz. U. R. P. Nr. 32, poz. 249, Komisja Dewizowa zezwala aż do odwołania:

1. wymienionym w punkcie 9-ym wytapiaczom złota (rafinerom), których lista została ustalona przez Ministerstwo Przemysłu i Handlu, sprzedawać z posiadanych zapasów złoto na cele: naukowe, lecznicze, techniczno-dentystyczne, techniczne i przemysłowe następującym instytucjom i osobom:

- a) państwowym i samorządowym instytucjom oraz zakładom naukowym i leczniczym;
- b) lekarzom, lekarzom-stomatologom i lekarzom-dentystom, uprawnionym do wykonywania praktyki na podstawie posiadanych zaświadczeń rejestracyjnych, wydanych przez właściwe władze;
- c) uprawnionym i samodzielnym technikom dentystycznym, praktykującym na obszarach b. zaborów niemieckiego i austriackiego, na podstawie posiadanych zaświadczeń rejestracyjnych, wydanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych lub Ministerstwo Opieki Społecznej;
- d) osobom trudniącym się zawodowo czynnościami techniczno-dentystycznymi, należącym do jednego z zarejestrowanych przez właściwe władze związków techników dentystycznych (pracowników techniczno-dentystycznych);
- e) firmom handlowym, trudniącym się sprzedażą artykułów, przeznaczonych na cele techniczno-dentystyczne (składnicom dentystycznym), posiadającym właściwe świadectwo przemysłowe;
- f) osobom trudniącym się przemysłem złotniczym na terenie b. zaborów austriackiego i rosyjskiego na zasadzie zaświadczeń ustalonych i wydanych przez urzędy probiercze, zaś na terenie b. zaboru niemieckiego — na zasadzie posiadanych właściwych świadectw przemysłowych;

2. wymienionym w punkcie 9-ym wytapiaczom złota (rafinerom) zezwala się również nabywać używane wyroby ze złota we wszelkich postaciach, celem przeróbki na złoto na potrzeby, wymienione w punkcie 1) niniejszego Okólnika;

3. osobom wymienionym w punkcie 1), litera f) niniejszego Okólnika zezwala się nabywać *używane wyroby* ze złota we wszystkich postaciach ce-

lem przeróbki — z zachowaniem właściwych przepisów probierczych — wyłącznie na potrzeby własnej produkcji;

4. wytopiacze złota (rafinerzy), sprzedający złoto na zasadzie niniejszego Okólnika są obowiązani prowadzić rejestr sprzedawanego złota, zawierający następujące rubryki: a) data sprzedaży, b) imię i nazwisko lub firma i dokładny adres nabywcy, c) podstawa na zasadzie której sprzedano złoto (zaświadczenie, legitymacja, przez kogo wydane, numer zaświadczenia lub legitymacji oraz właściwe zapotrzebowanie, przewidziane w punkcie 5 niniejszego Okólnika, d) rodzaj, próba i waga brutto złota, e) cena jednostkowa za gram, f) suma ogólna w złotych otrzymana od każdego nabywcy;

5. instytucje i osoby, wymienione w punkcie 1) lit. a-f niniejszego Okólnika są obowiązane przy zakupie złota w rafinerji złożyć pokwitowanie, zawierające: imię i nazwisko lub firmę nabywcy, dokładny adres, cel zakupu złota, ilość zakupionego złota oraz cenę jednostkową za gram jak i ogólną sumę w złotych zapłaconą rafinerji; pokwitowania oraz rejestr powinny być tak przechowywane, aby każdorazowo były dostępne dla organów kontroli;

6. firmy handlowe wymienione w punkcie 1) lit. e, trudniące się sprzedażą artykułów na cele techniczno-dentystyczne (składnice dentystyczne), są obowiązane przy sprzedaży złota na cele techniczno-dentystyczne stosować się do postanowień punktu 4) i 5) niniejszego Okólnika;

7. wymienieni w punkcie 9-ym wytopiacze złota (rafinerzy) oraz osoby, wymienione w punkcie 1) lit. f) niniejszego Okólnika, nabywający *używane wyroby* złote są obowiązani prowadzić rejestr nabytych wyrobów złotych, zawierający następujące rubryki: a) data nabycia, b) imię, nazwisko lub firma i dokładny adres sprzedawcy, c) rodzaj, próba i waga brutto złota, d) suma ogólna w złotych, zapłacona sprzedawcy. Od każdego sprzedawcy *używanych wyrobów* złotych należy żądać pokwitowania, zawierającego wszystkie powyższe dane. Pokwitowania te wraz z rejestrem nabytych wyrobów złotych winny być tak przechowywane, aby każdorazowo były dostępne dla organów kontroli;

8. Komisji Dewizowej przysługuje prawo odebrania, bez podania powodów, uprawnień nadanych poszczególnym wytopiaczom złota lub osobom, wymienionym w punkcie 1) lit. f) niniejszego Okólnika;

9. na zasadzie wniosku Ministerstwa Przemysłu i Handlu z dnia 11 maja 1936 r. L. PA. VII. 3/14, zezwolenia przewidziane w punkcie 1 i 2) niniejszego Okólnika przyznaje się następującym rafinerjom:

w Warszawie: Turczyński, Rapke i S-ka, Focha 4.
Baron Jakób, Królewska 39.
Reingewirtz Chaskiel, Marszałkowska 151.
Szrajber Jakób Dawid, Królewska 47.

w Krakowie: Vogler Szymon, Poselska 9.
Gingold Henryk, Poselska 18.

we Lwowie: Beer Edward, Chorążczyzny 7.
Hendel Józef, Legionów 25.

Izby lekarsko-dentystyczne na drodze realizacji.

Naskutek usilnych starań Zarządu Rady Centralnej, sprawa realizacji izb lekarsko-dentystycznych natyle dojrzała, iż kompetentne władze zajęły się energicznie tą sprawą.

Złożony projekt ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych został prawie bez zmian przyjęty przez Departament Służby Zdrowia (Ministerstwa Opieki Społecznej) i już jako projekt ministerjalny przedłożony został do zatwierdzenia Państwowej Radzie Zdrowia.

W dniu 13 maja r. b. odbyło się posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, na którym rozpatrywano projekt ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych. W charakterze rzeczoznawców z ramienia Rady Centralnej zaproszeni zostali na to posiedzenie kol. kol. St. Essigman, W. Perliński i L. Sachs. Z ramienia Akademii Stomatologicznej obecny był doc. M. Zeńczak.

Projekt prawie bez zmian został przez Radę Zdrowia zaaprobowany. Zaznaczyć należy, iż Naczelna Rada Zdrowia uchwaliła jednogłośnie, iż do izb lekarsko-dentystycznych pod żadnym pozorem nie mogą należeć uprawnieni technicy dentystyczni.

Jak się dowiadujemy, ustawa o izbach zostanie prawdopodobnie wniesiona przez rząd do ciał ustawodawczych na jesiennej sesji parlamentarnej.

Niżej podajemy projekt ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych w brzmieniu ministerjalnym z uzasadnieniem.

Zniesienie wrażliwości zębiny, bezbolesne kształtowanie ubytków.

Prof. Hartmann (New York) podaje, wynalezioną przez siebie (po szeregu lat badań, mieszkankę umożliwiającą bezbolesne kształtowanie ubytków,

Składa się z tymolu (1. 25 części) alkoholu 96% (1 cz.) i eteru (2 cz.). Roztwór ten nazwany przez autora „Desensitizer“ należy przechowywać w ciemnej flaszce. Tamponik z waty przepojonej wspomnianym roztworem, założony na 1—1½ minut do ubytku powoduje jego bezbolesność przy pracy wiertłem, na przeciąg 20—60 minut. Jeżeli w ubytku są jeszcze złogi próchnicowe, powtarza się zabieg, po ich usunięciu po raz drugi. Pole operacyjne jest ograniczone ponieważ roztwór pozostaje na powierzchni zębiny.

Ubytek osusza się ciepłym powietrzem i pracuje się przy użyciu ślinochronu, lub po obłożeniu błony śluzowej walczkami ligninowymi. Podany roztwór jest nieszkodliwy dla miążgi. Działa tylko na zębiny, nie przenika do szkliwa.

Jak donosi Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift Nr. 8, z 1936r. na podstawie korespondencji z Ameryki, wynalazek Prof. Hartmanna wywołał tam olbrzymią sensację, jako „jeden z najdonioślejszych w praktyce stomatologicznej“.

(H. B.)

Oceny książek.

Dr. Karl Peter (Erlangen): Die Wurzelspitzenresektion der Molaren. (Resekcja szczytu korzeni zębów trzonowych). Nakł. Meusser, Lipsk, 1936, 70 stron, 183 rycin, cena 4,80 RM.

W powyższej pracy omawia autor bardzo dokładnie kwestję resekcji korzeni zębów trzonowych, zarówno w szczęce górnej jak i dolnej. Najpierw daje krótki rys historyczny podkreślając nazwiska pierwszych pionierów resekcji Smith (1871), Farrar (1884), Grayston (1887), Rhein i White (1890), i Partsch, poczem omawia wskazania do resekcji za które uważa:

1. chroniczne ziarninujące zapalenie szczytu korzenia,
2. rozległą resorbcję kości przy miejscowej chronicznej ziarninującej ostitis (wyższy stopień ziarnicy szczytowej),
3. torbiele korzeniowe,
4. eretyczne ziarniny, — są to wedle Mayrhofera małe ale bolesne zmiany ziarninowe ozębnej szczytowej, powstające z zakażenia po leczeniu korzeni,
5. resekcję jako zabieg zapobiegawczy, jeżeli nie można po leczeniu zachowawczem zaopatrzyć w sposób pewny, rozgałęzień szczytowych korzeni.
6. złamania szczytu korzeni,
7. ciała obce, które przeszły przez otwór szczytowy,
8. wysokie perforacje korzeni,
9. złamane instrumenty w przewodzie korzeniowym,
10. usunięcie szczytu korzeni, jeśli przeszkadzają przy innych operacjach jak wyjęcie zębów retynowanych, odontomów, torbieli i t.d.

Po szczegółowym rozpatrzeniu anatomji żuchwy i szczęki górnej opisuje autor technikę operacji. Autor jest zwolennikiem cięcia od brzegu dziąsła, idąc śladami Elkona, Neumanna, Močara, Teichmanna, Nowaka, Spaniera, Wassmunda, Woodwarda i przeciwstawia tę technikę cięciu łukowemu Partscha. Przewaga cięcia dziąsłowego polega wedle Petera w pierwszym rzędzie na lepszym wglądzie w pole operacyjne, pozatem niebezpieczeństwo nekrozy dziąsła jest przy tej technice nie większe niż przy innych. Jedyne cienka i delikatna błona śluzowa stanowi przeciwwskazanie do cięcia od brzegu dziąsła.

Szczegółowo zajmuje się leczeniem i zaopatrzeniem zęba, przeznaczonego do resekcji, dzieląc powyższe na 1. leczenie korony zęba, 2. leczenie przewodów korzeniowych, rozróżniając tu a) rozpoznanie stanu zawartości przewodów, b) oczyszczenie mechaniczne i rozszerzenie, leczenie antyseptyczne, 3) wypełnienie korzeni, 4. wypełnienie korony.

Do wypełnienia przewodów służy albo ćwiek z kości słoniowej albo cement z jodoformem lub srebrem. Przed założeniem wypełnienia powleka powierzchnię przewodu korzenia wedle Howe'a warstwą srebra przez redukcję azotanu srebra. Przy opisie techniki operacyjnej oddzielnie zajmuje się żuchwą, a oddzielnie szczęką górną, przyczem szeregiem rycin objaśnia kierunek cięć, kształt i kierunek otworu kostnego zarówno od strony policzkowej jak i podniebiennej.

Powyższe uzupełniają opisy 84 resekcji wraz z roentgenogramami jak gdyby krótkie wyciągi z historii chorób. Część ta jest bardzo pouczająca.

