

POLSKA STOMATOLOGJA

ORAZ

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

ROCZNIK: XVI Nr. 8.

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 ZRZESEŃ 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.

Dodatek: 1) Arpa Nr. 8.

2) Prof. Cieszyński: Projekt reformy studjów Ak. Stom.

3) Prof. Cieszyński: Jeszcze kilka słów w sprawie Akad. Stom.

IX. Międzynarodowy Kongres Dent. we Wiedniu od 2—9. Sierpnia 1936.
Ostatni Komunikat został rozestany indywidualnie.

T R E Ś Ć

Str.

- J. H a a r: Pasty do zębów i ich znaczenie higieniczne (zakończenie) 251
- A. C i e s z y ń s k i: Projekt Akad. Stom. w Warszawie reformy studjów w tejże uczelni w świetle ankiety międzynarodowej (jako osobny dodatek).
- A. C i e s z y ń s k i: Jeszcze w sprawie Akademji Stom. w Warszawie. Odpowiedź Prof. A. Cieszyńskiego na t. zw. „Sprostowanie“ Akad. Stom. z dnia 23. III. 1936. (jako osobny dodatek).
- L. L a k n e r: Wpływ pierwszego ząbkowania na ustrój dziecięcy. (streszczenie) 265
- M. R o y: Ropotok zębodołowy (zakończenie) 267
- Walne Zgromadzenie Związku Stom. Lwowskiej Izby Lek. 276
- Z kroniki szkół wyższych 280
- Dział sprawozdań i streszczeń . . 281
- Od Redakcji: W sprawie artykułu Akad. Stom.
- Komunikat Kongres. FDI—Wiedeń

S O M M A I R E :

P.

- J. H a a r: Pâtes dentifrices et leurs valeurs hygiéniques (Suite). . . 251
- A. C i e s z y ń s k i: Projet de l'Académie Stomat. à Warszawa concernant la réforme des études dentaires.
- A. C i e s z y ń s k i: Réponse à l'article de l'Académie Stomatol.
- M. R o y: Pyorrhée alvéolaire (Résumé — Fin). 267
- Nouvelles professionnelles. Société Stomatologique à Lwów . . . 276
- Renseignements universitaires . . 280
- Revue critique 281
- Congrès Int. dent. à Vienne . . .

I N H A L T: Originalartikel: J. Haar: Die Zahnpasten und ihre hygienische Bedeutung — Als Beilage: Prof. Cieszyński: Zur Reform der zahnärztlichen Studien. Vorschläge der Stomatolog. Akademie in Warszawa im Lichte der internationalen Rundfrage. — Beilage II. Prof. Cieszyński: Noch einige Worte zum Artikel der Stomat. Akademie v. 23/III 1936.

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.

„ARPA” Nr. 8.

Tom I

Organ Polskiego Zespołu ARPA

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

Prof. Dr. Maurice Roy (Paryż).

La pyorrhée alvéolaire — Ropotok zębodołowyJ. B. Baillièrre et Fils, 1935. Str. 344. — Streszczenie treści od str. 246—344 oraz uwagi referenta *Dr. Pietrzyckiego*. Lwów (Dokończenie).**OBJAWY I ROZPOZNANIE.**

Jednym ze stałych objawów zwracających uwagę chorego jest ból, który z początku nieznaczny może stać się bardzo gwałtownym i rozlanym, przybierając wkońcu charakter neuralgiczny, co może przy pozornie dobrym stanie zęba prowadzić łatwo do błędów rozpoznawczych. Charakterystycznym jest to, że chory w początkach schorzenia prawie zawsze może dokładnie określić miejsce i wskazać ząb będący przyczyną przypadłości. Początek jest dość nagły, chory pewnego dnia zauważyła wielką wrażliwość zęba na zimno dotychczas niewrażliwego. Bóle te występują w początkach w czasie jedzenia, przy zmianie temperatury, poczem wrażliwość ta zaczyna się zwiększać a po kilku dniach lub tygodniach przybierać charakter bólów promieniujących w całej połowie twarzy, przyczem chory traci poczucie umiejscowienia. Bóle zaczynają występować w dzień i w nocy, bez względu na pobierane pokarmy a zęby wykazują mniejszą lub większą wrażliwość. Przy przeglądzie jamy ustnej nie stwierdza się niczego osobliwszego, zwłaszcza gdy obumarcie miazgi nie było całkowite lub, gdy ząb nie wykazuje szarego zabarwienia charakterystycznego dla zgorzeli miazgi. Opukiwanie zęba może oddać w takich wypadkach bardzo wielkie usługi, należy jednak wykonać to bardzo dokładnie i oceniać na podstawie porównania z różnymi zębami sąsiednimi i drugiej strony danej szczęki. Należy uwzględnić wyniki opukiwania pionowego i poziomego w kierunku radialnym. W początkowym okresie zapalenia miazgi opuk pionowy nie daje żadnej różnicy między zębami, — jednak opukiwanie poziome korony pozwoli odkryć pewne różnice. Przy opukiwaniu pionowym wstrząs odczuty jest przez szczyt zęba i powięź promieniste korzenia i dlatego jeżeli te okolice nie są uszkodzone opukiwanie zęba nie wywoła żadnego czucia bolesnego. Przy opukiwaniu poprzecznym więzadła nie są wystawione na działanie wstrząsu ale wstrząs nadany zębowi udzieli się bardzo wyraźnie miazdze zęba. Jeżeli ta jest zdrowa ząb nie odczuje żadnego bólu w przeciwnym wypadku ujawni się wrażliwość, którą chory będzie mógł bardzo dokładnie rozpoznać przy opukiwaniu porównawczem zębów sąsiednich. W przypadkach, kiedy uszkodzenie miazgi jest znaczniejsze np. w zapaleniu miazgi wstecznem można zauważyć, że pod względem wrażliwości opukiwanie podłużne i poprzeczne nie ustępują sobie. Zęby chore są nadzwyczaj wrażliwe na zimno, do wykrycia czego nadaje się bardzo dobrze chlorek etylu. W badaniu wrażliwości miazgi dobre usługi oddaje prąd elektryczny.

LECZENIE.

Leczenie stanów zapalnych ropotokowych nie opiera się jak to bardzo często się praktykuje, na usuwaniu zęba chorego. Rozwiercenie zęba, usunięcie miazgi powoduje natychmiastowe ustąpienie bólów, nieraz bardzo dotkliwych dla chorego. Również i rozchwywanie, towarzyszące bardzo często chorym zębom, ustępuje szybko. Zęby takie po przeprowadzonym odkażeniu komory i kanałów korzeniowych i wypełnieniu prawidłowym mogą oddać usługi choremu przez długie lata. W przypadkach zapalenia (postępującego od otworu szczytowego) należy wykonać amputację abnarzonego korzenia o czym już poprzednio wspomniano.

SRODKI LEKARSKIE BĘDĄCE W UŻYCIU.

Istnieje wielka różnorodność środków, które można stosować w tym celu a wszystkie one należą do kategorii mniej lub więcej silnych kaustyków jak na przykład: kwas mlekowy, chromowy, siarkowy, chlorek cynkowy i t. p. Wszystkie te środki używane rozsądnie, a więc po chirurgicznym oczyszczeniu kieszonek, mogą być uważane jako czynniki sprzyjające. Z pośród wszystkich pierwszeństwo należy jednak oddać chlorkowi cynku z powodu jego własności sklerozującej i sprzyjającej tworzeniu się tkanki włóknistej.

Autor używa 10% roztworu chlorku cynku, którym nie przemywa kieszonek, ale zakłada do nich knociki z waty napojone tym roztworem. Smak chlorku cynku jest wybitnie ściągający i nieprzyjemny, ale szybko przechodzący. Knocik pozostawia się w kieszonce przez kilka minut, poczem po jego wyjęciu przemywa się kieszonkę wodą. Hulin zaleca stosowanie zastrzyków sklerozujących o składzie Rp.

Chinini hydrochlor. basici	2,
Urethani	18,
Methyleni coerul.	0,25
aquae dest ad.	100,
Div. in 100 ampul. tyndalis.	60°

Tę mieszaninę zastrzykuje Hulin w ścianę błony śluzowej kieszonki, albo poniżej kieszonki, przyczem technika zastrzyku polega na tem, że zastrzykuje w kilku miejscach po kilka kropel zaledwie a nie infiltruje tkanki w całości (en bloc), jak się to praktykuje przy znieczulaniu miejscowem. Zastrzyki te są wrażliwe i niekiedy kończą się odczynem dość gwałtownym i dlatego Hulin doradza zbadać uprzednio chorego na jego wrażliwość, zastrzykując mu pierwszy raz jedynie jedną kroplę.

USUWANIE KIESZONKI.

Po przeprowadzeniu leczenia jak to powyżej przedstawiono, ropienie zupełnie ustaje, dziąsło bliznowacieje i obniża się mniej lub więcej, obnażając korzeń, który jest otoczony dziąsłem zdrowym, niezapalnym. W przypadkach gdy kieszonki nie są zbyt głębokie, zabiegi takie wystarczają. W przeciwnym razie kieszonki się utrzymują, ale się przeobrażają w zagłębienia potencjonalnie zupełnie zdrowe, niezawierające kamienia, bez wybujałości gąbczastych, bez śladu ropienia. Wyzdrowienie jest osiągnięte, ale jak doświadczenie nas poucza, może nastąpić reinfekcja, co bywa często, i to jest powodem, że dążymy do zapewnienia wyleczenia trwałego. Należy uzupełnić wyskrobanie kieszonki przez jej usunięcie i (wszystkiego tego czego na drodze wyskrobania nie usunięto. Niszcząc

kieszonkę należy usunąć całą ścianę dziąsłową, oszczędzając części więzadeł zdrowe i dążyć do wytworzenia nowej szyjki dziąsłowej zęba w postaci pierścienia włóknistego jak najbardziej ściślejszego. Pierścień ten zabezpieczy zębowi: 1. maksimum spoistości dającej się połączyć z utratą zębodołu spowodowanego przez schorzenie ropotokowe, 2. Lepsze warunki obronne przeciwko możliwym nawrotom, jeżeli higiena będzie przestrzegana. Do uzyskania tych wyników autor stosuje pewną ilość kauteryzacji, zamiast bezpośredniego wycinania ściany dziąsłowej nożem lub kauterem.

