

# POLSKA STOMATOLOGIA

## ORAZ

# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

LWÓW

WARSZAWA

KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

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, Związku Słowiańskich Stomatologów, Polskiego Komitetu Narodowego Międzyn. Związku Dentyst. (F. D. I.), Sekcji Polsk. Międzyn. Związku Stomat. (A. S. I.), Międzyn. Zw. Badających Przyzębicę „Arpa“ oraz Związku i Tow. Lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie.

## T R E Ś Ć


	Str.		p.
Jałowcy B.: O postwitalnym tzw. histologicznym barwieniu tkanek . . . . .	57	Wiadomości bieżące . . . . .	84, 107, 108
Pietrzycki J.: Zapalenie miazgi szczątkowej (Restpulpitis) i jego stota . . . . .	69	VII. Zjazd Arpy Międzynarodowej w Pradze VIII. 1938. Komunikat . . . . .	97
Berger H.: Sterylizacja i aseptyka w pokoju ordynacyjnym . . . . .	75	Oceny książek . . . . .	98
Sprawozdanie z działalności Zarządu Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1937 . . . . .	78	Informacje podatkowe . . . . .	100
Zjazd Delegatów Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej . . . . .	82	Różne wiadomości . . . . .	115
Jeszcze w sprawie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów stomatologicznych (prof. Cieszyński) . . . . .	85	Nekrolog: śp. Wł. Grabski . . . . .	105
Dziennik ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (31. I. 1938 r. Nr 6, poz. 33) . . . . .	89		
Tow. Stom. w Poznaniu . . . . .	98	S O M M A I R E:	p.
Kursy dokształcające dla Lekarzy-Dentystów i Stomatologów (10-dniowe) urządzone przez Asystentów Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie . . . . .	74	Jałowcy B.: About the postmortal (histological) dying of tissues . . . . .	57
Dział słownictwa lekarskiego . . . . .	67	Pietrzycki J.: Sur l'essence et la thérapie de la pulpite restante (Restpulpitis) . . . . .	69
Wolne posady . . . . .	73	Berger H.: Stérilisation et aseptie opératoire dentaire . . . . .	75
		Conseil Central des Associations stomat. et dent. polonaises . . . . .	78
		Législation. Chambre dentaire . . . . .	89
		Société Stomatologique à Poznań . . . . .	98
		Courses stomatologiques, arrangés par les aides de la clinique stom. de l'univ. à Lwów . . . . .	74
		Nomenclature . . . . .	67
		VII-me Congrès de l'Arpa Int. à Prague . . . . .	97
		Revue critique . . . . .	98
		Necrologue: Wł. Grabski . . . . .	104

INHALT: Originalartikel: Jałowcy B.: Über die postvitale sog. histologische Gewebefärbung. S. 57. — Pietrzycki J.: Wesen und Therapie der Restpulpitis. S. 69. — Berger H.: Sterilisation und Aseptik im Ordinationszimmer. S. 75.

Abonament roczny 22 zł. — Cena niniejszego numeru 3 zł.  
Adres Redakcji i Admin.: Lwów, ul. Zielona 5 a. P.K.O. 505.125.




**Veramon**



**przeciw**



**bólom**



**2 pastylki  
Veramonu**  
wywierają pewny skutek w  
bólach zębów  
bólach głowy  
bólach przyrannych

**POLSKA SPÓŁKA SCHERING**  
SPÓŁKA Z OGR. ODP. WARSZAWA

**Z Zakładu Histologii i Embriologii U. J. K. we Lwowie.**

Doc. Dr JAŁOWY BOLESŁAW

**O POSTWITALNYM TZW. HISTOLOGICZNYM BARWIENIU  
TKANEK.***About the postmortal (histological) dying of tissues.***Über die postvitale sog. histologische Gewebefärbung.**

Doc. pol. 14,12

Doc. int 611.018

W wielu pracach naukowych, co zwłaszcza w naszym piśmiennictwie lekarskim wszyscy możemy stwierdzić, przeważa kierunek badawczy morfologiczny; w dużej bowiem ilości prac naukowych wnioski opierają się głównie, względnie w znacznej mierze na badaniach mikroskopowych, histologicznych. To wzrastające zainteresowanie rozmaitych specjalności histologią, histofizjologią, histochemią a zwłaszcza histopatologią, skłoniło mnie do opracowania krótkiego referatu na temat procesów barwienia tkanek, w którym będę się starał podać te wiadomości, którymi dziś rozporządzamy, celem lepszego zrozumienia, czego od preparatu barwionego wymagać możemy i na jakie pytania preparat barwiony może odpowiedzieć.

Tkanki barwimy w tym celu, aby uwydatnić pewne szczegóły strukturalne, których w stanie niebarwionym nie widzimy zupełnie, względnie tylko bardzo niewyraźnie<sup>1)</sup>. Na podstawie obrazów tkanek barwionych wnioskujemy o ich własnościach fizykalnych, fizykalno-chemicznych, koloidochemicznych, analizujemy w miarę możliwości ich skład chemiczny. Te obserwacje można by powiedzieć statyczne (właściwości tkanek w chwili badania) uzupełniamy spostrzeżeniami dynamicznymi, starając się na podstawie preparatów wnikać w istotę zmian funkcjonalnych, które znajdują niewątpliwy wyraz w obrazie strukturalnym. Pragnąc jednakże możliwie dokładnie i wszechstronnie odpowiedzieć na wyżej wymienione pytania, musimy w pierwszym rzędzie poznać istotę samego procesu barwienia tkanek.

<sup>1)</sup> Ustalenie i barwienie preparatu są to tzw. procesy różnicowania optycznego. Ustalenie zmienia właściwości załamывania światła, barwienie adsorbowania poszczególnych składowych widma, przez różne elementy strukturalne badanego preparatu.

Procesy barwienia tkanek dzielimy uwzględniając stan materiału badanego na barwienie witalne, polegające na podawaniu zwierzęciu żyjącemu pewnych substancji barwnych najczęściej drogą pozajelitową, barwienie suprawitalne, przeżyciowe, polegające na stosowaniu głównie barwików zasadowych na tkanki żywe izolowane z organizmu, które w roztworach tych barwików przez pewien okres czasu pozostają, wreszcie barwienie postwitalne albo właściwie histologiczne, które polega na stosowaniu barwików na tkanki martwe przez utrwalenie odpowiednio zmienione.

Barwiki stosowane w technice mikroskopowej dzielą się jak wiadomo na trzy zasadnicze grupy. Są to barwiki: kwaśne, zasadowe i obojętne.

Barwiki kwaśne zawdzięczają swój charakter kwaśny prawie wyłącznie grupie sulfonowej ( $\text{SO}_2\text{OH}$ ), są to z reguły sole sodowe. Barwikami k w a ś n y m i ogólnie znanymi są: kwas pikrynowy, Naphtholgelb (z grupy nitrowej); z dużej grupy barwików azowych: czysto żółty (Echtgelb), Orange, szkarłat; z grupy trójfenylometanowej: fuksyna S., cyonol, błękit patentowy (Patentblau); z grupy sulfonowych rhodamin, najbardziej znany barwik eozyna, oraz wiele innych.

Barwiki z a s a d o w e są to sole przeważnie kwasu chlorowodorowego i zasad barwikowych, które swój charakter zasadowy zawdzięczają grupie aminowej ( $\text{NH}_2$ ). Tu należą z najbardziej znanych hemateina, błękit metylowy, fiolet metylowy, błękit Nilu, pyronina, trypaflawina, błękit kresylowy (Kresylblau), safranina, nigrosina i wiele innych.

Po zmieszaniu roztworów wodnych barwików kwaśnych i zasadowych wytrąca się często nowy barwik powstały przez połączenie barwika kwasu i zasady, zwany o b o j ę t n y m, który jest solą barwika kwasu i barwika zasady. Przykładem takich związków jest połączenie eozyny i błękitu metylenowego, używane do barwienia krwi jako barwik May-Grünwalda, względnie obojętna mieszanina barwików zwana Triacidem, zawierająca zieleń metylową — fuksynę kwaśną i orange. Michaelis (1) wyróżnia jeszcze czwartą grupę barwików, tzw. barwiki i n d y f e r e n t n e<sup>1)</sup>, w których składowa barwna chromogen, posiada zamiast grup kwaśnych względnie zasa-

<sup>1)</sup> Są to barwiki, które rozpuszczają się w substancjach barwionych (Michaelis) l. c.

dowych takie kompleksy jak np. oksymetyl  $OCH_3$ , oksyetyl  $OC_2H_5$  albo tlen  $O_2$ . Tu należą barwiki stosowane do barwienia tłuszczów jak Sudan III, Szkarłat R.

Ponieważ w referacie niniejszym nie byłbym w możności omówić wszystkich wyżej wymienionych sposobów barwienia, ograniczę się więc tylko do najbardziej znanego i ogólnie stosowanego tj. barwienia postwitalnego zwanego właściwym barwieniem histologicznym.

Już przy zastosowaniu roztworu jednego ze znanych nam barwików stwierdzamy, że pewne struktury preparatu co do intensywności zabarwiły się odmiennie aniżeli pozostałe. Jeżeli zaś zastosujemy pewne kombinowane mieszaniny to wówczas te różnice wystąpią jeszcze wyraźniej. Stwierdzimy więc, że pewne szczegóły preparatu barwią się na przykład na czerwono, pewne na żółto, inne na zielono względnie niebiesko. Najprostsze tłumaczenie tego zachowania się struktur barwionych, to przyjęcie specjalnego powinowactwa poszczególnych składowych tkanek do pewnych barwików. Ten chemiczny sposób tłumaczenia wybiórczego barwienia niektórych elementów tkanek przez pewne barwiki jest w histologii techniki mikroskopowej najstarszym. Najłatwiej bowiem przyjąć, że grupy aminowe barwików stosowanych wiążą się np. z grupami karboksylowymi ( $COOH$ ) tkanek jako gelów białkowych, a grupy sulfonowe barwików z grupami aminowymi białek, tworząc w ten sposób złożone związki chemiczne o charakterze bardzo skomplikowanych soli. To stanowisko zajmowali Ehrlich (2), Griesbach (3), Unna, Heidenhain, częściowo także Pappenheim, Michaelis oraz inni. Ehrlich wprowadził pojęcie basofilii, acidofilii i neutrofilii. Struktury basofilne, acidofobne wiążą się z barwikami zasadowymi, acidofilne-basofobne z barwikami kwaśnymi, neutrofilne zaś zajmują stanowisko pośrednie, mogą więc łączyć się i z grupami kwaśnymi i zasadowymi. Ponieważ jednak większość struktur białkowych to związki kwaso-zasadowej natury, tj. łączące w sobie własności słabych zasad i słabych kwasów, dlatego też tylko niektóre struktury wykazują cechy bezwzględnie kwaso- względnie zasadochłonne. Kwasochłonne w ścisłym tego słowa znaczeniu są ziarnistości ciałek eozynochłonnych, zasadochłonne ziarnistości komórek tucznych. Dla stwierdzenia charakteru danych elementów badanych polecają wymienieni autorowie stosowanie barwików obojętnych,

które przez struktury kwaso- względnie zasadochłonne zostaną rozłożone i odpowiednio związane. Struktury obojętnochłonne tych barwików nie rozkładają. Odbarwiająca działanie kwasów na preparaty barwione barwikami kwaśnymi, zasad przy barwieniu barwikami zasadowymi tłumaczą zwolennicy chemicznych teorii barwienia rozbiem powstałych kompleksów barwikowo-białkowych, przy czym barwik uwolniony przechodzi do roztworu, a preparat odbarwia się. Działanie zaś tzw. bejc zdanem wymienionych autorów ma polegać na ich właściwościach amboceptorowych, które z jednej strony wiążą się z pewnymi składowymi tkanek, z drugiej strony zależnie od charakteru amboceptora z odpowiednim barwikiem.

Już jednak nawet powszednie obserwacje pracowniane wykazują, że struktury, które w danej metodzie określane są np. jako fuksynofilne, tak samo barwią się innymi barwikami kwaśnymi. Stosując zaś mieszaniny dwóch różnych barwików kwaśnych o różnych zdolnościach dyfundowania i różnie wielkocząsteczkowych, zależnie od czasu ich działania otrzymamy odmienne obrazy. Jeżeli np. preparat skóry będziemy barwili metodą Van Gieson'a w modyfikacji Unny, tj. przy dodaniu błękitu wodnego, to wówczas po 5 minutach otrzymamy naskórek zabarwiony na kolor żółty, mięśnie zabarwione na żółto, kollagen na czerwono, a włókna retikuliny na kolor niebieski. Jeżeli ten sam preparat pozostawimy w tej samej mieszaninie barwików np. 10—15 czy 20 minut to wówczas stwierdzimy, że kollagen czerwony, powiedzmy fuksynofilny, zabarwił się na niebiesko, mięśnie tu i ówdzie na niebiesko, a naskórek też zaczyna przyjmować kolor zielononiebieski. Po dłuższym czasie działania tego zestawienia barwików cały preparat zabarwi się na niebiesko. Z tego przykładu widzimy, że rozmieszczenie barwików w elementach składowych tkanek nie jest uwarunkowane wyłącznie powinowactwem tychże do pewnych barwików. Głosy krytyki chemicznych teorii barwienia, podnoszono już bardzo dawno. Dlatego też sami twórcy tej teorii jak np. Unna (4) starali się rozmieszczenie barwików w tkankach tłumaczyć w nieco odmienny sposób. Unna podzielił wszystkie składowe tkanek ze względu na ilość związanego luźnie tlenu na pola utleniające i odtleniające. Pierwsze miały jego zdaniem powinowactwo do substancji odtleniających, drugie do utleniających. Dane jednakże, na podstawie których doszedł Unna do tych wniosków, zostały uznane za niewystarczające a jego teoria należy dziś do historii.

Przeciwników chemicznych teorii barwienia tkanek nie brak było już w samych początkach kształtowania się techniki procesów barwienia. Już w roku 1786 (5) H a l e y dopatruje się w procesie barwienia zjawisk czysto fizykalnych. Barwiki nie łączą się w formie związków chemicznych ze strukturami barwionymi, lecz dyfundując do nich wchodzą przez przestrzenie międzycząsteczkowe i tu zostają zatrzymane dzięki tzw. atrakcji cząsteczkowej. Pomiedzy wielkością pór struktur tkankowych, a wielkością cząsteczek barwika istnieje pewnego rodzaju zależność przestrzenna, duże cząsteczki barwików mogą przechodzić tylko do pewnych elementów tkanek, małe cząsteczki w tych strukturach trzymają się słabo, łatwo przechodzą do roztworu, np. przy płókanii preparatów. Już sam Ehrlich stwierdzał, że podgrzewanie preparatów krwi, powodujące częściowe odwodnienie i zagęszczenie substancji ciałek czerwonych powoduje przesunięcie ich powinowactwa barwikowego ze strony ciemnej w kierunku jasnej barwików, tj. od barwików trudniej dyfundujących większocząsteczkowych do łatwiej dyfundujących mniejszocząsteczkowych.

Zasadnicze jednak podstawy teorii fizykalnej procesów barwienia tkanek stworzył M ö l l e n d o r f f (6), który wyniki badań swego współpracownika K r e b s a (7) znacznie rozszerzył i w nowy materiał dowodowy zaopatrzył. Dalsze nasze uwagi oprzemy na wynikach prac Krebsa, Möllendorffa i naszych własnych obserwacjach (8), które w toku badań nad retikulina mieliśmy możliwość przeprowadzić. Wyniki badań Krebsa, przeprowadzonych na preparatach z mięśni poprzecznie prążkowanych wykazały, że rozmieszczenie barwika jest uwarunkowane, po pierwsze zbitością elementów barwionych, po drugie zdolnością dyfundowania barwika zastosowanego. Te same obrazy barwne otrzymywał Krebs stosując różne barwiki o podobnych jednak własnościach dyfuzyjnych. Te same struktury zostają przepojone barwikami o różnych zdolnościach dyfundowania w odpowiednio jednak różnych okresach czasu. Barwik łatwo dyfundujący przepaja dane struktury bardzo szybko, barwik większocząsteczkowy wolniej dyfundujący wymaga dla zabarwienia znacznie dłuższego czasu. Jeżeli teraz preparat zabarwiony jakimkolwiek barwikiem kwaśnym wstawimy do wody np. destylowanej, to stwierdzimy, że barwik będzie dyfundował do wody, a preparat odbarwi się, przy czym najpierw odbarwią się te struktury, które szybciej zostały zabarwione, do których dany barwik najłatwiej dyfundował, czyli struktury gelowe w danym preparacie najmniej zbite. Najpóźniej

odbarwią się te elementy składowe tkanki, które najpóźniej zostały zabarwione, a więc o strukturze najbardziej zbitej. O słuszności tych uwag możemy się jeszcze dowodniej przekonać jeżeli poddamy analizie składy barwików stosowanych w znanych metodach wielokolorowych, z których tu wymienimy następujące: metoda Van Giesona, Van Giesona w modyfikacji Unny, Mallory'ego, Heidenhaina, Traina, Freeborna i inne.

W metodzie Van Giesona — kwas pikrynowy barwi mięśnie, fuksyna kwaśna kollagen.

W metodzie Van Gieson-Unny — kwas pikrynowy barwi mięśnie, fuksyna kollagen niezmieniony, błękit wodny retikulinę.

W metodzie Heidenhaina — kwas pikrynowy — mięśnie, czerń błękitna (Blauschwarz) B. kollagen.

W metodzie Mallory'ego — Orange G. mięśnie, błękit anilinowy kollagen.

W metodzie Traina — kwas pikrynowy mięśnie, błękit wodny kollagen.

W metodzie Freeborna — kwas pikrynowy mięśnie, Nigrosina kollagen.

Porównajmy teraz szybkość dyfundowania barwików wchodzących w skład wymienionych metod wobec 10% żelatyny. Stwierdzimy że:

Kwas pikrynowy w ciągu 1 godz. dyfunduje na odległość ok.	20 mm
Orange G. . . . .	20 mm
Fuksyna kwaśna . . . . .	10 mm
Błękit anilinowy . . . . .	5 mm
Czerń błękitna (Blauschwarz) B. . . . .	5 mm
Nigrosin . . . . .	6 mm
Błękit wodny . . . . .	8 mm

Zestawmy teraz szybkość dyfundowania wymienionych barwików w gelu żelatynowym z ich właściwościami barwnymi w podanych metodach, to stwierdzimy, że struktury bardziej zbite, mięśnie, barwią się stale barwikami mniejszocząstkowymi o większej dyspersji, kollagen zaś jako gel mniej gęsty, mniej zbity, barwikami większocząstkowymi o mniejszych zdolnościach dyfundowania. Poza tym widzimy, że w wymienionych metodach barwiki zostały tak dobrane, że obok barwika łatwo dyfundującego stosuje się barwik trudniej dyfundujący uzyskując w ten sposób przy odpowiednim czasie barwienia dostateczne kontrasty. Nie jest rzeczą obojętną w ja-



kiej kolejności wymienione barwiki zastosujemy. Jeżeli barwimy w pewnym porządku, to wówczas najpierw nalewamy barwika łatwiej dyfundującego; np. w pierw barwimy kwasem pikrynowym, otrzymując jego największe skupienia w strukturach najbardziej zbitych, gdzie barwik ten utrzyma się najdłużej. Następnie wkładamy preparat np. do roztworu kwaśnej fuksyny, która dyfunduje do struktur bardziej wiotkich, z których do roztworu przechodzi tam nagromadzony kwas pikrynowy. Ta dyfuzja wymienna musi zostać przerwana w odpowiednim momencie, gdyż po okresie tzw. *optimum* czasu barwienia dla danej tkanki fuksyna przepaja także bardziej gęste struktury, a wynik barwienia będzie wówczas niedostateczny, obraz stanie się niekontrastowy, otrzymamy brudne zlewające się kolory. Dla uzyskania zadowalających rezultatów decydującym jest dobór odpowiednich zestawień barwиковych, których poszczególne składowe różniłyby się możliwie znacznie w swych zdolnościach dyfuzyjnych, odpowiednia kolejność ich zastosowania oraz odpowiednio dobrany czas barwienia.

Dodanie kwasów np. octowego do mieszanin barwиковych daje jak wiemy znacznie lepsze kontrasty, przy stosowaniu metod wielokolorowych. Działanie kwasu wyraża się zmniejszeniem stopnia rozproszenia (dyspersji) barwиков, który to wpływ zaznacza się zwłaszcza na składowej wolniej dyfundującej, dając w wyniku swoim bardziej przejrzyste obrazy. Przy barwieniu jednokolorowym, barwikiem kwaśnym szybko dyfundującym dodanie kwasu prawie nie wpływa na przebieg barwienia.