Zastanawiając się nad wartością funkcyjną resekowanych zębów dochodzi do wniosku, że najważniejszą częścią ustalającą ząb jest pars intermedia alveolaris (Weski), a zęby, które tę okolicę mają schorzałą nie nadają się do resekcji.

Roztrząsając kwestję replantacji czy resekcji przesądza ją na korzyść resekcji wyrażając przekonanie, że wskazania do replantacji są jedynie wyjątkowe.

Książka wydana starannie na kredowym papierze jest napisana interesująco, a tak wyczerpująco zajmuje się tematem, że powinna się znaleźć w bibliotece każdego stomatologa.

T. Owiński.

Dział sprawozdań i streszczeń.

ORTODONCJA I PROTETYKA.

Dr. Hans Rehm: Nowoczesna technika klamer i jej zastosowanie w społecznej praktyce. (Moderne Klammertechnik und ihre Anwendung in der sozialen Praxis). Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 1935. Nr. 40.

Autor w pierwszym rzędzie zwraca uwagę na uszkodzenie tkanek przez ssawki, stosowane w protezach częściowych i pełnych. Częściowe protezy powinny nie tylko nie niszczyć resztującego uzębienia, ale je chronić, co możemy uzyskać przez umiejętne klamrowanie (szynowanie) pozostałych zębów, przez co uzyskujemy rozłożenie horyzontalnych sił na wszystkie zęby. Zadaniem klamry jest protezę umocować, trzecie ramię klamry (pazur, ramię akluzyjne) służy do przeniesienia nacisku zgryzowego działającego na protezę na klamrowany ząb: Przy nowoczesnych protezach pozostawia się wolne paradentium resztującego uzębienia, dlatego muszą być szczególnie uwzględnione horyzontalne przesunięcia protezy. W takich przypadkach ząb klamrowany z wolną okolicą paradontalną daleko prędzej ulega rozchwianiu, aniżeli w starych protezach sięgających do szyjki zębowej. Wielkość przesunięć horyzontalnych protez płaskich wyrostkach siły te działają wyłącznie na zęby pozostałe i w takich jest zależna od budowy wyrostka zębowego, przy dobrze utrzymanym wyrostku zębodołowym przesunięcia te zostają przejęte częściowo przez wyrostek, przy przypadkach użycie klamer sprężynujących daje dobre wyniki. Uszkodzeniu tkanki paradontalnej przez klamry, występujące przy osiadanii protezy, zapobiega pazur (ramię akluzyjne) — klamry.

Uszkodzenia zębów powstałego przez tarcie klamer można uniknąć przez zastosowanie odpowiedniego przekroju drutu (półowalnego), dokładne dopasowanie klamry, wypolerowanie jej od strony wewnętrznej i umieszczenie jej możliwie na szkliwie. Zasadniczo przy doginaniu klamry należy nadać jej taki przebieg, by proteza nie zaskakiwała lecz wsuwała się. Z materiałów autor poleca drut półowalny Wippla, złoto 18-to karatowe plus 10% platyny w wymiarach 1—1,7 mm.

S. Krywokułski (Lwów).

Dr. Selbach F. W.: O różnych sposobach osiągnięcia prawidłowego zgryzu.
(Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift 1936, Nr. 7).

Bardzo dowcipnie podaje Selbach kilka metod dla osiągnięcia należytego zgryzu przy pracach technicznych.

1. Poleca się pacjentowi polykając zamykać usta, ponieważ fizjologia uczy nas, że polykanie możliwem jest tylko przy zamkniętych ustach, gdy szczęki znajdują się w prawidłowej okluzji. (Często jednak kpi sobie pacjent z tej nauki, nauczywszy się u nas właśnie polykać przy ustach otwartych).

2. O ile metoda 1. nie uda się, polecamy dotykać językiem tylnego brzegu dostawki — zamykając równocześnie usta.

Ale i ta metoda nie prowadzi często do celu. Wówczas stosuje się metodę:

3. Poleca się pacjentowi zamknąć usta tak, by zęby trzonowe zetknęły się dokładnie. Tak uniemożliwia się przesunięcie żuchwy w bok i naprzód. (Tu zdarza się, że niektórzy pacjenci pozwalają sobie na uwagę, że nie mają zębów trzonowych).

4. Poleca się przechylić głowę możliwie najdalej w tył; można przytem także i fotel przewrócić w tył. Naciągnięte przednie mięśnie szyji przeszkadzają wówczas w wysuwaniu żuchwy.

5. Można zastosować taktykę zmęczenia. Poleca się usta przyrykać — aż szablony znajdą się w odległości mniej więcej 3 mm; w tej pozycji zostają szczęki kilka minut — aż nastąpi zmęczenie mięśni (albo jak na złość skurcz), wówczas ręka lekarza zamyka usta zupełnie.

6. Metoda „chwytania“ polega na powolnem zamykaniu ust, przy wykonaniu ruchu jak gdyby się chciało nimi coś chwycić.

7. Pacjent otwiera usta możliwie najszerzej; w tej pozycji nakłada się serwetę na brodę i związuje się ją silnie na karku. Teraz jest niemożliwem przesunięcie żuchwy naprzód.

8. Metoda — polegająca na wsuwaniu żuchwy przemocą w tył rękoma lekarza — jest najgorsza i nie doprowadza do celu, tembardziej, że w tem mocowaniu się — zwycięstwo odnosi najczęściej pacjent.

9. Nie należy nigdy mówić: „proszę zagryść“ ale „proszę zamknąć usta“. Należy odwrócić uwagę pacjenta tak, by wykonał mimowoli dobrze to — co wykonuje źle siłąc się na wykonanie dobre. Można ewentualnie również włożywszy wzornik do ust, rozpocząć rozmowę z pacjentem i uchwycić odpowiedni moment dobrego zamknięcia szczęk albo uciec się do metody czytania.

(H. B.) Lwów.

Czy można wyjmować matce zęb w okresie karmienia?

Na to pytanie nadszedł do jednego z pism niemieckich cały szereg odpowiedzi, które wszystkie dadzą się streścić w tem, że okres karmienia i ciąży nie może być przeciwskazaniem do zabiegów stomatologicznych. Przeciwnie: obecność zębów zgorzelinowych u matki — przedstawia dla dziecka nawet pewne niebezpieczeństwo (obawa zakażenia kropelkowego). Ekstrakcje można wykonać w znieczuleniu.

(H. B.)

Prof. Dr. Ed Precht: O sporządzaniu wycisków bezzębnych szczęk. (Ueber Abdruckverfahren bei zahnlosen Kiefern). (Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 1935, Nr. 40.

Autor podkreśla zasadę, że zęby w dostawkach muszą być ustawiane na wyrostkach zębodołowych, para zębów ustawiona poza wyrostkiem powoduje powstawanie sił wyważających dostawkę, co prowadzi wcześniej czy później do atrofji kostnego wyrostka zębodołowego a w rezultacie gąbczasty przerost części miękkich. Dotychczas niema metody, któraby w każdym wypadku dawała dobre wyniki. Gips daje wycisk błony śluzowej niezmieniony przy niezbyt silnym ucisku łyżki. Wycisk taki jest wystarczający, o ile części miękkie wyrostka zębodołowego oraz podniebienia są jednakowo grube i twarde. Plastyczna masa wymaga nacisku, co w rezultacie powoduje zniekształcenia części miękkich, tem silniejsze, im więcej podatne są części miękkie wyrostka, cieńsza warstwa masy wyciskowej i silniejszy nacisk. W przypadkach obecności hipertroficznej błony śluzowej oraz gąbczastych części miękkich wyrostka, autor poleca konstruować dostawki podobnie jak 14-członowe mostki. Wyszukuje się na wyrostku miejsca twarde, które służą za filary i na nich podpira się protezę. W niektórych przypadkach jest wskazane operacyjne usuwanie przerostej błony śluzowej dziąseł. Autor opisuje następujące przypadki: Górna szczęka: płaskie podniebienie, gąbczaste dziąsło przedniego odcinka, sięgające do 4 4. Dolna szczęka posiada przednie zęby i dostawkę przedtrzonowców i trzonowców. Dotychczas każda górna proteza zawiodła. Sporządzano wycisk z masy, pod uciskiem mięśni żwaczy. Dostawka sporządzona według tego wycisku, po obciążeniu doskonale przysysała się, mianowicie powietrze z wolnych przestrzeni przy obciążeniu zostaje wyciśnięte i w tych miejscach powstaje ujemne ciśnienie. W rezultacie miejsca twarde zostają uciśnięte, miejsca miękkie znajdują się pod ujemnym ciśnieniem. Jak zachowuje się tkanka pod ujemnym ciśnieniem, jak uciśnięta, czy ulega hipertrofji czy atrofji, dotychczas brak wyczerpujących badań histologicznych. W każdym razie metoda ta daje dobre wyniki, bo nawet gdy z czasem przysysanie się dostawki zmniejsza się pacjent przyzwyczaja się i nie odczuwa tego. Jak ważnym czynnikiem jest przyzwyczajenie świadczy to, że pacjenci używają tych samych dostawek przez 10 do 20 lat znajdując je doskonałemi, mimo że badanie wykazuje znikome przysysanie się dostawki, a przy szerszem otwarciu ust nawet wypada.

Wycisk kompresyjny wykonujemy zapomocą ciśnienia odpowiadającego końcowemu ciśnieniu mięśni żwaczy. Wszystkie odcinki szczęki doznają jednakowego ciśnienia, a części miękkie ulegają zniekształceniu. Dostawka według tego wycisku sporządzona utrzymuje się w ustach skutkiem ciśnienia atmosferycznego. Wycisk kompresyjny jest wskazany przy przeroście błony śluzowej części miękkich wyrostka i gąbczastych dziąsłach.

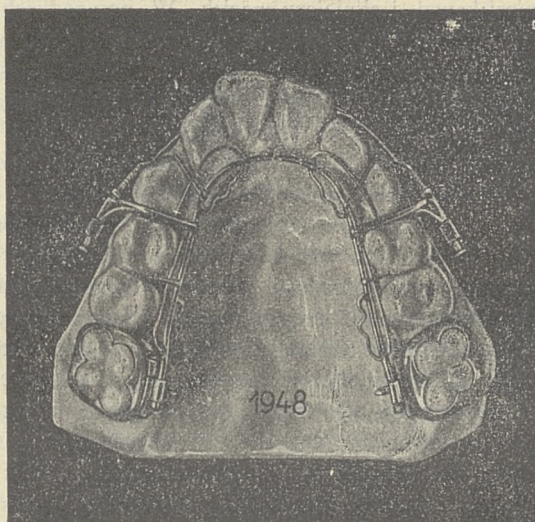
Odciażający wycisk wywiera ucisk tylko na miejsca twarde szczęki, części przeroste i gąbczaste dziąsła nie podlegają uciskowi, są odciażone. Wycisk ten oddaje wiernie wszystkie części szczęki. Dostawka utrzymuje się przez adhezję, jednak przy ucisku w czasie żucia zostaje wyważona z powodu poddawania się części miękkich.

S. Krywokułski (Lwów).

HOSSE & SCHLINGLOFF

HANAU nad Menem, Niemcy

SPECJALNOŚĆ W APARATACH REGULACYJNYCH.



Łuk podwójny

Patent niemiecki 568696 i szwajcarski 166600.

Idealny aparat do równoczesnego rozszerzania szczęki
i jej cofania.

Prosimy o nadesłanie odlewów gipsowych pacjenta
oraz zgryzu z wosku.

Prosimy zażądać nasz prospekt Nr. 7.

„ARPA” Nr. 7.

Tom I

Organ Polskiego Zespołu ARPA

Redakcja: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand i Dr. Pietrzycki.

Prof. Dr. Maurice Roy (Paryż).**La pyorrhée alvéolaire — Ropotok zębodołowy**J. B. Baillièrre et Fils, 1935. Str. 344. — Rys. 58. — Streszczenie treści od str. 190—245 oraz uwagi referenta *Dr. Pietrzyckiego*. Lwów (Ciąg dalszy).