Zbadawszy dokładnie zgłębnikiem położenie i rozciągłość kieszonki dookoła zęba, bierze się igłę galwano-kauterową bardzo cienką i dość długą i rozżarzając ją do koloru żywo czerwonego, nakłuwą się nią kolejno szybko ścianę dziąsłową, równoległe do osi korzenia, kierując się przy zagłębianiu igłą czuciem większego lub mniejszego oporu tkanki, która pozwala na przejście w głąb kieszonki mniej lub więcej łatwo. Przyżegnięcie niszczy pewną część utkania w ścianie dziąsłowej, zależnie od głębokości nakłucia i trwania stosowanego przeżegania. Do zupełnego zbliznowacenia ściany dziąsłowej potrzeba 3—4 tygodni. Jako wynik uzyskuje się cofnięcie dziąsła pionowe i okrężne, co prowadzi ostatecznie do zaniku kieszonki i wytworzenia się dookoła korzenia zęba pierścienia włóknistego, co stanowi okoliczność bardzo wielkiej wagi.

Leczenie chirurgiczne (La Gingivectomy). Niektórzy autorowie zalecają leczenie, które polega na odcięciu nożem całej ścianki dziąsłowej kieszonki od strony językowej, przedsionkowej, otwierając temsamem całkowicie całą kieszonkę i odsłaniając brzeg zębodołu. Następnie zeszkrobuje się odsłonięte ściany korzeni zębowych, oraz brzegi zębodołu, które się wyrównuje, poczem łączy się płat przedsionkowy i językowy dziąsła szwem na poziomie przestrzeni międzyzębowych. Zagojenie następuje w przeciągu 8 dni. Postępowanie to jest, według autora, bardzo pociągające, przedstawia jednak pewną ilość poważnych niedogodności. Przedewszystkiem jeżeli może oddać dobre usługi w przypadkach rozległych kieszzonek, to postępowanie wydaje się zbyt radykalnem w przypadkach, gdy mamy do czynienia z kieszonkami przeciętnej wielkości i niewielkiej rozległości. Nierówna głębokość tych kieszzonek w rozmaitych miejscach tejsamej jamy ustnej nastęrcza poważne zastrzeżenia co do wyżej wspomnianego postępowania. Z drugiej strony odsłaniając brzeg zębodołu przeprowadza się jego skrobanie, a przecież brzeg zębodołu nie jest obumarły. Dla leczenia niepotrzebne jest skrobanie a wystarczy usunąć przyczynę zapalenia. W leczeniu ropotoku nasze wysiłki powinny być skierowane przedewszystkiem w kierunku zachowania najdrobniejszej pozostałej cząstki kości zębodołowej, gdyż utrzymanie zębów jest nie do pomyślenia, gdy nie starczy dostatecznie rozległych, niezaniakłych części zębodołu. Zwolennicy leczenia na drodze krwawej usiłują argumentować, że spotyka się wybujalności dookoła brzegów zębodołowych. Wybujalności tych jednak nie można porównywać z temi, jakie spotyka się na powierzchni martiaków. Aby więc je usunąć nie potrzeba odsłaniać brzegu zębodołu, a wystarczy wyskrobać kieszonkę i usunąć ją w sposób jak to wyżej opisano, przez nakłucie żegadłem. Zapalenie wtedy ustępuje a z niem znikają wybujalności gąbczaste, przy równoczesnem rozwijaniu się procesów stwardnienia bliznowaciejącego w ścianie kieszonki. Cały ten proces reparacyjny dokonywuje się bez najmniejszego zniszczenia części brzegu zębodołowego, od którego stanu zawisłe jest życie zęba. Twory gąbczaste są niczem innem, jak wybujalnościami

łącnotkankowemi, które posłużyć mogą do konsolidacji zęba odpowiednio leczonego. Z powyższych rozważań wynika, że postępowanie chirurgiczne może mieć zastosowanie w zakresie ograniczonym, to jest w przypadkach ropotoku z bardzo rozległymi i głębokimi kieszonkami, ale naturalnie bez naruszenia brzegów zębodołowych.

COFNIĘCIE SIĘ DZIAŚŁA (RETRACTION GINGIVALE).

W następstwie zaniku kieszonek przychodzi do odsłonięcia korzenia zęba, co może się wydawać czemś niezwykłym dla tych, którzy są mało obznajomieni z racjonalnem leczeniem ropotoku. Cofnięcie się dziąsła nie jest objawem nlekorzystnym, przeciwnie pożądanym do uzyskania trwałego wyleczenia. Chociaż bowiem można przez leczenie kieszonki doprowadzić do ustąpienia ropienia, ale pozostaje poza granicami możliwości ponowne przyczepienie się więzadeł dziąsłowych do cementu korzeniowego. Stoi się więc przed zagadnieniem, albo pozostawić kieszonkę nawet wyleczoną, lecz wystawioną na możliwość nawrotu, przed czem nie może zabezpieczyć nawet stosowanie najbardziej surowej higieny, albo usunąć kieszonkę, nawet za cenę cofnięcia się dziąsła. Bez wahania należy wybrać drugą ewentualność, ponieważ ona pozwala stworzyć dla zęba lepsze warunki anatomiczne i uniknąć możliwych nawrotów w przyszłości.

Należy wyjaśnić choremu, że określenie obnażenie zęba i rozchwianie to określenia zupełnie różne. Chorzy muszą wiedzieć, że zęby odsłonięte, ale zdrowe, dają najlepszą gwarancję na przyszłość a ząb pozornie zdrowy, ale głęboko nadwątlony, chwiejący się staje się z dniem każdym słabszym i trudniejszym do utrzymania.

ROPIENIE — SZCZEPIONKI.

Badanie bakterjologiczne ropy z kieszonki ropotokowej wykazuje zazwyczaj dość wielką ilość drobnoustrojów, pomiędzy którymi różni autorowie dopatrują się czynników specyficznych w powstawaniu ropotoku. W myśl tego, niektórzy autorowie zaczęli stosować pewne specyfiki jako to emetyny, czyniąc zadość teorii amebowej, lub arsenobenzolu stosownie do teorii o wrzeczionowcach i krętkach. Podobnie jak teoria infekcyjna wysuwana przez niektórych autorów jako przyczyna pierwotna ropotoku, taksamo i teoria specyficznych drobnoustrojów w postaci ameb, krętków i t. p. nie da się utrzymać. Zwyczajne wyskrobanie kieszonki, jeżeli było dokładne, wystarcza najzupełniej, by ropienie ustąpiło a przeciwnie żadne lekarstwo, ani szczepionka nie usunie całkowicie ropienia, gdy się je wyłącznie zastosuje, bez wyskrobania kieszonki. Nic więc dziwnego, że ci wszyscy, którzy zalecają stosowanie środków specyficznych, dodają, że należy przy tem przeprowadzać wyskrobanie... Jeżeli się usunie samą przy czynną zakażenia t. j. kamień korzeniowy i składy organiczne, jeżeli się uzdrowi ścianę włóknisto-śluzówkową kieszonki ropotokowej, ropienie, które powstało z tych przyczyn, znika samo przez się, bez jakiegokolwiek innej interwencji.

LECZENIE ZABURZEŃ STATYCZNYCH.

Zaburzenia wynikające z zerwania odporności stawowej zęba posiadają bardzo wielkie znaczenie dla szybkiego rozwoju ropotoku. Zerwanie odporności stawowej zębów jest zawsze uwarunkowane złemi warunkami zgryzu. Ukazuje się ono w momencie, gdy w grę wchodzi zanik zębodołu starczy, zwłaszcza przy objawach zapalnych i obecności kieszonek dziąsłowych, które, współdziałając

ze zmniejszeniem wysokości brzęgu zębodołu, prowadzą do rozluźnienia odporności wszystkich elementów ożebnej.

Autor rozróżnia 2 rodzaje ruchów: 1. bierne, które wykonuje szczeka przy pustej jamie ustnej i 2. czynne, które wykonuje przy akcji żucia pokarmów.

Z powodu zmniejszonej wytrzymałości i często towarzyszącej temu wrażliwości zęba ujawnia się przede wszystkim obniżenie jego sprawności przy akcji żucia, co wyrządza szkodę samoistnemu mechanicznemu oczyszczaniu zęba i normalnemu krążeniu krwi w zakresie dziąsła, zębodołu i korzenia. Nadtto urazy stale działające na ząb nawet przy wykonywaniu zwyczajnych ruchów biernych, mogą wywołać stany przekrwienia zapalnego w zakresie więzadeł korzeniowych. Reasumując, można wypowiedzieć zasadę, że u osób dotkniętych ropotokiem, uzębienie powinno odpowiadać szczególnie warunkom równowagi zgryzowej, i wobec tego należy starać się ile możliwości o zabezpieczenie zębów przed wszelkimi nienormalnymi urazami.

LECZENIE PRZEZ WYRÓWNANIE ZGRYZU.

Poza uzupełnieniem protetycznym, które może się okazać potrzebnym w leczeniu zaburzeń zgryzu, stosuje się w celach leczniczych tocenie zębów. Do zeszlifowania zęba uciekamy się często w przypadkach, gdy ząb na ucisk staje się wrażliwy a pacjent zaczyna się uskarżać na tę wrażliwość. Zapoznaje się jednak zarówno ważność tego objawu jak i warunki zgryzu szeregu zębowego. Czynnikiem bólu jest tylko jednym szczególnym objawem i jeżeli odpadnie z powodu rzeczywistej niewrażliwości, lub też z powodu przyzwyczajenia się chorego do dolegliwości, ząb wystawiony na uraz nie przestaje przez to doznawać mniejszej szkody. Dlatego w każdym przypadku, w którym stwierdzamy zaburzenie równowagi zgryzowej, należy stworzyć w szeregu zębowym nowe wyrównanie zgryzowe, możliwie najdokładniejsze przy jakimkolwiek ruchu czynnym szczęki dolnej, i to w ten sposób, by zawsze przy każdym ruchu, jeden trzonowiec i jeden przedtrzonowiec każdej szczęki stykał się ze swym przeciwstawnikiem, posiadając przystosowanie do uderzeń pionowych. W tym celu należy badać warunki równowagi zgryzowej szeregu zębowego w różnych pozycjach szczęki dolnej, posługując się papierem do zgryzu. Ten polecamy pacjentowi zgryźć domykając i wysuwając szczękę dolną ku przodowi (en propulsion) t. j. siekaczami prostopadle do siebie, poczem toczydem karburundowem odpowiedniego kształtu wyrównujemy kolejno wszystkie punkty zębów, znaczone przez papier w górnej i w dolnej szczęce, aż uzyska się wynik pożądany, to jest kontakt przedtrzonowców i trzonowców obu szczęk przy zgryzie pionowym siekaczy. Uzyskawszy to przystępujemy do osiągnięcia tego samego wyniku przy cofnięciu szczęki dolnej (en diduction), co się daje bardzo łatwo uskutecznić, gdy się utoczyło zęby dla ruchów wysuwalnych (propulsywnych), jeżeli leczenie dobrze przeprowadzono to chory, niezależnie od tego jakie będzie wykonywał ruchy szczęk, domykanie zwykle, wysuwanie lub cofanie dolnej szczęki, będzie mógł rozcierać swemi zębami bez najmniejszego zahaczenia jednego zęba o drugi, a temsamem nie stwarzając szkodliwych urazów. Toczenie powinno wykonywać się ręką pewną, przy użyciu dostatecznej szybkości obrotowej i ka mieniem, który dobrze zbiera i nie grzeje, stosując bardzo częste, krótkie przerwy. Bolesność tego zabiegu jest wtedy znośna, zwłaszcza, że zęby u ludzi dotkniętych ropotokiem wykazują na ogół przewapnienie (hypercalcificatio). Zęby

rozchwiane należy w czasie pilnowania unieruchamiać, a w wypadkach wielkiego rozchwiania stosować ligaturę. Po zabiegu pacjent odczuwa pewne niemiłe sensacje przy żuciu, co trwa 1—2 dni, do czego się jednak łatwo przyzwyczaja, wyczuwając poprawę przy akcji żucia.