Uwagi, które podaliśmy odnoszą się do barwиков kwaśnych stosowanych w *h o m o g e n n y c h* roztworach wodnych, a które określiśmy jako barwiki plazmy i jej zróżnicowań. Ogólnie proces barwienia przy zastosowaniu barwиков kwaśnych jest procesem czysto fizykalnym, przepojonym. Jest to tzw. *D u r c h t r ä n k u n g s f ä r b u n g* — *M ö l l e n d o r f f a*.

Barwienie przy pomocy barwиков zasadowych jest niewątpliwie procesem bardziej skomplikowanym. Jakkolwiek ogólne zasady co do zachowania się barwиков zasadowych w strukturach tkankowych są te same co i barwиков kwaśnych, to jednak sam proces barwienia składa się z dwóch zasadniczych faz, tj. przepojeniowej i strątownej. Jeżeli preparat np. skóry zanurzymy na pewien okres czasu do roztworu wodnego barwika zasadowego, to stwierdzimy to samo zachowanie się elementów włóknistych skóry, mięśni, plazmy komór-

rek naskórka, jak przy użyciu barwika kwaśnego, a ponadto zauważymy, że jądra komórek wystąpią bardzo wyraźnie, jako tzw. struktury chromatynowe. Oglądając jądra pod silnymi powiększeniami stwierdzimy, że na powierzchni tzw. zrębu jądrowego przyszło do strącenia drobnoziarnistych mas barwikowych, które przez to stały się dobrze widoczne. Tworzenie się strąków na powierzchni struktur chromatynowych, jest następstwem związania obecnych tu kwasów nukleinowych z zasadami barwikowymi. Proces więc barwienia przy stosowaniu barwików zasadowych jest procesem złożonym, składającym się z dwóch różnych faz, strąkowej chemicznej i przepojeniowej fizykalnej, z których ostatnia jest regulowaną według zasad obowiązujących w procesie barwienia barwikami kwaśnymi. Faza strąkowa jest zjawiskiem rozgrywającym się na powierzchni czy to struktur chromatynowych, czy ziarenek komórek tucznych, czy jąderek względnie błon jądrowych, faza zaś przepojeniowa ma miejsce we wnętrzu struktur barwionych. Chromatyna zasadowa (basichromatyna) jest więc obrazem strątu, chromatyna kwaśna (oksychromatyna) przepojenia tej samej morfologicznie struktury (W. v. Möllendorff).

Na podstawie danych dotychczas omówionych, wydaje się zupełnie nieuzasadnionym różnicowanie pewnych elementów tkankowych na podstawie ich właściwości zachowania się zwłaszcza wobec pewnych barwików kwaśnych. Rozróżnianie np. w przysadce mózgowej komórek fuksynochłonnych, orangeochłonnych, eozynochłonnych, cyanochłonnych, czy innych nie ma żadnych podstaw. Można jedynie powiedzieć, że te czy owe struktury ze względu na ich zachowanie się wobec barwików kwaśnych mają konsystencję mniej lub bardziej zbitą, że zostają w takich czy innych warunkach przepojone pewnymi barwikami o odpowiednich własnościach dyfundowania. Wnioski o oksyfilii czy basofilii w preparatach utrwalanych, a więc gelach białkowych odpowiednio zmienionych, poddanych działaniu rozmaitych płynów denaturujących białka, odwadnianych szeregiem alkoholi, poddanych działaniu pewnych substancji prześwietlających tj. odpowiednich rozpuszczalników parafiny, wreszcie zatopionych powiedzmy w parafinie, następnie odparafinowanych, wypłókanych w alkoholach, niekiedy poddanych działaniu odpowiednich bejc i wreszcie zabarwionych, muszą budzić poważne zastrzeżenia, jeżeli nie chcemy ich określić jako zupełnie nieuzasadnione.

Należy jeszcze zauważyć, że większość metod histologicznych,

nawet tzw. s p e c y f i c z n y c h do wykazywania pewnych specjalnych składowych tkanek, zostały wypracowane nie przez chemików histologów, lecz przez ścisłych morfologów i to w czasie niepodzielnego panowania kierunku chemicznego w technice mikroskopowej.

Na zakończenie muszę jeszcze wspomnieć dla całokształtu zagadnienia, że stanowisko powyżej omówione, reprezentowane przez Möllendorffa, Krebsa i innych, a przyjęte i opracowywane także przez lwowski Instytut, jest przez niektórych badaczy krytykowane. Zdaniem P i s c h i n g e r a (9), K e l l e r a (10), G i c k l h o r n a (11) i innych w procesie barwienia nie mają znaczenia własności dyfuzyjne barwików i ich stan dyspersji. Barwienie preparatów utrwalonych zarówno przy pomocy barwików kwaśnych jak i zasadowych to zjawiska adsorbcyjne, które pozostają w ścisłym związku z ładunkiem elektrycznym elementów tkankowych. W związku z tym proponują wymienieni autorowie zamiast pojęcia tkanek kwaśnych i zasadowych, które są określeniami ściśle chemicznymi, zastąpić je pojęciami tkanek naładowanych elektrycznie dodatnio względnie ujemnie. Zdaniem P i s c h i n g e r a wszystkie koloidy białkowe i tkanki przy pewnych stężeniach jonów wodorowych ściśle dla nich charakterystycznych tracą własności adsorbowania barwików a w pewnych wykazują te zdolności najintensywniej, tak, że przy odpowiednich stężeniach jonów wodorowych roztworów barwików stosowanych, można otrzymać bez różnicowania wybiórcze obrazy pewnych elementów tkanek badanych.

Znamy już dzisiaj metody wypracowane na tej zasadzie. Dla przykładu wspomnę o metodzie podanej w ubiegłym roku przez F a u t r e z a i L a m b e r t a (12) dla wybiórczego barwienia hemoglobiny. Punkt izoelektryczny hemoglobiny leży po stronie bardziej zasadowej Ph — 6'8, aniżeli większości koloidów tkankowych (3'5—5). Barwik kwaśny barwi substancje elektrododatnie i substancje amfoteryczne przy Ph bardziej kwaśnym niż ich punkt izoelektryczny. Na tej zasadzie opierając się Fautrez i Lambert stosują tamponowany roztwór cyanolu o Ph — 6'4, który barwi tylko hemoglobinę.

Gdybyśmy teraz, po tych uwagach mieli zamiar w sposób syntetyczny ująć całokształt zagadnienia procesu barwienia histologicznego, to musielibyśmy stwierdzić, że poglądy na istotę tego procesu dotychczas nie zostały uzgodnione. Pragnąc jednak zająć stanowisko możliwie obiektywnie musimy przyjąć, że proces barwienia histologicznego jest niewątpliwie procesem wysoce złożonym.

Istnieją bez wątpienia metody barwienia polegające jedynie na rozpuszczaniu się barwików w substancjach barwionych, tu należy większość barwień tłuszczów, w innych metodach niewątpliwą rolę odgrywają warunki fizykalne, koloidochemiczne tak barwików jak i struktur barwionych, w pewnych natomiast metodach zjawiska adsorbcyjne na zasadzie sił elektrochemicznych decydować mogą o przebiegu procesu barwnego. W każdym razie przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości o istocie barwienia histologicznego nie możemy problemów tych upraszczać przyznając słusność jednemu tylko z omówionych zapatrywań. Najprawdopodobniej bowiem w większości procesów barwnych, mogą zachodzić równocześnie wszystkie omówione zjawiska, które w wyniku dają nam wielokolorową zagadkę, której rozwiązanie wymaga dużej wprawy i jeszcze większej ostrożności w wysnuwaniu dalej idących wniosków.

#### Piśmiennictwo.

1. **Michaelis:** Arch. mikr. Anat. T. 94. 1920.
2. **Ehrlich:** Arch. mikr. Anat. T. 13. 1877.
3. **Griesbach, Unna, Heidenhain, Pappenheim** i inni patrz zestawienie literatury Enzyklopädie d. mikroskop. Technik. Rudolf Krause, 1926, oraz Taschenbuch d. mikr. Technik. B. Romeis. 1928.
4. **Unna:** Arch. mikr. Anat. T. 78. 1911.
5. **Haley:** cyt. wg. Enzyklopädie d. mikr. Technik. R. Krause. 1926.
6. **Möllendorff:** Erg. d. Anat. T. 25. 1924. Zeitschr. f. Zellforsch. T. 15. 1932. Tamże zestawienie literatury.
7. **Krebs:** Arch. mikr. Anat. T. 97. 1923.
8. **Jałowy:** Zeitsch. f. Zellforsch. T. 27. 1937.
9. **Pischinger:** Zeitsch. f. Zellforsch. T. 3. 1926., Zeitschr. f. Zellforsch. T. 5. 1927., tamże zestawienie literatury.
10. **R. Keller:** Die Elektrizität in der Zelle. Wien u. Leipzig. 1919.
11. **Gicklhorn i R. Keller:** Arch. exper. Zellforsch. T. 1.
12. **Fautrez i Lambert:** Bull. d'histol. appliquée. T. XIV. 1937.

**Zusammenfassung.** Der Verfasser beschäftigt sich im vorstehenden Referat mit den histologischen Färbungsprozessen. Nach Besprechung der chemischen, physikalischen und elektrochemischen Färbungstheorien, betont er, dass die histologische Färbung einen sehr komplizierten Prozess darstellt. Man darf nicht nur einer einzigen Theorie den ausschlieslichen Wert zuerkennen. Es gibt unzweifelhaft Färbungen, die lediglich auf Lösung von Farbstoffen im Substrat beruhen und hier sind die meisten Fettfärbungen einzurechnen. Bei anderen Färbungsprozessen spielen sicher sowohl die physikalischen, chemischen (kolloidochemischen) Eigenschaften der Farbstoffe sowie auch der Sub-

strate eine prinzipielle Rolle, bei anderen Methoden dagegen sind die Adsorptionserscheinungen auf Grund von elektrochemischen Kräften von grosser Bedeutung.

Es ist im allgemeinen hervorzuheben, dass bei unseren bisherigen Kenntnissen über das Wesen der histologischen Färbung, dieses Problem nicht vereinfacht werden darf. Höchstwahrscheinlich finden bei der Mehrzahl der Färbungsprozesse gleichzeitig alle oben erwähnten Erscheinungen statt, die schliesslich vielfarbige Rätsel ergeben, deren Lösung eine grosse Übung und noch grössere Vorsicht bei weitgehenden Folgerungen erfordert.

## *DZIAŁ SŁOWNICTWA LEKARSKIEGO.*

### **CZY NALEŻY MÓWIĆ: „BARWIK“ CZY TEŻ „BARWNIK“.**

#### **Opinia prof. Ciechanowskiego z Krakowa.**

Pośpieszając z odpowiedzią donoszę uprzejmie, że moim zdaniem należy używać słowa „barwik“.

Ma ono już zupełne prawo obywatelstwa w języku nie tylko lekarskim, ale i ogólnym. Cały zaś, swego czasu dość zacięty spór o „barwik“ i „barwnik“ był faktycznie sporem „de lana caprina“. Usiłowano wówczas narzucić używanie jednego wyrazu na wytwory chemiczne sztuczne, a drugiego na wytwory samego żywego ustroju. Ale wyrazy oba brzmią podobnie, że to się przeprowadzić nie da i dlatego w „Słowniku lekarskim“ podano w obu znaczeniach jeden tylko wyraz „barwik“, utworzony zresztą zupełnie prawidłowo i już wtedy (1905 roku) oddawna używany i utarty.

\* \* \*

Wypowiedzieli się również za używaniem wyrazu „barwik“ autor doc. Jąłowcy i profesorowie lwowscy: Cieszyński, Franke, Lenartowicz, Nowicki, Weigl — za używaniem wyrazu „barwnik“ Zasady pisowni polsk. z r. 1936 Jodłowski-Taszycki i dr Ignacy Pietrzycki Lwów.

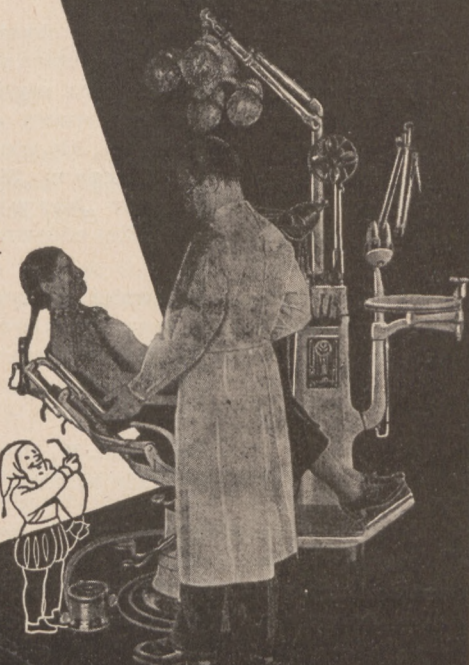
#### **Opinia prof. W. Bruchnalskiego ze Lwowa**

przedstawiciela katedry języka i literatury polskiej.

W sprawie kwestii używania wyrazu „barwik“ i „barwnik“ pozwalam sobie oświadczyć, że oba wyrazy uważam za analogiczne i obojętnym jest dla mnie który z nich uważać należy za poprawniejszy; w każdym razie przemawia do mnie raczej wyraz „barwnik“.

## 29 duchów służebnych

Bajka o 29 krasnoludkach pomagających ludziom w pracy stała się rzeczywistością. Nowy Unit Rittera, model 54 to właśnie tych 29 dobrych duchów służebnych. Jeden ruch ręką, a podany instrument czy środek pomocniczy jest już do dyspozycji. Skromnie stojąc przy fotelu operacyjnym, jest nowy Unit Rittera Pańskim niezmiernym pomocnikiem i podnosi Pańską praktykę. Krok za krokiem można go także łatwo doprowadzić do wysokiej doskonałości i precyzji z podstawowego urządzenia pokoju ordynaryjnego: z wiertarki Rittera stolika na instrumenty i spluwaczki. Proszę usłyszeć dobrej rady. Proszę zażądać nowego zajmującego zeszytu o 29 duchach służebnych we firmie:



# Ritter A.G. Durlach / Baden

Fabryki: Durlach i Pforzheim. Lokale wystawowe: Berlin W 9 Columbushaus  
Tel. B. 2-1230 i Durlach Ritterwerke Tel. 27-29

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

Dr IGNACY PIETRZYCKI

LWÓW

st. asystent

ZAPALENIE MIAZGI SZCZĄTKOWEJ (RESTPULPITIS)  
I JEGO ISTOTA.

*Sur l'essence et la thérapie de la pulpite restante (Restpulpitis).*

**Wesen und Therapie der Restpulpitis.**

Doc. pol. 24.75:51,21:51,24

Doc. int. 616.314.18.089.87  
616.314.18.06  
616.314.18.08

W piśmiennictwie lekarsko - dentystycznym spotyka się niekiedy określenie „Restpulpitis“, zapalenie miazgi szczątkowej, które ma tłumaczyć bóle, jakie niekiedy mogą wystąpić bezpośrednio lub później po ekstyrpacji miazgi dewitalizowanej arsenikiem niezależnie czy przewód wypełniono tymczasowo czy na stałe.

Powodem tych bólów ma być stan zapalny miazgi nie usuniętej całkowicie z przewodu korzeniowego po jej zatruciu pastą arsenikową i w tym wypadku należy ją dodatkowo usunąć miazgociągiem. Po tego rodzaju rękoczynach bóle bardzo szybko ustępują. W takich przypadkach prof. J. Münch zaleca „Pulpa-serol“ preparat Merza Co. Frankfurt/Main. (D. Z. W. Str. 711. 1936) z bardzo dobrym skutkiem.

Tego rodzaju tłumaczenie bólów, jakie niekiedy występują w toku dewitalizacji i następnej ekstyrpacji miazgi wydaje mi się niezupełnie wystarczające i nie odpowiadające stanowi faktycznemu.

Chcąc zająć stanowisko krytyczne w sprawie zapalenia miazgi szczątkowej należy przede wszystkim rozpatrzeć warunki powstawania tego schorzenia, jego znaczenie dla następnych procesów odtwórczych, istotę jego i środki leczenia.

Powstanie zapalenia miazgi szczątkowej może pozostawać w związku z usuwaniem miazgi korzeniowej po 1) dewitalizacji, 2) znieczuleniu miazgi, 3) w przypadkach, w których stany zapalne miazgi przy otwartej komorze rozwijają się zwolna jako tzw. pulpitis ulcerosa i kiedy proces destrukcyjny sięgając coraz głębiej osią-

gnie nieraz okolicę miazgi przyszczytową, która stanowi wtedy ostatni szczątek żywej miazgi korzeniowej. Przypadki pod 3) należą do schorzeń miazgi zakażonej z pogranicza spraw zgorzelinowych i dlatego nie nadają się do omawiania w tym miejscu.

W przypadku pierwszym działanie arszeniku jako trucizny komórkowej zarówno resorbcyjne jak i dyfuzyjne najsilniejsze w miejscu zetknięcia się z żywą tkanką słabnie w miarę pogłębiania się i zatrzymuje się zazwyczaj w okolicy szczytowej miazgi, gdzie ta mając lepsze warunki odżywiania i posiadając większą odporność tkankową zbliżoną do oębnej jest w stanie przewyciężyć przejściowe zaburzenia w krążeniu i utrzymuje się przy życiu. Stan zapalny oddzielający (demarkacyjny) pozwala pozostałej przy życiu szczątkowej miazdze oddzielić się od części martwej. W tym miejscu przychodzi też zazwyczaj do zerwania łączności jeszcze fizycznej w chwili gdy nerwociąg wprowadzony do przewodu po zaczepieniu się o martwą miazgę nagłym ruchem zostaje z powrotem wydobyty wraz z miazgą martwą.

Jakie mogą być powody, że miazga dewitalizowana nie dozna zerwania fizycznego w miejscu, w którym dzieje się to najczęściej, to jest w miejscu pogranicza tkanki żywej i martwej. Aż nadto oczywistym jest, że im dalej posunięty jest proces zapalenia demarkacyjnego z rozpuszczeniem tkanek martwych i im tkanka miazgi dewitalizowanej będzie spoistsza tym lepsze będą warunki usunięcia miazgi martwej w całości. Z drugiej strony wszelkie zwężenia miazgi korzeniowej np. w następstwie wytworzonej tkanki kostnej w przewodzie korzeniowym, zbyt długie i cienkie miazgi lub będące już częściowo w stanie rozpadu będą sprzyjały temu, że zerwanie może nastąpić także i w innym miejscu. Spoistość dewitalizowanej miazgi będzie także zależna od stanu jej ukrwienia w chwili zakładania arszeniku, od szybkości zadziałania trucizny, a to znowu od dawki, miejscowych warunków wchłaniania i wieku pacjenta. Wiadomym jest działanie mumyfikujące formaliny. Technika usuwania i jakość narzędzia może również mieć wpływ na miejsce zerwania łączności.

Przy ekstyrpacji więc miazgi dewitalizowanej może przyjść w pewnych wypadkach do zerwania łączności powyżej miejsca, gdzie toczy się stan zapalny demarkacyjny i w tym wypadku przy miazdze szczątkowej może pozostać mniej lub większy strzępek tkanki martwej. Tkanka martwa w pewnych warunkach może swą obecnością powodować drażnienie części szczątkowej żywej miazgi i wzbudzać względnie podtrzymywać stan zapalny z jego wszystkimi objawami.



W toku postępowania dewitalizacyjnego może również wydarzyć się, że zadziałanie arszeniku nie było wystarczające i znaczną część miazgi korzeniowej pozostała przy życiu. Przyczynić się może do powstania tego stanu zbyt mała dawka trucizny, brak bezpośredniego zetknięcia się z żywą miazgą, zbyt krótki termin pozostawiania arszeniku w ubytku, przewężenia znaczne miazgi w jej przebiegu w przewodzie korzeniowym spowodowane wtórną tkanką kostną i wiele innych przyczyn. Używany w literaturze termin „Restpulpitis“ odnosi się właśnie do tego jedynie przypadku, kiedy miazga korzeniowa na pewnym odcinku pozostała mimo zastosowania arszeniku przy życiu i będąc w stanie zapalnym powoduje napady bólów o różnym charakterze.

Gdy dokonuje się usunięcia miazgi żywej w znieczuleniu to wtedy rozerwanie miazgi nastąpi zazwyczaj w miejscu dowolnym zależnie przede wszystkim od tego jak głęboko wprowadzimy nerwociąg. W przypadkach więc stanu zapalnego miazgi może zdarzyć się, że część pozostała miazgi może wykazywać jeszcze stan zapalny i powodować bóle pomimo dokonanej ekstyrapacji i dopiero ponowna ekstyrapacja pozostałej części zapalnej albo dewitalizacja i ekstyrapacja dewitalizowanej części usunie ból.