To postępowanie pozwala powstrzymać rozchwianie się zębów w większości przypadków początkowego ropotoku.

UNIERUCHOMIENIE ZĘBÓW.

W przypadkach, w których nie można uzyskać dostatecznej konsolidacji zębów, jakiej wymagają czynne ruchy aktu żucia, należy uciec się do unieruchomienia zębów, co pozwala wyrównać ten brak odporności.

Paradoksalność stosowania mostków w leczeniu rozchwianego uzębienia w ropotoku jest tylko pozorna, gdyż nie chodzi tu tyle o stworzenie brakujących powierzchni żujących przy pomocy istniejących filarów, lecz o sprzężenie kilku zębów rozchwianych między sobą, wykorzystując przy tem tę okoliczność, że niektóre z nich są mocniej osadzone i co najważniejsze, że należąc do różnych grup wzajemnie się sobie przeciwstawiają i neutralizują. Ten ostatni moment jest bardzo wielkiej wagi, gdyż pozwala nawet z zębów rozchwianych stworzyć zespół połączony mostem, posiadający dostateczną wytrzymałość dla aktu żucia. Każdy łuk zębowy podzielić można na 5 grup zębów o ile chodzi o kierunek sił w jakich starają się poruszać przy ruchach poziomych szczęki.

1. 4 zęby sieczne wykazują skłonność do ruchów w płaszczyźnie strzałkowej.

2. i 3. Trzonowce i przedtrzonowce strony prawej i lewej wykazują tendencję do ruchów w płaszczyźnie czołowej t.j. prostopadłej do poprzedniej.

4. i 5. Kły prawy i lewy poruszają się w płaszczyźnie pośredniej tworząc z poprzednimi kąt 45 stopni.

Naturalnie, że mostki ropotokowe muszą odpowiadać przy ruchach domykania prawom równowagi zgryzowej.

W konstrukcji protetycznej dotyczącej grupy trzonowców, może zaistnieć przypadek, który nastęrcza dosyć kłopotu, aby zrobić racjonalną konstrukcję, naprzykład kiedy w jednej szczęce wszystkie trzonowce i przedtrzonowce wypadły i pozostało tylko 6 zębów przednich mniej lub więcej chwiejących się. W takim przypadku autor radzi zbudować most zespalający 6 zębów przednich naprzykład na ćwiekach Richmonda i dodać do każdego kła zaczepkę suwakową (à la glissière) i ta zaczepka, której paralelizm musi być dokładnie przestrzegany, służy za środek umocowania dla mostka ruchomego zawierającego trzonowce i przedtrzonowce, przyczem obie części prawa i lewa są połączone przy pomocy przesła językowego, jeżeli chodzi o dół i przesła podniebiennego, gdy chodzi i szczękę górną.

WIĄZANIA.

Wiązania mogą być sporządzane z jedwabiu do haftowania¹⁾, lub drucika nierdzewnego. Technika wiązania poszczególnych zębów polega na przeplataniu zębów w formie 8. (Sposób wiązania podany przez Cieszyńskiego uznany został powszechnie za najlepszy).

W przypadkach, gdy warunki miejscowe wymagają unieruchomienia grupy zębów na czas dłuższy, dobre usługi oddaje zastosowanie szyn z ligaturą, jakich zwykle używa się przy złamaniach szczęki celem unieruchomienia odłamków. Szyna kauczukowa nadaje się szczególnie dobrze w przypadkach daleko posuniętego ropotoku, gdy stan zębów nie pozwala na sporządzenie na nich koron a zachodzi potrzeba unieruchomienia kilku grup zębów zwłaszcza trzonowych.

WYNIKI UNIERUCHOMIENIA.

Z chwilą, gdy ząb zostaje dokładnie unieruchomiony, szybko znikają objawy podrażnienia więzadeł wynikłe z urazów i gdy leczenie kieszonek przydziąsłowych zostanie przeprowadzone, zęby wracają do wszystkich swoich właściwości czynnościowych, pozwalających im na odzyskanie zdrowia. Jednak chociaż wyniki są tak oczywiste, nieraz wprost uderzające, nie należy ich przeceniać i sądzić jak to czynią niektórzy autorowie, że ząb unieruchomiony wykazuje skłonność do tworzenia zeszytwnienia (ankylosis) w zębodole. Takie zapatrywanie jest błędne. Bez wątpienia, ustąpienie procesów zapalnych nadaje zębowi większą stałość w zębodole i powstrzymuje zanik zębodołu, będący następstwem stanów zapalnych, ale aby z powodu unieruchomienia zęba przychodziło do wytworzenia się nowej kości i zeszytwnienia korzenia w zębodołe, to jest już przesadą. Ujemną stroną stosowania mostków unieruchamiających jest to, że są to konstrukcje protetyczne kosztowne, na które nie każdy z chorych może się zdobyć.

WNIOSKI TERAPEUTYCZNE.

Autor streszcza swoją doktrynę opartą na 20-letnim doświadczeniu w następujących formułach związanych:

1. Ropotok zębodołowy jest schorzeniem zupełnie uleczalnym, o tyle zupełniejszym i łatwiejszym o ile leczenie zastosowano w okresie wcześniejszym.

2. Leczenie ropotoku nie może być ze względu na swą naturę ograniczone do użycia jakiegoś środka specyficznego, ale oparte na zespole leczniczym, który przy pomocy różnych środków i przy uwzględnieniu objawów chorobowych współdziała w osiągnięciu jednego celu — wyleczenia.

3. Żaden z tych środków użyty osobno nie może dać innego wyniku jak tylko częściowy i przejściowy. Tylko stosowanie odpowiednich i synergistycznie działających różnych środków może prowadzić do wyleczenia.

4. Leczenie ropotoku zębodołowego powinno odpowiadać następującym wskazaniom leczniczym:

- a) Leczenie stanu ogólnego chorego.
- b) Wyskrobanie kieszonki ropotokowej.
- c) Usunięcie kieszonki.
- d) Leczenie zaburzeń gryzury przez:

- I. Zwalczanie czynników powodujących zerwanie odporności stawowej zębów w ten sposób, żeby zęby były w czasie ruchów biernych w stanie zupełnej równowagi i nie podlegały żadnym urazom nie-normalnym.
 - II. Unieruchomienie zębów, którym zastosowanie innych środków nie jest w możności przywrócić dostatecznej wytrzymałości w czynnych ruchach przy akcie żucia.
 - III. Leczenie powikłań schorzenia (zaburzenia miążgi, ropnie pełzające itd.).
5. Współdziałanie ze strony chorego jest bezwarunkowo konieczne zarówno w profilaktyce jak i w leczeniu choroby.

PRZEPISY DLA CHORYCH, DOTKNIĘTYCH ROPOTOKIEM.

Odżywianie przeważnie jarskie, unikać alkoholu, napojów używać umiarkowanie. (3—4 godzin po jedzeniu albo godzinę przed jedzeniem rano i wieczór wypić jedną albo 2 szklanki ciepłej albo zimnej lemoniady, lekkiej herbaty lub innego podobnego napoju).

Zapewnić prawidłową czynność przewodu pokarmowego.

Stosować codzienne ćwiczenia (gimnastyka, sporty) stosowanie do sił, możliwie na świeżem powietrzu (przy otwartych oknach).

Rano i wieczór szczoteczką twardą i zimną wodą bez dodatku proszku, pasty lub mydła szczotkować energicznie dąsła i szyjki zębowe nie zważając na początkową wrażliwość i ewentualne krwawienie.

Należy żuć wszystkimi zębami.

CO NALEŻY ROZUMIEĆ PRZEZ „ULECZENIE ROPOTOKU“.

Z uwagi na to, że większość lekarzy ustosunkowuje się do zagadnienia uleczałości ropotoku ujemnie, autor uznaje za potrzebne przy zakończeniu swych poglądów na leczenie tego schorzenia ustalić pewne punkty porządku ogólnego. Istnieją dwie wielkie grupy schorzeń: 1. Schorzenia pochodzenia zewnętrznego, 2. schorzenia pochodzenia wewnętrznego. Klasyfikacja ta nie może być wyłączna, nie obejmuje ona bowiem wielkiej liczby przypadków, gdzie wchodzi w grę oba czynniki.

Typ schorzenia pochodzenia zewnętrznego stanowią stany gorączkowe, które pojawiają się napadowo, będąc niezaprzeczalnie wyrazem zadziałania zarazka odgrywającego główną rolę w rozwoju danego schorzenia jak np. w odrze, gdzie czynnik wewnętrzny jest prawie bez znaczenia.

W schorzeniach pochodzenia wewnętrznego główna rola przypada w udziale czynnikowi wewnętrznemu. W tych schorzeniach czynnik zewnętrzny nie jest niczem innym jak momentem wyzwalającym czynnik wewnętrzny do wytworzenia zespołu objawów, które tworzą schorzenie ropotokowe.

Ten sam czynnik zewnętrzny w innym środowisku organicznem nie spowoduje prawie żadnych objawów, albo zupełnie odmienne od tych jak w pierwszym przypadku. — W pewnych chorobach pochodzenia wewnętrznego jak w cukrzycy, astmie, otyłości, czynniki zewnętrzne nie odgrywają, zdaje się, żadnej roli. W grupie schorzeń pozostających w związku ze skazą moczową, czynnik wewnętrzny jest conajmniej pierwotny, jeżeli nie wyłączny dla

rozwoju choroby. Wynika z tego, że wyleczenie tej choroby jest niezaprzeczenie uwarunkowane przez to zróżniczkowanie tych czynników pierwotnych. — Choroba zakaźna całkowicie pochodzenia zewnętrznego osiąga swe wyleczenie z chwilą ukończenia swego rozwoju, t. j. kiedy przeciwciała wytworzone przez organizm zniszczą lub zobojętnią czynnik bakteryjny i ich jady. Wtedy ustępują ostatecznie wszystkie objawy chorobowe i może się nawet wytworzyć całkowita odporność danego organizmu przeciwko ponownemu podobnemu zakażeniu.

Dla schorzeń pochodzenia wewnętrznego warunki wyzdrowienia są odmienne. Objawy chorobowe, które stanowią tak określone schorzenia mogą ustąpić pod wpływem odczynu samoistnego organizmu albo leczenia, pod wpływem usunięcia przyczyn zewnętrznych, które je wywołują i będzie można mówić o wyzdrowieniu, ale czynnik wewnętrzny najczęściej nie ustąpił (całkowicie i może w dalszym ciągu rozwijać swoje działanie podstawowe i uzyskać ponownie swoją aktywność przy sprzyjających okolicznościach.

Z powyższych rozważań wynika, że nie można mówić o wyleczeniu schorzenia ropotokowego w znaczeniu ścisłym, ponieważ mimo ustąpienia wszystkich objawów miejscowych niepodobna spowodować ustąpienia całkowitego i definitywnego czynnika ogólnego, wewnętrznego. Jednak samo już sprowadzenie schorzenia ropotokowego tylko do czynnika wewnętrznego i możliwość zwolnienia tempa rozwoju tego schorzenia w stopniu bardzo wielkim, daje uprawnienie według autora do mówienia o wyleczeniu.

PROGNOZA LECZNICZA.

W prognozie leczniczej odgrywają zasadniczą rolę: 1. wczesność zastosowania leczenia, 2. dokładność stosowania higieny dziąsło-zębowej. Im wcześniej pierwsze objawy chorobowe zostają wyśledzone przez systematyczny, szczegółowy i metodyczny przegląd brzegów dziąsłowych i obwodów zębów, tem mniej rozległe będą uszkodzenia destrukcyjne i tem pełniejszy i szybszy będzie skutek leczenia. Zadaniem higieny jest natomiast przede wszystkim zabezpieczenie przed jakimkolwiek stanem zapalnym dziąseł w okolicy przyzębowej, co zawsze prowadzi do tworzenia się nowej kieszonki ze wszystkimi dalszemi następstwami.

Sprawę higieny zębów ujmuje autor w następujące zdanie: „Niech każdy pamięta, że konserwowanie zębów każdego osobnika pozostaje w prostym stosunku do ilości szczoteczek do zębów, które się zużyło na dziąsłach“.