WPLYW USUNIĘCIA MIAZGI ZĘBOWEJ NA POSTĘP SCHORZENIA ROPOTKOWEGO.

Opierając się na przypuszczeniach teoretycznych, że pulpectomia ma korzystnie wpływać na stan krążenia w więzadle korzeniowym i powodować lepsze jego odżywianie, zaczęto stosować ją jako środek przeciwko schorzeniom ropotokowym. Autor na podstawie poczynionych obserwacji nie podziela tego zapatrywania i wypowiada się w tej sprawie w następujący sposób: 1. O ile ząb został pozbawiony miazgi w okresie przed ujawnieniem się zmian ropotokowych, to ząb taki wykazuje wielką odporność przeciwko schorzeniom ropotokowym. 2. Pozbawienie zęba miazgi w okresie, w którym zmiany ropotokowe już istniały, nie ma żadnego wpływu na dalszy rozwój tego schorzenia.

NADŻERKI KLINOWE (*Les érosions cunéiformes*).

Autor uważa, że aczkolwiek nadżerki klinowe nie są wywołane procesem ropotokowym należy pomieścić je pomiędzy powikłaniami tego schorzenia ponieważ spotyka się je wyłącznie u osób dotkniętych schorzeniem ropotokowym. Ubytki te o rozmaitej głębokości, również powierzchni regularnej, wypolerowanej spotyka się przeważnie na zębach przednich zarówno górnych jak i dolnych w formie bruzd poziomo ułożonych głównie kosztem korzenia.

Autor uważa te ubytki jako twory pochodzenia czysto mechanicznego, spotykane wyłącznie u osób, które szczotkują swe zęby i używają przy tem past lub proszków lub innych podobnych środków. Z chwilą zaprzestania używania tych środków ubytki te zatrzymują się w swym rozwoju. Leczenie tego rodzaju ubytków polega na zaniechaniu wszelkich proszków, past mydeł itp. a następnie na stosowaniu codziennem szczotkowania zębów i działąseł, przy czem należy do tego celu szczotek twardych i zimnej wody.

UWAGI OGÓLNE.

WAŻNOŚĆ PRZYCZYN MIEJSCOWYCH I ICH ZAPOBIEGANIE.

Chcąc działać zapobiegawczo należy pamiętać, że ropotok sprowadzony do swych przyczyn ogólnych po usunięciu wszystkich dodatkowych przyczyn miejscowych, wykazuje nadzwyczaj wolne postępy w swym rozwoju i w tych warunkach zęby mogą pozostać przez długie lata w stanie zdrowia i tężyzny.

Pomiędzy przyczynami miejscowymi, które wymagają szczególnie naszego zapobiegania zajmują pierwsze miejsce sprawy chorobowe działąseł i wszystkie ich powikłania, następnie czynniki natury mechanicznej i statycznej, które mogą bardzo poważnie sprzyjać i spotęgować początkowy zanik z przyczyn ogólnych. Nie należy zapominać, że utrata jednego zęba w młodości po upływie 20 i 30 lat w pewnym momencie może stać się przyczyną wyzwalającą rozwój ropotoku, który z biegiem czasu objąć może wszystkie zęby. René Métrot uczeń autora ujął te zagadnienia w następujące twierdzenia: Celem zapobiegania ropotokowi nie należy zęba uwzględniać jako coś wyłączonego z łuku zębowego, przeciwnie winien być rozważany ze stanowiska statycznego

jako element należący i tworzący całość szeregu zębowego. Każde naruszenie całości lub równowagi normalnej szeregu zębowego staje się czynnikiem sprzyjającym dla rozwinięcia się ropotoku.

1. Jakikolwiek byłyby poglądy na etiologję ropotoku zębodołowego to jednak jest pewne, że przyczyny miejscowe odgrywają poważną rolę w rozwoju tego schorzenia.

2. Przyczyny miejscowe można podzielić na: *a)* patologiczne, *b)* mechaniczne i *c)* statyczne.

3. Profilaktyka (zapobieganie) przed przyczynami patologicznymi opiera się zasadniczo na szczotkowaniu codziennem dziąseł w jego wszystkich częściach, używając do tego celu szczoteczki twardej i zimnej wody.

4. Profilaktyka przed przyczynami mechanicznymi polega na:

- a)* dokładnem wyleczeniu zębów dotkniętych próchnicą,
- b)* na wypełnieniu nie wystającym,
- c)* oszczędzaniu możliwie największem szyjek zębowych przy stosowaniu aparatów protetycznych.

5. Profilaktyka przed przyczynami statycznymi wymaga:

- a)* zębolecznictwa zachowawczego, celem uniknięcia przedwczesnego usuwania zębów mlecznych jak również i stałych;
- b)* regulacji zębów u dzieci, aby uzyskać prawidłowe szeregi zgryzowe;
- c)* przestrzegania równowagi zgryzowej zwłaszcza w początkach schorzenia ropotokowego;
- d)* uzupełnienia brakujących zębów drogą protetyczną przy szczególnem uwzględnieniu mostków.

6. Okolica dziąsłowo-szyjkowa zębów powinna być przedmiotem systematycznego badania co pewien czas u każdego osobnika niezależnie od tego czy ten przestrzega higieny jamy ustnej czy nie, by móc wyśledzić i leczyć pierwsze początkowe objawy ropotokowe.

UWAGI REFERENTA.

Przedstawione powyżej w streszczeniu spostrzeżenia i poglądy prof. dra Roy'a na istotę, warunki powstawania, przebieg i postępowanie lecznicze w schorzeniu ropotokowym, zasługują na szczegółową uwagę i budzić muszą żywsze zainteresowanie przedewszystkiem dlatego, że autor prostolinijnie i przy pomocy przekonywujących argumentacji wnika z nieubłaganą konsekwencją w istotę tego schorzenia. Należy też przyznać, że chociaż zapatrywania autora pod względem teoretycznym mogą budzić pewne zastrzeżenia, to jednak schorzenie ropotokowe nabiera w jego opracowaniu całkowitego wykończonego wyglądu i jednolitej całości tak pod względem teoretycznych rozważań jak i konsekwentnych zaleceń leczniczych. Optymizm jaki cechuje autora w całej pracy w stosunku do ostatecznego opanowania leczniczego tego schorzenia budzić musi w czytelniku uczucia prawdziwej sympatii dla jego długoletnich wysiłków naukowych i pozytywnych wyników leczniczych.

Autor przechodząc z kolei do omówienia natury i patogenezy ropotoku przyjmuje, że w powstawaniu i rozwoju ropotoku czynnik ogólnej natury (cause generale) jest nieodzowny. Czynnikiem tym jest „zanik kości zębodołu przedwczesnie zestarzałego“ (resorption alveolaire sénile précocose) str. 75. Te zmiany wynikłe z przedwczesnego starzenia się stanowią według autora pierwotne uszkodzenie kości zębodołowej i są wyrazem stanu ogólnego danej jednostki, pewnej właściwości konstytucjonalnej. Cały dalszy rozwój zaburzeń o mniej lub większym nasileniu objawów chorobowych jakie występują w przebiegu ropotoku zębodołowego jest zależny od istniejących już poprzednio współczynników pochodzenia ogólnego i miejscowego.

Przejęte przez autora pojęcie starzenia się jako czynnika zasadniczego i pierwotnego w schorzeniu ropotokowym budzić musi pewne refleksje co do słuszności użycia takiego określenia, a to z następujących powodów: przez określenie „starzenie się“ rozumie się taki stan fizjologiczny organizmu, kiedy ten z biegiem życia wykazuje takie objawy jak zwolnienie przemiany materji, procesów utleniania, obniżenie sprawności czynnościowej, zanik ciała. Poszczególne elementy komórkowe wchodzące w skład tkanek, narządów organizmu, mogą wykazywać podobne stany. Aczkolwiek istota starzenia się nie jest całkowicie wyjaśniona, pozostawiając na boku mistykę witalistyczną, należy przyjąć, że życie komórki zawisłe jest nie tylko od warunków zewnętrznych, ale również od biochemicznego współdziałania części składowych zarodki komórkowej. W życiowych przejawach komórki stosunek procesów katabolicznych i anabolicznych wyraża się szeregiem stanów nieodwracalnych w myśl praw stopniowej ewolucji. Połączenia chemiczne bardzo chwiejne, które zato posiadają ogromne zasoby energii życiowej, uwalniają ją, przechodząc w toku procesów życiowych w związki coraz to stałsze, ale uboższe w zasoby energii życiowej, by w końcu przejść w związki dla życia komórki nieużyteczne. Wydalenie tych odpadków z wielkiego laboratorium chemicznego, jakie stanowi żywa zarodki komórki odbywa się ustawicznie przez cały przebieg jej życia, zależnie od warunków osmotycznych środowiska w jakim się znajduje.

Wydalenie to nie odbywa się jednak bez reszty a zalegające z biegiem czasu w komórce uboczne i końcowe produkty przemiany materji prowadzą zwolna do stanu zagęszczenia zarodki. Zagęszczenie to równoznaczne z ubożeniem zarodki w wodę pozbawia komórkę niezbędnego rozczynnika dla procesów dysocjacyjnych i reakcyj chemicznych jakim jest woda. Komórka zaczyna się starzeć.