Pozornie sprawa wyżej poruszona może mieć znaczenie tylko teoretyczne, w rzeczywistości w praktyce lekarsko-dentystycznej może nastąpić wiele trudności i zdecydować o życiu danego zęba. Co innego bowiem jest zalecać usunięcie resztek żywej miazgi będącej w stanie zapalnym po dokonanej poprzednio ekstyrapacji w znieczuleniu, gdy mimo to bóle utrzymują się, a zupełnie co innego zalecać to samo w przypadkach bólów po dokonanej dewitalizacji.

W przypadkach, kiedy po dokonaniu dewitalizacji wystąpią bóle, mimo że ekstyrapacja dewitalizowanej miazgi dokonana była w sposób (aseptyczny) jałowy, należy raczej ograniczyć się do usunięcia z przewodu korzeniowego wszelkich resztek martwej miazgi. Doświadczenie uczy, że usunięcie nieraz znikomo małej odrobiny martwej tkanki z okolicy miazgi szczątkowej sprowadza natychmiastową ulgę i ustąpienie wszelkich bólów. Niszczenie i usuwanie miazgi w okolicy szczytowej w przypadkach, kiedy ona wykazuje podrażnienie w toku stosowania dewitalizacji należałoby uważać za błędne i wręcz przeciwwskazane, choćby z tego powodu, że ta część miazgi, mając dobre warunki do utrzymania się przy życiu ma nierównie ważniejsze zadanie do spełnienia w procesie reparacyjnym.

Stan zapalny miazgi szczątkowej w postępowaniu leczniczym polegającym na dewitalizowaniu, o ile nie było błędu rozpoznawczego co do pierwotnego istotnego stanu zdrowia miazgi i zachowano niezbędną jałowość w toku usuwania miazgi i zaopatrywania rany jest wyrazem ciągłości stanu zapalnego, jaki spowodowany został w miazdze przez zadziałanie na nią trucizny w tym wypadku arszeniku. Stan ten zapalny pochodzenia chemicznego ustępuje dość szybko, a jeżeli się utrzymuje, to jest to wyrazem działania na szczątkową część miazgi jeszcze jakiegoś czynnika drażniącego, a może nim być (wyłączając zakażenie) bezpośrednie sąsiedztwo martwej tkanki ze śladami trucizny z świeżo stworzoną raną poekstyrpacyjną.

Z powyższego przedstawienia sprawy wynika, że postępowanie lecznicze musi być w każdym przypadku inne. O ile w przypadku jednym, gdy po zastosowaniu trucizny w postaci arszeniku nie nastąpiło zabicie miazgi i miazga korzeniowa w następstwie niedostatecznego działania trucizny pozostała żywa i w stanie zapalnym na znaczniejszej przestrzeni, powodując silne bóle, należy miazgę tę, jako nie posiadającą widoków do utrzymania się przy życiu, usunąć. W tym celu należałoby użyć jeszcze raz bardzo małej dawki arszeniku na krótki czas, celem jej zabicia, albo usunąć ją w znieczuleniu miejscowym przy pomocy miazgociągu.

W przypadku natomiast, kiedy bóle wystąpiły po dokonanej dewitalizacji i są wyrazem stanu podrażnienia części miazgi w okolicy szczytowej z powodu pozostania przy niej strzępów martwej tkanki, należy ograniczyć się do usunięcia tych martwych resztek i zaopatrzyć szczątkową część miazgi korzeniowej środkami niedrażniającymi.

Stosowanie jakichkolwiek środków drażniących lub niszczących tkankę lub doszczętne opróżnianie przewodu korzeniowego aż do otworu szczytowego nie będzie prowadzić do zlikwidowania objawów podrażnienia, ale spowoduje tylko przesunięcie stanu podrażnienia w obszar bezpośrednio stykający się z ozębną, co stać się może powodem utraty zęba.

**Streszczenie:** W toku postępowania dewitalizacyjnego należałoby rozumieć przez miazgę szczątkową tę część miazgi korzeniowej, która ze względów topograficznych i swych właściwości anatomicznych wykazuje wyraźnie zwiększoną zdolność do przewyciężania zaburzeń w krążeniu, zwiększoną odporność względem zakażeń, oraz wyraźną zdolność do procesów odtwórczych kostnych. Jest to miazga korzeniowa przyszczytowa. Ta miazga szcząt-

kowa może wykazywać stany zapalne spowodowane rozmaitymi czynnikami, również i wtedy gdy działanie arszeniku nie doprowadziło do zabicia właściwej miazgi korzeniowej i część jej jeszcze żywa będąc w stanie zapalnym lub zwyrodnienia ciągłością tkanek może powodować i podtrzymywać stan zapalny miazgi szczątkowej.

Z właściwości miazgi szczątkowej wynikają wskazania dla postępowania leczniczego w toku dewitalizacji, które powinno ograniczyć się tylko do usunięcia z sąsiedztwa miazgi szczątkowej wszystkiego tego co ją może drażnić nie uszkadzając ile możności jej samej.

**Dr Pietrzycki Ignacy: Wesen und Therapie der Restpulpitis.**

Polska Stomatologia 1938, Nr 3.

**Zusammenfassung:** Der Begriff „Restpulpitis“ wird in der Zahnärztlichen Presse zur Erklärung der Schmerzen im Ablaufe der devitalisierenden Behandlung der Zahnpulpa mit Arsen gebraucht. — Unter dem Begriffe „Restpulpa“, „Restpulpitis“ versteht der Autor denjenigen Abschnitt der Pulpa bei dem Devitalisationsverfahren, welcher wegen seiner topographischen, anatomischen und biologischen Eigenschaften einen spezifischen Charakter darbietet und in der Abwehrtätigkeit und den regenerativen Prozessen des Zahnes eine besonders wichtige Rolle spielt. Es ist die Apikalgegendpulpa. — Aus diesem Grunde ist letztere nach Ausräumung des Detritus nach Möglichkeit zu schonen.

## K O N K U R S

Komendant 3 szpitala okręgowego w Grodnie ogłasza konkurs na wakujące od zaraz stanowisko kontraktowego ordynatora przychodni dentystycznej z uposażeniem wg VII stopnia płacy urzędników państwowych (możliwa również praktyka prywatna).

Obowiązkowe godziny zajęć od 8 do 15.

Podania z dołączeniem curriculum vitae należy nadsyłać do komendy 3 szpitala okręgowego w Grodnie.

### WOLNE POSADY.

**Lekarz dentysta albo stomatolog**, dobry praktyk w lecznictwie i robotach technicznych, rzym. kat. wyznania, znajdzie dobrą praktykę w **Piaskach koło Lublina** (6.000 mieszkańców). Bliższych informacji udzieli listownie dr med. Albin Spoz, Piaski k. Lublina.

**Tomaszów Lubelski.** Zarząd Koła Rodzielskiego przy Państwowym Gimnazjum Koedukacyjnym w Tomaszowie Lubelskim poszukuje **lekarza dentysty lub stomatologa**, wyznania rzym. kat. Praca 1½ godz. dziennie w urzędzonym pokoju ordynacyjnym gimnazjum, wynagrodzenie 90 zł miesięcznie. Dobre widoki na praktykę prywatną. Miejscowość ma 12.000 mieszkańców, w promieniu około 32 km w kierunku północ-południe, a 50 km w kierunku wschodnim i na bardzo wielkiej przestrzeni w kierunku zachodnim od miasta nie ma wcale lekarza dentysty. Bliższych informacji udzieli Zarząd Koła Rodzielskiego Państw. Gimn. Koeduk. w Tomaszowie Lubelskim.

**KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE DLA LEKARZY-DENTYSTÓW I STOMATOLOGÓW (10-DNIOWE) URZĄDZONE PRZEZ ASYSTENTÓW KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ U. J. K. WE LWOWIE**

w czasie od 4 do 15 kwietnia 1938 r.

W okresie przedsięwziętym zostaną urządzone kursy dokształcające dla lekarzy dentystów z następującym programem:

- I. Dr Jankowski Mieczysław, adjunkt oddz. chirurgicznego:  
Znieczulenia mandibularne,  
trudniejsze ekstrakcje,  
zabiegi operacyjne,  
(9 godzin wykładów, 18 godzin zajęć praktycznych).
- II. Dr Pietrzycki Ignacy, st. asyst. oddz. zachowawczego:  
Wybrane rozdziały z dentystyki zachowawczej,  
(Diagnostyka schorzeń miazgi, wypełnianie ubytków, — leczenie miazgi chorej, leczenie zgorzeli, najnowsze metody leczenia zachowawczego (jonoforeza itp.), parodontoza). O jonoforezie mówić będzie dr Owiński Tadeusz (3 godz.).  
(12 godzin wykładów, 18 godz. zajęć praktycznych).
- III. Doc. dr Tychowski Wiktor, st. asyst. oddz. protetycznego:  
Fizjologia jamy ustnej ze stanowiska stomatologicznego,  
wyciski jako podstawa robót protetycznych,  
obrażenia szczęk, rozpoznanie i pierwszy opatrunek.  
(16 godzin wykładów, 14 godz. zajęć praktycznych).

Kursy zajmować będą dziennie mniejwięcej 9 godzin i będą tak rozłożone, że nie będzie kolizji między wykładami i ćwiczeniami.

Oплата za 3 kursy razem wynosi 100 zł.

Oплата za jeden kurs wynosi 40 zł.

Oplaty należy nadsyłać pod adresem sekretarza kursu razem ze zgłoszeniem i uiścić je najpóźniej w dniu rozpoczęcia kursów.

Liczba uczestników ograniczona. Zgłoszenia nadsyłać należy możliwie rychło, ze względu na znaczną liczbę już prenotowanych kandydatów. Termin zgłoszeń upływa z dniem 26 marca 1938. Zgłaszający się otrzymają zawiadomienie o przyjęciu, w razie przekroczenia liczby uczestników zgłoszeni nadliczbowo zostaną prenotowani na kurs następnym.

Zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE urządzone przez asystentów Klin. Stom. (Sekretarz dr Pietrzycki I.) — Lwów, Zielona 5 a, Klinika Stomatologiczna U. J. K.

Sekretariat poczyni starania, aby uzyskać zniżki w hotelach pierwszorzędnych ewentualnie pomieszczenie w domach akademickich po cenach bardzo przystępnych. Przy zgłoszeniu należy wyrazić życzenie co do rodzaju kwatery.

We Lwowie, dnia 28 lutego 1938 r.

**Dr I. Pietrzycki**  
sekretarz

## Wskazówki praktyczne.

Dr HENRYK BERGER

LWÓW

STERYLIZACJA I ASEPTYKA W POKOJU ORDYNACYJNYM.

### Sterilisation und Aseptik im Ordinationszimmer.

Doc. pol. 46.3

Doc. int. 616.814 089.165  
616.089 165

Jedną z najbardziej istotnych kwestyj praktyki codziennej jest sterylizacja instrumentów i przyrządów używanych do zabiegów. Budowa instrumentów naszych nasuwa pewne trudności w wyjaławianiu, wynikające stąd, że nie wszystkie można gotować jeżeli nie mają ulec szybkiemu zniszczeniu.

Poniżej podaję kilka sposobów wypróbowanych przez szereg lat z dobrym skutkiem.

*Rączki i kątnice.* Używać się powinno rączek i kątnic w całości metalowych. Rączki K. W. posiadają zmienny płaszcz wedle Kantorowicza, który bardzo wygodnie daje się odkręcać i wygotowywać. Kątnice posiadają główkę osadzoną na sprężynce, dającą się również bez szkody wygotowywać. Należy mieć zwykle dwa płaszcze i dwie główki do kątnic, by je na zmianę wyjaławiać, gotując. Sam szkielet obu tych przyrządów spoczywa stale w roztworze płynu odkażającego „Desinfex-Merz a“. Można także zamiast gotować płaszcze i główki przechowywać je w tym płynie. Wytwórnia nie podaje składu „Desinfexu“, doświadczenia jednak prof. Konricha (Deutsche Medizin, Wochenschr. 1925/42) wykazują nie tylko zdolności odkażające „Desinfexu“, ale też i jego własność zapobiegania rdzewieniu. Próby, które na prośbę moją wykonano przed 10 laty w jednej z pracowni bakteriologicznych we Lwowie, dały również rezultaty zupełnie zadawalające. Poza tym rączki i kątnice wyjęte z Desinfexu są stale jakby świeżo naoliwione.

Ostatnio pojawił się na rynku preparat Bayera „Zephirol“, używany również jako płyn odkażający, a w połączeniu z 5% roztworem natr. nitrosum nie niszczący rdzą instrumentów metalowych. Po ordynacji należy rączki i kątnice dokładnie osuszyć i przechować w metalowym lub szklanym naczyniu. Postępując w ten sposób operujemy stale przyrządami odkażonymi nie narażając chorych na przenoszenie drobnoustrojów z jednych ust do drugich.

*Wiertła.* Do pracy przy miazdze żywej, wzgl. zdewitalizowanej, używać należy wiertel świeżo gotowanych. Podraża to niewątpliwie zabiegi, gdyż wiertła niszczą się w gotowaniu, dają jednak pewność pracy najbardziej aseptycznej. Poza tym wszystkie wiertła są po użyciu natychmiast przemywane wodą, oczyszczane miękką szczoteczką i przez kilka godzin przechowywane w płynie o następującym składzie:

Rp. Natr. boracis	18.0
formalini	29.0
acid. carbolici	30.0
aquae destil.	1000.0

Nie przypominam sobie nazwiska autora tej recepty, podanej swego czasu w „Medycynie Współczesnej“ przez chirurgów, którzy używają jej do dezynfekcji instrumentów i strzykawek. W południe i wieczorem podręczna osusza wyjęte z płynu tego wiertła i osadza je w hermetycznie zamkniętych puszkach. Dobrze usługi do odkażania wiertel i rozpuszczania pozostałych na nich części organicznych oddaje również i *antiformina*.

*Strzykawki.* Używać powinno się strzykawek szklanych, łatwo rozbieralnych. Wygotowaną przed ordynacją strzykawkę wstawia się do Desinfexu lub Zephirołu, przed użyciem przepłukuje się ją wyjałowioną wodą.

*Igły* wraz z nasadą Kantorowicza gotuje się przed każdym użyciem. Wygotowaną igłą wolno tylko raz aspirować płyn znieczulający. Przed wtórnym nabraniem płynu należy igłę powtórnie wygotować.

Dla uniknięcia zakażenia płynu znieczulającego przy odpiłowywaniu główki ampulki, używać można płynu znieczulającego w karpułach. Ostatnio wyrabia je wytwórnia Dobrzańskiego pod nazwą „Statim“. Odkażanie zewnętrznej powierzchni korka gumowego, przez który przebija się igłę sprawia pewne trudności. Tu musimy się zadowolić przeciągnięciem go jodyną.

Stale gotową do użytku powinna być zawsze strzykawka do zastrzyków podskórnych, którą wyjałowioną przechowuje się wraz z dwoma igłami w odpowiednim hermetycznie zamkniętym naczyniu, wypełnionym Desinfexem lub Zephirolem.

Wszystkie inne instrumenty gotuje się natychmiast bezpośrednio po użyciu. Sondy i wydrażacze do pracy przy miazdze, przed użyciem.

*Miazgociągi.* Do miazgi świeżo otwartej używać należy tylko nerwociągów nowych, świeżo odkażonych, jak radzi prof. Cieszyński, najlepiej w kamfenolu. Po użyciu podręczna odczyści nerwociąg przepychając go kilkakrotnie przez cienką gumę (Cofferdamm) i rozpuszcza resztki części organicznych w antiforminie, po czym nerwociąg wygotowany służyć może w dalszym ciągu do pracy w przewodzie zgorzelinowym. Dla wygody układa się w osobnych słoikach nerwociągi długie i krótkie.

*Igły Millera.* 20 — 30 wyjałowionych przez gotowanie igieł, owiniętych grubiej lub cieniej watą (sączki) wtyka się od strony uchwytu do szerokiego korka i przechowuje w szklance, tym właśnie korkiem hermetycznie zatkniętej, tak, że igły wolno zwisają do wnętrza szklanki. Na dnie znajduje się kawałek gazy lub bibuły zwilżonej 10-ma kroplami formaliny. Wytwarzające się pary formaliny wywierają odkażające działanie na sączki waciane, które już po 12-tu godzinach są zdatne do użycia. (Sposób używany w klinice lwowskiej).

W podobnych szklankach, wzgl. słoikach z parami formaliny, przechowywać można sączki papierowe, tamponiki waty itp.

*Igły Beutelrocka,* rozszerzacz przewodów, ogonki szczurze itp. odkaża się przed i po użyciu przez gotowanie albo zanurzanie w kamfenolu.

Ze względu bezpieczeństwa osobistego unikać należy do odkażania formaliny (eccema).

*Gładziki,* przytrzymywacze papierków, kamienie do szlifowania, itp. radzi prof. Cieszyński odkażać w antiforminie.

*Matryce* wyjaławia się przez gotowanie.

*Strzykawka* na wodę powinna posiadać nasadkę zmienną, którą należy po każdym pacjencie wygotować. Wodę do strzykawki nabiera się zdjąwszy uprzednio nasadkę. *Tłok* powinien być szlifowany a nie skórzany.

## RUCH W TOWARZYSTWACH.

**Sprawozdanie z działalności Zarządu Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1937.**

Skład Zarządu, którego 3 letnia kadencja upływa w roku bieżącym, stanowili koledzy: Prezes: Stokowski Aleksander. Wiceprezesa: German Maurycy, Neufeld Naum, Dr Allerhand Henryk, Lwów, Neyman Witold, Poznań. Sekretarz: Perliński Wiktor. Skarbnik: Lubodziecki Henryk. Członkowie Zarządu: Essigman Stanisław, Mokrzycki Antoni, Sachs Leon.

Zastępcy Zarządu Koledzy: Blikle Stanisław, Barbulant Irena.

Komisja Rewizyjna koledzy: Rozenowicz Michał, Niedźwiecki Alfred.

W roku sprawozdawczym Rada Centralna poniosła niepowetowaną stratę. Zmarł w dn. 17. X. 1937 r. Wiceprezes R. C. kol. Naum Neufeld, jeden z najbardziej dzielnych i energicznych obrońców interesów zawodowych, szczególnie czynny był przy wywalczeniu Ustawy o Izbach Lekarsko - Dentystycznych oraz był inicjatorem i gorącym propagatorem budowy samolotu wojskowego im. lekarza dentysty. Zarząd wziął udział w pogrzebie i złożył wieniec na grobie nieodżałowanej pamięci kolegi Nauma Neufelda.

W skład Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. P. wchodzi:

1. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.
2. Związek Zawodowy Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie.
3. Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich Rzp. P.
4. Związek Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim.
5. Związek i Towarzystwo Lekarzy Dentystów Chrześcijan.
6. Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Województwa Śląskiego.
7. Związek Odontologiczny w Częstochowie.
8. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. P.

Posiedzeń Zarząd odbył 14. Korespondencji wchodzącej było N. N. 36, zaś korespondencji wychodzącej N. N. 70.

**I. Sprawa Ustawy o Izbach Lekarsko - Dentystycznych.**

Działalność Zarządu w roku sprawozdawczym koncentrowała się głównie około osiągnięcia samorządu zawodowego. Komisja R. C. w osobach Kolegów: Neufelda, Perlińskiego i Sachsa nie szczędziła trudów, aby wszędzie, gdzie tylko projekt ustawy się znajdował, sprawy należycie dopilnować i takową pokierować. Wówczas, gdy projekt Ustawy o Izbach Lekarsko - Dentystycznych został przesłany do Sejmowej Komisji Zdrowia, delegaci R. C. nawiązali kontakt przede wszystkim z przewodniczącym Komisji i referentem tejże, do sprawy Ustawy o Izbach Lekarsko - Dentystycznych, jako też z innymi posłami.

Działalność w tym względzie polegała na należytych oświeceniach sprawy posłom oraz informowaniu się o przebiegu prac w Komisji Zdrowia. Dzięki



stałej czujności kolegów w ciągu przeszło 3-ch miesięcy i specjalnym staraniem projekt ustawy o izbach został w ostatnim dniu Sesji ciał ustawodawczych (23 marca 1937 r.) przez plenum Sejmu przyjęty.

Komisja R. C. do sprawy izb, licząc się z możliwością wniesienia projektu do Senatu jeszcze przed zamknięciem Sesji zwyczajnej, również nawiązała styczność ze Społeczną Komisją Senatu.

W przerwie pomiędzy Sesją zwyczajną i nadzwyczajną Społeczna Komisja Senatu na posiedzeniach nieoficjalnych rozpatrywała projekt ustawy o Izbach.

Nie uszło to uwagi Komisji R. C., która w tym czasie również konferowała z Senatorami.

Następnym etapem prac Komisji były usiłowania wprowadzenia ustawy na porządek obrad Senatu w Sesji Nadzwyczajnej, które jednak nie dały pozytywnych rezultatów.