POWIKŁANIA I ICH LECZENIE.

Ropnie ropotokowe.

Ropnie ropotokowe stanowią dość częste powikłania ropotoku, ale tylko kiedy wytworzyły się rozległe kieszonki dziąsłowe. Uważać je można za ropnie dziąsła w miejscu, gdzie ono tworzy ścianę śluzówkową kieszonki. W następstwie urazu w czasie aktu żucia, lub z innego powodu, co przechodzi niezauważalnie, powstaje nieznaczne zderzenie nabłonka błony śluzowej i to miejsce może stanowić punkt wyjścia dla zakażenia się materiałem zakaźnym, którego w jamie ustnej nigdy nie brakuje. Zakażenie dostaje się następnie drogami naczyń chłonnych do głębszych warstw błony śluzowej, gdzie przychodzi do tworzenia się ograniczonego ogniska ropowiczego. Tworzeniu się

takiego ropnia towarzyszy zazwyczaj ból miejscowy dość znacznego nasilenia i bardziej umiejscowiony niż w przypadku tworzenia się ropnia zębodołowego w następstwie zakażenia drogą miazgi. Ropień taki pozostawiony sam sobie otwiera się samoczynnie, pozwalając na wydalenie niewielkiej ilości ropy płynnej. Otwarcie takiego ropnia może nastąpić również dobrze do kieszonki. Zazwyczaj po 10—15 dniach następuje zbliznowacenie, bez pozostawienia przetoki. — Rozpoznanie ropnia ropotokowego od zębodołowego jest naogół łatwe, gdyż temu ostatniemu towarzyszy zazwyczaj znaczniejszy obrzęk i umiejscawia się on na dnie brzozy przedsiolkowej nie sięgający do szyjki zęba, co jest znowu charakterystyczne dla ropnia ropotokowego.

Leczenie w początkach polega na oczyszczeniu i wyskrobaniu kieszonki, czemu towarzyszy prawie zawsze obfite krwawienie, oraz na odkażaniu i temsamem zmniejszaniu stanu zapalnego dziąsła, co niekiedy może zatrzymać proces ropowicy. Jeżeli absces taki już nabrał należy go otworzyć w punkcie szczytowym najlepiej zapomocą igły żegadłowej, zwilżając jego ściany lekko małym tamponikiem napojonym chlorkiem cynku.

ROPIEŃ ROPOTOKOWY PEŁZAJĄCY.

Ropnie przycementowe na zębach żywych są niezwykle objawami patologicznymi, które zaciekały też wielu autorów, mających sposobność obserwować je i stworzyły rozmaite teorie dla wytłumaczenia ich patogenezы.

Szczegółowe badania autora wykazały, że ropnie przycementowe na żywych zębach są zawsze następstwem nienormalnego rozwoju kieszonki ropotokowej, która będąc bardzo wąską nie pozwala ropie wydostać się przez ujście przybrzeżne i powoduje, że proces ropny rozszerza się pełzająco dookoła korzenia zęba, aż znachodząc miejsce odpowiednie mniej odporne w okolicy przedsiolkowej zębodołu, przebija się na zewnątrz. Autor nazwał taki absces ropieniem pełzającym (*Abscès pyrrheique serpigineux*).

Ropnie ropotokowe pełzające spotyka się najczęściej na siekaczach górnych przedewszystkiem w przypadkach zgryzu głębokiego. Wtedy bowiem siekacze dolne kaleczą często dziąsło przy szyjce siekaczy górnych i powodują pierwotne uszkodzenie, wytworzenie się kieszonki ze wszystkimi dalszymi następstwami. Przy dotkniętym zgryzie wylot tych kieszonek doznaje mechanicznego zaciśnięcia i wydostawania się na zewnątrz zawartości kieszonki. Ropnie takie mogą wytworzyć się również na zębach u których nie zachodzą te szczególne warunki zgryzowe, a powodem zamykania wylotu kieszonki stają się nieodpowiednie urządzenia protetyczne. Niekiedy wystarcza obecność kieszonki, która rozwijając się wgłąb, może doznać obliteracji w miejscu, gdzie jej przewód jest najwęższy.

Przebieg takiego ropnia może mieć charakter ostry lub przewlekły.

W postaci ostrej przeważają objawy podobne do tych jakie obserwujemy w ropniu zębodołowym a więc: bóle głuche, niewyraźne, przyszywające, niekiedy wcale pokaźny obrzęk wypełniający brzozy przedsiolkową. Obrzmie-raptownie przenoszące się ze zęba chorego na ząb sąsiedni, czemu towarzyszy nie to jest zazwyczaj barwy żywo czerwonej, z odcieniem fioletowym jakie się spotyka w abscesach pochodzenia szczytowego o czym się zawsze myśli w podobnych przypadkach z powodu rzadkości tego rodzaju objawów i ich

podobieństwa. Ząb, który stał się punktem wyjścia dla tych ropień wykazują bardzo wielką tkliwość na opukiwanie i ruchomość na najmniejszy dotyk podobnie jak i jego zęby sąsiednie. Przy nacięciu takiego ropnia krwawienie jest dość obfite, a zawartość jego stanowi ropa zmieszana ze śluzem, niekiedy bardzo obfita.

W postaciach przewlekłych, w które mogą przechodzić postacie ostre, objawy rozwijającego się ropnia są niekiedy tak nikłe, że mogą ująć uwagi chorego i prowadzić do wytworzenia się małej przetoczki najczęściej przedsiąkowej, wydalającej treść ropiastą w skąpej ilości podobnie jak w przypadku przetoki ropnia zębodołowego.

Rozpoznanie: opiera się głównie na stwierdzeniu żywotności miazgi zęba. W przypadkach takich należy zawsze myśleć o możliwości istnienia ropnia pełzającego, zwłaszcza gdy ząb nie wykazuje próchnicy. W wypadku stwierdzenia żywotności miazgi, należy uważnie przebadać zagłębienie szyjkowo-dziąsłowe w poszukiwaniu za wylotem, niekiedy bardzo wąskim, kieszonki, która stała się punktem wyjścia dla powstania ropnia pełzającego.

Leczenie:

W leczeniu ropnia pełzającego wystarczy ograniczyć się do usunięcia przyczyny to jest kieszonki ropotokowej, którą należy dokładnie oczyścić dostając się do niej przez wylot w zagłębieniu dziąsłowo-szyjkowym, nie trzsząc się zupełnie o przetokę przedsiąkową, która po wyskrobaniu kieszonki samoistnie się goi. Zabieg ten jest niekiedy o tyle skomplikowany, że drogi, które prowadzą do ropnia są kręte i nastęrczają trudności w oczyszczeniu. Po uskutecznienu wyskrobania należy założyć sączek z 10% roztworem chloru cynku aż do dna kieszonki i usunąć go po kilku minutach. W przypadkach, gdy kieszonki są bardzo silnie rozwinięte autor stosuje nakłucia igłą żegadłową, przez co można uzyskać wytworzenie się pierścienia włóknistego dookoła zęba.

Naturalnie, że w przypadku ropnia pełzającego usunięcie ściany kieszonki okazuje się niemożliwe, ponieważ byłoby połączone ze zniszczeniem tkanek niekiedy na bardzo rozległych przestrzeniach, a z drugiej strony wiemy, że kieszonki mogą zawsze stanowić punkt wyjścia dla wtórnego zakażenia i wymagają przestrzegania bardzo skrupulatnej higieny.

W przypadkach zbyt głębokiego zgryzu, który stał się powodem, że zęby antagonistyczne ranią brzeg dziąsłowo-szyjkowy należy usunąć tę część dziąsła, która wystawiona jest na obrażenia. Spiłowywanie natomiast dolnych zębów nie odpowiada celowi, ponieważ po niedługim czasie z powodu wydłużania się zębów dziąsła po stronie antagonistycznej będą znowu narażone na obrażenie.

OBNAŻANIE ZUPEŁNE KORZENIA. — AMPUTACJA KORZENIOWA.

Jak już poprzednio zauważono uszkodzenia ropotokowe mogą występować na jednym i tym samym zębie na jego różnych powierzchniach i w różnym nasileniu. Jako przykład mogą służyć trzonowce górne, w których niejednokrotnie korzeń podniebienny przedstawia bardzo rozległe obnażenie i kieszonkę sięgającą swem dnem nieraz aż do szczytu korzenia, gdy jego korzenie policzkowe mogą wykazywać kieszonkę bardzo nieznacznego stopnia.

W tego rodzaju przypadkach, gdy miazga jest żywa może przyjść do stanu zapalnego miazgi drogą wsteczną (pulpitis retrograda). Korzeń odślony ze zbyt wielką kieszonką mimo troskliwego leczenia staje się tworzywem ustawicznie nawracających się stanów zapalnych ze skłonnością do ropienia tak, że jako jedyne lekarstwo pozostaje usunięcie zęba.

Nie można pominąć i tej okoliczności, że obnażenie jednego korzenia (najczęściej podniebiennego) przy pozornie niewielkich zmianach kieszonkowych staje się powodem stanu zapalnego dziąsła, które przechodząc na pozostałe zdrowe powoduje ich rozchwianie. Z chwilą usunięcia takiego obnażonego korzenia można zauważyć zdumiewającą poprawę w konsolidacji zęba dotychczas rozchwianego. Dlatego, jeżeli tylko warunki podobne istnieją należy dokonać amputacji korzenia obnażonego. Zabieg amputacji korzenia nie nastęrcza trudności technicznych. Po trepanacji zęba i usunięciu miazgi odkaża się przewody korzeniowe, a następnie zamyka jedną z przyjętych metod. Po wykonaniu tego zabiegu przystępuje się do odcięcia korzenia w znieczuleniu miejscowym, posługując się wiertłem szczelinowym. Ząb taki może oddać jeszcze bardzo dobre usługi na długie lata.

WYPEŁNIANIE PRZESTRZENI MIĘDZYKORZENIOWYCH.

W toku rozwoju kieszonek ropotokowych przy trzonowcach górnych i dolnych przychodzi niejednokrotnie do wytworzenia się wolnych przestrzeni między korzeniami, jakby tuneli, które będąc niedostępnymi dla czyszczenia stają się zbiornikami gnijących produktów i stałymi ogniskami stanów zapalnych tak bardzo szkodliwych dla zęba. Autor stosuje w takich przypadkach wypełnienie całej przestrzeni międzykorzeniowej amalgamem z wynikiem bardzo dobrym. Po kilku dniach lekkiego stanu podrażnienia ustępują wszelkie ślady zapalenia.

Technika operacyjna: Przedewszystkiem należy troskliwie wyskrobać kieszonkę międzykorzeniową i wszystkie części obnażonych korzeni. Następnie przy pomocy frezy szczelinowej wywierca się zagłębienia służące do przytrzymywania masy wypełniającej. Zagłębienia te nie powinny być zbyt głębokie, aby spoistość zęba przez to nie ucierpiała i nie przyszło do uszkodzenia miazgi korzeniowej o ile ta żyje. Jeżeli miazga zęba jest martwa, należy ząb taki rozwiąć, przewody odkażić i zamknąć, poczem można zaraz przystąpić do wypełnienia przestrzeni międzykorzeniowych. Polegać ono może na tem, że przestrzenie te wypełnia się najpierw gazą napojoną nalewką benzoesową na przeciąg 24 godzin starając się ją utłoczyć bardzo umiarkowanie. Następnego dnia po usunięciu tamponu przystępuje się do wypełnienia. Przygotowany amalgam powinien być dość miękki w dostatecznej ilości, ponieważ jamy do wypełnienia są zazwyczaj rozległe a wypełnienie dokładne wymaga czasu dłuższego. Aczkolwiek wypełnienia takiego nie można wykonać na sucho, to jednak okoliczność ta nie odgrywa tu ważniejszej roli. Z początku tkanki miękkie międzykorzeniowe wykazują pewną skłonność do krwawienia, ale krwawienie to ustaje zaraz, gdy przestrzeń wolną wypełni dostatecznie amalgam. Wypełnienie to powinno zatykać szczelnie całą jamę międzykorzeniową i stanowić jedną całość z wystającą częścią korony zęba. Po ukończeniu wypełnienia poleca się pacjentowi silnie zgryźć, by docisnąć amalgam, który niekiedy

może nieco unieść ząb, gdy ten jest ruchomy. Badania przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że amalgam nie wywołuje ujemnego działania na tkanki ustroju i nadaje się bardzo dobrze do tego rodzaju wypełnień. Autor stosuje te zabiegi od roku 1928 i ma zawsze zadawalające wyniki.