Na sprawność życiową i czynnościową komórki wpływa również w wielkiej mierze stan środowiska w jakim się znajduje, to jest skład soków ustrojowych, które w pewnych wypadkach zatrucia, wadliwej przemiany materji mogą spowodować uszkodzenie zarodki komórki przez wadliwe rozmieszczenie koloidów zarodki, zaburzenie równowagi jonowej, zahamowanie procesów zaczynowych itp. aż do uszkodzenia podstawowych właściwości żywej zarodki czego wyrazem są zwyrodnienia rozmaitego rodzaju a w końcu śmierć komórki.

Jeżeli chodzi o komórki kostne to te mają wybitne piętno histologiczne. Energia ich zużyta zostaje w pewnym specjalnym kierunku, tracąc inne zdol-

ności jak np. dzielenia się. Kość, jako produkt komórek kostnych i im pokrewnych, posiada własność utrwalania stanu istniejącego, bez względu na dalszy stan komórki macierzystej. Na zmiany w kości wytworzonej wpływać mogą przede wszystkim soki ustrojowe ze względu na możliwość większego nasycenia ich jonami wodorowemi, oraz elementy komórkowe o własnościach osteolitycznych. Zmiany więc jakie można obserwować na kościach w postaci zaniku substancji kostnej są raczej wyrazem rozpuszczenia kości, z którym to zjawiskiem można się często spotkać przy schorzeniach takich jak gruźlica, kiła, promienica, nowotwory (granuloma apicale), tętniaki, zaburzenia wewnętrznego wydzielania. Rozpuszczanie się tkanki kostnej w przewlekłych stanach zapalnych toczących się w kości lub w jej sąsiedztwie wytłumaczyć można łatwo tą okolicznością, że w stanach zapalnych, w których procesy utleniania odbywają się żywiej, tkanki wykazują odczyn kwaśny to jest przewagę jonów wodorowych nad jonami wodorotlenowemi. W takim środowisku kwaśnym tkanka kostna będzie okazywać skłonność do utracania swych soli wapniowych, niezależnie od działania rozpuszczającego pewnych elementów komórkowych krwi występujących w przebiegu procesu zapalnego.

W całym zjawisku zanikania kości zębodołowej, kluczem do wytłumaczenia istoty tego procesu jest sama kość zębodołowa, jej właściwa budowa anatomiczna, odmienna od innych kości, jej wyjątkowe pochodzenie rozwojowe, najściślejsza zależność funkcyjna z drugim tworem kostnym tj. zębem, szeroko rozpiętość skali jej grubości w rozmaitych częściach zębodołu, wyjątkowe położenie topograficzne kości zębodołowej i mnogość stanów zapalnych rozmaitego pochodzenia jakie przychodzą do skutku w obrębie dziąseł. Tem można tłumaczyć tę wielką różnorodność postaci klinicznych ropotoku zębodołowego jak: często spotykane rozpuszczenie przedniej blaszki zębodołu u osobników wczesnej młodości (z powodu cienkości tej blaszki), rozpuszczenie jednej ściany przegrody przy zachowaniu innych w stanie normalnym (będące w związku ze stanem zapalnym brodawki dziąsłowej w następstwie próchnicy szyjkowej aproksymalnej), obnażenie tak często spotykane u korzenia podniebiennego trzonowców z powodu zbyt rozstawnego ustawienia tego korzenia i cienkiej blaszki kości zębodołowej, zanik zębodołu w części krawędziowej po usunięciu zęba (jako wyraz braku funkcji), głębokie obnażenie korzenia zęba (jako następstwo wytworzenia się kieszonki dziąsłowej powikłanej z przewlekłym zapalnym jej ścian i dna).

Przy zmianie uzębienia mlecznego na stałe wyrostek zębodołowy służący za oprawę kostną zębów mlecznych ulega zanikowi to jest rozpuszczeniu a zęby stałe wyrzynając się otrzymują nową oprawę kostną a trudno tłumaczyć zanik oprawy kostnej zębów mlecznych jako wyraz zestarzenia się przedwczesnego kości zębodołowej.

Takie czy inne tłumaczenie powstawania pierwotnych zmian w kości zębodołowej w schorzeniu ropotokowym nie zmieni metod, jakie autor stosuje w postępowaniu leczniczym, które jasnością i prostotą przekonuje praktyka o słuszności zalecanego leczenia a chorego w krótkim czasie zjednywa dla nowo przez autora wprowadzonej higieny uzębienia.

Dr. Ignacy Pietrzycki (Lwów).

Walne Zgromadzenie Związku Stomatologów lwowskiej Izby Lekarskiej.

W dniu 25. IV 1936 odbyło się doroczne Walne Zgromadzenie Związku na którym w imieniu Wydziału przedstawił prezes prof. Dr. A. Cieszyński, następujące sprawozdanie, za rok 1935/36.

W roku sprawozdawczym kontynuowano pracę w Związku w dwóch kierunkach: a) sprawy zawodowe, b) sprawy naukowe.

1. W dziale spraw zawodowych wyłoniły się kwestje stosunku naszego do Akademii Stomatologicznej, ochrona tytułu „stomatolog“ i unifikacja studjów. Idąc po linii uchwał I. Zjazdu Stomatologów i postanowień Zrzeszenia Docentów Stomatologii, dążymy do unifikacji studjów stomatologicznych w Polsce i uzyskaliśmy w tej mierze poparcie wszystkich największych i najpoważniejszych organizacyj, związków i przedstawicielstw lekarskich.

W sprawie samowolnego nadawania absolwentom A. S. tytułu „lekarz stomatolog“ musieliśmy zająć stanowisko zdecydowanie negatywne:

a) Przedewszystkiem ponieważ tytuł „stomatolog“ oznacza lekarza, względnie doktora wszech nauk lekarskich, który po osiągnięciu dyplomu lekarskiego wyspecjalizował się w chorobach ust i zębów i musi być analogicznie traktowany i chroniony, jak tytuł „laryngolog“, „neurolog“, „urolog“ itp.;

b) Po drugie ponieważ nadawanie tytułu „stomatolog“ uczniom A. S. wprowadza pod wieloma względami publiczność w błąd.

Z tych założeń wychodząc zaprotestowaliśmy przeciw uchwale grona profesorskiego A. S. niezatwierdzonej przez Ministerstwo i uzyskaliśmy solidarne poparcie Zw. L. P. P.

2. W sprawie techników dentystycznych wniósł Zw. L. P. P. w roku sprawozdawczym, za naszą inicjatywą memoriał do Ministerstwa Opieki Społecznej w kwestji nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej. Poza tem ingerowaliśmy w pojedynczych wypadkach stwierdzonych nadużyć tytułów i uprawnień, w instytucjach społecznych i magistracie.

Aktualną w r. b. była sprawa kursów dla techników dentystycznych. Istniały bowiem zamierzenia stworzenia szkół dla „protetyków dentystycznych“. W tej sprawie wydano cały szereg opinii i przeprowadzono dłuższą korespondencję między poszczególnymi zainteresowanymi związkami, A. S. i Ministerstwem W. R. O. P. — my zaś współdziałaliśmy z Radą Centralną. Ostatecznie sprawa ta straciła chwilowo na aktualności, nie może jednak być spuszczałą z oka, nie ulega bowiem kwestji, że idzie ona po linii chęci i interesów techników dentystycznych, którzy nie pomijają żadnej sposobności by zdobyć dla siebie coraz więcej uprawnień. Nie możemy nie dodać w tem miejscu, że znaleźli się (w Warszawie) dość niesumienni i niesolidarni koledzy, którzy chyba tylko dla osobistych korzyści materialnych, sprawę szkół dla techników dentystycznych popierali w rozmaity sposób.

3. Na terenie międzyzwiązkowym utrzymujemy stały i nieprzerwany kontakt z Radą Centralną i stwierdzamy tu współpracę pełną wzajemnego zrozumienia i najlepszych chęci. Ostatnio mieliśmy do zapoinjowanie, przysłane nam przez Radę Centralną: 1. projekt ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych, i 2. kodeks deontologii

lekarsko-dentystycznej. Wyloniona przez Wydział komisja rozpatrzyła oba projekty i w myśl dawniej już zapadłej uchwały, zaproponowaliśmy w projekcie ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych zasadniczy punkt opiewający, że do Izb tych nie będą należeli doktorzy medycyny, względnie lekarze, należący mocą swego dyplomu do Izb lekarskich; jeżeli zaś chodzi o kodeks deontologii, to i tu zaproponowaliśmy szereg zmian, m. i. zastrzeżenie, że doktorzy medycyny, wzgl. lekarze, podlegają tylko jurysdykcji Izb lekarskich, ze względu na to, że mają obowiązek należenia do tych Izb.

4. Skontrolowawszy wszystkie możliwe kalkulacje i uwzględnivszy koszty utrzymania ordynacji, ustaliliśmy w porozumieniu z Izbą Lekarską cenę minimalną, który został podany kolegom do wiadomości.

5. Zawarliśmy umowę z Towarzystwem Ubezpieczeń „Silesia“, mocą której uzyskaliśmy dla kolegów bardzo dogodne warunki ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej i wypadków.

6. Na podstawie porozumienia z Administracją „Polskiej Stomatologii“ uzyskaliśmy dla członków Związku abonament zbiorowy, przy opłacie 50% niższej od normalnej.

7. Związek jako taki stworzył przed VII. Polskim Zjazdem Stomatologicznym miejscowy komitet organizacyjny i propagandowy.

8. Na terenie Kongresów międzynarodowych byliśmy reprezentowani w Bolonji, Budapeszcie, Brukseli i Berlinie. Obecnie rozwinęliśmy żywą akcję w sprawie Kongresu F. D. I. w Wiedniu (w sierpniu 1936 r.).

9. Prezydjum Związku złożyło kondolencję w Województwie z powodu śmierci ś. p. Marszałka Piłsudskiego.

10. Jeżeli chodzi o sprawy personalne, to straciliśmy w roku bieżącym troje kolegów: Dra Katza z Przemyśla, Nadla z Kałusza i Marję Owińską ze Lwowa, przez śmierć. 6-ciu kolegów wystąpiło ze Związku, nowych członków przyjęto 4-ch.

11. W resorcie kasowym poczyniliśmy zmiany, zdążające do uregulowania kwestji finansowej i postawienia jej na poziomie odpowiadającym wymogom Związku. Pozatem z inicjatywy prezydjum wprowadzono racjonalny i przejrzysty sposób prowadzenia księgowości. Założono kartotekę członków i zmieniono system ściągania składek. Udało nam się osiągnąć pewną równowagę budżetową, objawiającą się w tem, że jesteśmy w stanie regulować w wielkiej części nasze zobowiązania wobec zrzeszeń międzynarodowych, Rady Centr. i „Pol. Stom.“, przyczem pokrywamy także aktualne wydatki Związku. Pewne istniejące jeszcze luki finansowe powodowane są niepunktualnem płaceniem przez niektórych członków.