Dopiero przed obecną Sesją Budżetową Komisja R. C. znowu przeprowadziła konferencje w Dep. Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej i z Marszałkiem Senatu, którzy zapewnili delegatów R. C., że projekt będzie rozpatrywany w Senacie jeszcze w roku bieżącym.

W przewidywaniu pomyślnej uchwały Senatu i związanej z tym możliwości wprowadzenia w życie Ustawy, Zarząd wyłonił „Komitet Wykonawczy Rady Centralnej do zorganizowania Izb Lekarsko - Dentystycznych“ pod przewodnictwem kol. Essigmana z udziałem kolegów Perlińskiego i Sachsa z prawem kooptacji; sumy potrzebne na pierwsze wydatki uchwalono czerpać na razie z fundusów Rady Centralnej, jako zwrotną pożyczkę, a następnie w razie potrzeby zaciągnąć pożyczkę zgodnie z uchwałą Zjazdu Delegatów R. C. w dn. 6 stycznia 1937 r. z zastrzeżeniem zaciągania większej pożyczki do czasu uchwalenia Izb przez Senat.

## II. Sprawa samolotu wojskowego lekarza dentysty.

Cała ta sprawa była omawiana na zeszłorocznym Zjeździe Delegatów.

Wyłoniony przez Zarząd Komitet, w skład którego weszli koledzy: Stokowski, jako Przewodniczący, Perliński, jako Sekretarz i Essigman, jako Skarbnik, prawie cały rok prowadził pertraktacje z F. O. N. w sprawie konta czekowego, odezwy i wydatków.

F. O. N. prawie przez cały rok 1937 nie chciał wyrazić zgody na przeprowadzenie zbiórki pod egidą Rady Centralnej.

Koledzy Essigman i Perliński po długich pertraktacjach w Sekretariacie Funduszu Obrony Narodowej (F. O. N.) oraz w Ministerstwie Spraw Wojskowych, uzyskali nareszcie dopiero w listopadzie r. ub., że otwarte zostało konto czekowe w P. K. O. pod nazwą: „Rada Centralna Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. P. Fundusz na budowę samolotu lekarza dentysty F. O. N. Nr 70 005“.

Tekst odezwy Komitetu do praktykujących kolegów został zatwierdzony i potem dopiero sprawa zbiórki na samolot mogła być uruchomiona. To też odezwa wraz z przekazami P. K. O. została w przeszło 3-ch tysiącach egzemplarzy do kolegów rozesłana i akcja zbiórki w całej pełni rozpoczęta.

### III. Sprawa szkoły dla techników dentystycznych.

W myśl uchwały Zjazdu Delegatów z dn. 6 stycznia br. powołana została Komisja do walki z imprezą p. dr Świtalskiej. Do komisji zaproszono kolegów: Krakowskiego, Mokrzyckiego i Neufelda, pod przewodnictwem kol. Mokrzyckiego. Kol. Krakowski na zaproszenie Komisji nie zgłosił się. W związku z tą sprawą Komisja weszła w porozumienie z Akademią Stomatologiczną.

Według zapewnień Komisariatu Rządu i Kuratorium Szkolnego Warszawskiego wobec sprzeciwu zawodu lekarsko-dentystycznego p. dr Świtalska otwierać szkoły dla protetyków dentystycznych nie zamierza.

Według zapewnień Ministerswa Opieki Społecznej, jakie otrzymał kol. Sachs, egzamin dla techników, który się odbył we wrześniu ub. r. był już ostatnim i więcej podobnych egzaminów, zgodnie z artykułem 14-tym Ustawy z dn. 10 czerwca 1927 r. w przyszłości już nie będzie.

### IV. Sprawa Zjazdu we Lwowie.

Zarząd Rady Centralnej zajął stanowisko, że Zjazd Stomatologiczny VIII we Lwowie, winien odbyć się w myśl blisko 40-to letniej tradycji w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako sekcja stomatologiczna i dążyć do tego, aby pogodzić w tym względzie Komitet Organizacyjny Zjazdu we Lwowie z prof. Cieszyńskim na czele z Komitetem Warszawskim z prof. Meissnerem na czele. Zarząd R. C. nie chcąc kępować członków w uczestniczeniu w Zjazdach pozostawił im w tej sprawie wolną rękę.

### V. Sprawa propagandy.

Umieszczone były wzmianki i artykuły informujące o konieczności powstania Izb Lekarsko - Dentystycznych, jako też o przebiegu prac nad urzeczywistnieniem takowych, również informowano prasę o zapadłej uchwale ufundowania wojskowego samolotu lekarza dentysty, czym zawód lekarsko-dentystyczny chce przyczynić się do obronności kraju. Propagandy o higienie zębów i jamy ustnej nie można było rozwinąć należycie wobec szczupłości funduszy R. C.

### VI. Sprawa rzeczoznawców w urzędach skarbowych.

W myśl wystosowanego w swoim czasie przez Zarząd R. C. do Izb Skarbowych memoriału, Izba Skarbowa Okręgowa w Warszawie wystąpiła z propozycją przedstawienia z ramienia R. C. listy biegłych podatkowych dla całego szeregu Urzędów Skarbowych Ziemi Warszawskiej.

Lista w swoim terminie została Izbie złożona, każdego poszczególnego zaś kolegę-rzeczoznawcę zawiadomiono i proszono o spełnienie obowiązku obywatelskiego i koleżeńkiego.

### VII. Sprawa handlu domokrażnego.

W myśl pisma Ministerstwa Opieki Społecznej, nadesłanego nam wraz z petycją Zrzeszenia Składców Dentystycznych w sprawie walki z handlem domokrażnym artykułami dentystycznymi, wystosowany został do wszyst-

kich Stowarzyszeń w skład R. C. wchodzących okólnik z przypomnieniem zastosowania się do uchwały, powziętej w tejże sprawie na Zjeździe Delegatów R. C. w dn. 6 stycznia 1937 r. i odpowiedniego ustosunkowania się do treści załączonego odpisu pisma Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą przekazania tychże swoim członkom.

### VIII. Sprawa złota.

Wobec możliwości ewentualnego ograniczenia w używaniu złota dla celów lekarsko - dentystycznych — poczynione zostały odpowiednie kroki i na konferencji z kierownikiem Komisji Dewizowej wysunięto kilka postulatów, a mianowicie:

1. Złoto dla celów leczniczych wydawać tylko Stomatologom i Lekarzom Dentystom.

2. Technikom złota nie wydawać, gdyż pracując dla lekarzy dentystów nie mogą używać tego kruszcu dla celów własnych.

3. Wydać na prowincji koncesje jubilerom dla umożliwienia kolegom nabywania złota.

i 4. Aby Organizacje Zawodowe mogły mieć wgląd na zapotrzebowanie złota przez praktyków.

IX. 1. Na zaproszenie Szkoły Podchorążych Sanitarnych do wzięcia udziału w uroczystości zakończenia kursu w batalionie szkolnym został wysłany delegat.

2. Zarząd przyjął udział w uroczystości obchodu 2-ej rocznicy zgonu Marszałka J. Piłsudskiego.

3. W obchodzie Święta Niepodległości 11 listopada.

4. Na Zjazd Absolwentów Akademii Stomatologicznej (dawniej P. I. D.) została wysłana delegacja.

### X. Sprawy administracyjne.

1. W marcu 1937 r. wysłany został wszystkim Stowarzyszeniom w skład R. C. wchodzącym protokół ze Zjazdu Delegatów R. C. w dn. 6 stycznia 1937 r. oraz do redakcji pism zawodowych skierowane zostało sprawozdanie (streszczone) z tegoż Zjazdu Delegatów.

2. Przeprowadzona została korespondencja z Ministerstwem Przemysłu i Handlu w sprawie metalu „Pallacastu“ dla firmy Apter i S-ka, przy czym na mocy przychylniej opinii Zarządu R. C. zostało udzielone wzmiankowanej firmie pozwolenie na przywóz tego metalu wagi 7 kg.

3. Do Starostwa Grodzkiego — Śródmiejskiego Warszawskiego skierowano sprawozdanie ze Zjazdu Delegatów R. C. i załatwione zostały inne żądane przez Starostwo formalności.

4. Do Ministerstwa Opieki Społecznej wystosowana została odpowiedź w sprawie załatwienia okólnika, omawiającego kwestię handlu domokrażnego.

5. Do wszystkich Stowarzyszeń w skład R. C. wchodzących wysłany został odpis zaproszenia Związku Lekarzy Dentystów Austriackich na Walne ich Zgromadzenie w Innsbrucku.

6. Do tegoż Związku odpowiedź na ich zaproszenie.

i 7. Przeprowadzona została odnośna korespondencja ze wszystkimi Stowarzyszeniami i pokrewnymi instytucjami.

Uchwalono, że Zjazd Delegatów odbędzie się dn. 6 stycznia 1938 r.

### SPRAWOZDANIE KASOWE ZA 1937 r.

Wpływy	Wydatki
na 1/I 1937 r. było:	1. Sekretariat . . . . . zł 360.—
1. Gotówką . . . . . zł 67.52	2. Goniec . . . . . „ 75.—
2. w PKO. na	3. Lokal . . . . . „ 240.—
rach. bież. „ 578.11 zł 645.63	4. Druki . . . . . „ 63.75
Za składki od Zrzeszeń	5. Związane z pogrzebem
wpłynęło . . . . . zł 1055.—	kol. Neufelda . . . . . „ 140.—
% w P. K. O. . . . . „ 3.06	6. Reprezentacyjne . . . . . „ 452.—
	7. Samolot . . . . . „ 200.—
	8. Różne . . . . . „ 104.30
Razem do dyspozycji Za-	Saldo . . . . . „ 68.64
rządu było . . . . . zł 1703.69	
	Razem . . . . . zł 1703.69

### PROJEKT BUDŻETU NA 1938 ROK.

Wpływy	Wydatki
Saldo na 1/I 1938 r. . . . . zł 68.64	1. Sekretariat . . . . . zł 360.—
Przewidywany wpływ ze	2. Goniec . . . . . „ 75.—
składek członkowsk.:	3. Lokal . . . . . „ 240.—
1. zaległe z 1937 r. zł 110	4. Druki . . . . . „ 75.—
2. w roku 1938 . . „ 840 „ 950.—	5. Reprezentacyjne . . . . . „ 200.—
	6. Różne . . . . . „ 68.64
Razem . . . . . zł 1018.64	
	Razem . . . . . zł 1018.64

### DŁUŻNICY.

Związek i Towarzystwo Lek.-Dent. Chrześcijan . . . . .	zł 45
Lwów . . . . .	„ 20
Częstochowa . . . . .	„ 45
	<hr/>
	Razem . . . . . zł 110

Sekretarz (—) *W. Perliński*

Prezes (—) *A. Stokowski*

Skarbnik (—) *H. Lubdziecki*

### ZJAZD DELEGATÓW RADY CENTRALNEJ STOWARZYSZEŃ STOMATOLOGÓW I LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPLITEJ POLSKIEJ.

W dniu 6. I. 1938 r. obradował w Warszawie Zjazd Delegatów R. C. Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej reprezentował kol. dr Henryk Berger, który zastępował też na zjeździe prof. dra Antoniego Cieszyńskiego. W zagajeniu poświęcił kol. German dłuższe przemówienie wspomnieniom pośmiertnym śp. kol. A. Stokowskiego, długoletniego zasłużonego prezesa R. C. i bp. kol. M. Neufelda, jednego z najbardziej dzielnych i energicznych obrońców interesów zawodowych. W skład prezydium zjazdu weszli kol. Ujejski

i Wolański jako przewodniczący, Berger i Neyman jako asesory, Szadkowska jako sekretarz. Reprezentowanych było 10 związków.

Na wstępie odczytano charakterystyczną kartkę jednego z kolegów ze Śląska (Polski Związek Lekarzy - Dentystów Chrześcijan Województwa Śląskiego), który usprawiedliwiając swoją nieobecność, podkreśla panujący w jego okręgu brak solidarności, etyki zawodowej i honoru akademickiego, co utrudnia pracę na tym terenie .

Działalność zarządu w roku sprawozdawczym 1937 koncentrowała się głównie około osiągnięcia samorządu zawodowego, a więc około sprawy ustawy w Izbach Lekarsko-Dentystycznych.

W dalszym ciągu Rada Centralna zainicjowała zbiórkę na budowę „samolotu lekarza - dentysty“, interweniowała w sprawie założenia szkoły dla techników - dentystycznych, w sprawach rzeczoznawców w urzędach skarbowych, handlu domokrażnego, handlu złotem do celów protetycznych i całym szeregu spraw dotyczących zawodu. W sprawie zjazdu we Lwowie Zarząd Centralny postawił członkom wolną rękę.

Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania z czynności zarządu w r. 1937 i wysłuchaniu sprawozdania kasowego i komisji rewizyjnej udzielono ustępującemu zarządowi jednomyślnie absolutorium.

Po przerwie wybrano na wniosek kol. Perlińskiego prof. Cieszyńskiego honorowym przewodniczącym zjazdu, dając w ten sposób wyraz wdzięczności dla pracy prof. Cieszyńskiego dla dobra całego zawodu.

Najistotniejszym punktem porządku dziennego była sprawa Izb Lekarsko-Dentystycznych, referowana przez kol. Sachsa, który w przemówieniu swoim podkreśliwszy pozytywne ustosunkowanie się Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej i prof. Cieszyńskiego podniósł równocześnie negatywne stanowisko Izb Lekarskich a w szczególności Izby Lekarskiej Lwowskiej. W tej samej sprawie przemawia kol. Rutkowski z Poznania, imputując obecnym, że negatywne ustosunkowanie się Lwowskiej Izby Lekarskiej do sprawy Izb lekarsko-dentystycznych jest wynikiem złej opinii wyrobionej przez Związek Stomatologów i prof. Cieszyńskiego. Kol. Rutkowski, nie uznając wartości osobistego listu prof. Cieszyńskiego z dnia 21 grudnia 1936 r., opublikowanego w „Polskiej Stomatologii“, żąda od Rady Centralnej by ta zaprotestowała przeciw opinii wydanej przez Lwowską Izbę Lekarską, a także zajęła odpowiednie stanowisko w stosunku do Zw. stom. L. I. L. i jej przewodniczącego, którzy do opinii tej negatywnej dopuścili. W zarzutach czynionych Związkowi Stomatologów i jego przewodniczącemu znalazł się kol. Rutkowski odosobniony, wszyscy bowiem następni mówcy podkreślili z całym naciskiem pracę i przychylne stanowisko Lwowa dla Izb Lekarsko-Dentystycznych. Kol. Berger stwierdza w przemówieniu swoim, że Związek Stomatologów wydał w sprawie Izb lekarsko-dentystycznych opinię najzupełniej przychylną i stale i zawsze popierał projekt utworzenia Izb. Na opinię Izby lekarskiej-lwowskiej Związek żadnego wpływu mieć nie mógł i nie może też protestować przeciwko uchwałom Izby, którą, choć nie pokrywa się z naszym stanowiskiem, musimy respektować jako uchwałę naszej naczelnej magistratury. Nikt z lekarzy ani żaden związek nie ma prawa

protestami wprowadzać anarchii do ciała tak poważnego jakim jest Izba Lekarska, a przeciwnie każdy z nas lekarzy ma obowiązek uchwałom Izby się poddać i je respektować. Takie samo stanowisko będą musieli zajmować także i wszyscy koledzy lekarze-dentyści w stosunku do Izb Lekarsko-dentystycznych z chwilą ich wprowadzenia. Jeszcze raz podkreśla kol. Berger, że stanowisko Związku w sprawie Izb było i jest pozytywne, taką była też i opinia nasza. Jeżeli zaś chodzi o prof. Cieszyńskiego, to najlepszym świadectwem jego ustosunkowania się do Izb lekarsko-dentystycznych jest wspomniany list i interwencja jego osobista w tej sprawie u pana premiera Składkowskiego w początku stycznia 1937 r.

Pod koniec dyskusji uchwalono aklamacyjnie podziękowanie kol. Krakowskiemu za jego pionierską działalność w sprawach Izb lekarsko-dentystycznych, przed tym jeszcze przewodniczący kol. Ujejski podniósł, że w przeciwieństwie do grupy lwowskiej, która oświadczyła się i pracowała za izbami lekarsko-dentystycznymi, niektórzy profesorowie Akademii Stomatologicznej nie tylko nie współpracowali w tej sprawie, ale gdy rozmawiano z nimi o izbach, pytali po co, dla kogo?

Projekt budżetu referowany przez kol. Lubodzieckiego został przyjęty bez zmian po czym z powodu nadmiernych wydatków spowodowanych całym szeregiem nieprzewidzianych spraw, wszystkie związki opodatkowały się jednorazowo celem przyścia z pomocą Radzie Centralnej.

Nowy Zarząd Rady Centralnej wybrany został w następującym składzie:

Prezes: kol. Wiktor Perliński, Wiceprezesi: Stanisław Essigman, Maurycy German (Warszawa), Henryk Berger (Lwów), Neyman (Poznań).

Sekretarze: Mokrzycki Antoni i Mész Daniel. Skarbnicy: Lubodziecki Henryk i Sachs Leon.

Członkowie Zarządu: Ujejski Aleksander i Tadeusz Karnibad.

Na koniec (w nieobecności przedstawiciela Związku Stomatologów, który musiał opuścić zebranie ze względu na bezpośrednio po tym odbywające się posiedzenie Stałej Delegacji) uchwalono protest przeciwko formie i treści opinii Izby Lekarskiej Lwowskiej wydanej w sprawie izb lekarsko-dentystycznych.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

**Choroby zakaźne w Polsce w okresie od 14.—20. XI. 1937 r.** W okresie tym zgłoszono na terenie kraju: 1 przypadek ospy, 530 — duru brzuszego, 23 — duru plamistego, 1 — duru rzekomego, 57 — czerwonki, 798 — płonicy, 813 — błonicy, 987 odry, 164 — krztuśca, 19 — zapalenia opon mózgowo-zdzeniowych, 34 — gorączki połogowej, 518 — gruźlicy, 185 — róży, 337 — jaklicy, 1 — wąglika, 1 śpiączki, 2 choroby Heine-Medina.

**Lekarze w Niemczech.** Liczba lekarzy w Niemczech wynosi — według ostatnich obliczeń 55.259, z czego na Berlin przypada aż 12.1%. W ostatnich latach daje się zauważyć znaczny wzrost liczby kobiet zajmujących się medycyną.

## JESZCZE W SPRAWIE STAŁEJ DELEGACJI POLSKICH ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH <sup>1)</sup>.

Na posiedzeniu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych w Warszawie w dniu 11 listopada 1937 r. oświadczyłem wyraźnie jako długoletni prezes tejże organizacji, że nie było żadnej uchwały na VII. Polskim Zjeździe Stom. w Warszawie w r. 1935, zmieniającej statut Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stom. Ukonstytuowanie się Organizacji z kooptacją reprezentanta Związku Absolwentów nastąpiło tylko na podstawie uchwały powziętej przez członków Stałej Delegacji, którzy wyszli z założenia, że Zrzeszenie Absolwentów Akad. Stom. powinno mieć również reprezentację w Stałej Delegacji.

Z tegoż posiedzenia ówczesny sekretarz kol. dr Allerhand nie dostarczył mi do dnia dzisiejszego żadnego protokołu pomimo kilkakrotnych urgensów i listów, co też znalazło swój wyraz w tym, że protokoły z posiedzeń Stałej Delegacji, które się odbyły przed i w czasie trwania VII. Zjazdu w Warszawie nie są kompletne a pod ostatnim protokołem z posiedzeń w Warszawie w dniu 31. X. i 2 listopada dostarczonym mi przez kol. A. umieściłem na str. 120 „Polskiej Stomatologii“ z r. 1936 dopisek:

*„Protokoły z 2 ostatnich posiedzeń w dniu zamknięcia Zjazdu ukażą się później“ (Redakcja „Polskiej Stom.“).*

nie mogąc wyegzekwować ich od ówczesnego sekretarza, który tłumaczył się tym, że sam nie protokołował całego toku posiedzeń, a koledzy, którzy mu pomagali, tychże sprawozdań mu nie nadesłali. Ten stan faktyczny został potwierdzony jeszcze na posiedzeniu Stałej Delegacji w dniu 6 stycznia 1937 r. w obecności dr Allerhanda, gdzie na mój wniosek zgodzono się, by rekonstruowano protokół z odbytych wyborów z pamięci, co też wykonał kol. Mesz.