ZABURZENIA ZE STRONY MIAZGI PRZY ROPOTOKU ZĘBODOŁOWYM.

Aczkolwiek miazga zębowa nie bierze udziału w rozwoju ropotoku, to niemniej należy stwierdzić, że organ ten w przebiegu ropotoku przedstawia często szczególne zaburzenia. Zaburzenia te pozostające w zależności od ropotoku można podzielić na 3 kategorie: 1. Przeczulica (zęba, 2. zapalenie miazgi wsteczne, 3, zapalenie miazgi troficzo-naczyniowe.

Przeczulica. Odslonięcie korzeni odgrywa tu niewątpliwie rolę, co można stwierdzić przy oczyszczaniu kieszonek, ale to są zjawiska przejściowe i nie mają cech patologicznych jak to ma miejsce w stanach zapalnych miazgi. Przeczulica ta może się jednak nasilić do tego stopnia, że przeszkadza w żuciu pokarmów. W tych przypadkach zwyczajnych rzadko przychodzi do obumarcia miazgi, przeciwnie przeczulica ustępuje sama po jakimś czasie, gdy pacjent przyzwyczaja się do używania twardych szczoteczek bez żadnych dodatkowych środków jak past, proszków lub t. p., które zwiększają tylko przeczulicę. W przypadkach bardzo uporczywych pozostaje tylko zatrucie miazgi i wypełnienie korzeni według obowiązujących prawideł.

ZAPALENIE MIAZGI WSTECZNE (*LA PULPITE RETROGRADE*).

Zapalenie miazgi wsteczne jest objawem, które występuje tylko w zębach wielokorzeniowych i jest następstwem zupełnego odslonięcia korzenia aż do poziomu wejścia szczytowego, gdzie włókienka miazgowe przy wejściu do kanału korzeniowego ulegają zakażeniu i stanom zapalnym, które prowadzą następnie do martwicy miazgi danego korzenia.

ZAPALENIA MIAZGI TROFICZNO-NACZYNIOWE (*TROPHO-VASCULAIRE*).

Zapalenie to w przeciwieństwie do zapalenia wstecznego nie pozostaje w związku ani z próchnicą zęba, ani nie przychodzi do skutku w następstwie zetknięcia się miazgi ze środowiskiem zakażonym naprzykład przy szczytowym odslonięciu korzenia, ale jest wyrazem zadziałania na nią czynnika ogólnego, który w poszczególnych przypadkach powoduje powstanie ropotoku. Atakując pierwotnie elementy nerwowe miazgi czynnik ogólny uszkadza je i powoduje zaburzenia troficzne miazgi, wyrażające się ostatecznie bądź zwapnieniem lub jej obumarciem. Tego rodzaju stany zapalenia miazgi mogą występować zarówno w zębach jedno jak i wielokorzeniowych, które wykazują wykazują tylko małe lub miernego stopnia zmiany ropotokowe. Zmiany antomiczno-patologiczne różnych części miazgi korzeniowej dotkniętej temi zaburzeniami przedstawiają jednolity obraz uszkodzeń w przeciwieństwie do postaci zapalenia wstecznego, gdzie zawsze widoczne są wyraźne stopnie nasilenia chorobowego poszczególnych części schorzałej miazgi.

(Dokończenie nastąpi).

Dr. Ignacy Pietrzycki, Lwów.

Z Zakładu Higjeny U. J. w Krakowie.

Prof. Dr. W. Gądzikiewicz

JOERG HAAR, lekarz

PASTY DO ZĘBÓW I ICH ZNACZENIE HIGJENICZNE¹⁾

(c. d.)

*Pâtes dentifrices et leurs valeurs hygiéniques (Suite).***Die Zahnpasten und ihre hygienische Bedeutung (Fortsetzung).**

Doc. pol. 390

Doc. int. 616. 314 085. 416. 1
: 616. 314 085. 711...2) BADANIA CHEMICZNE²⁾. Tabl. I.

a) Reakcję past badałem przy pomocy:

I. metyloranżu, pH 3 — czerwone, pH 5 — żółte zabarw.

II. alkoholowego roztworu lakmusu, pH 6 — czerwone, pH 7 — fioletowe, pH 8 — niebieskie zabarw.

III. fenoltaleiny, pH 8 — bezbarwne, pH 10 — czerwone.

Żadna pasta nie miała kwasoty pH 3, gdyż żadna nie zabarwiła się metyloranżem na czerwono. Kwasota past nie dochodzi też do pH 6, ponieważ ani jedna nie zabarwiła się pod wpływem lakmusu na czerwono. Natomiast miały albo reakcję obojętną, albo zasadową.

b) Kolor past: 8 past ma kolor czerwony względnie różowy, w tem w pięciu pastach wykryłem karmin.

I. Karmin:

1. Dodaje się stężonym kwasem siarkowym, występuje zabarwienie szkarłatne.

2. Pod działaniem stęż. kw. solnego występuje takie same zabarwienie co poprzednio.

3. Amoniak zabarwi roztwór karminu na fioletowo.

4. $\frac{N}{10}$ NaOH daje też takie zabarwienie.

Badałem powyższymi metodami, które dały mi zawsze jednokowe wyniki.

c) Kwas salicylowy:

I. Z chlorkiem żelazowym daje silne zabarwienie fioletowe (odczyn Gerhardt).

¹⁾ Pierwsze części w nr. 4 i 5/6.

²⁾ Badania te nie mają charakteru dokładnej analizy chemicznej, są raczej badaniami orientacyjnymi.

Nr. pasty	Badania mikroskopowe	
1. Aristodont	Kryształki przeświecające, małe, ułożone często w grupach, rozpuszczalne w HCl (pod mikroskopem). Oprócz tego płatki jasne, różnej wielkości, sześcioboczne lub romboidowe nierozp. w HCl.	Węglan wapnia + talk
2. Chlorami	Obraz podobnie jak pod Nr. 1.	Węglan wapnia + talk
3. Chlorodont	Kryształki przeświec., małe, ułożone w grupach, rozp. w HCl.	Węglan wapnia
4. Dentosan	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
5. Jod.-Kaliklora	Obraz podobnie jak pod Nr. 1.	Węglan wapnia + talk
6. Kaliklora	Ciałka przezroczyste, różnej wielkości, o powierzchni gładkiej, złom szklisty, ostre krawędzie, nierozp. w HCl. — Pozatem jak pod Nr. 3.	Pumeks + węglan w.
7. Markowski	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
8. Ossan	Ciałka przeświecające, dość duże, nieregularne, ostre krawędzie, niezupełnie rozp. w kw. solnym.	Ossa Sepiae
9. Puls	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
10. Reder	Obraz podobnie jak pod Nr. 6.	Pumeks + węglan w.
11. Swoiska	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
12. Tlen	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
13. Tlenol-Ra	Obraz podobnie jak pod Nr. 6.	Pumeks + węglan w.
14. Wawelin	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
15. Colgate	Obraz podobnie jak pod Nr. 3, oprócz tego duże przezroczyste ciała okrągławe, w środku ciemniejsze nierozp. w HCl.	Węglan w. + korzeń fiołkowy
16. Dens	Obraz podobnie jak pod Nr. 3, oprócz tego ciała przeświec., małe, tępe krawędzie, nierozp. w HCl.	Węglan w. + krzemian glinu
17. Hygiodont	Obraz podobnie jak pod Nr. 6.	Pumeks + węglan w.
18. Kalodont	Obraz podobnie jak pod Nr. 16.	Węgl. w. + krzemian gl.
19. Kolynos	Obraz podobnie jak pod Nr. 16.	Węgl. w. + krzemian gl.
20. Nivea	Obraz podobnie jak pod Nr. 3.	Węglan wapnia
21. Odol	Obraz podobnie jak pod Nr. 6.	Pumeks + węglan w.
22. Pebeco	Obraz podobnie jak pod Nr. 3, oprócz tego niewiele ciałek jasnych okrągłych niedużych.	Węglan wapnia + ?

Objaśnienie znaków używanych w tablicy: ¹⁾ +++ oznacza, że wszystkie próby próba, i to słabo wypadła dodatnio. — ²⁾ ślad oznacza, że wypadła bardzo mała ilość że zczernienie płynu było

skopowe i chemiczne.

Nr. pasty	Badania chemiczne — Reakcja past							
	Metyl- oranż.	Lakmus	Fenol- ftal.	Kolor pasty	Kar- min	Kwas salic.	Mydło	Ciężkie metale
1)	żółte	niebiesk.	czerw.	czerw.	—	+	+++ ¹⁾	śląd ²⁾
2)	„	fioletow.	białe	biały	—	+	—	śladzik + zmętn.
3)	„	„	„	„	—	+	+	śladzik + zmętn.
4)	„	„	„	różowy	+	+	+	—
5)	„	„	„	biały	—	+	+	śladzik + zmętn.
6)	„	„	„	„	—	+	+	„
7)	„	niebiesk.	czerw.	czerw.	+	+	+++	„
8)	„	„	„	różowy	+	+	+++	śladzik
9)	„	„	„	„	—	—	+++	„
10)	„	fioletow.	białe	biały	—	—	+	zmętnienie
11)	„	„	„	„	—	—	+	„
12)	„	„	różow.	różowy	—	—	—	mały śladzik
13)	„	„	białe	biały	—	+	—	śladzik + zmętn.
14)	„	„	„	różowy	+	—	+	zmętnienie
15)	„	niebiesk.	czerw.	biały	—	—	+	śląd + zmętn.
16)	„	„	różow.	„	—	—	+++	śladzik
17)	„	„	czerw.	„	—	—	—	śladzik + zmętn.
18)	„	„	„	czerw.	+	—	+++	śląd + zmętn.
19)	„	„	„	biały	—	—	+++	śladzik + zmętn.
20)	„	fioletow.	białe	„	—	—	+	zmętnienie
21)	„	„	„	„	—	+	+++	śladzik + zmętn.
22)	„	„	„	„	—	—	—	śladzik + zmętn.

na mydło wypadły dodatnio w odróżnieniu od jednego +, który oznacza, że tylko jedna czarna osada siarczku ciężkich metali pod wpływem zadziałania H₂S. Śladzik oznacza, zaznaczone w małym stopniu.

II. Z odczynnikiem Millona daje zabarwienie czerwone.

Wykryłem 10 razy kw. salicylowy w pastach.

d) Inne związki aromatyczne (np. kwas bęźdzwinowy):

Kwas bęźdzwinowy da się wykryć rozcz. ługiem i o ile go jest dużo, to strąci się z odczynu alkalicznego po dodaniu jakiegokolwiek kwasu.

Próby wypadły ujemnie.

e) Kwas karbolowy:

Badanie chemiczne na fenol w pastach nie jest potrzebne, gdyż już w minimalnych ilościach da się go wykryć zapachem. Dla stwierdzenia nieobecności zadawałem wyciąg wodny wodą bromową, w razie obecności fenolu powstałby osad żółty trójbromofenolu.

f) Formaldehyd:

I. 5 cm³ wody destylowanej zadaje się jedną kroplą amoniaku i jedną kroplą fenolfaleiny, występuje czerwone zabarwienie. Po dodaniu roztworu zawierającego formaldehyd, płyn pierwotny się odbarwia.

g) Mydło:

I. Próba skłócenia: W razie obecności mydła powstaje piana.

II. Wysolenie NaCl: Pod wpływem chlorku sodowego mydła wypadają.

III. Pod działaniem CaCl₂ wypadają mydła wapniowe, nierozpuszczalne we wodzie.

IV. Octan ołowiu strąca mydła ołowiane, nierozp. we wodzie.

Każdą pastę badałem powyższymi czterema metodami

h) Ciężkie metale:

I. Po zakwaszeniu kw. solnym 2n zadziałamy siarko-wodorem, wypadą czarny osad ciężkich metali.

i) Sublimat:

I. Pod wpływem KOH powstaje żółty osad.

II. NH₃ daje biały osad.

III. KJ powoduje wypadnięcie czerwonego osadu.

IV. Na₂CO₃ daje czerwono-brunatny osad.

Badałem trzecią i czwartą metodą.