12. Wydział Związku odbył 9 posiedzeń, mieliśmy jedno walne zgromadzenie zwyczajne, jedno nadzwyczajne i jedno zebranie wspólne z lekarzami, dentystami, pozatem kilka posiedzeń Komisji deontologicznej. W ten sposób wypełniliśmy zupełnie program nakreślony z początkiem roku administracyjnego.

13. W dziale pracy naukowej mamy do zanotowania 9 posiedzeń naukowych, składających się z pokazów klinicznych i wykładów. Koledzy, którzy na posiedzenia te uczęszczali, stwierdzą niewątpliwie wysoką wartość praktyczną starannie dobranych i szczegółowo objaśnianych przypadków kli-

nicznych, które wywoływały zajmujące dyskusje. Z bogatego programu pokazów, wymieniamy instruktywne przypadki przetok licowych, zapaleń szpiku kostnego, torbieli, utrudnionego wyżynania się zębów mądrości, ropowic, złamań, ciężkich i rzadkich przypadków patologicznych itd. Wykłady obejmowały dziedziny chirurgji, protetyki i lecznictwa zachowawczego.

Ostatnio dla podniesienia poziomu wiedzy ogólnomedycznej, specjalnie w dziedzinach graniczących lub mających wiele wspólnego ze stomatologją, zainicjowaliśmy posiedzenia wspólne z kolegami innych specjalności. Takich zebrań odbyliśmy 2: z otolaryngologami i kolegami zajmującymi się badaniem gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Sukces tego ostatniego posiedzenia, w którym brało udział 21 lekarzy niestomatologów, jest znaczny, — skoro wszyscy obecni koledzy niestomatolodzy wyrażali swą wdzięczność i ochotnie zaproponowali zawiązanie koła lekarzy endokrynologów, które powstało za inicjatywą i pod egidą naszego Związku.

Na posiedzeniach naszych zaznajamiali się też koledzy z najnowszemi zdobyczami z dziedziny materiałów i instrumentów, drogą wykładów i pokazów praktycznych, których autorami byli bezpośredni wytwórcy.

Kończąc na tem sprawozdanie, obejmujące działalność Wydziału, wyrażamy przekonanie, że obowiązki wzięte na siebie, staraliśmy się wykonać najskrupulatniej i najsumienniejsz nie szcędząc trudu ni czasu dla pracy około rozwoju, dobra zawodu i Związku.

Nakoniec dziękujemy tym wszystkim kolegom, którzy poza Wydziałem będąc, współpracowali z nami, w zrozumieniu, że cokolwiek się czyni w Związku — czyni się dla dobra ogółu i rozwoju naszej wiedzy.

Berger.
sekretarz.

Sprawozdanie kasowe.

Kasę objęto ze saldem	zł. 100.42
Zaciągnięto pożyczkę z funduszu Schmara	„ 400.—
Dochód z wkładek, źródeł różnych i t. p. od 1. III. 1935 do 29. II. 1936 r.	„ 1.104.64
Razem	zł. 1.605.06
Wydatki (R. C., PKN.-FDI, Pol. Stomatologja, wyjazdy delegatów, administracja)	„ 1.438.98
Saldo na 1. III. 1936 r.	zł. 166.08
Zobowiązania Związku w dniu 29. II. 1936 wynoszą:	
Fundusz Schmara	zł. 400.—
PKN - FDI	„ 50.— ¹⁾
R. C.	„ 45.—
A. S. I. (za 1935 i 1936)	„ 72.20
Polska Stomatologja	„ 16.—
Razem	zł. 583.20

¹⁾ dochodzą jeszcze zaległości za lata poprzednie w kwocie 150 zł.

Wierzytelności Związku wynoszą:

Długi członków	zł. 1.075—
Preliminowane składki do 28. II. 1937 r.	„ 1.075—
Razem	zł. 2.150—

Kwiatkowski, skarbnik

SPIS

członków Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej w r. 1936.

WYDZIAŁ:

- Prezes: Prof. Dr. Antoni Cieszyński, członek honorowy, Lwów, ul. Batorego 38.
 I Wiceprezes: Dr. Henryk Allerhand, członek honorowy, Lwów, ul. Kopernika 11.
 II Wiceprezes: Dr. Mieczysław Jankowski, Lwów, ul. Łozińskiego 4.
 I Sekretarz: Dr. Henryk Berger, Lwów, ul. Klementyny Tańskiej 1.
 II Sekretarz: Dr. Tadeusz Owiński, Lwów, ul. Bielowskiego 3.
 Skarbnik: Dr. Kazimierz Kwiatkowski, Lwów, ul. Senatorska 6.
 Bibliotekarz: Dr. M. Brill, Lwów, ul. Batorego 34.
 Gospodarz: Dr. Wilhelm Nacher, Lwów, ul. Akademicka 26.
 Komisja Rewizyjna: Dr. Jakób Owiński, Lwów, ul. Bielowskiego 3.
 „ Dr. Marek Senensieb, Lwów, ul. Kilińskiego 3.
 Członek honorowy: Dr. Tadeusz Mischke, Zakopane willa „NOWA“.

CZŁONKOWIE ZWYCZAJNI:

- Dr. Karol Atlas, Kochanowskiego 11.
 „ Adela Artel Zeisłowa, ul. Skarbkowska 4.
 „ Włodzimierz Babij, ul. Akademicka 14.
 „ Franciszek Bardach, ul. 3-go Maja 19.
 „ Adela Bardasz-Druckerowa, ul. Czarneckiego 3.
 „ Jan Bereźnicki, ul. Podwale 7.
 „ Bogumił Bieńkowski, ul. Kraszewskiego 3.
 „ Natan Bleichfeld, ul. Zyblikiewicza 12.
 „ Gustaw Bruchnalski, ul. Romanowicza 7.
 „ Zygmunt Chuwis, ul. Sapiehy 85.
 „ Stefan Dmochowski, ul. Sykstuska 35.
 „ Eugenja Frisch-Bongowa, ul. Mikołaja 11.
 „ Henryk Gorczyński, ul. Marji Magdaleny 3.
 „ Zygmunt Herzer, ul. Mikołaja 18.
 „ Karol Jakubowski, ul. Sienkiewicza 3.
 „ Wiktor Jankowski, ul. Hetmańska 10.
 „ Leon Katzner, ul. Sykstuska 8.
 „ Ida Rosenberg-Liebesowa, ul. Sapiehy 43.
 „ Stefan Łubkowski, ul. Akademicka 22.
 „ Helena Meschlówna, ul. Rutowskiego 7.
 „ Ludwik Miłkowski, ul. Czereśniowa 6.
 „ Salomea Mischlówna, ul. Piłsudskiego 8.
 „ Tytus Nowak, pl. Marjacki 7.
 „ Acher Pfau, ul. Rutowskiego 16.
 „ Ignacy Pietrzycki, ul. Grunwaldzka 7.
 „ Zygmunt Renner, ul. Kętrzyńskiego 21.
 „ Irena Piotrowska-Romerowa, ul. Długosza 25.
 „ Berta Schnapper, ul. Akademicka 24.
 „ Juljan Stocknopf, ul. Słoneczna 11.
 „ Joachim Urich, ul. Kopernika 12.
 „ Henryk Zipper, ul. Sakramentek 26.

CZŁONKOWIE ZAMIEJSCOWI:

Dr. St. Wałęga,	Borysław,	ul. Kościuszki 45.
„ J. Dynes,	Brzeżany,	
„ S. T. Chalfenowa,	Buczacz,	
„ M. Gaschge,	Jarosław,	ul. Słowackiego 9.
„ O. Gottfried,	Kołomyja,	
„ S. Mayer,	Przemyśl,	ul. Gimnazjalna 2.
„ F. Jeżowerowa,	Rzeszów,	ul. 3-go Maja 9.
„ M. Frischer,	Sambor,	Rynek 5.
„ Z. Emmer-Schäferowa,	Skole,	ul. Piłsudskiego 63.
„ F. Herz,	Stryj,	ul. 3-go Maja 25.
„ E. Berler-Kohnowa,	Sniatyn,	
„ J. Gold,	Tarnopol,	ul. Tarnowskiego 5.

Z kroniki szkół wyższych.

60-lecie działalności profesorskiej prof. Ludwika Ćwiklińskiego.

Sędziwy i znakomity uczony polski, profesor dr. Ludwik Ćwikliński, obchodził w sobotę 16 bm. 60-lecie uzyskania godności profesorskiej.

Prof. Ćwikliński, który jest rodowitym Wielkopolaninem, pochodzi z Gniezna i obecnie liczy 82 lata. Urodził się w lipcu 1853 roku w Gnieźnie, gdzie w r. 1870 ukończył gimnazjum, studia akademickie zaś odbywał we Wrocławiu i w Berlinie i uzyskał doktorat filozofji.

Po podróży naukowej do Włoch został w r. 1876 profesorem nadzwyczajnym na uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, licząc lat 23. W trzy lata później uzyskał tytuł profesora zwyczajnego.

Na stanowisku tem pozostawał do końca lutego 1902 roku. W tymże roku prof. Ćwikliński został mianowany szefem sekcji w austriackim ministerstwie wyznań religijnych i oświecenia publ., a w r. 1917 ministrem wyznań religijnych i oświecenia publicznego Austrii w Wiedniu.

W r. 1913 jako szef sekcji Ministerstwa W. R. i O. P. we Wiedniu bardzo energicznie popierał starania Wydziału Lekarskiego U. J. K. celem lepszego wyposażenia prymitywnie urządzonego ambulatorjum dentystycznego po opróżnieniu go przez śp. doc. Andrzeja Gońkę.

Ustąpiwszy z gabinetu w roku 1918, prof. Ćwikliński w roku następnym powrócił do Poznania. Następnie przez jeden semestr prowadził wykłady na uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie, poczem już na stałe osiadł w stolicy Wielkopolski.

Prof. dr. Ludwik Ćwikliński jest profesorem honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Akademji Weterynaryjnej we Lwowie, oraz uniwersytetu poznańskiego. Jest członkiem czynnym wielu towarzystw naukowych polskich i zagranicznych.

Dział sprawozdań i streszczeń.

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Alfred Kübler: Przebieg leczenia perforacji korzeni. (Heilungsvorgänge nach Wurzelperforationen). Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde). 1934, Nr. 6.