Zatym, że nie nastąpiła żadna zmiana statutu na VII. Zjeździe Stom. w Warszawie w r. 1933, określająca inny sposób wyborów członków do Zarządu Stałej Delegacji, świadczy i ten fakt, że cztery tygodnie przed zjazdem tym nie wpłynął w myśl statutu żaden wniosek na moje ręce jako prezesa o zmianę statutu, gdyż warunek ten jest przewidziany w § 29. Jeżeli więc żaden wniosek przed VII. Zjazdem nie był postawiony, nie mógł być także poddany głosowaniu i uchwalany na VII. Zjeździe Stom., a ukonstytuowanie się zarządu na kadencję między VII. a VIII. Zjazdem mogło się odbyć tylko przez wybranych na danym Zjeździe członków.

Na poparcie tegoż twierdzenia przytaczam, że pierwsze wnioski o zmianę statutu, zapowiedziane już od przeszło trzech lat, wręczył mi na piśmie prof. Wilga dopiero dnia 6. I. 1937 r. na posiedzeniu w Warszawie, a więc w trzy miesiące po VII. Zjeździe Stom.<sup>2)</sup>, które to wnioski przekazałem Komisji, wybranej dla nowelizacji statutu.

<sup>1)</sup> W tej samej sprawie ogłosiłem już swoje uwagi w artykule „Z posiedzenia Stałej Delegacji Pol. Zjazdów Stom. w d. 11 listopada 1937“ w Pol. Stom. 1937, grudzień, str. 471—476.

<sup>2)</sup> Zob. Protokół, drukowany w Pol. Stom. 1937, na str. 75.

Fakty powyższe przytaczam ze wszelkimi szczegółami dlatego, że na ostatnim posiedzeniu Stałej Delegacji Pol. Zjazdów Stom. zwołanym przez dr Eugeniusza Mancewicza, legalnie wybranego prezesa tejże organizacji, odbytym w dniu 6 stycznia 1938 r. pojawiło się na podstawie mylnej rekonstrukcji pamięciowej twierdzenie, że statut Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stom. odnośnie do wyborów członków tejże organizacji został zmieniony na VII. Zjeździe Stom. w Warszawie.

Nie przeczę, że podobne omyłki rekonstrukcji pamięciowej zająć mogą i mogą mieć swoje psychologiczne uzasadnienie według zasady: „*Quid volumus, credimus libenter*“. Ponieważ jednak obowiązkiem moim jako prezesa Stałej Delegacji było pilnować formalności uchwał, zdawałem sobie zawsze wyraźną sprawę z tego, co było uchwalone i w jaki sposób uchwały dochodziły do skutku. Ponieważ od listopada 1935 r. do końca lutego 1936 r. a więc przez trzy miesiące z rzędu musiałem myśleć o nadesłaniu mi brakujących protokołów, przeto utrwały mi się w pamięci wszelkie niedociągnięcia w sprawności nowo ukonstytuowanego prezydium. Dlatego też w numerze 12 „Polskiej Stom.“ z r. 1937 (str. 475) napisałem wyraźnie to, co powiedziałem już w dniu 11 listopada 1937 r. na posiedzeniu Stałej Delegacji w Warszawie.

*„Powoływanie się na uchwałę powziętą na posiedzeniu Stałej Delegacji w r. 1935 zaraz po Zjeździe Warszawskim i traktowani jej na równi ze statutem jest nieuzasadnione. Żadne posiedzenie Stałej Delegacji nie może powziąć uchwał, będących w sprzeczności ze statutem. Na posiedzeniu w r. 1935 zaproponowano kooptację jednego z przedstawicieli Zrzeszenia Absolwentów do Stałej Delegacji, co było legalne ale tylko na okres między jednym zjazdem a drugim i to tak długo, jak długo organizacja ta zachowaniem się swoim na posiedzeniu i pracą swoją w Stałej Delegacji nie działała na szkodę tejże organizacji“.*

Wobec powyższych wyjaśnień mogę najwyżej wyrazić zdziwienie, że na ostatnim posiedzeniu w dniu 6 stycznia br. można było mieć jeszcze jakieśkolwiek wątpliwości w tej sprawie, że można było oprzeć się na niezgodnych z stanem faktycznym podstawach i przystąpić do wyboru nowego zarządu w sposób niezgodny ze statutem Stałej Delegacji, pomimo że tenże nie został dotychczas zmieniony.

Jeżeli na skutek opozycji prowadzonej przez niektórych członków zebrania w dniu 11 listopada 1937 r. przewodniczący Stałej Del. dr Eugeniusz Mancewicz zrzekł się swego mandatu i przyjął go następnie tylko czasowo aż do następnego posiedzenia, to nie jest to równoznacznym z tym, ażeby wszyscy inni członkowie legalnie wybranej Stałej Delegacji zrzekli się swoich mandatów, albowiem innych członków wybranych we Lwowie o to nie pytano. Jedyne legalne wyjście z tej sytuacji było, aby zgodnie ze statutem wybrani we Lwowie członkowie Stałej Delegacji wybrali sobie z pośród swego grona nowego prezesa, przy czym mieli możliwość tymczasowego rozszerzenia składu dotychczasowego w myśl życzeń wyrażonych na posiedzeniach w dniu 11 listopada 1937 r. i 6 stycznia 1938 r. i wciągnięcia w ten sposób do pracy także przedstawicieli organizacji tych, które wedle statutu nie mogą dostarczyć swego delegata do Stałej Del. przez wybór na Zjazdach Stom., jak długo obowiązuje statut Stałej Del. Polskich Zjazdów Stom., uchwalony we Wilnie.



Przez dokonanie wyborów niezgodnie ze statutem utworzono z przewalencją grona opozycji nową Stałą Delegacją Polskich Zjazdów Stom., która jednak wybrana nie na zasadach statutu nie jest i nie może być Stałą Delegacją Polskich Zjazdów Stom., nie może stanowić ciągłości organizacji wybranej na VIII. Pol. Zjeździe Stom. we Lwowie i opierającej się na statucie Stałej Delegacji uchwalonym we Wilnie.

Można było przy dobrej woli, którą okazało prezydium wybrane we Lwowie zmienić osoby w zarządzie według obecnie istniejących prądów, ale trzeba było to uczynić w ramach statutu a nie przez pogwałcenie tegoż.

Ponieważ zarząd tzw. Stałej Delegacji Pol. Zj. Stom. nie został wybrany w myśl wymogów statutu, *Związek Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej wycofał swoich delegatów*, a solidaryzując się z uchwałami zarządu jako przewodniczący tej organizacji i przedstawiciel katedry lwowskiej, mający prawo do zasiadania w Stałej Del. Pol. Zjazdów Stom. zrezygnowałem z współpracy z nowo utworzoną organizacją, posługującą się nazwą „Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych“.

Pozostałe fundusze złożone są w Banku Związku Spółek Zarobkowych we Lwowie na konto E 536 i 537 aż do prawnego wyjaśnienia sytuacji.

W lutym 1938 r.

*Antoni Cieszyński*

#### KOMITET REDAKCYJNY:

L w ó w : Prof. dr A. Cieszyński, przew. Ze Związku Stomatologów Lwow. Izby Lekarskiej: Prof. A. Cieszyński, dr A. Bardasz-Druckerowa, dr H. Berger, dr H. Gorczyński, dr M. Jankowski.

Z Klinik Stomatologicznej U. J. K.: Dr S. Czortkower, dr T. Owiński, dr I. Pietrzycki.

Warszawa: Lek. dent. Stanisław Blikle, lek. dent. Gombiński, lek. dent. Antoni Mokrzycki.

Członkowie Korespondencji: Dr Jerzy Drozdowski (Kraków), dr med. dent. Józef Jarzab (Poznań), doc. dr med. i dr med. dent. Leon Lakner, kierownik Polikliniki Uniw. Poznańskiego, dr Eugeniusz Mancewicz, kierownik Kliniki Stom. Uniw. St. Batorego (Wilno), prof. dr H. Pichler (Wiedeń),

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

# POLOCAIN

*SPIESS*

**Znakomity, znany środek do znieczulania miejscowego.**

1	cm <sup>3</sup>	Polocain	0,01 c.	Adrenalin	1/1000	gtt	1	Pud.	12	amp.
1	"	"	0,01 c.	"	1/1000	"	2	"	12	"
1	"	"	0,02 c.	"	1/1000	"	1	"	12	"
1	"	"	0,02 c.	"	1/1000	"	2	"	12	"
2	"	"	0,02 c.	"	1/1000	"	1	"	12	"
2	"	"	0,04 c.	"	1/1000	"	2	"	12	"
2	"	"	0,04 c.	"	0/0002	g	"	"	12	"

Polocain w cylinderkach szklanych po 1,5 cm<sup>3</sup> 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> c. Adrenalin 1/1000 gtt 1 Pud. 100 cylinderków.

# SONERYL

*SPIESS*

**Szeroko stosowany w praktyce stomatologicznej jako środek nasenny i uśmierzający.**

# VITAVIT

*SPIESS*

**Oleisty roztwór krystalicznej witaminy D**

1 cm<sup>3</sup> = 15.000 j. mn.

Próchnica zębów, anomalie w chemizmie i rozwoju uzębienia, rozmięczenie kości itp.

**Profilaktyczne stosowanie Vitawitu dzieciom w okresie wyrzynania się zębów zapewni zdrowe i mocne uzębienie.**

Flakon zaw. 10 cm.

**DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

z dnia 31 stycznia 1938 r. Nr 6, poz. 33.

**U S T A W A**

z dnia 11 stycznia 1938 r.

**O IZBACH LEKARSKO - DENTYSTYCZNYCH.****Rozdział I.****Przepisy ogólne.**

**Art. 1.** Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna i okręgowe izby lekarsko-dentystyczne stanowią samorząd zawodu lekarsko-dentystycznego i rządzą się przepisami, zawartymi w ustawie niniejszej.

**Art. 2. (1)** Działalność okręgowej izby lekarsko-dentystycznej obejmuje obszar jednego lub więcej województw.

(2) Okręgi działalności oraz siedziby poszczególnych okręgowych izb lekarsko-dentystycznych po raz pierwszy — ustala Minister Opieki Społecznej, a powstających po utworzeniu Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej — Minister Opieki Społecznej po zasięgnięciu jej opinii. Siedzibą Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej jest m. st. Warszawa.

**Art. 3. (1)** Każda izba lekarsko-dentystyczna ma osobowość prawną.

(2) Językiem urzędowym izb lekarsko-dentystycznych jest język polski.

**Art. 4.** Do zakresu działania izb lekarsko-dentystycznych należy:

1) współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego;

2) krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej wśród członków;

3) współdziałanie z władzami rządowymi w sprawach wykonywania nadzoru nad praktyką lekarsko-dentystyczną;

4) przedstawicielstwo zawodu lekarsko-dentystycznego i obrona jego interesów;

5) piecza nad stanem materialnym członków izby, a w szczególności zakładanie, za zgodą właściwej władzy, i prowadzenie przymusowych instytucji ubezpieczeniowych oraz wzajemnej pomocy dla członków izb lekarsko-dentystycznych i ich rodzin;

6) popieranie instytucji naukowych oraz zakładanie, prowadzenie lub popieranie prac i instytucji społecznych;

7) sądownictwo dyscyplinarne;

8) sądownictwo polubowne.

**Art. 5.** Izby lekarsko-dentystyczne korzystają z prawa używania pieczęci, której wzór zatwierdza Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

**Art. 6. (1)** Każda izba lekarsko-dentystyczna posiada własny regulamin. Regulaminy okręgowych izb lekarsko-dentystycznych zatwierdza Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna, zaś Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej — Minister Opieki Społecznej.

(2) Regulamin izby zawiera przepisy:

- 1) o organizacji i trybie urzędowania organów, instytucyj oraz biur izby;
- 2) o sposobie prowadzenia ewidencji członków izby;
- 3) o sposobie uiszczenia składek rocznych oraz innych opłat na rzecz izby;
- 4) w sprawach zleconych przez Ministra Opieki Społecznej;
- 5) w innych sprawach, przewidzianych ustawą niniejszą.

(3) Regulamin izby może przekazywać wykonywanie niektórych czynności zarządu izby lekarsko-dentystycznej w miejscowościach oddalonych od siedziby izby ustanowionym w tym celu delegatom. Delegatów wyznacza zarząd izby lekarsko-dentystycznej spośród jej członków, zamieszkałych w danej miejscowości.

**Art. 7.** (1) Izby lekarsko-dentystyczne są wolne od wszelkich państwowych podatków i opłat w tym samym zakresie i w tych samych przypadkach, w jakich obowiązujące przepisy przewidują to w stosunku do związków samorządu terytorialnego; nie dotyczy to opłat pocztowych, telegraficznych i telefonicznych.

(2) Składki członkowskie, opłaty na rzecz instytucyj, prowadzonych przez izbę, koszty postępowania dyscyplinarnego oraz grzywny orzeczone prawomocnie są należnościami publicznoprawnymi i w razie niewpłacenia ich w terminie oznaczonym — po uprzednim bezskutecznym upomnieniu przez właściwą izbę lekarsko-dentystyczną — będą ściągane razem z ustawowymi odsetkami zwłoki w drodze, przewidzianej dla należności ściąganych w trybie egzekucji administracyjnej.

## R o z d z i a ł  I I.

**Okręgowe izby lekarsko-dentystyczne; obowiązki i prawa członków.**

**Art. 8.** (1) Okręgowa izba lekarsko-dentystyczna składa się z osób, wpisanych na listę jej członków.

(2) Na listę członków okręgowych izb lekarsko-dentystycznych będą wpisane zamieszkałe na ich obszarze działania osoby, które posiadają:

1) dyplom, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną w Warszawie lub Państwowy Instytut Dentystyczny, i są uprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej;

2) prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej na podstawie przepisów art. 2, pkt 2—7, art. 3 lub 28 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr 4, poz. 32);

3) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce i zażądają wpisania ich na listę członków okręgowej izby lekarsko-dentystycznej.

(3) Członek izby lekarsko-dentystycznej, wykonywujący praktykę lekarsko-dentystyczną poza okręgiem izby, w którym stale zamieszkuje, powinien być wpisany na listę członków izby swego stałego miejsca zamieszkania.

(4) Zarząd izby ma prawo zwalniania od obowiązku należenia do izby osób, wymienionych w ust. (2) pkt 1) i 2), nie wykonywujących praktyki lekarsko-dentystycznej.

**Art. 9.** Okręgowa izba lekarsko-dentystyczna może wykreślić członka ze swej listy w razie jego wyjazdu za granicę na czas dłuższy niż dwa lata i zale-

gania przez ten okres czasu ze składkami członkowskimi lub innymi opłatami na rzecz izby.

**Art. 10.** (1) Członkowie okręgowych izb lekarsko-dentystycznych są obowiązani przestrzegać zasad etyki, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe.

(2) Z chwilą utworzenia przymusowych instytucyj (art. 4 pkt 5) członkowie okręgowej izby lekarsko-dentystycznej stają się członkami tych instytucyj.

(3) Członkowie okręgowej izby lekarsko-dentystycznej płacą na jej potrzeby składki roczne oraz opłaty uchwalone przez radę izby na rzecz instytucyj, przewidzianych w art. 4 pkt 5) i 6).

(4) Osoby, wymienione w art. 8 ust. (2) pkt 3) są zwolnione od obowiązku należenia do przymusowych instytucyj (art. 4 pkt 5) i od ponoszenia na ich rzecz opłat; ponadto zarząd okręgowej izby lekarsko-dentystycznej może zwolnić te osoby całkowicie lub częściowo od składek rocznych.

(5) Członkowie okręgowej izby lekarsko-dentystycznej pobierający emeryturę z innych funduszów lub opłacający składki emerytalne oraz członkowie, którzy nie wykonywują praktyki lekarsko-dentystycznej, mogą być przez zarząd okręgowej izby lekarsko-dentystycznej zwolnieni od obowiązku należenia do instytucyj, wymienionych w art. 4 pkt 5). W przypadkach sporu rozstrzyga Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna.

(6) Szczegółowe przepisy, ustalające charakter prawny, organizację i sposób prowadzenia instytucyj ubezpieczeniowych, wzajemnej pomocy i innych, utworzonych przy izbach lekarsko-dentystycznych w myśl ustawy niniejszej, określają statuty tych instytucyj; statuty instytucyj ubezpieczeniowych mogą przewidzieć prawo przyznawania w wyjątkowych przypadkach pomocy materialnej rodzinom członków izby, skreślonych z jej listy.

(7) Do przymusowych instytucyj, wymienionych w art. 4 pkt 5), stosuje się odpowiednio przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 stycznia 1928 r. o kontroli ubezpieczeń (Dz. U. R. P. Nr 9, poz. 64); władze instytucyj, wymienionych w art. 4 pkt 5), oraz udział władz izby w administracji tych instytucyj ustalają ich statuty.

(8) Minister Skarbu w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej zatwierdza statuty instytucyj przymusowych, wymienionych w art. 4 pkt 5).

### Rozdział III.

#### Ustrój i działalność okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

**Art. 11.** Organami okręgowej izby lekarsko-dentystycznej są: rada, zarząd, komisja rewizyjna i sąd dyscyplinarny.

**Art. 12.** (1) Wszystkie mandaty z wyborów sprawowane są bezpłatnie; regulamin izby może przewidzieć przyznawanie zwrotu kosztów, poniesionych w związku z pełnieniem czynności w izbie.

(2) Członkowie izby są obowiązani przyjmując mandaty, powierzone im z wyborów; wyjątki od tej zasady określa regulamin izby, który ustali jednocześnie warunki i sposób zrzeczenia się lub utraty mandatu oraz właściwość organów izby do orzekania w tych sprawach.

(3) Prawo zrzeczenia się mandatu bez uzasadnienia służy członkom izby, którzy:

- 1) ukończyli 60 lat życia,
- 2) byli członkami rady izby w jej ostatniej kadencji.

(4) Czas piastowania mandatu z wyboru trwa 5 lat; zasady ustępowania członków, zmiany lub ponownego wyboru organów izby określa regulamin izby.

### **Rada izby lekarsko-dentystycznej.**

**Art. 13.** (1) Rada okręgowej izby lekarsko-dentystycznej jest organem uchwalającym i kontrolującym.

(2) Do zakresu działania rady okręgowej izby lekarsko-dentystycznej należy w szczególności:

1) uchwalenie budżetu izby oraz ustalanie wysokości składki wpisowej i rocznej na potrzeby izby;

2) zatwierdzanie rocznego sprawozdania zarządu i zamknięcia rachunkowego;

3) rozporządzanie majątkiem izby oraz rozstrzyganie w sprawach nabywania lub zbywania nieruchomości, ich obciążeń i regulacji hipotecznych;

4) uchwalanie i zmiany regulaminu izby i statutów instytucyj, utworzonych przy izbie;

5) sprawy, wymienione w art. 4 pkt 5) i 6);

6) uchwalanie wniosków, regulujących warunki pracy i płacy lekarzy-dentystów celem przedłożenia tych wniosków właściwym władzom państwowym;

7) wybór członków Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej;

8) sprawy, przekazane radzie przez regulamin izby, Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną lub przez Ministra Opieki Społecznej.

(3) Uchwały rady okręgowej izby w sprawach, wymienionych w art. 4 pkt 5), wymagają zatwierdzenia przez Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną.

(4) Rada okręgowej izby ma prawo przekazywać zarządowi izby niektóre sprawy, wymienione w ust. (2) pkt 3) — 6) włącznie.

**Art. 14.** (1) W okręgowych izbach lekarsko-dentystycznych, liczących do 500 członków, rada izby składa się z 20 członków; w izbach, liczących ponad 500 członków, liczba członków rady powiększa się o jednego od każdej pełnej lub rozpoczętej setki członków izby.

(2) Członków rady okręgowej izby wybierają członkowie izby, wpisani na jej listę nie później, niż na 30 dni przed dniem ogłoszenia wyborów.

(3) Na członka rady okręgowej izby może być wybrany tylko członek tej izby.

(4) Kadencja rady trwa 5 lat.

(5) Minister Opieki Społecznej wyda przepisy, zawierające ordynację wyborczą do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

**Art. 15.** (1) Rada izby wybiera na okres kadencji:

1) spośród siebie:

- a) prezesa i wiceprezesa, którzy są prezesem i wiceprezesem izby, rady i zarządu,

- b) 3—8 członków zarządu,
- c) 2—4 zastępców członków zarządu,
- 2) spośród wszystkich członków izby:
  - a) komisję rewizyjną w liczbie 3—5 członków i 2—3 zastępców i
  - b) sąd dyscyplinarny izby (art. 22).

(2) Spośród członków zarządu i sądu dyscyplinarnego oraz ich zastępców przynajmniej połowa powinna stale mieszkać w siedzibie izby lub jej pobliżu. Rada izby może tworzyć poza siedzibą izby stałe zamiejscowe wydziały sądu dyscyplinarnego.

3) Rada lub zarząd izby mogą spośród wszystkich członków izby powoływać komisje i powierzać im wykonywanie ściśle określonych zadań.