3) BADANIA BAKTERJOLOGICZNE.

Wszystkie pasty badałem w ten sposób, że oczkiem pobrałem z głębi tubki nieco pasty, którą rozmaciałem w buljonie, zawierającym 10% cukru gronowego. Przytem przed pobraniem próby odkażałem gwint i otwór tubki w płomieniu palnika bunsenowskiego.

Po 24 względnie 48 godzinnem przechowywaniu w termostacie przy temperaturze 37° C okazało się albo lekkie zmętnienie, albo kożuszek na powierzchni buljonu, albo wreszcie nie było żadnych widocznych zmian. Jednocześnie kontrolowana była jałowość buljonu (w termostacie w tych samych warunkach).

Po 48 godz. wziąłem oczkiem buljonu na agar skośny i wstawiłem go na 24 względnie na 48 godz. do termostatu przy temperaturze 37° C. Wszystkie hodowle z wyjątkiem jednej były już po 24 godz. należycie rozwinięte, ta jedna zaś po 48 godz. Z tego agaru wziąłem materiał do badania mikroskopowego i do przeszczepienia na płytki żelatynowe i agarowe.

Badania mikroskopowe wykazały, że prawie wszystkie kolonie zawierały laseczki Gram-dodatnie, o różnych formach i ułożeniu. Jedna kolonia miała laseczki Gram-ujemne. Zabarwienie na zarodniki¹⁾ wypadło dodatnio z wyjątkiem jednego preparatu. Obrazy mikroskopowe pojedynczych prób poszczególnych past były b. podobne do siebie.

Płytki Petriego lane z żelatyną: po 24 godz. trzy płytki zmian nie wykazały, w dwóch całkowicie, w czterech częściowo żelatyna była rozpuszczona.

Po 48 względnie 72 godz. były dwie częściowo, a reszta zupełnie rozpuszczona; wszystkie wykazały mniejsze lub większe kolonie.

Preparaty mikroskopowe z żelatyny dały identyczne obrazy jak z agaru skośnego.

Płytki Petriego tarte z agarem: dały już po 24 godz. wynik dodatni. Wzdłuż linii posiewu rozwinęły się w kolonie lub też zajmowały całą płytkę.

Preparaty mikroskopowe z agaru dały również takie same obrazy jak z agaru skośnego i z żelatyny.

Badania na fermentację cukru gronowego dały wynik ujemny z wyjątkiem bardzo nieznacznej redukcji w jednym przypadku. Wyniki badań podane są w tablice Nr. II.

Oprócz powyżej opisanych przeprowadziłem badania próbek past bez odkażania gwintu i otworu tubeł, gdyż chciałem określić warunki bakterjologiczne past, towarzyszące ich używaniu.

Rozmąciłem 1 gr pasty w 10 cm³ wody destylowanej i sterylizowanej, z tej zawiesiny wziąłem 3 próby każdej pasty: po 0,05,

¹⁾ metodą Moellera.

Tablica II. Badania

Nr. pasty	Buljon z cukrem gronowym 10/0		Agar skośny		Badania mikroskopowe
	9.3.	10.3.	13.3.	14.3.	
1) Aristodont	—	—	—	—	—
2) Chlorami	mętawy	mętny + kożuch	kolonje wynio- ste, białawe, pół mat. okrą- gławe	Laseczki Gram-dodatnie, dość długie i grube, o końcach okrągł., ulożone w dług. szereg., w środku jaśniej, prostokątne odgałęzienia; zabarwienie na zarodniki +.	
3) Chlorodont	b. lekk. zmętn.	lekk. zmęt. b. cienk. koż.	kol. lśniące, praw. przezr.	Las. Gram-dodat. średnio grube i dług., w dług. szereg. Zarodn. —	
4) Dentosan	mętawy	mętny + kożuch	kol. mat., po- faldow., zęb.	Las. Gram-dodat. średn. grube i dług. w dług. szereg. Zarodn. +	
5) Jod-Kaliklora	—	—	—	—	
6) Kaliklora	bez zmian	klarowny, kożuch	podobnie jak pod Nr. 4	Obraz podobnie jak pod Nr. 4.	
7) Markowski	b. lekk. zmętn	b. lekkie zmętnienie	—	—	
8) Ossan	bez zmian	b. drobna zawiesina	—	—	
9) Puls	bez zmian	klarowny	—	—	
10) Reder	mętny gruby	mętny kożuch	podobnie jak pod Nr. 4	Obraz podobnie jak pod Nr. 4.	
11) Swoiska	mętny cienki	mętny kożuch	" "	" " " " Nr. 4.	
12) Tlen	bez zmian	klarowny	—	—	
13) Tlenol-Ra	mętny osad	mętny kłaczkowaty	" "	" " " " Nr. 2.	
14) Wawelin	—	—	—	—	
15) Colgate	—	—	—	—	
16) Dens	—	—	—	—	
17) Hygiodont	mętawy b. cienki	mętny kożuch	kol. matowe, biał. pafald.	" " " " Nr. 4.	
18) Kalodont	—	—	—	—	
19) Koly nos	mętny	od pasty	—	—	
20) Nivea	—	—	—	—	
21) Odol	mętny cienki	mętny kożuch	podobnie jak pod Nr. 4	" " " " Nr. 4.	
22) Pebeco	—	—	—	—	

bakterjologiczne.

Nr. pasty	Płytki Petri'ego z żelatyną		Badania mikroskopowe	Płytki Petri'ego z agarem		Badania mikroskopowe	Badania na ferment 18.3 19.3.
	15.3	16.3 i 17.3		16.3	17.3		
1)	— —	— —	—	— —	—	—	—
2)	rozpuszcz. częściowo, zupełnie przezroczysta	rozpuszczona całkowicie, b. dużo małych kolonji żółtych	Obraz identyczny z pierwszym preparatem	Kolonje wzdłuż rysowania, $\frac{1}{2}$ — 1 cm szerokie, lśniące, białawe, soczyste, o brzegach zaokrąglonych	Obraz jak w pierwszym preparacie	Bez zmian, bez odbarwienia i wydzielania gazu	
3)	nierozpuszczona, przezroczysta	rozp. całkow., gęsta, b. drobne kol.	„	Kol. lśniące, żółte, o brzegach zaokrąglonych	„	„	
4)	nierozpuszczona, przezroczysta	rozp. częściowo, bez widoczn. kol.	„	Kol. żółt. suche, grube po fałd. o brzeg. okrąg.	„	„	
5)	— —	— —	—	— —	—	—	
6)	nierozpuszczona, przezroczysta	rozp. częściowo, b. lekk. zmętn.	„	Kol. podobnie jak pod Nr. 4.	„	„	
7)	— —	— —	—	— —	—	—	
8)	— —	— —	—	— —	—	—	
9)	— —	— —	—	— —	—	—	
10)	rozp. całkowicie,	rozp. całkow., kilka kol. b. drobnych	„	„ „	„	„	
11)	„ „	„ „	„	„ „	„	„	
12)	— —	— —	—	— —	—	—	
13)	rozp. częściowo, przezroczysta	„ „	„	Kol. podobnie jak pod Nr. 2.	„	„	
14)	— —	— —	—	— —	—	—	
15)	— —	— —	—	— —	—	—	
16)	— —	— —	—	— —	—	—	
17)	rozp. częściowo, przezroczysta	rozp. całk., b. dużo b. drobn. kol. i 1 duża	„	Cała płyta mętna, lśniąca, nierówna pow.	„	„	
18)	— —	— —	—	— —	—	—	
19)	— —	— —	—	— —	—	—	
20)	— —	— —	—	— —	—	—	
21)	rozp. częściowo, przezroczysta	rozp. całk., kilka mgiełek wielk. pół cm	„	Cała płytka mętna, lśniąca nierówna pow.	„	„	
22)	— —	— —	—	— —	—	—	

bakterjologiczne.

Nr. pasty	Płytki Petri'ego z żelatyną		Badania mikrosk.	Płytki Peti'ego z agarem		Badania mikroskop.	Agar pełny	
	1.2.	2.2.		13.2.	14.2.		27.2.	28.2.
1)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. całkow. cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	— —	— —	—	—	—
2)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	—	—	cała mętna	obraz jak I. preparat	+	+
3)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	—	—	cała mętna	" "	—	—
4)	nie rozpuszcz. kilka kolonji	nie rozpuszcz. cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	3 duże, 16 mał. kolonji	cała mętna cała mętna	" "	—	—
5)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	—	cała męt. cała męt.	cała mętna cała mętna	" "	—	—
6)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	—	—	cała mętna cała mętna	" "	—	—
7)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	—	—	—	—	—	—
8)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. całkow.	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	—	—	—	—
9)	nierozpuszcz. przeźroczysta	nierozpuszcz. przeźroczysta	—	—	—	—	—	—
10)	nierozpuszcz. przeźroczysta	nierozpuszcz. przeźroczysta	—	5 kol. cała męt.	cała mętna cała mętna	" "	+	+
11)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. częściowo cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	—	—	—	—
12)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. częściowo przeźroczysta	—	cała męt. cała męt.	cała mętna cała mętna	" "	—	—
13)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. częściowo przeźroczysta	—	2 duże k. cała męt.	cała mętna cała mętna	" "	+	+
14)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. częściowo cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	—	—	—	—
15)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. częściowo cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	—	—	—	—
16)	rozp. częściowo przeźroczysta	rozp. częściowo przeźroczysta	—	—	—	—	—	—
17)				cała męt. cała męt.	cała mętna cała mętna	" "	+	+
18)	nierozpuszcz. przeźroczysta	nierozpuszcz. przeźroczysta	—	—	—	—	—	—
19)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. całkow. cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	—	—	—	—
20)	nie rozpuszcz. przeźroczysta	nierozpuszcz. przeźroczysta	—	—	—	—	—	—
21)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. całkow. cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	—	kol. przy paście kol przy paście	" "	—	—
22)	rozp. częściowo kilka kolonji	rozp. całkow. cała mętna	obraz jak pierwszy prep. Nr. 4	1 kol. duż. 1 kol. duż.	cała mętna cała mętna	" "	+	+

0,1 i 0,5 cm³, wlewając je do agaru, który prawie całkowicie już ostygł (temperatura około 45^o C), mieszając potem półpłynny agar z zawiesiną pasty. Po 24 godz. nigdy nie miałem dodatniego wyniku, dopiero po 48 godz. przy temperaturze 37^o C w ciepłarni miałem wyniki, opisane w tablicach.

Należy zaznaczyć, że błędy doświadczalne przy tej metodzie mogły być duże, ponieważ przy tych manipulacjach mogło dojść do zakażenia materiału badanego, dlatego też były gorsze aniżeli przy badaniach past pobranych z otworów tubek wyjałowionych.

Obrazy mikroskopowe były nieco odmienne, często laseczki Gram - ujemne, prawdopodobnie jako przypadkowe zanieczyszczenie. Naogół obrazy wykazały te same drobnoustroje, co w moich innych badaniach.

Badania przeprowadziłem również na agarze skośnym, na płytkach żelatynowych i na pełnym agarze.

Wyniki badań past pobranych niejako podałem w tabl. Nr. III.

Zestawienie wyników badań własnych i wniosków.