Perforacje korzeni dzielimy według Morgensteina na:

1. anatomiczne — które powstają w następstwie wad rozwojowych korzeni,
2. fizjologiczne — które powstają w następstwie procesów fizjologicznych, polegających na zjawiskach resorpcji,
3. patologiczne — jako następstwo próchnicy, ropnych procesów przewlekłych ozębnej, nowotworów w okolicy korzeni zębów retencyjnych,
4. traumatyczne — jako następstwo nieostrożnego wykonywania rękoczynów, lub używania nieodpowiednich narzędzi, jak wadliwe nadanie kierunku wiertłem przy otwieraniu komory, rozszerzaniu kanałów, wiertłami i t. p.

Stałymi objawami towarzyszącymi traumatycznej perforacji jest ból chwilowy w momencie wejścia instrumentu w ozębną, oraz krwawienie mniejsze lub większe.

Dalszymi objawami występującymi przy perforacji korzeni zakażonych (gangrena) jest ostry stan zapalny oraz ropienie, absces dziąsłowy, lub częściej przewlekłe zapalenie ropne, ograniczone do miejsca perforacji, wytworzenie się tkanki granulacyjnej, ziarniniaka.

Już samo krwawienie wskazuje nam miejsca perforacji, które możemy stwierdzić oglądaniem, sondowaniem, zdjęciem Rtg. Przy niewidocznych perforacjach krwawienie może naśladować krwawienie z kikutów miazgi. Różnicować musimy, szczególnie dawniej powstałe perforacje z przewlekłym zapaleniem miazgi i ozębnej.

Tkanek granulacyjną bujającą z otworu perforacyjnego należy odróżnić od resztek miazgi przewlekłe zapalnej i od zapalenia ozębnej. Ząb perf. nie jest rozchwiany, niewrażliwy na opukiwanie ani zmiany temperatury. Obrzęk i zaczerwienienie dziąsła jest ograniczone do miejsca perforacji.

Rokowanie zależy od ciężkości skaleczenia ozębnej i kości, zdolności regeneracyjnej tkanek, oraz infekcji.

Leczenie:

1. polega na osłonięciu otworu perforacyjnego i dobrem dojściu.
2. oczyszczeniu i dyzjenfekcji pola operacyjnego (jod, prąd galw.),
3. zamknięciu otworu perfor.

Co do materiałów służących do zamknięcia perfor. a mamy ich liczny wybór (folja złota, platynowa, cynowa, ćwieki srebrne, porcelana, ołów, amalgamy, ćwieki z kości słoniowej, pasta jodoformowa, cement z jodoformem) są zdania podzielone. Według jednych autorów zamknięcie jakkolwiek folją jest bez zarzutu, według drugich, tylko kość słoniowa jest idealnym materiałem, jakkolwiek ulega resorpcji, ale z równocześnie postępującą regeneracją tkanki. Natomiast sprzeciwiają się używaniu past twierdząc, że wszelkie pasty po pewnym czasie ulegają resorpcji, powstaje pusta przestrzeń, która może służyć jako miejsce odkładania przez krew szkodliwych substancji, a w na-

stępstwie może być punktem wyjścia wszelkich infekcyj. Zwolennicy zamykania otworu pastami uważają materiały stałe za nieodpowiednie, twierdząc, że powodują drażnienie i są źle znoszone przez ozębną.

Witzel, Schröder traktują odmiennie tę sprawę, mianowicie operacyjnie, drogą od zewnątrz dostają się do miejsca perforacji, oczyszczają z tkanki zapalnej. Witzel nie zamyka wogóle otworu perf. pozostawiając cały proces gojenia naturze. Schröder używa ćwieków z kości słoniowej do zamknięcia kanału perforacyjnego. O ile ze względów technicznych otwarcie z zewnątrz jest niemożliwe, usuwa ząb, zaopatrza i replantuje. Przy perforacjach w okolicy otworu szczytowego przeprowadza resekcję.

Doświadczenia przeprowadzone na psach u których wykonano perforację korzeni różnych zębów przy zachowaniu aseptyki i antyseptyki, a następnie zaopatrzono różnymi materiałami, wykazały:

Po upływie 3 miesięcy objawy zapalenia minimalne, zakażenia nie stwierdzono w żadnym przypadku. Wrastanie nabłonka do otworu perforacyjnego oraz bujanie tkanki ozębnej. Chwiania się zębów nie stwierdzono. Po upływie 6 miesięcy: Bardzo nieznaczny, ograniczony stan zapalny, wrastanie czopa tkanki granulacyjnej i ozębnowej do otworu perfor. Zębina ani cement znaczniejszej resorbcji nie wykazuje. Ropienia nie stwierdzono.

Okazało się, że materiały stałe nadają się lepiej do zamykania otworów perfor. drażących do kieszonek, materiały ulegające resorbcji do perforacji głębokich. Przy znajomości przebiegu przewodów i odpowiedniemu postępowaniu można ustrzedz się przed perforacją. O ile jednak perforacja nastąpi, należy natychmiast postawić rozpoznanie i zdecydować czy dany korzeń nadaje się wogóle do leczenia zachowawczego.

Rokowanie perforacji korzeni zakażonych (gangraena) jest zawsze złe, prowadzi do wytworzenia się ropnia, przetoki i utraty zęba. Rokowanie perfor. korzeni niezakażonych, przy zachowaniu aseptyki i antyseptyki jest naogół dobre.

Z materiałów służących do zamykania otworów perforacyjnych złoto, amalgam, porcelana nadają się do zamykania perforacji w okolicy szyjki zęba uchodzące do kieszonki lub najbliższej okolicy, gdyż wszelkie pasty zastosowane w tych miejscach ulegają zbyt szybkiej resorbcji. Cement z jodoformem nadaje się znakomicie do zamykania kanałów perfor. leżących poza obrębem głębszej kieszonki, technicznie łatwe do przeprowadzenia, bo równocześnie z wypełnieniem przewodów zamykamy otwór perforacyjny.

S. Krywokułski (Lwów).

Prof. Dr. H. Ch. Greve. W sprawie biologicznego wypełniania przewodów.
Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift Nr. 1, 1936 r.

W artykule pod powyższym tytułem poddaje Greve metody biologicznego wypełniania przewodów krytycznej analizie, której wynik jest ujemny. Znając dziś dokładnie anatomję przewodów i stosunki biologiczne w okolicy szczytowej, możemy mimo niezależnych często od nas niepowodzeń, pracować z niejaką ścisłością i pewnością osiągnięcia dodatnich wyników. Dzieje się to w wielkiej mierze dzięki szczegółowo wypracowanej metodzie odcinania (amputacji). Jednak i ta metoda przedstawia cały szereg trudności (np. niedokładna

djagnostyka), które występują bardzo dobitnie w chwili, gdy mamy wypełnić przewód ponad niezakażonym kikutem, o którym wiemy, że stanowi najlepsze wypełnienie. Staraliśmy się dawniej, przyjmując, że kikut jest niezdolnym do jakichś reakcyj witalnych i prędzej czy później się rozpada, unieszkodliwić go środkami chemicznymi lub farmakologicznymi. Dziś wiemy, że nie jest to obojętne w jaki sposób postępujemy z chorą miazgą t. j., czy poddajemy ją działaniu arseniku czy nie. Po zadziałaniu arsenikiem miazga obumiera i z czasem przychodzi do biologicznego zamknięcia przewodu od strony ozębnej. Jeżeli odcina się miazgę in vivo mogą kikuty, pokryte na powierzchni jakimś środkiem dla utrzymania ich w stanie aseptycznym, utrzymać żywotność przez lata, nie wytwarzają jednak blizny i z czasem ulegają procesom zwyrodnieniowym. Jednakże, mimo swej witalności kikut nie spełnia zadania miazgi, ponieważ jest prawie pozbawiony odontoblastów; przedstawia się zasadniczo jako resztką łącznotkankowa, z niewielką ilością naczyń i włókien nerwowych, w którymto splocie przechodzi do złągów tkanki cementowej, wychodzącej z ozębnej. Ponadto wiemy że kikut posiada zdolność wchłaniania, co razem z zdolnością dyfuzyjną pewnych środków,— tłumaczy nam tajemnicę leczenia farmakologicznego miazgi. Działalność używanych środków zależy od ich składu chemicznego i od wielkości powierzchni wchłaniającej, na którą działają. Skoro położymy na kikut posiadający własności żywotne środki niedyfundujące, nasuwa się pytanie co z nimi się stanie, — jaki zaistnieje proces. Zależy to też od energii witalnej kikutów i od wielkości ich powierzchni. Jeżeli położymy na nią preparaty wapienne lub tkankę zawierającą wapno (opiłki zębnowe) to nastąpić może tylko wchłonięcie a nie wessanie. O jakimś biologicznym wessaniu, a temsamem powrocie do stanu pierwotnego (restitutio) lub wyleczeniu biologicznem mowy być nie może. Autorzy, którzy na podstawie obrazów histologicznych twierdzą coś innego, tłumaczą te obrazy źle. Nowo wytwarzającej się zębiny, lub tkanki organicznie zwapniatej, nie widział nikt w tych obrazach. Nie ulega kwestji, że metoda Müncha (opiłki plus chlorphenol) polega właśnie na działaniu chlorphenolu (połączenie tego ostatniego z białkiem i skurczenie się tkanki). Podobnie dzieje się z metodami calyxylowemi. Żadne z nich nie prowadzą do biologicznej restytucji. Kikuty stanowią wprawdzie złą pożywkę dla bakteryj — ale tkanka nie przyjmuje organicznie wapna. Powstają tylko pewne procesy chemiczne (tlen. wapno gazzone i t. p.). Nie ulega kwestji, że używanie preparatów wapienowych do leczenia amputowanej miazgi, daje pewne wyniki dodatnie — ale nigdy wyleczenia. Tak więc na pytanie, czy istnieje biologiczne wypełnienie przewodów musi się odpowiedzieć negatywnie — o ile mamy na myśli doprowadzenie kikutów do organicznej restytucji przez zewnętrzne nałożenie na nie preparatów wapienowych.

(H. B.)

Doc. Dr. H. Greth: Die Diagnostik der Pulpitis acuta part. ser. und ihre Bedeutung für die biologischen Amputationsverfahren. (Rozpoznanie pulp. ac. part. ser. i jego znaczenie dla biologicznych metod odcięcia miazgi.

W lecniectwie pewnych stanów zapalnych miazgi, metody: wyluszczenia i odcinania (ekstyrpacji i amputacji) są zupełnie równorzędne.

Posiadamy dziś dwie zasadnicze metody amputacji:

1. farmakologiczno-antyseptyczną,
2. biologiczną.