(4) Nie można łączyć w jednej osobie czynności członka zarządu, sądu dyscyplinarnego lub komisji rewizyjnej.

#### **Zarząd okręgowej izby lekarsko-dentystycznej.**

**Art. 16.** (1) Zarząd okręgowej izby lekarsko-dentystycznej jest jej organem wykonawczym.

(2) Zarząd izby wybiera spośród siebie sekretarza i skarbnika.

(3) Zarząd izby nadto rozstrzyga wszystkie sprawy nie zastrzeżone radzie izby, składa radzie i Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej sprawozdania roczne ze swej działalności oraz załatwia wszelkie sprawy, przekazane izbie przez władze państwowe, radę, lub Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną.

(4) Prezes izby jest jej przedstawicielem na zewnątrz.

#### **Komisja rewizyjna okręgowej izby lekarsko-dentystycznej.**

**Art. 17.** (1) Komisja rewizyjna jest organem kontrolującym działalność finansową i gospodarczą izby oraz prowadzonych przez nią instytucyj.

(2) Komisja rewizyjna:

1) przeprowadza kontrolę finansową i gospodarczą organów i instytucyj izby;

2) opracowuje sprawozdanie ze swej działalności dla użytku Ministra Opieki Społecznej, Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej i rady okręgowej izby;

3) zgłasza do właściwych organów izby wnioski co do ulepszenia gospodarki organów i instytucyj izby.

(3) Komisja rewizyjna powinna wykonywać swe czynności co najmniej raz na rok przed rocznym zebraniem rady izby, a nadto, ilekroć uzna to za potrzebne Minister Opieki Społecznej, Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna lub rada izby.

### R o z d z i a ł  I V.

#### **Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna.**

**Art. 18.** (1) Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną tworzą przedstawiciele okręgowych izb lekarsko-dentystycznych i to w tym stosunku, że na każdą rozpoczętą liczbę 200 członków izba okręgowa wybiera po jednym przedstawicielu i zastępcy spośród swych członków na okres 5 lat.

(2) Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna, jako przedstawicielka zawodu lekarsko-dentystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej i władza nadzorcza okrę-

gowych izb lekarsko-dentystycznych, powołana jest, poza uprawnieniami, przewidzianymi w art. 4, do:

- 1) uzgadniania działalności okręgowych izb lekarsko-dentystycznych,
  - 2) zatwierdzania budżetów okręgowych izb lekarsko-dentystycznych,
  - 3) rozstrzygania odwołań od postanowień okręgowych izb lekarsko-dentystycznych,
  - 4) rozstrzygania sporów, powstałych między poszczególnymi izbami okręgowymi lub między izbami, a ich członkami,
  - 5) opracowania ramowych regulaminów izb lekarsko-dentystycznych i sądów dyscyplinarnych oraz ramowych statutów instytucji, powoływanych przez izby,
  - 6) ustalania ogólnych zasad etyki lekarsko-dentystycznej, które nie mogą być sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, ustalonymi przez Naczelną Izbę lekarską,
  - 7) wydawania dziennika urzędowego izb lekarsko-dentystycznych.
- (3) Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna może zakładać przymusowe instytucje ubezpieczeniowe oraz wzajemnej pomocy, wspólne dla kilku lub wszystkich okręgowych izb lekarsko-dentystycznych.

(4) Zarządzenia i uchwały Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej obowiązują okręgowe izby lekarsko-dentystyczne i ich członków.

(5) Koszty utrzymania Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej i jej organów ponoszą okręgowe izby lekarsko-dentystyczne; wysokość tych kosztów oraz zasady i sposób ich rozdziału pomiędzy poszczególne okręgowe izby lekarsko-dentystyczne ustala Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna przy uchwalaniu budżetu.

(6) Postanowienia art. 11—17 stosuje się odpowiednio do Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej i jej organów z tą zmianą, że czynności rad w okręgowych izbach lekarsko-dentystycznych spełnia w Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej walne zebranie przedstawicieli okręgowych izb lekarsko-dentystycznych (ust. 1).

## Rozdział V.

### Odpowiedzialność dyscyplinarna.

**Art. 19.** (1) Członkowie izby za naruszenie swych obowiązków wymienionych w art. 10 ust. (1), podlegają karze dyscyplinarnej.

(2) Członkowie izby, jeżeli są członkami izby lekarskiej, nie podlegają właściwości sądów dyscyplinarnych izb lekarsko-dentystycznych.

(3) Kary, orzeczone przez sądy dyscyplinarne izb lekarskich na swoich członków, będących jednocześnie członkami izb lekarsko-dentystycznych, pociągają z mocy samego prawa te same skutki również na terenie izb lekarsko-dentystycznych.

**Art. 20.** (1) Osoby, wymienione w art. 8 ust. (2) pkt 1) i 2), zatrudnione w instytucjach rządowych, samorządowych, przedsiębiorstwach państwowych i instytucjach ubezpieczeń społecznych, nie mogą być pociągane bez zgody Ministra Opieki Społecznej, a zatrudnione w instytucjach wojskowych bez zgody Ministra Spraw Wojskowych — do odpowiedzialności dyscyplinarnej przez sądy dyscyplinarne izb lekarsko-dentystycznych za swe czynności służbowe.

(2) Uprawnienia swe z mocy ust. (1) Minister Opieki Społecznej może przekazywać wojewodom bądź Komisarzowi Rządu na m. st. Warszawę, a Minister Spraw Wojskowych — właściwym Dowódcom Okręgów Korpusowych, bądź Dowódcy Korpusu Ochrony Pogranicza i Szefowi Kierownictwa Marynarki Wojennej.



**Art. 21.** (1) Kary dyscyplinarne są następujące:

- 1) upomnienie,
- 2) nagana,
- 3) zawieszenie w prawach członka izby na ściśle określony przeciąg czasu,
- 4) skreślenie z listy członków izby lekarsko-dentystycznej.

(2) Kary, wymienione w ust. (1), sąd dyscyplinarny może obostrzyć przez ogłoszenie ich w dzienniku urzędowym izb na koszt skazanych, bądź przez nałożenie grzywny do 500 zł. Grzywny powinny być użyte na fundusz poprawy bytu rodzin, pozostałych po zmarłych członkach izby.

(3) Kara nagady pociąga za sobą utratę prawa wybieralności przy najbliższych wyborach.

(4) Kara zawieszenia w prawach członka izby pociąga za sobą utratę prawa wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie na czas zawieszenia, a także utratę prawa wybieralności i wybierania na okres zawieszenia oraz na przeciąg dalszych 5 lat; nie powoduje natomiast utraty uprawnień, nabitych wskutek należenia członka izby do instytucji ubezpieczeniowych na wypadek śmierci.

(5) Skreślenie z listy członków izby lekarsko-dentystycznej pociąga za sobą utratę prawa wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej oraz wszelkich praw, wynikających z należenia do izb lekarsko-dentystycznych z zastrzeżeniem, wymienionych w art. 10 ust. (6).

**Art. 22.** Do orzekania w sprawach dyscyplinarnych powołane są:

1) jako instancja pierwsza — sądy dyscyplinarne okręgowych izb lekarsko-dentystycznych, złożone z 8—12 członków, wybieranych przez rady tych izb;

2) jako instancja odwoławcza — sąd dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej, złożony z 9 członków, wybranych przez walne zebranie tej izby, 5 członków, mianowanych spośród członków wszystkich izb lekarsko-dentystycznych przez Ministra Opieki Społecznej i 4 członków, mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości spośród sędziów.

**Art. 23.** (1) Sądy dyscyplinarne okręgowych izb lekarsko-dentystycznych orzekają w składzie 3 członków.

(2) Sąd dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej orzeka w składzie 5 członków, w skład którego wchodzi 2 członkowie spośród wybranych przez walne zebranie Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej, 2 spośród mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej i 1 spośród sędziów, mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości.

**Art. 24.** Sądy dyscyplinarne są w zakresie orzecznictwa niezawisłe.

**Art. 25.** Minister Opieki Społecznej ustali w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości szczegółowe przepisy o organizacji sądów dyscyplinarnych izb lekarsko-dentystycznych, ich właściwości i trybie postępowania dyscyplinarnego, o rzecznikach dyscyplinarnych i obrońcach oraz o kosztach postępowania dyscyplinarnego.

## Rozdział VI.

### Sąd polubowny.

**Art. 26.** (1) Spory między członkami izb lekarsko-dentystycznych oraz spory członków tych izb z pacjentami mogą być za pisemną zgodą stron przekazane do rozstrzygnięcia sądowi dyscyplinarnemu izby jako sądowi polubownemu.

(2) Przy rozpoznawaniu spraw przez sądy polubowne stosuje się odpowiednio przepisy księgi trzeciej części pierwszej kodeksu postępowania cywilnego, o ile przepisy ustawy niniejszej inaczej nie stanowią.

## Rozdział VII.

### Nadzór państwowy nad izbami lekarsko-dentystycznymi.

**Art. 27.** Minister Opieki Społecznej sprawuje nadzór zwierzchni nad działalnością Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej i okręgowych izb lekarsko-dentystycznych oraz ich organów.

**Art. 28.** Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna przesyła do wiadomości Ministra Opieki Społecznej bezpośrednio, a okręgowe izby lekarsko-dentystyczne za pośrednictwem Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej sprawozdanie roczne zarządu i komisji rewizyjnej, zamknięcia rachunkowe zaś niezwłocznie po zatwierdzeniu ich przez właściwe organa izb.

**Art. 29.** (1) Minister Opieki Społecznej może uchwały organów izb lekarsko-dentystycznych zawiesić lub uchylić, jeżeli uchwały te są sprzeczne z obowiązującymi przepisami albo naruszają lub mogą naruszyć porządek lub interes publiczny. Niezależnie od tego Minister Opieki Społecznej władny jest rozwiązać organ, który taką uchwałę powziął.

(2) W razie rozwiązania organu na podstawie ust. (1) Minister Opieki Społecznej mianuje spośród członków wszystkich izb lekarsko-dentystycznych komisarza, który pełni obowiązki rozwiązanego organu i najpóźniej w ciągu 6 miesięcy od dnia rozwiązania przeprowadzi nowe wybory. Minister Opieki Społecznej ustala w drodze zarządzenia szczegółowe przepisy o zakresie działania komisarza i trybie postępowania.

**Art. 30.** Minister Opieki Społecznej może w granicach ustawy niniejszej wydawać zarządzenia, regulujące działalność izb lekarsko-dentystycznych, ich organów oraz instytucyj przy nich utworzonych.

## Rozdział VIII.

### Przepisy przejściowe i końcowe.

**Art. 31.** Utworzenie pierwszych okręgowych izb lekarsko-dentystycznych i Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej porusza się Ministrowi Opieki Społecznej, który w tym celu wyznaczy komisarza rządowego.

**Art. 32.** Utworzenie okręgowych izb lekarsko-dentystycznych i Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej powinno być dokonane w ciągu 9 miesięcy po wejściu w życie ustawy niniejszej.

**Art. 33.** Regulaminy i statuty okręgowych izb lekarsko-dentystycznych powinny być przedłożone Naczelnej Izbie Lekarsko-Dentystycznej do zatwierdzenia najdalej w ciągu 6 miesięcy po jej ukonstytuowaniu, regulamin i statut naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej — w tym samym terminie Ministrowi Opieki Społecznej. Termin ten może być przez Ministra Opieki Społecznej przedłużony.

**Art. 34.** Przepisy art. 21 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia

25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr 81, poz. 712) stosuje się odpowiednio do praktyki lekarsko-dentystycznej.

**Art. 35.** Przepisy ustawy niniejszej nie naruszają specjalnych postanowień lub uprawnień, przewidzianych w umowach międzynarodowych.

**Art. 36.** Wykonanie ustawy niniejszej porucza się Ministrowi Opieki Społecznej w porozumieniu z właściwymi ministrami.

**Art. 37.** Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*

Prezes Rady Ministrów: *Sławoj Składkowski*

Minister Opieki Społecznej: *Marian Zyndram-Kościałkowski.*

## K O N G R E S W R. 1938.

### VII. ZJAZD ARPY MIĘDZYNARODOWEJ

odbędzie się od dnia 26. — 28. VIII. 1938 r. w Pradze Czeskiej.

#### *Program tymczasowy:*

I. Znaczenie awitaminozy C dla schorzeń przyzębia.

Sprawozdanie komisji Arpy Międzynarodowej dla badania nad witaminą C.

II. Przyzębica a lekarz praktyk.

1. Anatomia, histologia, fizjologia i anatomia patologiczna.

2. Rentgenologia przyzębia.

3. Badanie kliniczne ze szczególnym uwzględnieniem schematu badań przyzębicy (Paradentosenstatus).

4. Badania wewnętrzne chorych na przyzębicę.

5. Znaczenie okluzji pourazowej.

6. Leczenie czynnościowe schorzeń przyzębia.

7. Dostawka częściowa.

8. Leczenie schorzeń przyzębia farmakologiczne i chirurgiczne.

9. Zapobieganie schorzeniom przyzębia, z szczególnym uwzględnieniem ortopedii czynnościowej.

10. Podłoże konstytucjonalne zjawisk chorobowych przyzębia.

10 referentów i 10 oficjalnych koreferentów.

III. Wykłady na tematy dowolne.

Wykłady i pokazy praktyczne należy zgłaszać najpóźniej do 15. II. 1938 r. pod adresem dr med. Karol Breuer, Praha XII. Fochova 64. ČSR.

**Sekcja lekarzy specjalistów  
w chorobach jamy ustnej i zębów  
przy Związku Lekarzy P. P.  
Okręg Wielkopolski**

**KOMUNIKAT.**

Ukonstytuowana w grudniu 1936 roku sekcja lekarzy specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów przy Związku Lekarzy P. P. Okręg Wielkopolski uporała się przede wszystkim z zagadnieniem organizacji wewnętrznej — oraz stosunku jej do Związku Lekarzy P. P.; wyrazem tego stał się przyjęty statut i regulamin. Z biegiem czasu punktem dominującym zabiegów „Sekcji“ stała się praca naukowa ujawniająca się w wygłaszaniu referatów z odnośnymi demonstracjami. Zasięg referowanych zagadnień dotyczył całokształtu stomatologii z uwzględnieniem działu chirurgicznego — zachowawczego — ortodontji i protetyki — a też i społecznego. Referentami byli przeważnie członkowie „Sekcji“; ale na tym polu zainicjowano już współpracę z Klinikami U. P. zapraszając na prelegenta — asystenta Kliniki chorób oczu do referowania zagadnienia zakażenia ustnego odnośnie schożeń wtórnych oczu.

Troską „Sekcji“ była też sprawa etyki w pracy zawodowej i wystąpienie przeciw nadużyciom w wykonywaniu teźże pracy.

Zebrania odbywały się ostatnio z reguły w odsepie dwutygodniowym — w czasie oczywiście pracy Uniwersytetu.

Wysiłek pierwszolecia „Sekcji“ uważać można za pomyślny — a zainicjowany w drugim roku istnienia bieg pracy — za rokujący nadzieję dobrego rozwoju.

Poznań, 8 lutego 1938.

**Pokora** sekretarz.

Za Zarząd **Lakner**.

**Oceny książek.**

**Prof. Dr Robert Neumann. Ueble Zufälle in der täglichen Praxis, Verhütung und Hilfe. (Niemile wypadki w praktyce codziennej i zapobieganie tymże). (Berlinische Verlagsanstalt 1938), str. 181 i VI, 178 rycin w tekście.**

Książka Neumanna składa się z poszczególnych artykułów omawiających znieczulenia, zranienia naczyń nerwów, wypadki złamania igieł w czasie zastrzyku, narkozę, omdlenia, nadwrażliwość, epilepsję, sztuczne oddychanie, zastrzyki podskórne, domięśniowe i dożylny, zagadnienia ogólnie chirurgiczne, krwawienia, zakażenia ran, znaczenie zdjęć roentgenowskich dla uniknięcia przykrych wypadków przy usuwaniu zębów, perforacje i ich leczenie, chirurgiczne usuwanie złamanych narzędzi w przewodzie, zranienia jamy szczękowej, oparzenia kwasami, aspiracje ciał obcych, usuwanie ciał obcych z oka, a wreszcie przykre wypadki, które zdarzyć się mogą lekarzowi na nim samym.

Autor podaje metody zapobiegania przykrym przypadkom, wzgl. leczenie ich następstw, które powinny być znane.

Książka wydana jest bardzo starannie i ozdobiona bardzo pięknymi rycinami.

*Henryk Berger.*

**Leist — Bustin. Orthodontie des praktischen Zahnarztes. (Ortodoncja lekarza praktycznego) Aesculap-Verlag. Wien 1936. Str. 259, rys. 297. Cena — Mk niem. 9.60.**

Wobec przedwczesnej śmierci dr Leista cały ciężar opracowania i wydania książki przypadł w udziale dr Bustinowi. Przypisać trzeba, że autor wywiązał się ze swego zadania doskonale i treść dzieła odpowiada w zupełności tytułowi. Jest to rzeczywiście jedna z rzadkich publikacyj w dziedzinie ortopedii szczęk i zębów, nastawiona w całości na potrzeby lekarza praktyka. Ze względów dydaktycznych i możliwości opanowania materiału przez praktyka, uważam prace kompilatorskie w ortodoncji, za bezwzględnie bardziej wskazane od prac twórców pewnych systemów. Faktem jest, że niema detychczas systemu, któryby we wszystkich przypadkach mógł być z łatwością i skutecznością zastosowany. Poszczególne metody pracy raczej się uzupełniają.

Zrozumiałą jest tendencja twórców pewnych systemów rozwiązywania wszystkich problemów własną metodą, ale z tego oczywiście nie wynika, jakoby dotycząca metoda była faktycznie najracjonalniejsza w danym przypadku. Autorowie nie będąc zasugerowani własną metodą, podali najbardziej wypróbowaną aparaturę i to w tak zrozumiałej formie, że początkujący nawet, może się z łatwością zorientować w intencji autora. Sami będąc uczniami Oppenheima jednak w pracy swej opierali się głównie na systemie Angle'a, wychodząc z zupełnie zresztą słusznego założenia, że jest on obecnie — mimo podnoszonego zastrzeżenia — przecież najbardziej uniwersalną aparaturą. Łuk po stronie językowej (Kantorowicz-Korkhaus), jako też płytka kauczukowa (Oppenheim) zostały uwzględnione w ramach, odpowiadających rzeczywistej i celowej możliwości zastosowania tych przyrządów. Każdy rękoczyn podany jest dokładnie w tekście i zobrazowany, tak że wykonanie nie nastęrcza nawet niedoświadczonemu żadnych trudności. 11 rozdziałów poświęcili autorowie wiadomościom wstępnym rozpoznawczym i technicznym. Roentgenologia została przy tym dostatecznie uwzględniona. Trzy rozdziały zajmują się wykonaniem określonych ruchów w ortodoncji a sześć poświęconych jest poszczególnym objawom chorobowym. W ten sposób praktyk może się zorientować w tym, co mu jest potrzebne. W końcowych rozdziałach zajmuje się autor płytką kauczukową jako aparatem kinetycznym i retencyjnym, gimnastyką oddechową i profilaktyką nieprawidłowości szczęk i zębów w wieku dziecięcym. Poszczególne problemy są potraktowane krótko ale zrozumiale i praktycznie. — Wydanie, papier i druk drugorzędny. Poznać, że książka kalkulowana jest jak najtaniej i przeznaczona dla jak najszerszych sfer czytelników. Cena książki jest też nadzwyczaj niską.

*Atlas.*

**Rudolf Gabriel i Fritz Müller. Zahn um Zahn. Ein lustiges Buch für Patienten und Zahnbehandler. Wien 1938. (Ząb za ząb. Wesoła książka dla pacjentów i leczących zęby). Nakładem autorów, str. 111.**

Publikacja — poświęcona pacjentowi jako człowiekowi a nie obiektowi lekarskich zabiegów, — obejmuje zbiór udanych humoresek, wierszy i dowcipów na temat zębolecznictwa i ustosunkowania się pacjenta do lekarza i jego rękoczynów. Pomyślana jest jako lektura w poczekalni dentysty dla odwróce-

nia uwagi czekającego swojej kolejki pacjenta od ewentualnych przykrości w pokoju ordynacyjnym i wprowadzenie go w bardziej pogodny nastrój. Ton książki jest wysoce humorystyczny i żartobliwy i stara się wypłenić dowcipem niejedno uprzedzenie panujące w szerokich warstwach społeczeństwa w odniesieniu do przykrości zębolecznictwa. — Udane, pełne fantazji ilustracje wykonał akad. malarz Franz Janan. Lektura książeczki jest miłą, rozrywką tak dla pacjenta jak i dla lekarza.