Wychodząc z założenia, że zasadniczą własnością past jest mechaniczne czyszczenie zębów, należy jednocześnie zwrócić uwagę, aby pasta nie uszkodziła szkliwa, co przyjąć może do skutku z pośrednich wszystkich składników zawartych w pastach głównie przez cząsteczki pumeksu. Otóż na 22 przezemnie zbadanych past wartość pumeksu stwierdziłem w 6 pastach i to zarówno w pastach krajowych jak i zagranicznych. Taką pastę zawierającą pumeks należy bezwarunkowo wykluczyć z użycia.

Obecność bakterij w pastach świadczy o niezupełnie higienicznym sposobie ich sporządzania. Znalezione bakterje służą jako wskaźnik, że pasta może być zakażona i innymi bakterjami, a więc i chorobotwórcami. Jest rzeczą jasną, że pasty zawierające bakterje wywierają wpływ szkodliwy na ustrój, należy więc wymagać, aby były wyrobione jałowo i miały taki skład, że rozwój bakterji jest w nich uniemożliwiony. Na 22 zbadanych past w 9-ciu wykryłem bakterje (Według dokładniejszej metody, tabl. II). W pastach: 2) Chlorami, 3) Chlorodont, 4) Dentosan, 6) Kaliklora, 10) Re-der, 11) Swoiska, 13) Tlenol-Ra, 17) Hygiodont i 21) Odol.

Z innych składników szkodliwych większe znaczenie mają kwas salicylowy, mydło i ciężkie metale. Mydło wie większych ilościach znalazłem w 8 pastach.

Wyraźny ślad ciężkich metali wykazały 3 pasty: 1) Aristodont, 15) Colgate i Kalodont. 14 innych past wykazały tylko śladzik i 5 wogóle nie zawierały ciężkich metali.

Kwas salicylowy znalazłem w 10 pastach. W pastach: 1) Aristodont, 2) Chlorami, 3) Chlorodont, 4) Dentosan, 5) Jod-Kaliklora, 6) Kaliklora, 7) Markowski, 8) Ossan, 13) Tlenol-Ra i 18) Kalodont. Rzecz szczególna, że w b. wielu pastach krajowych znalazłem kw. salicylowy, mianowicie w 9 na 14 past krajowych.

Inne składniki: Kwasu karbolowego i będzwinowego nie znalazłem, również sublimatu nie znalazłem w żadnej paście.

Radjoaktywność. Ponieważ z pośród zbadanych przezemnie past jedna tj. „Tlenol-Ra“ miała być radjoaktywna, jak podano w opisie fabrycznym, przeto zbadalem tę pastę na radjoaktywność. Badania wypadły zupełnie ujemnie, gdyż pasta ta świeżo kupiona miała niższą radjoaktywność niż woda destylowana obojętna.

Nie znalazłem żadnej pasty, któraby odpowiadała całkowicie wszystkim wymaganiom. Jednak śladzik ciężkich metali, nieznaczna ilość mydła należy uznać jako składniki naogół nieszkodliwe, jedynie należy bezwzględnie przestrzegać, aby pasty nie zawierały pumeksu i bakteryj. Toteż stosując ten ostatni sposób oceny należy stwierdzić, że na 22 zbadanych past 3 odpowiadają wymaganiom higienicznym, mianowicie pasty: 12) Tlen, 14) Wawelin i 20) Nivea, reszta past zawiera mniej lub więcej szkodliwe składniki.

Niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie J. W. Panu Profesorowi Gądzikiewiczowi za powyższy temat oraz za cenne wskazówki w ciągu mej pracy.

LITERATURA.

1. Ambroz A., Vergleichende Untersuchungen über die bakterizide Wirkung einiger Wasserstoffsperoxydpräparate, Zeitschrift f. Hygiene, Jg. 72, 1912, Leipzig. — 2. Andressen V. przytocz. Lind G. 37. — 3. Bergve E., Tandpleiens fysikalskkemiske grundlag, (Die physikalisch-chemischen Grundlagen der Zahnpflege), Den Norske Tandlaegeforenings Tidende, Jg. 36, 1925, przytocz. Misch J., Lit.-Arch., Bd. 3, 1927. — 4. Berzelius przytocz. Walkhoff O. 73. — 5. Blumenthal A. przytocz. Herrenknecht W. 25. — 6. Brasch H., Über Behandlung der Zähne mit Formaldehyd abspaltenden Mitteln, insbesondere Nitroisobutylglycerin, Zeitschr. f. Stomat., Jg. 22. — 7. Bräunlich w opisie pasty „Kalodont“. — 8. Brill M., Stomatologja społeczna i zapobiegawcza

- ze szczególnem uwzględnieniem wieku dziecięcego. Polska Stomatologia VIII, 1930. — 9. Chłopin G., Metody sanitarnych badań środków użytku codziennego i kosmetyków. Moskwa 1923. — 10. Dieck W. i Schmitz M., przyt. Herrenknecht W. 25. — 11. Dittborn F. i Degner C., Untersuchungen über die bakterizide Wirkung von Mundwässern und Zahnpasten. Desinfektion, Jg. 7, 1922. — 12. Eulenburg A., Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. — 13. Fédération Dentaire Internationale, sprawozdanie roczne 1925/26, przyt. Misch J., Lit.-Arch., Jg. 3, 1927. — 14. Fromme i Blessing przyt. Ruge R. 59. — 15. Galewski przyt. Zinser F. 77. — 16. Galippe przyt. Łepkowski W. 39. — 17. Geist-Jacobi G., Geschichte der Zahnheilkunde, Tübingen 1905. — 18. Gumpert M., Die gesamte Kosmetik (Entstellungsbekämpfung). Leipzig 1931. — 19. Hager H., Handbuch der pharmakologischen Praxis, Leipzig 1929. — 20. Hamer, De Tandborstel (Die Zahnbürste). Tijdschrift voor Tandheelkunde, Jg. 31, 1924. — 21. Hermann R. przyt. Sachs W. 60. — 22. Herrenknecht W., Allgemeine und Mundhygiene. Fortschr. d. Zahnheilk., Jg. 1, 1925. — 23. Herrenknecht W., Mundhygiene. Fortschr. d. Zahnheilk., Jg. 3, 1927. — 24. Herrenknecht W. und Becks H., Mundhygiene. Fortschr. d. d. Zahnheilk., HJg. 4, 1928. — 25. Herrenknecht W. und Scheidt C., Mundhygiene. Fortschr. d. Zahnheilk., Jg. 5, 1929. — — 26. Herrenknecht W. und Scheidt C., Mundhygiene. Fortschr. d. Zahnheilk., Jg. 7, 1931. — 27. Hofmann P., Über den Keimgehalt einiger Zahnpasten. Zahnärztl. Rundsch., Jg. 44, 1935. — 28. Jones H., The use of sodium ricinoleat in oral hygiene (Die Verwendung von Natriumricinoleatum in der Mundhygiene). Ind. Dent III, 1928 przyt. Misch J., Lit.-Arch., Jg. 5, 1929. — 29. Kessler H., Kamillosan in der Zahnheilkunde, D. Zahnärztl. Wochenschr., Jg. 28, 1925. — 30. Knap J. przyt. Herrenknecht W. 25. — 31. König J., Chemie der Nahrungs- und Genussmittel, sowie der Gebrauchsgegenstände. Berlin 1920. — 32. Krzyształowicz Fr., Choroby skóry. Warszawa 1928. — 33. Laband P., Desinfektionsversuche an Mundspirochäten. D. Monatsschr. f. Zahnheilk., Jg. 41, 1923. — 34. Lederman R. und Misch J., Hauptkrankheiten w Misch J., Lehrbuch d. Grenzgebiete d. Medizin u. Zahnheilk., Leipzig 1923. — 35. Leo H., Untersuchungen über Munddesinfektion. D. med. W.-schr., Jg. 49, 1923. — 36) Leonard V. and Feirer W., Oral Hygiene (Über Mundhygiene), The Dental Cosmos, 69, 1927. — 37) Lind G., Wie und womit sollen wir unsere Zähne reinigen? D. Mon.-Schr. f. Zahnheilk., Jg. 42, 1924. — 38) Low S. i Beach L. przyt. Michel A. 45). — 39) Łepkowski W., Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów. Poznań 1892. — 40) Mamluk H., Die Heilfaktoren der Alveolarpyorrhoe mit besonderer Berücksichtigung des Radiums. Correspondenzblatt f. Zahnärzte, J. 37, 1913. — 42) Mann H., Moderne Parfümerie. Wien 1932. — 43) Meyer W. przyt. Sachs W. 60). — 44) Michaelis E. przyt. Michel A. 45). — 45) Michel A., Karies, Zahnhygiene, Zahnpflege in Schule, Heer und Krankenhaus. Ergebn. d. ges. Zahnheilk., Jg. 2, 1910. — 46) Miller A., Sollen Präparate, welche Seife enthalten, zur Mundpflege verwendet werden? Wiener Zahnärztl. Mon.-schr., Jg. 7, 1903. — 47) Misch J., Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. Leipzig 1923. — 48) Müller-Stade E., Irrtümer. Zahnärztl. Rundschau, Jg. 44, 1935. — 49) Naeslund C., Experimentelle Studien über Zahnpflegemittel. Parodontium, Nr. 5, 1930 przyt. Misch J., Lit.-Arch., Bd. 7, 1931. — 50) Pickerrill H., Salivary secretion and acid dentifrices (Speichelabsonderung und saure

Zahnreinigungsmittel). Oral Hygiene, Jg. 14, 1924 przyt. Misch J., Lit.-Arch., Bd. 1, 1926. — 51) Podbielski J. i Rostafiński M., Polski Manual Farmaceutyczny. Warszawa 1932. — 52) Prinz H. przyt. Naeslund C. 49). — 53) Rawitzer J. przyt. Sachs W. 60). — 54) Rauber-Kopsch, Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen. Leipzig 1922. — 55) Rebel H., Zahn- und Mundpflege w. Port-Euler, Lehrbuch der Zahnheilk. München 1934. — 56) Ritter P., Zahn- und Mundhygiene im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege. Jena 1903. — 57) Röse C., Untersuchungen über Mundhygiene. Zeitschr. f. Hyg. Jg. 36, 1901. — 58) Rozen Z. i Kumecki S., Klucz do oznaczania minerałów. Kraków 1925. — 59) Ruge R. Experimentelle Untersuchungen über den Desinfektionswert einiger Zahnpasten. Fortschr. d. Medizin, Jg. 50, 1932. — 60) Sachs W., Pflege des Mundes und der Zähne w Kantorowicz A., Handbuch der Zahnheilkunde. München 1930. — 61) Scheff J. und Paschkis H., Hygiene und Kosmetik des Mundes w Scheff J., Handbuch der Zahnheilkunde. Wien 1910. — 62) Schmidt E. przyt. Brill M. 8). — 63) Schoenbeck F., Soll man die Zahnpasten nach ihrem Desinfektionswert beurteilen? Fortschr. d. Med., Jg. 51, 1933. — 64) Scholle M., Experimenteller Beitrag zur Eignung verschiedener Zahnpasten als Zahnpflegemittel. D. Mon.-Schr. f. Zahnheilk., Jg. 50, 1932. — 65) Sudhoff K., Geschichte der Zahnheilkunde. Leipzig 1921. — 66) Trauner F. przyt. Sachs W. 60). — 67) Türkheim H. przyt. Sachs W. 60). — 68) Vartiainen przyt. Vogel K. 71). — 69) Veader and Feirer przyt. Herrenknecht W. 25). — 70) Vogel A., Ein Beitrag zum Zahnbürstenproblem. Schweiz. Mon.-Schr. f. Zahnheilk., Jg. 42, 1932. przyt. Misch J., Lit.-Arch., Bd. 9, 1933, — 71) Vogel K., Gesundheitsschädigungen durch Zahnpasten und Mundwässer. Zahnärztl. Rundschau, Jg. 44, 1935. — 72) Walkhoff O., Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde. Berlin 1922. — 73) Walkhoff O., Die normale Histologie der menschlichen Zähne. Leipzig 1924. — 74) Weisbach W., Zur Technik der Mund- und Zahnpflege. Korrespondenzbl. f. Zahnärzte, Jg. 54, 1930. — 75) Willcox A. przyt. Brill M. 8). — 76) Witzel przyt. Herrenknecht W. 25). — 77) Ziehn, Eine CO₂-abspaltende Zahnpaste. Dermat. Wochenschr., Jg. 92, 1931. — 78) Zinser F., Mundkosmetika und Hautkrankheiten. Korrespondenzblatt. f. Zahnärzte, Jg. 56, 1932.