Sposobem pierwszym pragniemy, po dewitalizacji miazgi arsenikiem, zamienić kikuty korzeniowe drogą resorpcji i metaplazji na tkankę, wytwarzającą substancję twardą, obliterującą przewody.

Metoda druga — „puleptomja“ (Davis) polega na odcięciu części miazgi w znieczuleniu miejscowym lub przewodzeniowym i pozostawieniu kikutów w stanie żywym. I w tym przypadku chodzi nam o uzyskanie metaplazji — wychodzącej jednak z powierzchni rany. Hellner i Feldmann stwierdzili, że przy tej metodzie może faktycznie nastąpić wygojenie, względnie wyraźne wytworzenie się twardej tkanki po zaopatrzeniu kikutów pastą trio lub jodoformową, ulokowawszy poprzednio opilki zębinowe na powierzchni rany. Te przypadkowo zauważone fakty i stwierdzona zdolność regeneracyjna zdrowej miazgi spowodowały systematyczne badania, które umożliwiły wypracowanie biologicznych metod amputacji. Polegają one w zasadzie na wyłączeniu arseniku i silnie drażniących środków. Leczenie musi być przeprowadzone z zachowaniem najdokładniejszej aseptyki, ranę na powierzchni miazgi traktujemy biologicznie, implantat opilków zębinowych ma aktywować tkankę miazgową, która ostatecznie wytwarza tkankę osteoidalną, obliterującą naturalnie przewód i otwór szczytowy. Metoda ta poza wspomnianą już absolutną aseptyką i sterylnością zabiegów, wymaga również pewności, że mamy do czynienia z miazgą korzeniową (poniżej powierzchni odcięcia) bezwzględnie czynną, zdrową i odporną. Warunki te spotykamy teoretycznie w wypadkach 1. przypadkowego otwarcia komory, 2. otwarcia na skutek trauma, 3. częściowego ostrego surowiczego zapalenia, 4. przewlekłego otwartego proliferującego zapalenia (polip miazgi). Badania i praca Gretha poświęcone są punktowi trzeciemu — t. j. rozpoznaniu pulp. ac. part. serosa i stwierdzeniu czy dzisiejsze sposoby rozpoznawcze pozwalają na stosowanie leczenia drogą biologiczną (amputacja *in vivo* z użyciem opilków).

Do rozpoznania posługujemy się *a)* wywiadami, *b)* badaniem obiektywnym, przyjmując przytem pewne kryteria charakterystyczne.

Greth poddaje kontroli pewność owych kryteriów rozpoznawczych, stanowiących symptomatologję ostrego częściowego surowiczego zapalenia miazgi, wychodzi bowiem z założenia, że nie daje nam ona żadnych pewników ani co do rodzaju zapalenia ani co do głębokości, do jakiej doszło ognisko zapalne; nie wskazuje więc rzeczy najważniejszej: w którym miejscu należy operować, by zostawić zdrowy kikut.

Badaniu poddano 90 przypadków. Wynik jest wręcz druzgoczący do dotychczasowe nasze kryteria symptomatologiczne: subiektywne i obiektywne, na których budujemy rozpoznanie pulp. ac. part. ser. i wskazanie do leczenia tej choroby miazgi.

Wywiady zdążające do ustalenia, od kiedy istnieją bóle, ich intensywności, czy są stałe, czy napadowe, jak długo się utrzymują, kiedy występują (w dzień czy w nocy) samorzutnie czy na skutek zdrażeń i jakich (ciepło, zimno, bodźce słodkie, kwaśne, mechaniczne) są tak bardzo rozbieżne i tak sprzeczne z wynikami badań drobnowidzowych, że wykluczają możliwość pewnego rozpoznania pulp. ac. part. ser. Drogą więc analizy

bólów, jakie podaje nam chory, nie możemy uzyskać obrazu chwilowego stanu miazgi i pytaniami naszymi nie możemy ustalić rozpoznania częściowego zapalenia miazgi. Równie jak wywiady, rozbieżne są z wynikami badań histologicznych badania objektywne: opukiem, metodą termiczną (Walkhoff) i prądem indukcyjnym. Rozbieżności te wyrażone w odsetkach, wyrażają się w rozpiętości od 14—78⁰/₀.

Tak więc nie posiadamy chwilowo żadnej pewnej metody rozpoznawczej dla pulp. ac. part. serosa. Logicznym z tego wnioskiem jest, że w obecnym stanie rzeczy ten rodzaj schorzenia nie może być leczony sposobem biologicznego odcięcia i zaopatrzenia kikutów.

Z metody tej zrezygnować się musi także i przy próchnicach szyjkowych, ponieważ w tych przypadkach zakażenie, wychodzące z próchnicy, dochodzi bardzo szybko do przewodów, a naciek rozprzestrzenia się, zależnie od położenia próchnicy, mniej lub bardziej równomiernie ku miazdze korzeniowej i koronowej; niema więc nigdy pewności w którym miejscu natkniemy na zdrową miazgę.

(H. B.)

TECHNIKA.

Urządzenia zapobiegające stracie złota przy obróbce. (Wege zur Verminderung des Goldverlustes). Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 1935. Nr. 40.

Autor zwraca szczególną uwagę na straty złota powstające przy obrabianiu złota w pokoju ordynacyjnym. Straty te według obliczenia autora dochodzą do 10 g kwartalnie. Dotychczasowe urządzenia, jak cylindry celuloidowe, miseczki i t.d. uważa za niepraktyczne ze względu na zatrudnienie obu rąk przytrzymywaniem samego urządzenia. Za praktyczne i wygodne w użyciu uważa aparat Dra Joergensa, składający się z płaskiej wanienki, której jedna ściana jest na kilkanaście cm wysoka. Ta wysoka ściana posiada u góry haczek, służący do umocowania aparatu w pętelce płaszca. Małe przedmioty obrabiane przy pomocy kamieni wyślizgnąwszy się z palców wpadają zawsze do wanienki. U góry aparatu umieścić soczewkę, co ułatwia dokładną obróbkę małych przedmiotów.

S. Krywokulski (Lwów).

W sprawie artykułu Akademii Stomatologicznej ogłoszonego przez „Przegląd Stomatologiczny“.

Z powodu wydrukowania w numerze 1. na str. 27. nowopowstałego pisma „Przeglądu stomatologicznego“ w Warszawie przez Komitet Redakcyjny, pisma Rektora Nitscha z dnia 24. marca 1936 roku Nr. 907/36 oraz „Sprostowania“ odpowiedzi prof. Cieszyńskiego na artykuł Akademii Stomatologicznej pod tytułem „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych“, poczuwa się prof. Cieszyński nie jako osoba prywatna, ale jako przewodniczący organizacji wymienionych pod jego pierwszym artykułem z dnia 24/XI. 1935, który wywołał rzekome „Sprostowanie“,

do obowiązku dania odpowiedzi, prostującej pseudoargumenty i twierdzenia nie odpowiadające stanowi faktycznemu.

Artykuł ten drugi prof. Cieszyńskiego z dnia 10. kwietnia 1936 nie był przeznaczony pierwotnie dla szerszego ogółu, tylko dla kół bezpośrednio sprawą interesowanych. Wydrukowanie jednak pisma Akademii Stomatologicznej z dnia 21. marca 1936 w piśmie publicznym pociąga za sobą opublikowanie także artykułu prof. Cieszyńskiego: „Jeszcze w sprawie Akademii Stomatologicznej w Warszawie“, który dołączony jest do niniejszego numeru.

Redakcja powstrzymuje się od dania komentarzy do stanowiska Redakcji „Przeglądu stomatologicznego“, która zdecydowała się ogłosić pismo nie przeznaczone dla „Przeglądu stomatologicznego“ i wbrew wyraźnej woli Wydawcy „Przeglądu dentystycznego“, pana Jana Gombińskiego i nie dała możliwości jednocześnie ogłoszenia odpowiedzi zaczepionej stronie.

Redakcja „Polskiej Stomatologii i Przeglądu dentystycznego“ C.

W związku ze sprawą powyżej poruszoną stoi **list dr. Eugenjusza Mancewicza**, kierownika Kliniki Stomatologicznej Uniw. Stefana Batoiego, do naczelnego redaktora Pol. Stom. i Przegl. Dent., który — za zgodą autora — ogłaszamy poniżej drukiem.

Wilno, dnia 27/IV. 1936 r.

Wielce Szanowny i Kochany Panie Profesorze!

Spóźniona odpowiedź na listy Szanownego Pana Profesora powstała wskutek mojej dwutygodniowej nieobecności w Wilnie. Po przejrzeniu całej korespondencji zrozumiałem na koniec o co chodzi. Tylko listy Szanownego Pana Profesora zupełnie jasno wykazały całą sprawę. Z powodu tego wczoraj wysłałem list do „Przeglądu Stomatologicznego“ z wyraźnym zaznaczeniem, że zrzekam się zaszczytnego miana członka Komitetu Redakcyjnego, gdyż nie mogę pozwolić, by moje nazwisko było używane i przerzucane w zależności od gry, jaka się odbywa.

Umotywo wałem to tem, że wszelkie postanowienia Komitetu Redakcyjnego odbywają się bez mojej obecności, a mnie są przesyłane tylko gotowe postanowienia, do których ja muszę biernie się przyłączyć. Odpisałem również, że Kol. Gombiński przysłał mi list, w którym zawiadomił, że nastąpiła fuzja z „Polską Stomatologią“ i prosił mnie nadal współpracować w „Przeglądzie Dentystycznym“; w razie mojej niezgody na to prosił o odpowiedź. Odpowiedzi takiej nie nadesłałem, więc Kol. Gombiński jest zupełnie w porządku. Listy od nowopowstałego pisma „Przeglądu Stomatologicznego“ nie zawierały absolutnie nic, coby dało możliwość orjentacji, o co chodzi. W jednym z nich tylko napisano, że walka jaką prowadzi Prof. Cieszyński z Akademią Stomatologiczną zmusiła napisać Sprostowanie przez Ak. Stom., które to Przegląd dentystyczny nie chciał wydrukować, co zmusiło do utworzenia nowego pisma „Przeglądu Stomatologicznego“. Obecnie po przeczytaniu Sprostowania i odpowiedzi zdziwiłem się, że nazwano całą sprawę walką z Akademią Stomat. Przecież

chodzi tylko o to, by podnieść poziom nauczania do poziomu ogólnomedycznego i tem przyczynić się do podniesienia stanu naukowego i rozwoju nauki stomatologicznej, polskiej. Jak można przeciw temu walczyć? Rzecz dla mnie niezrozumiała.