*Atlas.*

**Drendel und Zweiling: Planmässiges Schleifen und Präparieren in der prothetischen und konservierenden Zahnheilkunde.** 10 wydanie. 1937, str. 76.

Prospekt firmy Drendel i Zweiling w Teltow pod Berlinem, — wyrabiającej diamentowany materiał szlifierczy dla celów dentystycznych, — wydany we formie naukowej broszury. Prospekt przedstawia zajmującą pracę naukową i jest wzorem celowej na najwyższym poziomie postawionej propagandy. Mimochodem tylko porusza stronę komercyjną a główny nacisk kładzie na wykazanie celowości, ulepszonej metody pracy i poważnych korzyści dla lekarza i pacjenta przy używaniu wytworów danej fabryki. Papier ilustracyjny, świetne rysunki i dokładne wskazówki odnoszące się do poszczególnych rękoczynów z zapodaniem numerów odnośnych kamieni i krążków, podnoszą wartość bardzo interesującej broszurki.

*Atlas.*

**B. Gottlieb — Wien i B. Orban — Chicago. Zahnfleischentzündung und Zahnlockerung. (Zapalenie dziąseł a chwianie się zębów).** Wydanie II. Berlinische Verlagsanstalt Berlin 1936 r. 300 stron, 312 ryc.

Autorowie przedstawiają swe własne poglądy na zagadnienie zapalenia dziąseł i chwianie się zębów. Wychodząc z założenia, że akcja poświęcona parodontozie zajmuje się zbytnio mianownictwem, że zaś wyjaśnienia istoty rzeczy zbyt wolno postępują, podają swą własną nomenklaturę i udowadniają własne zapatrywanie na to zagadnienie.

Na wstępie określają oni dokładnie zakres monografii. Opuszczono zapalenia dziąseł na tle swoistym (Tbc. Lu, itd.), zatrucia metalami oraz niektóre zapalenia dziąseł lub błony śluzowej jamy ustnej, mające swe odpowiedniki w odnośnych chorobach skórnych, poza tym rozluźnienie zębów w związku z guzami i po ciężkich obrażeniach. W zasadzie omówiono pierwotne rozchwianie się zębów i towarzyszące temu lub samotne zapalenie dziąseł.

Stany zapalne na tle zaniedbania higieny jamy ustnej opisano pod nazwą „ropotoku w niehigienicznie utrzymanej jamie ustnej“ (Schmutzpyorrhoe). — Chorobowo pogłębiona kieszonka dziąsłowa przyczynia się do „ropotoku przyzębnego“ (Paradentalpyorrhoe). — Jeżeli stan chorobowy objawia się w przedwczesnym chwianiu się zębów mamy „rozlane obumarcie kości wyrostka zębodołowego“. (Diffuse Atrophie des Alveolarknochens). O „przyspieszonym wyrzynaniu się zębów“ (beschleunigter Zahndurchbruch) mówi się, gdy miejsce przyczepu nabłonka leży na zębie niżej niżby to odpowiadało wiekowi. W końcu opisują następstwa „okluzji pourazowej“ (traumatische Okklusion). Określenie to używają autorowie dlatego, że nie uznają

nazwy „paradentozy“, gdyż określenie „paradentozą“ nie daje nam żadnych korzyści, natomiast przedstawia użycie terminu „paradentozą“ przy obecnym zakresie tegoż pojęcie poważne cofanie się wstecz.

Podział powyższy został przyjęty przez autorów w r. 1921 i zachował dotychczas niezmiennione znaczenie.

Etiologia niema większego wpływu na oznaczenie sprawy chorobowej.

Autorowie omawiają obszerny ten temat dokładnie, przy tym jednak zwięźle.

Dużo miejsca poświęcano biologii aparatu zębowego. Autorowie wychodzą z wiadomości, zaczerpniętych z embriologii. Opisują zmiany okluzji podczas życia, następnie zwracają uwagę na stosunek warstw dziąsła do warstw zęba. Kieszonka dziąsłowa jest niezależna od wyrzynania się zęba. Stale odbywa się bierne wykluwanie się zębów tzn. zbliżanie się dziąseł do szczytu korzeni zębowych. Szybkość tego zjawiska wpływa na stan zęba.

Zęby prawidłowego uzębienia przeryniają się w ciągu życia a korony się ścierają. Dla porównania podano niektóre właściwości uzębienia roślinożernych i wszystkożernych.

Siłami regulującymi zgryz są: stałe czynne wyrzynanie się zębów, ciśnienie artykulacyjne zębów przeciwległych, ścieranie się zębów, wyrównanie się zębów do szczęki przez resorbcję na dnie zębodołu.

Głównym zadaniem ortodontyki jest ustawienie siekaczy w sposób umożliwiający ich samodzielną regulację. Przy starciu zębów bez pokarmu grozi rozchwianie się zębów wskutek przeciążenia.

Przesunięcie się zębów w kierunku mezjalnym jest fizjologiczne.

Ważne jest zachowanie się dziąseł w przestrzeniach międzyzębowych i ich zmiany z biegiem życia. Przyczynami zaburzeń są: wstrzymane obniżenie się powierzchni zgryzowej w kierunku korzeniowym lub przyspieszone pogłębienie się kieszonki dziąsłowej.

Autorowie omawiają kilka poglądów na temat kieszonek dziąsłowych i określają, w jakich wypadkach można mówić o takiej kieszonce.

Patogeneza chorób przyzębnych jest jeszcze niewyjaśniona a natomiast fizjologia zęba i granica między stanami prawidłowymi a chorobowymi zębów jest również mało zbadana.

Wyrzynanie się zębów składa się z następujących zjawisk: Posuwanie się zębów w kierunku powierzchni okluzyjnej, oddzielanie się nabłonka od powierzchni zębowej, bujanie nabłonka wzdłuż cementu, zanikanie brzegu zębodołowego.

Głębokość kieszonki dziąsłowej wynosi optymalnie 0, zaś przeciętnie  $1\frac{1}{2}$  do 2 mm. Idealna kieszonka powinna być jak najpłytsza i mieć nabłonek ciągły, natomiast jest to bez znaczenia, czy dno jej się styka ze szkliwem, czy z cementem. W idealnych warunkach jest gingiva propria zrogowaciała aż do dna kieszonki. Oddzielanie się nabłonka od powierzchni zębowej powstaje wskutek urazu przez zrogowacenie nabłonka wzdłuż zęba lub przez działanie toksyn.

Dno kieszonki posuwa się stopniowo w kierunku korzeni i przekracza granicę między szkliwem a cementem między 20 a 30 rokiem życia.

Z biologii cementu ważne jest to, że odkłada on nowe warstwy podczas całego życia.

Ząb sam jest organem oddzielnym, nie dopiero razem z ozębną i kością zębodołową.

Obciążenie zęba wpływa na jego strukturę.

Przesunięcie się przyczepu nabłonkowego w kierunku apikalnym jest prawdopodobnie zależne od czynników natury wewnętrznej (wewnętrzne wydzielanie, odżywianie i dziedziczność). Wyrzynanie się zęba jest zwolnione przy krzywicy i po usunięciu przedniego płatu przysadki.

Po omówieniu owych podstawowych zagadnień przedstawiających poglądy własne autorów, przystępują oni do części klinicznej.

Główna różnica między gingivitis ulcerosa a zwyczajnym zapaleniem dziąseł (Schmutzpyorrhoe) polega na tym, że przy tej ostatniej występują kieszonki. W przebiegu chorób gorączkowych wpływają na stan uzębienia wytwarzające się na zębach naloty i skłonność błony śluzowej do obrzęków i zapalenia. Higiena uzębienia po takiej chorobie jest zatem nadzwyczaj ważna.

Ogólnie znany jest wpływ próchnicy zęba i wadliwych prac technicznych na dziąsło. Zaznaczając wpływ niekorzystny koron na dziąsło zalecają autorowie wypełnienia lane.

Przy zapaleniu dziąseł wolno dopiero po wykluczeniu przyczyn zewnętrznych myśleć o wewnętrznych.

Autorowie wspominają o związku między brakiem witaminów a schorzeniami dziąsła. O przeroście dziąseł różnego pochodzenia jest również wzmianka.

W rozdziale pt. „ropotok przyzębia“ opisują charakterystyczne objawy kliniczne tej jednostki chorobowej, (głębokie kieszonki ropiejące, kieszonki różnego kształtu i inne zmiany).

Zanik rozlany wyrostka zębodołowego. — Odkładanie cementu wpływa dodatnio na umocowanie zęba. Przy braku antagonistów lub sąsiadujących zębów stwierdza się przesunięcie zębów, wtórnie przeciążonych. Cechą patologicznego przemieszczenia zębów jest brak fizjologicznych sił, przeciwdziałających prawidłowo tej zmianie umieszczenia. Kieszonka nie jest pierwotną przyczyną przemieszczenia zęba. Przyczyną zaś zmian kostnych są zaburzenia przemiany materii, zmiana właściwości białka, ilość cholesteroliny i wapnia we krwi oraz zaburzenia wątroby i jajników. — Następnie opisują ponowne unieruchomienie samoistne chwiejnego zęba w zębodole. Rozlany zanik zębodołu kostnego charakteryzuje rozchwianie zęba, jego wędrowka i wytwarzanie się nieregularnych kieszonek. W ciągu tego procesu wytwarza się tkanka granulacyjna, poza tym ząb i kość miejscowo się resorbują, co jest przyczyną chwiania się zęba. Biologia cementu zmienia się prawdopodobnie przez zaburzenie przemiany materii.

Okluzja pourazowa. — Sprawę tę należy odróżnić tak samo pod względem histologicznym jak i klinicznym od jednostki chorobowej, powstałej z powodu ropotoku w niehigienicznie utrzymywanej jamie ustnej, od parodontozy i rozlanego zwyrodnienia kości wyrostka zębodołowego. Następstwo może być różnego rodzaju. Przy robotach technicznych należy zapobiegać przeciążeniu zębów. Autorowie twierdzą, że ani obciążenie, ani przeciążenie zęba nie może wywołać rozlanego zwyrodnienia lub parodontozy.



W ustępie o „praktycznym postępowaniu przy pacjencie“ ustalają zasadę, że co 6 miesięcy powinno się kontrolować uzębienie co do próchnicy, stanu dziąseł, nalotów, przerzynania się zębów itd. Ważne jest odpowiednie odżywianie, obfite w witaminy. Artykulacja uzębienia mlecznego powinna mieć charakter saneczkowy. Aby doprowadzić do tego oszlifowuje się guzki zawadzające. Z drugiej strony polecają autorowie podwyższenie powierzchni zgryzowej zębów niestykających się z antagonistami. Dzieci należy przyzwyczaić do ustawienia zębów siecznych w pozycji antête. Bardzo ważna jest higiena jamy ustnej w okresie wyrzynania się zębów stałych. Podają sposób wzorowego codziennego oczyszczenia uzębienia. Czyszczenie zębów z kamienia nazębnego opisują bardzo szczegółowo, tak samo badanie co do ruchomości zębów, na głębokość i szczegółowe rozpoznawanie kieszonek dziąsłowych. W końcu należy podkreślić znaczenie zdjęć roentgenowskich. Czasami jest bardzo korzystnym na krótko zdjąć mostek, opierający się o filar chwiejny. Filar może się znowu całkiem ustalić.

Omawiając leczenie polecają autorowie wyleczyć najpierw jedną połowę uzębienia a na podstawie różnicy przekonać pacjenta o tym, jakie skutki pociąga za sobą zaniedbanie jamy ustnej. Leczenie kieszonki polega na usunięciu oddzielonych części błony śluzowej. Następnie zakłada się opatrunek parafinowy, zmieniając go co dobę. Kieszonki oczyszcza się przy zmianie opatrunku aparatem tlenowym, oprócz tego przeżega się ranę np. azotanem srebra. Gdy tkanka granulacyjna buja, pendzlowanie jest bez skutku. Należy wtedy to miejsce kauteryzować. Woda utleniona wywołuje przeczulenie powierzchni zębowej. — Za gojeniem się dziąseł przemawia ich jasnorożowe zabarwienie. Czasami jest takie leczenie dziąsła bez skutku. Wtedy należy ząb usunąć nie dopuszczając przez to do tego, aby przy sąsiednim zębie dziąsło również nadmiernie się obniżyło i z czasem także następny ząb był stracony. Przez miejscowe leczenie mamy osiągnąć zdrowe dziąsło, głębokość kieszonki równą 0, możliwie krótkie korony kliniczne i artykulację, zbliżoną do saneczkowej.

Autorowie szkicują rozpoznanie różniczkowe między zwyrodnieniem rozlanym a miejscowymi stanami przewlekłego zapalenia. Pierwszą sprawę cechuje to, że wczesnymi objawami jest wędrowka zęba i jego rozchwianie się, jako objaw późniejszej występują kieszonki. Odporność na próchnicę jest stonkowo wielka.

Natomiast zmniejszoną zdolność reakcji cechuje przyspieszone wyrzynanie się zębów, zarówno czynne, jak i bierne, oraz rozluźnienie się zębów, zaczynając od zębów dystalnych.

Przy rozlanym zwyrodnieniu jest po ustaleniu przyczyny ogólnej jego leczenie również ogólne, (dieta bogata w witaminy). Poza tym miejscowo stosuje się przedmuchiwanie tlenem, oraz zabiegi ortodontyczne.

Omawiając prognozę, stwierdzają autorowie, że nawet przeciętne dbanie chorego o uzębienie wystarczy, by zapobiec nawrotom.

Przed przystąpieniem do prac technicznych należy wyleczyć dziąsło i między innymi przy tym ustalić zakres tychże prac. Ważne jest zdecydowanie się na rodzaj dostawki (proteza stała, czy do wyjmowania). W górnej szczęce zalecane są protezy częściowe wg. Kennedy'ego. Wspominają autorowie o koronach częściowych i inlayach. Jeżeli jeden filar mostka jest chwiejny, wtedy

wskazany jest guzek Roachá, ochraniający filar niechwiejny, przed rozluźnieniem. W tym samym celu używa się kolce, oparcia o dźwieszko lub o zęb. Protezy do zdejmowania opierają o zęby przednie. W dalszym ciągu omawia się dużo szczegółów technicznych, mających na celu ochronienie uzębienia przed uszkodzeniem ze strony protez itp. Również starają się utrzymać w miarę możliwości każdy ząb, aby przez to uniknąć protezy całkowitej. Między innymi wspominają o konstrukcjach według Steina (protezy szkieletowe). Stale powinno się sprawdzać stan uzębienia pod mostkami za pomocą zdjęć roentgenowskich. Filary, już niespełniające swego zadania, wymagają specjalnego postępowania, gdy stały się punktem wyjścia zapalenia około-zębowego.

*ref. H. Haar.*

### **Ś. p. Władysław Grabski.**

Dnia 1 marca zmarł w Warszawie po dłuższej chorobie Władysław Grabski, premier Rzeczypospolitej w latach 1920, 1924 i 1925, minister skarbu w latach 1919, 1923, 1924 i 1925, minister rolnictwa w r. 1918, zasłużony działacz społeczny. Zmarły liczył lat 65.

Śp. Władysławowi Grabskiemu należy się szczególna wdzięczność ze strony stanu lekarsko-dentystycznego. Okazał on bowiem bardzo wiele zrozumienia dla potrzeb naszego zawodu i stworzenia pierwszej placówki naukowej w Warszawie. Kilkakrotnie poprzednio opracowane preliminarze budżetowe dla mającego powstać Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie nie zostały akceptowane przez Min. Skarbu.

W r. 1919 został powołany przez był. zastępcy Ministra Zdrowia dr Witolda Chodźkę prof. Cieszyński ze Lwowa do Warszawy celem zorganizowania definitywnego Państw. Instytutu Dentystycznego. Opracowany przez niego preliminarz budżetowy, oparty na zasadach samowystarczalności pod względem potrzeb naukowo-klinicznych uznany został przez ówczesnego ministra Skarbu Władysława Grabskiego za realny i przyjęty. Przez przyznanie kredytu dla Państw. Inst. Dentyst. w Warszawie stworzone zostały podstawy dla jego rozwoju.

Gdy prof. Cieszyński, zaproszony przez radę profesorów P. I. D. do objęcia katedry chirurgii stomatologicznej i roentgenologii katedry tej nie przyjął, nie otrzymawszy do oznaczonego terminu zapewnienia ze strony Ministerstwa W. R. i O. P., że Państw. Instytut Dent. otrzyma w najbliższym czasie lepsze pomieszczenie, zrezygnował on z przybycia do Warszawy. Na skutek tejże rezygnacji preliminarz budżetowy P. I. D. został do połowy zredukowany przez Ministerstwo Skarbu.

Na rok 1920 przyznał śp. Władysław Grabski jako minister skarbu kredyt na zakupno gruntów dla Wydziału Lek. Lwowskiego na Baworówce, wielki kompleks w pobliżu cmentarza łyżczakowskiego, również na skutek starań prof. Cieszyńskiego, ówczesnego delegata Wydziału Lekarskiego, oraz pierwszy kredyt na budowę kliniki psychiatrycznej i kliniki stomatologicznej we Lwowie, akceptując ogólny plan rozbudowy Wydziału Lekarskiego. Wtedy to na wniosek Ministerstwa Zdrowia Publ. i Ministerstwa W. R. i O. P. dnia 8. IV. 1920, przewidział śp. Władysław Grabski 5<sup>1/2</sup> miliona marek polskich

czyli 39.286.— dolarów (złotych) na budowę Kliniki stomatologicznej we Lwowie. Ponieważ wydz. lek. lwowski nie przyjął podziału kredytów w myśl Ministerstwa Skarbu i sprzeciwił się zużyciu kredytów na budowę Kliniki stomatologicznej, kredyt całkowity roczny budowlany Wydz. Lekarskiego w wysokości 18½ miliona marek polskich czyli 132.200.— dolarów przepadł niepowrotnie.

Był to czas najlepszej koniunktury dla rozwoju stomatologii za czasów polskich i gdyby była wystarczająca inicjatywa ze strony Ministerstwa W. R. i O. P. i wystarczające poparcie ze strony Wydziału Lekarskiego lwowskiego, to mogłoby dojść do stworzenia własnych gmachów dla Państwowego Inst. Dent. w Warszawie i dla Kliniki Stomatologicznej we Lwowie, gdyż śp. Władysław Grabski interesował się bardzo sprawami stomatologii i był w latach 1920, 1923, 1924, 1925 albo ministrem skarbu, albo premierem.

Warszawa w tychże czasach koniunktury tej nie wyzyskała a na wydziale lekarskim lwowskim panowały zbyt ostre prądy przeciwne inicjatywie przedstawiciela katedry stomatologii.

Wiernym współpracownikiem śp. Władysława Grabskiego, jako ministra skarbu był wiceminister dr Ignacy Weinfeld, który opiekował się bardzo sprawami stomatologicznymi i którego perswazji należało zawdzięczać pozytywne nastawienie się śp. Władysława Grabskiego dla potrzeb stomatologicznych.

*Wielkiemu i bardzo zasłużonemu Mężowi Stanu wyraża swój hold i wdzięczność stomatologia polska.*

C.

## INFORMACJE PODATKOWE.

### Zeznania.

W terminie nieprzekraczalnym do dnia 1 marca 1938 r. każdy lekarz obowiązany jest złożyć w swoim Urzędzie Skarbowym oddzielnie zeznanie o podatku obrotowym i oddzielnie o podatku dochodowym. Jeżeli lekarz w innym miejscu wykonuje praktykę lekarską, a w innym mieszka, wówczas należy również zeznanie podatku obrotowego złożyć w Urzędzie Skarbowym według miejsca zamieszkania, (art. 13. o. p.). Jeżeli w ciągu roku nastąpiła zmiana mieszkania, należy zeznanie złożyć w tym Urzędzie Skarbowym, do którego lekarz należał 15 grudnia.

Zeznania o obrocie i dochodzie należy oddać w Urzędzie Skarbowym za pokwitowaniem, podlegającym opłacie stemplowej za 20 gr. Znaczek stemplowy unieważnia Urząd Skarbowy.

Tak zeznanie dochodowe jak i obrotowe winno być sporządzone na formularzach, wydawanych bezpłatnie w Urzędach Skarbowych. Zeznanie można też wysłać pocztą listem poleconym najpóźniej dnia 1 marca.

### Podatek obrotowy.

Jako obrót podaje lekarz wszelkie efektywne wpływy gotówkowe, wekslowe i towarowe, które uzyskał z praktyki prywatnej, oraz z praktyki dla Banku

Polskiego, P. K. O., samorządów terytorialnych jak i rolnictwa. Należności niezapłacone (dłużne) obrotu nie stanowią.

Dochody z Ubezpieczalni Społecznej należy tylko wtenczas wciągnąć do zeznania o obrocie, jeżeli stanowią zapłatę zaległości z czasów przed nastaniem stosunku służbowego. Dochód z uposażenia nie podlega obowiązkowi zeznania i to tak w podatku obrotowym jak i dochodowym.