ZUSAMMENFASSUNG.

Die mechanisch reinigende Wirkung der Zahnpasten wurde als ihre wichtigste Eigenschaft bezeichnet; dabei gilt zu beachten, dass sie den Schmelz nicht angreifen, was von allen Bestandteilen am leichtesten durch Bimsstein geschieht. Dieser wurde in 6 von den 22 untersuchten Zahnpasten gefunden, u. zw. sowohl in inländischen als auch in ausländischen. Der Vertrieb dieser Zahnpasten sollte unbedingt verboten werden.

Durch spezielle Untersuchungen wurde die Härte des Schmelzes geprüft und auf den Härtegrad 5—5,5 (nach der Mohs'schen Härteskala) festgelegt.

Der Keimgehalt der Zahnpasten zeugt von einer hygienisch mangelhaften Herstellungsweise. Die gefundenen Bakterien dienen als Index dafür, dass die Zahnpasten mit anderen u. zw. auch pathogenen Bakterien infiziert sein können. Es ist klar, dass infizierte Zahnpasten eine gesundheitsschädliche Wirkung ausüben. Es ist daher zu fordern, dass sie steril hergestellt und von einer derartigen Zusammen-

setzung seien, dass ein Bakterienwachstum in ihnen ausgeschlossen ist. Unter den 22 untersuchten Pasten wurden 9 mal Bakterien gefunden (nach der zuverlässigeren Methode, Tafel II). In den Pasten: 2) Chlorami, 3) Chlorodont, 4) Dentosan, 6) Kaliklora, 10) Reder, 11) Swoiska, 13) Tlenol - Ra, 17) Hygiodont und 21) Odol.

Von den anderen Bestandteilen haben Salizylsäure, Seife und Schwermetalle eine grössere Bedeutung. Seife wurde in grösseren Mengen in 8 Pasten gefunden.

Deutliche Spuren von Schwermetallen zeigten 3 Pasten: 1) Aristodont, 15) Colgate und 18) Kalodont, 14 andere zeigten leichte, 5 gar keine Spuren von Schwermetallen.

Salizylsäure wurde in 10 Zahnpasten gefunden. In den Pasten: 1) Aristodont, 2) Chlorami, 3) Chlorodont, 4) Dentosan, 5) Jod-Kaliklora, 6) Kaliklora, 7) Markowski, 8) Ossan, 13) Tlenol-Ra und 18) Kalodont. Bemerkenswert ist, dass in recht vielen inländischen Pasten (unter 14 Pasten 9 mal) Salizylsäure gefunden wurde.

Karbolsäure, Benzoesäure, Sublimat, wurden nicht gefunden.

Da unter den untersuchten Zahnpasten eine, u. zw. „Tlenol - Ra“ laut Fabriksreklame radioaktiv sein sollte, wurde sie daraufhin untersucht. Diese Untersuchungen waren vollständig negativ, da die frischgekaupte Zahnpaste eine geringere Radioaktivität zeigte als destilliertes Wasser.

Keine Zahnpaste entsprach vollkommen allen hygienischen Forderungen, doch sind kleine Spuren von Schwermetallen oder geringere Mengen von Seife im allgemein weniger schädlich. Hauptsächlich ist zu beachten, dass die Zahnpasten keinen Bimsstein und keine Bakterien enthalten. Unter Anwendung dieser Bewertungsweise der Zahnpasten wurde festgestellt, dass von den 22 untersuchten Zahnpasten 3 den hygienischen Forderungen entsprachen und zwar: 12) Tlen, 14) Wawelin, und 20) Nivea, die übrigen aber mehr oder weniger schädliche Bestandteile enthielten.

KOMITET REDAKCYJNY:

L w ó w: Prof. A. Cieszyński, przew. Ze Związku Stomatologów Lwów. Izby Lek.: Dr. H. Allerhand, dr. K. Atlas (Zastępcą), dr. A. Bardasz-Druckerowa, dr. H. Berger, dr. M. Brill, prof. A. Cieszyński, dr. H. Gorczyński, dr. K. Kwiatkowski.

Z Kliniki Stomatol. U. J. K.: Dr. M. Jankowski, dr. Tadeusz Owinski, dr. I. Pietrzycki i dr. S. Czortkower.

W a r s z a w a: Lek.-dent. Aleksander Stokowski, Lek.-dent. Stanisław Blikle, Lek.-dent. Jan Gombiński i Lek.-dent. Antoni Mokrzycki.

C z ł o n k o w i e K o r e s p o n d e n c i: Dr. Jerzy Drozdowski (Kraków), dr. med. dent. Józef Jarzab (Poznań), dr. Leon Lakner, kierownik Polikliniki Uniw. Poznańskiego, dr. Eugenjusz Mancewicz, kierownik Kliniki Stom. Uniw. Stefana Batorego (Wilno), prof. H. Pichler (Wiedeń), Aleksander Stokowski (Warszawa).

W Y D A W C A: Prof. dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Dr. med. Leon Lakner: Wpływ pierwszego ząbkowania na ustrój dziecięcy.
Poznań 1936. Str. 76. Tabl. 12 (w tem 2 tabl. barwne).

Autor w obszernej pracy starał się rozwiązać całokształt zagadnienia wpływu pierwszego ząbkowania na ustrój dziecięcy z punktu widzenia stomatologicznego. Wpływ ten nie został dotąd dokładnie zbadany, czego wyrazem są różne zapatrywania badaczy w ciągu wieków.

Pracę swoją podzielił autor na szereg rozdziałów, wprowadzając czytelnika na drodze indukcyjnej poprzez wyczerpująco potraktowany zarys historyczny w tok badań własnych.

Autor postawił sobie za zadanie wykazać na własnym materiale klinicznym:

1. czy w związku z utrudnionem ząbkowaniem mlecznem dochodzi do zmian miejscowych,

2. czy utrudnione ząbkowanie wywołuje zmiany ogólne ustroju.

Ażeby uzyskać odpowiedź na te pytania:

a) zbadał klinicznie szereg przypadków niewątpliwie stwierdzonego ujemnego wpływu pierwszego ząbkowania na ustrój dziecięcy,

b) starał się zapomocą badań bakterjologicznych dowieść znaczenie zakażenia dla sprawy ząbkowania,

c) wykazał przez zbadanie warunków embriologicznych możliwość zakażenia woreczka zębowego oraz stwierdził drogi tego zakażenia,

d) wykazał zmiany miejscowe podczas ząbkowania w roentgenogramach.

Biegunowo różne zapatrywania autorów w ciągu stuleci dzieli autor na trzy okresy: W pierwszym okresie badań sięgającym czasów starożytnych przyjmowano za pewnik, że ząbkowanie wpływa bezsprzecznie szkodliwie na ustrój dziecka. Zapatrywania te utrzymały się aż do końca XVIII wieku. W drugim okresie odrzucono całkowicie teorię chorobotwórczego oddziaływania pierwszego ząbkowania na organizm dziecięcy. W okresie trzecim, obejmującym ostatnie trzydziestolecie, zajęto w tej sprawie stanowisko pośrednie.

Z rysu historycznego wyodrębnił autor szereg poglądów a mianowicie:

1. że pierwsze ząbkowanie jako proces fizjologiczny nie wywołuje stanów patologicznych w ustroju dziecka;

2. że pierwsze ząbkowanie jest czynnikiem patogenetycznym dla ustroju dziecięcego;

3. że pierwsze ząbkowanie jest czynnikiem usposabiającym do szeregu schorzeń wieku dziecięcego;

4. że pierwszemu ząbkowaniu towarzyszyć mogą pewne objawy właściwe dla chorób gorączkowych lub intoksykacyj.

Obserwacje kliniczne autora obejmują szereg przypadków niezbicie stwierdzonego ujemnego wpływu ząbkowania mlecznego na ustrój dziecięcy. I tak łączy przyczynowo z zmian miejscowych: stany zapalne dziąseł i ropne zapalenie tkanek okołożębowych; z zmian ogólnych — niezbyt oskrzeli, zaburzenia przewodu pokarmowego, podniesienie ciepłoty ciała, pokrzywkę, zaburzenia nerwowe itp.

Autor stwierdził i udowodnił badaniami drobnowidowemi, że przyczyny wszystkich zaburzeń w przypadkach utrudnionego ząbkowania szukać

należy wyłącznie w procesach zapalnych woreczka i przestrzeni okołokoronowej zęba.

Poczynione badania bakterjologiczne miały na celu ustalić związek przyczynowy między florą bakteryjną jamy ustnej a możliwością zakażenia woreczka zębowego i tkanek okołozębowych. W tym celu zbadał autor kilkadziesiąt przypadków pochodzących z materiału Klinik Uniwersytetu Poznańskiego. Wyniki badań bakterjologicznych dadzą się streścić w następujących wnioskach:

1. W pierwszych godzinach życia pozapłodowego jama ustna jest jałowa.
2. Pierwszymi przedstawicielami flory bakteryjnej jamy ustnej osesków są gronkowce.
3. Flora bakteryjna jamy ustnej różniczkuje się i rozwija się bujnie w okresie pierwszego ząbkowania, umożliwiając w ten sposób zakażenie woreczka zębowego. Poza gronkowcami wyhodował autor paciorkowce ropotwórcze, typy hemolizujące itp.
4. Powikłania miejscowe i ogólne spotyka się najczęściej u dzieci słabowitych, źle żywionych, a zwłaszcza dziedzicznie obarczonych, co tłumaczy się zmniejszoną odpornością dzieci oraz zwiększoną zjadliwością bakterij chorobotwórczych w tych organizmach.
5. Flora bakteryjna jamy ustnej od czasu ząbkowania pozostaje niezmieniona.
6. Bakterje wyhodowane z ropy w przypadkach zakażenia woreczka zębów mądrości i mlecznych nie wykazują różnic jakościowych.

Na podstawie załączonych roentgenogramów stwierdza autor, że drogi zakażenia woreczka zębów mlecznych w szczególności, zębów mądrości i zatrzymanych w ogólności, szerzyć się mogą:

I. od strony jamy ustnej

- a) przez wtargnięcie bakterij przez makroskopowo nienaruszone tkanki miękkie pokrywające ząb,
- b) przez przenikanie drobnoustrojów drogą uszkodzonej tkanki do wnętrza przestrzeni okołokoronowej,
- c) przez przenikanie bakterij drogą listewki zębowej i tzw. gubernaculum dentis (Cassoute);

II. drogą przerzutową z innych narządów ustroju.

Sledzenie rozszerzania się procesu zakażenia woreczka zębowego umożliwił autor na rentgenogramach, pochodzących z przypadków utrudnionego ząbkowania zębów mądrości i zatrzymanych, ponieważ są one dla obserwacji najbardziej dostępne. Istota bowiem samego przebiegu ząbkowania przy mleczenem uzębieniu i przy zębach stałych nie wykazuje zasadniczych różnic.

Wkońcu autor zwraca uwagę, że powikłania miejscowe w jamie ustnej powstałe w następstwie utrudnionego ząbkowania, stać się mogą punktem wyjścia zmian chorobowych w odległych narządach, przeważnie u niemowląt słabowitych i chorowitych, ze zmniejszoną odpornością ustroju.

Zmiany chorobowe obserwowane w przebiegu utrudnionego ząbkowania powstają również niejednokrotnie na drodze odruchów nerwowych.

Pracę ilustrują liczne tablice i ryciny z zakresu badań bakterjologicznych i histopatologicznych oraz kilkadziesiąt roentgenogramów.

(Autoreferat).