Gdy Rada Wydziału Lekarskiego U.S.B. dała mi do zreferowania przysłanego do zaopiniowania projektu Ak. Stom. przez M. W. R. i O. P, napisałem, że czas już najwyższy znieść skrócone studja stomatologiczne i dodałem wszelkie ku temu umotywowania. W końcowej części referatu zauważyłem, że M. W. R. Ministerstwo zaznacza, że stoi na stanowisku, iż Akademia Stomatologiczna pozostaje samodzielną szkołą akademicką i ma dać studentom całość przygotowania naukowego wykształcenia zawodowego. Odpowiedziałem, że jeżeli M. W. R. i O. P. stoi na takim stanowisku, to niech Akad. Stomat. pozostanie jako prawdziwie wyższa uczelnia, w której absolwenci medycyny mogliby otrzymać w przeciągu 2-ch lat wykształcenie specjalne zarówno teoretyczne jak i praktyczne.

Takie załatwienie sprawy mogłoby wyjść tylko na dobro rozwoju Polskiej Nauki Stomatologicznej, gdyż można byłoby skoncentrować w charakterze uczących wybitniejsze siły naukowe stomatologów, którzyby mogli następnie wybierać, zachęcać i zmuszać do prac naukowych zdolniejszą młodzież i tem przyczynić się do przygotowania na przyszłość pedagogów i naukowców, którzy sztandar Polskiej Nauki Stomatologicznej poniosą godnie i wysoko.

Można przy wstąpieniu na medycynę u chętnych poświęcić się w przyszłości stomatologii, brać przyrzeczenie na piśmie, że po skończeniu studjów lekarskich wstąpią na specjalizację do Akademii Stomatologicznej i tych którzy te przyrzeczenia podpiszą, nie przyjmować do specjalizacji z innych gałęzi medycyny.

Łączę wyrazy szacunku i poważania
jak również koleżeński uścisk dłoni
Eug. Mancewicz m. p.

Cement krzemowo - fosfatowy

„MOLARIT”

Do dużych konturowych plomb
w trzonowcach, przedtrzonowcach,
a nawet zębach przednich.

**Twardy — Plastyczny — Nieporowaty — Odporny
na działanie śliny, zlekką przezroczysty.**

Opinie Akademii Stomatologicznej, Politechniki Warszawskiej, różnych instytucyj i prywatnych praktyków są do przejrzenia w naszym biurze.

Handlowo-Przemysłowe Towarzystwo Dentystyczne

„ALRO”

Warszawa, ul. Widok 6. — Telefon 231-54.



9. Międzynarodowy Kongres we Wiedniu.

Ostatni Komunikat odnośnie do Kongresu Wiedeńskiego wydany został 21. lipca 1936 r. i przesłany wszystkim zgłoszonym uczestnikom indywidualnie.

W Kongresie zgłosiło swój udział 159 osób.

Wpis na uczestnictwo w Kongresie został zamknięty 15. lipca przez Centralny Komitet Organizacyjny we Wiedniu.

Ministerstwo Skarbu przyznało w porozumieniu z Min. W. R. i O. P. i Min. Spr. Wewr. wszystkim zgłoszonym Kongresu paszporty ulgowe.

Organizacją wspólnego wyjazdu uczestników jakoteż załatwieniem spraw paszportowych zajmują się Biura Podróży: Polskie Biuro Podróży „Orbis“ i jego filje oraz „Wagon Lits“ w Warszawie.

Wyjazd wycieczki organizowanej przez Biuro „Orbis“ następuje dnia 30. VII. b. r. przekroczenie granicy o północy z 30 na 31. b. m. a powrót dnia 11 sierpnia br.

Prezydjum P. K. N. — F. D. I. nie przyjmuje żadnych dalszych zgłoszeń; informacji wszystkich dalszych udziela nadal Polskie Biuro Podróży „Orbis“.

Biuro Propagandy Kongresu P. K. N. — F. D. I. we Lwowie zamyka swe czynności dnia 24. b. m. o godz. 12-tej w południe.

22. VII. 1936.

Przewodniczący P. K. N. — F. D. I.
A. Cieszyński.

Wykaz uczestników zgłoszonych na Kongres do Wiednia od dnia 1. VII. do 14. VII. 1936.

133. Karnibad Tadeusz	Warszawa, Królewska 44.
134. Frenkenberg Celina	Warszawa, Graniczna 5.
135. Condrat Halina	Warszawa, Chłodna 27/34.
136. Freundlich Ewa Chawa	Łódź, Zawadzka 16 a.
137. Lewi Helena	Łódź, Andrzeja 27 a.
138. Perl Jan	Katowice, Piłsudskiego 3.
139. Perl Thea	Katowice, Piłsudskiego 3.
140. Tajchner Jacheta	Sosnowiec, Dekerta 4.
141. Schmiedel Ruchla	Dąbrowa Górnicza, Sobieskiego.
142. Cygler Rachela	Będzin, Kołłątaja 37.
143. Iwanter Niton	Wilno, Wileńska 25.
144. Mesner Chajm Leib	Tomaszów Mazowiecki
145. Bor Sara	Czeladź.
146. Abramowicz Salomea	Pruszków.
147. Gligsborg Rozalja	Warszawa.
148. Dr. Rybacki Franciszek	Warszawa, Hoża 39.

149. Dr. Mieczysław vel Meyer	Łódź, Ewangelicka 7.
150. Dr. Slowec Salomon	Wilno, Wielka 30.
151. Dr. Siepper Ludwik	Kraków, Straszewskiego 26.
152. Niedźwiedź Anna	Pruszków, Kościuszki 44.
153. Morawska Helena	Warszawa, Nowy Świat 36.
154. Morawski Józef	Warszawa, Nowy Świat 36.
155. Gawartin Ryfka Małka	Łódź, Południowa 13.
156. Abramowicz Estera	Łódź, Śródmiejska 11.
157. Frydman Szajndla	Staszów, Kościelna.
158. Boguszewska Marja	Łódź, Piotrkowska 76.
159. Mirtenbaum Szarlota	Kraków, Basztowa 15.

Komunikat Komitetu Asystentów Kliniki Stomatologicznej U. J. K.

Z okazji wręczenia nagrody Millera Prof. Cieszyńskiemu w czasie IX. Międzynarodowego Kongresu we Wiedniu, Komitet Asystentów Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie ze swej strony postanowił przyczynić się do uświetnienia tegoż faktu przez wydanie książki pamiątkowej i poświęcenia jej Prof. Cieszyńskiemu.

W tym celu Komitet Asystentów zwrócił się do Redakcji Polskiej Stomatologii z prośbą o materialne umożliwienie wydania tej książki przez oddanie Komitetowi Asystentów redakcji trzech numerów Polskiej Stomatologii. Księga ta zawierać będzie prace asystentów i współpracowników Prof. Cieszyńskiego, następnie chronologiczny wykaz prac profesora jakoteż jego asystentów od roku 1931 do 1936.

Mimo krótkiego czasu organizacji technicznej dotąd wpłynęło do teki redakcyjnej 20 prac, ponadto ma wpłynąć jeszcze kilka prac zapowiedzianych już od dwóch tygodni. Początkowo projektowanem było, że księga ta ukaże się w objętości 10 arkuszy, tymczasem z powodu zwiększenia ilości prac, projektowana ilość arkuszy wzrosła znacznie.

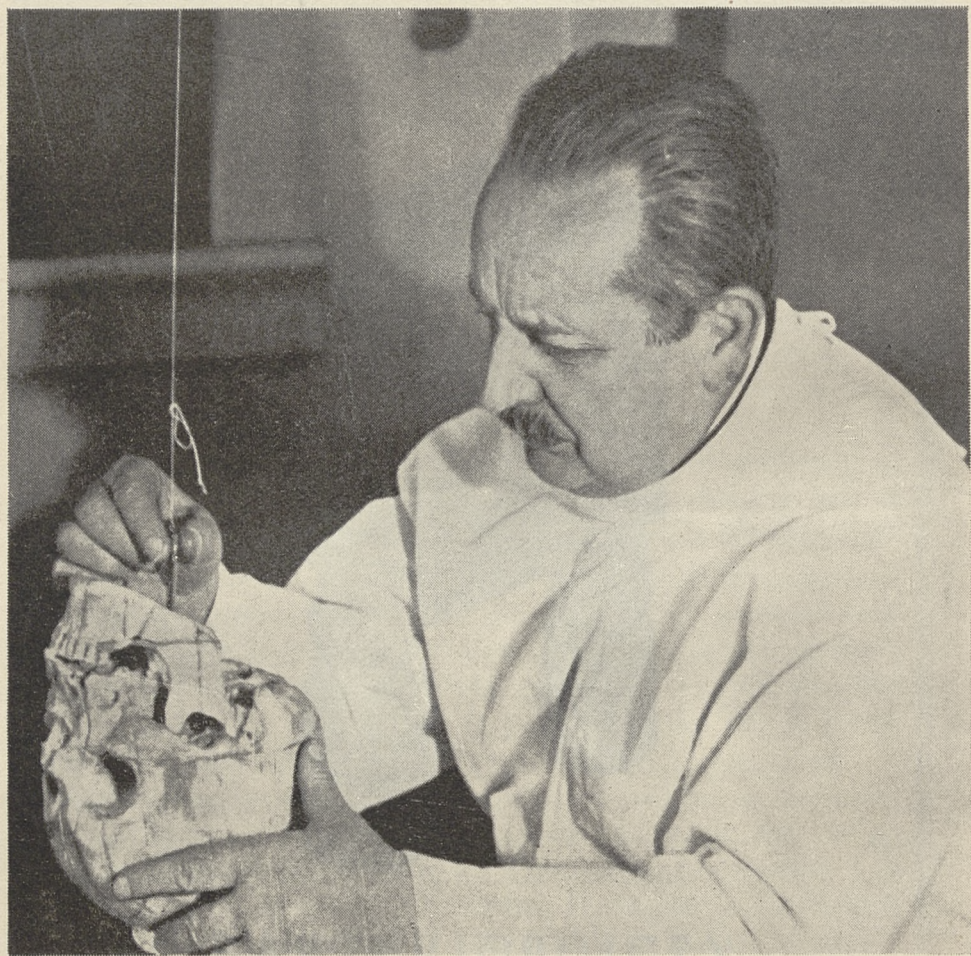
Księga ta ukaże się w połowie września b. r. jako numer 9—10 „Polskiej Stomatologii“ i „Przeglądu Dentystycznego“.

SALVEX



BAKTERJOBÓJCZY
CEMENT KRZEMOWY

DE TREY'A



Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI.