Jako dowód zeznanego obrotu wobec Urzędu Skarbowego mogą służyć zapiski, kartoteki, zestawienia kasy dziennej lub tygodniowej. Dowody te muszą być przez Urząd Skarbowy przyjęte pod uwagę, nie są jednakże dla niego w razie wątpliwości dowodem wiążącym, jak na przykład książki kupieckie.

Ordynacja Podatkowa zezwala również lekarzom, ale nie zmusza ich, do prowadzenia tzw. uproszczonej księgowości.

### Podatek dochodowy z działu I.

Lekarze prowadzący dokładne zapiski o przychodach i rozchodach, zeznają dochód wykazany w zapiskach, chociażby w sporadycznych wypadkach poszczególnych zapisów nie mogli poprzeć pisemnym dowodem, byleby tylko prawdziwość zapisu można w jakiś sposób uwiarygodnić, w ostateczności przy pomocy świadków lub biegłych.

Lekarze, nieprowadzący ani uproszczonej księgowości, ani też zapisków, mogą wyliczyć dochód na podstawie średniej normy zyskowności, jaką uznają za odpowiednią.

### Terminy płatności podatków.

#### I. Zaliczki na podatek obrotowy.

IV rata za rok 1937 — do 15 lutego 1938 r.

I rata na rok 1938 — do 15 czerwca 1938 r.

II rata na rok 1938 — do 15 sierpnia 1938 r.

III rata na rok 1938 — do 15 października 1938 r.

IV rata na rok 1938 — do 15 lutego 1939 r.

Stopa podatkowa wynosi 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> od obrotu włącznie dodatku samorządowego.

Wysokość zaliczek kwartalnych i terminy płatności uwidocznione są na nakazach płatniczych kwartalnych na rok 1937. Lekarze noworozpoczynający praktykę lekarską płacą zaliczki w wysokości uzgodnionej z Urzędem Skarbowym.

#### 2. Podatek dochodowy.

a) Połowę podatku od podanej w zeznaniu kwoty należy zapłacić do dnia 1 marca 1938 r.

b) Drugą połowę podanej w zeznaniu kwoty względnie różnicę do ustalonej przez Urząd Skarbowy ogólnej kwoty podatku wpłacić do 30 dni po doręczeniu nakazu płatniczego.

Samotni płacą przy dochodzie powyżej 3.600.— zł dodatek w wysokości 14<sup>0</sup>/<sub>100</sub> od wymierzonego podatku, natomiast żonaci z ustalonym dochodem poniżej 7.200.— zł mają prawo do obniżki podatku o 2 stopnie na każdego trzeciego i dalszego członka rodziny, będącego na ich wyłącznym utrzymaniu.

### 3. Podatek od lokali.

I rata płatna do dnia 30 kwietnia 1938 r.

II rata płatna do dnia 31 października 1938 r.

Zmiany w wysokości komornego, przekraczające 10% ustalonej podstawy, zasze w roku 1938, dają podstawę do żądania stosownej obniżki podatku na rok 1939.

### 4. Podatek dochodowy z tytułu różnicy (komulacyjny) podatku od uposażeń.

I rata płatna do dnia 15 kwietnia 1938 r.

II rata płatna do dnia 15 października 1938 r.

Przy płaceniu I raty należy złożyć obliczenie na formularzu, otrzymanym na żądanie z Urzędu Skarbowego.

### Podatek od nieruchomości.

I rata płatna do dnia 30 czerwca 1938 r.

II rata płatna do dnia 30 listopada 1938 r.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

**Film rentgenograficzny.** W kinoteatrach paryskich wyświetla się film rentgenograficzny, przedstawiający ludzi, zwierzęta i rozmaite przedmioty po przepuszczeniu przez nich promieni Roentgena. Film ten ilustruje znakomicie cały szereg czynności naszego ciała, w szczególności naszych stawów. Byłoby również pożądanem, gdyby nasze towarzystwa filmowe przedstawiły go również polskiej publiczności.

### Urlopy pracowników (Ustawodawstwo).

Już przed kilku laty Sąd Najwyższy wyjaśnił, że nie można łączyć okresu wypowiedzenia z urlopem, innemi słowy, według judykatury Sądu Najwyższego nie można w okresie 3-miesięcznego wypowiedzenia udzielić pracownikowi urlopu. Ostatnio Sąd Najwyższy do pewnego stopnia zmienił to stanowisko, wyjaśniając, że gdy po ustaleniu z pracownikiem terminu jego urlopu wypowiedzeniowego, wypowiedziano pracownikowi umowę o pracę tak, że czas urlopu przypada na trzymiesięczny okres wypowiedzenia, wówczas pracownik w tym tylko wypadku może żądać wynagrodzenia za urlop, niezależnie od okresu wypowiedzenia umowy o pracę, jeżeli zachodziły okoliczności, uniemożliwiające prawidłowe wykorzystanie urlopu w powyższym czasie oraz jeżeli pracodawca został o nich zawczasu zawiadomiony. (Orzeczenie S. N. w sprawie C. 2, 649/37.

Sąd Najwyższy w cytowanym orzeczeniu wyjaśnił, że niema przepisu ustawy, który zabraniał ważnego wykorzystania urlopu w trzymiesięcznym okresie wypowiedzenia. Ustawa zabrania jedynie wypowiedzenia pracy w okresie urlopu, a nie wykorzystania urlopu w okresie wypowiedzenia. W konkretnych wypadkach zająć jednak mogą okoliczności, które uniemożliwiają wykorzystanie urlopu w okresie wypowiedzenia, np. **konieczność szukania innego zajęcia**. Jednak te okoliczności faktyczne, utrudniające pracownikowi, któremu umowę wypowiedziano, wykorzystanie urlopu, **musiałby pracownik udowodnić**.

Z powyższego wyroku wynika zatem, że jeżeli lista urlopową została usta-

lona i pracownik ma przyznany urlop na jakiś miesiąc, przyznanie tego urlopu nie tamuje prawa pracodawcy do wypowiedzenia umowy, nawet w tym wypadku, jeżeliby urlop przyznany przed wypowiedzeniem przypadł na 3-miesięczny okres wypowiedzenia.

### **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE Z WYŻSZYCH UCZELNI.**

**Zmiany personalne w Ministerstwie W. R. i O. P.** Dyrektor departamentu szkół wyższych w Ministerstwie W. R. i O. P. prof. dr Jerzy Aleksandrowicz zamianowany został **podsekretarzem stanu** w Ministerstwie W. R. i O. P.

Na stanowisko **dyrektora departamentu nauki i szkół wyższych** powołany został dr Józef Patkowski, prof. zwyczaj. fizyki w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

### **AKADEMIA STOMATOLOGICZNA W WARSZAWIE.**

**Przedłużenie studiów dentystycznych.** Dotychczasowe czteroletnie studia w Akademii Stomatologicznej w Warszawie zostały przedłużone do pięciu lat reskryptem Min. W. R. i O. P. z dnia 29. IX. 1937 (Nr U. P. 8636/37).

**Nostryfikacje dyplomów zagranicznych lekarsko-dentystycznych** zostały zamknięte w Akademii Stomatologicznej do 15 sierpnia 1941 r. (Kron. Dent. 1937, str. 170).

**Prorektorem** Akademii Stomatologicznej zamianowany został prof. dr Alfred Meissner.

**Odznaczenia.** W uznaniu wybitnych zasług na polu nauki Pan Prezydent Rzeczypospolitej przyznał **prof. dr Jerzemu Modrakowskiemu**, rektorowi Akademii Stomatologicznej Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski.

Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski został również odznaczony prorektor uniwersytetu J. Piłsudskiego i b. rektor Akademii Stomatologicznej **prof. dr Franciszek Czubalski**.

### **INWESTYCJE MIN. W. R. i O. P.**

**Sprawa Kliniki Chirurgicznej w Wilnie.** Istnieje projekt wybudowania w Wilnie Kliniki Chirurgicznej, której koszt budowy wyniósł by ponad 800.000 złotych.

**Rozbudowa Wydziału mechanicznego w Politechnice lwowskiej.** Delegaci Politechniki lwowskiej prosili p. marszałka Rydza-Śmigłego o przyjęcie protektoratu nad rozbudową gmachów Wydziału Mechanicznego.

Realizacja tego projektu ma kosztować około 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miliona złotych. Jak dowiadujemy się z bardzo kompetentnego źródła, plany są zbyt szeroko nakreślone, co jest ze szkodą dla nagłych potrzeb budowlanych innych szkół akademickich. Istotne potrzeby mogą być podobno zaspokojone kosztem 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miliona złotych. Wspominamy o tym w naszym piśmie, **ponieważ żadna katedra uniwersytecka stomatologii w Polsce niema własnego budynku. Klinika Stomatologiczna we Lwowie ponawia swe starania już od r. 1919 tj. 19 lat, a Akademia Stomatologiczna w Warszawie umieszczona jest również tylko w wynajętych lokalach.** Interes państwa wymaga, aby projekty budowlane zakładów naukowych były opracowane ogromnie rozważnie i z wielkim umiarem, gdyż fundusze państwowe, którymi dysponuje Ministerstwo W. R. i O. P. są tak ograniczone, że nie wystarczają nawet na najpilniejsze potrzeby.

WAŻNE!

WAŻNE!

POTANIAŁY  
i stały się dostępne dla każdego praktyka  
**AMALGAMATY  
DE TREY'A i ASH'A**

SOLILA

EXCELLENT

Potaniały

Potaniały



ASH'A Nr 2

EDECO

biało srebrzyste ściśle plomby

o maksymalnej mocy brzegów i trwałości z amalgamatów

SOLILA EXCELLENT



ASH'A Nr 2 EDECO

Wskutek za szeroko pomyślanego projektu Zakład Anatomii Opisowej w **Poznaniu** pochłonął olbrzymie fundusze. W ramach zakreślonych pierwotnie umieszczono w końcu trzy zakłady naukowe. — Wspaniała i z przepychem urządzona Klinika położniczo-ginekologiczna w **Krakowie** wymagała nadzwyczaj wielkich kwot. Tak samo i Klinika neurologiczno-psychiatryczna we **Lwowie**, którą buduje się już piętnaście lat z rzędu. **Budowa ta zablokowała rozbudowę innych potrzebnych zakładów naukowych lekarskich we Lwowie na długi szereg lat.** Pierwotny projekt zmniejszono do  $\frac{1}{3}$ . A i z tego gmachu dopiero  $\frac{2}{3}$  jest ukończone.

### RÓŻNE WIADOMOŚCI.

**Lekarska pomoc zimowa dla bezrobotnych.** W ramach pomocy zimowej dla bezrobotnych została również zorganizowana akcja pomocy lekarskiej. W Warszawie zorganizowano sieć ambulatoriów, które udzielają bezpłatnie bezrobotnym porad lekarskich i świadczeń lekowych. Lekarze ambulatoriów tych dysponują bonami na leki, złożonymi przez Towarzystwo Farmaceutyczne. Również pewne apteki Ubezpieczalni Społecznej wydają leki bezrobotnym, według recept Komitetu Pomocy Zimowej. Niezależnie od ambulatoriów specjalnych (są to placówki lekarskie płatne), cały szereg lekarzy przyjmuje bezrobotnych bezpłatnie we własnych gabinetach prywatnych. Podobny system pomocy lekarskiej dla bezrobotnych zorganizowano na terenie Wojew. Warszawskiego, gdzie punkt ciężkości spoczywa właśnie na prywatnych gabinetach lekarskich.

W ramach pomocy zimowej istnieją już również i na innych terenach np. we Lwowie podobne organizacje lecznicze.

**Pomoc dla ubogich i bezrobotnych.** W Klinice Stomatologicznej Uniwersytetu J. K. udzielona w jednym tylko oddziale chirurgiczno-stomatologicznym w miesiącu styczniu 1938 bezpłatnej pomocy 256 bezrobotnym, której wartość wynosi według taks ambulatoryjnych 747.— zł, a w miesiącu lutym od 1.—24, wizyt 303, wartości 984.— zł. W oddziale protetyczno-ortopedycznym wykonano bezpłatnie prac ortopedycznych w styczniu i lutym 1938 wartości 500 zł. (1 aparat po resekcji szczęki górnej, 4 szyny ustalające po złamaniu szczęki dolnej wzgl. po zabiegach operacyjnych, 1 aparat regulacyjny).

W dwóch miesiącach zatem udzielono pomocy stomatologicznej ubogim i bezrobotnym wartości zł 2231 według najniższej taksy klinicznej. C.

**Aktualne sprawy z terenu Naczelnej Izby Lekarskiej.** W dniu 6 bm. odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej konferencja przedstawicieli **wszystkich Izb Lekarskich Okręgowych, poświęcona specjalnie sprawom bytu lekarzy.** Dla opracowania zagadnień z tą sprawą związanych, powstały ostatnio we wszystkich Izbach osobne Komisje Bytu, które mają koordynować dalszą swą pracę z Główną Komisją Bytu, jaka ma powstać przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

### DODATEK.

Do niniejszego numeru dołączamy po raz wtóry odbitą tablicę do pracy p. dr Landes-Leinerowej: **Terapia krótkofalowa i jej stosowanie w stomatologii**, drukowanej w numerze 1/2 w Polskiej Stomatologii na str. 11—16.



# LAMPY BEZCIENIOWE

WŁASNEGO WYROBU

WG. LICENCJI FIRMY GALLOIS, LYON

DUŻE:

DO SAL OPERACYJNYCH

MAŁE:

DO GABINETÓW DENTYSTYCZNYCH

## DENTYSTYCZNE

LAMPY KWARCOWE

APARATY RENTGENOWSKIE

STERYLIZATORY ELEKTRYCZNE

POLECAJĄ

# B R A C I A BORKOWSCY

S. A.

ZAKŁADY

ELEKTROTECHNICZNE

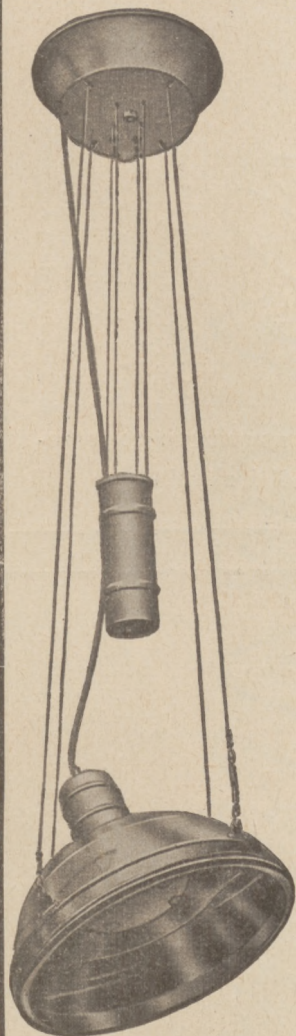
WARSZAWA

UL. BRACKA 12

TELEFON 9-42 98

LWÓW, Akademicka 7 — POZNAŃ, Al. Marcinkowskiego 23

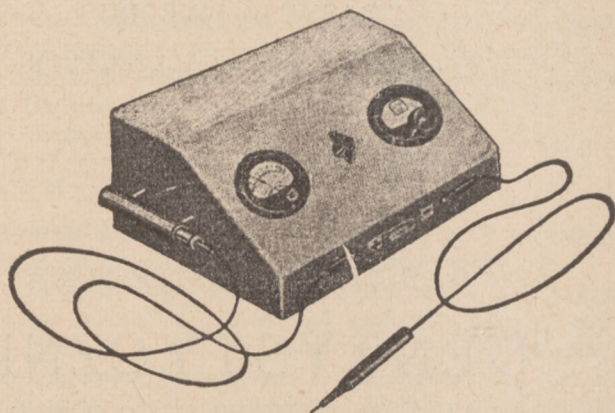
KATOWICE, Stawowa 9 — BYDGOSZCZ, Gdańska 28 a



Inż. Edmund ROMER, Lwów 14, Obmińskiego 16

DZIAŁ MEDYCZNY

Telefon 278-37



Na życzenie demonstrujemy w gabinetach P. T. Klientów aparaty naszego wyrobu tj. JONODONT, PANTODONT, BILUX (światło), STERODONT (sterylizator) bez żadnego zobowiązania i służymy szczegółowymi ofertami oraz bogatą literaturą naukową.

**JONODONT** aparat do nowoczesnego leczenia zgorzeli i ziarnin.

Wiertarki elektryczne Rittera

Fotele tłokowe

Lampy światłodienne

o udoskonalonym ramieniu ściennym

Kompletne urządzenie  
gabinetów dentystycznych

na korzystnych i dogodnych warunkach

dostarcza

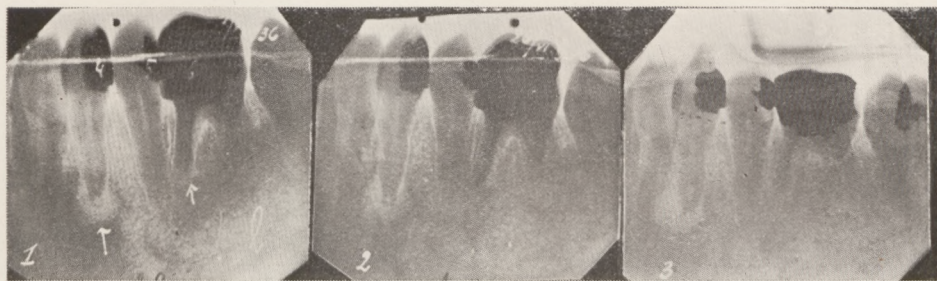
„EXCELSIOR“ JÓZEF MÜLLER

LWÓW, PLAC MARIACKI 5

TELEFON 244-53

ODDZIAŁ: STANISŁAWÓW, UL. KARPIŃSKIEGO 18.

Ryc. 1. Przypadek I,

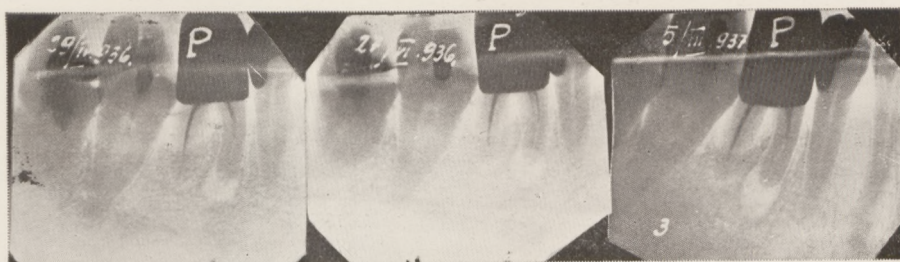


Przed leczeniem.

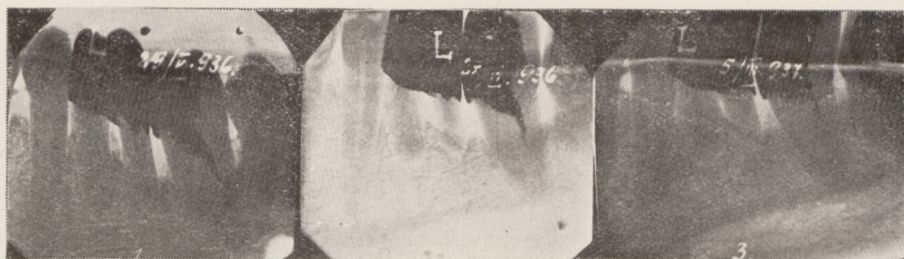
Po ukończonym leczeniu.

1 rok po ukończonym leczeniu.

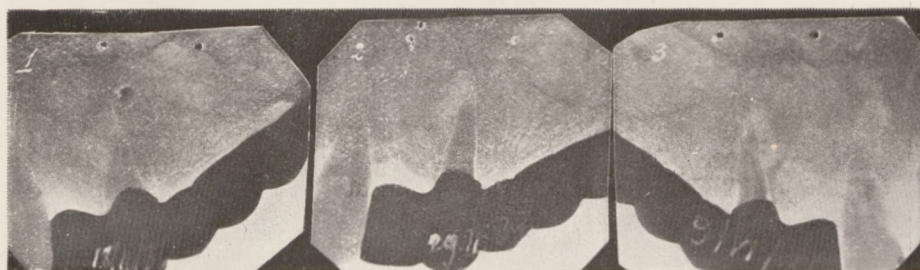
Ryc. 2. Przypadek II.



Ryc. 3. Przypadek III.



Ryc. 4. Przypadek IV.



# SEDALGAN<sup>KLAWE</sup>

Zespolony związek  
dwuetylobromacetylomocznika-  
dwumetyloamidoantypiryny

**Wybitne działanie  
przeciwbólowe i kojące**

Tabl. po 0,5

Proszek do receptury