

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.

Cieszyński A.: Zapalenie szczątkowej miazgi	111
Pietrzycki I.: Prosty sposób załączania elektrody przy jonoforezie	117
Drzewicki S.: Teoria dziedziczności i jej znaczenie	120
Czortkower S.: Dziedziczność jako czynnik powstawania typów antropologicznych i konstytucyjnych ze stanowiska stomatologicznego .	127
Walne Zgromadzenie Związku Stomatologów Izby Lek. lwowskiej . . .	143
II. Kurs medycyny społecznej zorganizowany przez Wydział Lek. U. J. K.	150
Szkolenie kadr lekarzy specjalistów w dziedzinie med. społ.	152
Dział sprawozdań i streszczeń	154
Wiadomości bieżące	116, 118, 148
Ocena książki (J. Schwarz)	142
Nekrolog: śp. A. Davenport Black .	148
Errata do nr. 1—2/1938	126

S O M M A I R E:

p.

Cieszyński A.: Inflammation des restes de la pulpe	111
Pietrzycki I.: Couplure facile de l'électrode pour la ionophorèse .	117
Drzewicki S.: Notions générales sur la théorie d'hérédité	120
Czortkower S.: L'hérédité comme facteur de types anthropologiques et constitutionnels au point de vue stomatologique	127
Société Stomatologique à Lwów . . .	143
Nouvelles de jour	116, 119, 148
Revue critique (J. Schwarz)	142
Necrologue: A. Davenport Black . .	148

INHALT: Originalartikel: Cieszyński A.: Die „Restpulpitis“. S. 111. — Pietrzycki I.: Einfaches Verfahren zum Anschluss der Elektrode bei der Ionophorese. S. 117. — Drzewicki S.: Grundlagen der Vererbungstheorie und ihre Bedeutung. S. 120. — Czortkower S.: Erblichkeit als Entstehungsfaktor anthropologischer und konstitutioneller Typen vom stomatologischen Standpunkt betrachtet. S. 127.

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

Naczelny Redaktor: Prof. Dr Antoni Cieszyński.

Wydawcy: Związek Stomatologów Izby Lekarskiej i Prof. Dr A. Cieszyński.

„TECHNIKA“

LABORATORIUM
DENTYSTYCZNE

WŁ. EDWARD I JAN KACZMAREK

POZNAŃ, ULICA FREDRY Nr 8a

TELEFON 69-94.

KONTO P. K. O. Nr 208-458.

WYKONUJE WSZELKĄ PRACĘ
W ZAKRESIE PROTETYKI
DENTYSTYCZNEJ

SPECJALNOŚĆ:

CERAMIKA I ORTODONCJA

**Jest już
w sprzedaży**

STERODONT

Sterylicator pospieszny do celów stomatologicznych, zapewniający wraz z „JONODONTEM“ idealną jałowość wszelkich zabiegów zachowawczych.

„STERODONT“ jest jedynym skutecznym środkiem dla uniknięcia zakażenia przy leczeniu miazgi, oraz zakażenia wtórnego przy zgorzeli.

Demonstrujemy

na żądanie w gabinetach P. T. Klientów bez zobowiązania.

INŻ. EDMUND ROMER

Lwów, ul. Obmińskiego 16. Tel. 278-37.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Prof. Dr ANTONI CIESZYŃSKI

ZAPALENIE SZCZĄTKOWEJ MIAZGI¹⁾*Inflammation des restes de la pulpe.***Die „Restpulpitis“.**

Referat kol. Pietrzyckiego, wygłoszony na posiedzeniu Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej w dniu 26 lutego br. wywołał nadzwyczaj ożywioną dyskusję. Poruszono bowiem problem, żywo interesujący praktyków.

W referacie swoim zaliczył kol. Pietrzycki do zapalenia szczątkowej miazgi te sprawy, które występują bezpośrednio po częściowej ekstirpacji miazgi, zatrutej arsenikiem lub też usuniętej po znieczuleniu jej poprzednio drogą iniekcji. Prelegent omawiał więc sprawy chorobowe, które występują w ciągu leczenia miazgi bezpośrednio a nie zaliczył do tej kategorii tych, które występują dopiero w pewien czas po jej leczeniu i które pod względem klinicznym sprawiają wielkie trudności rozpoznawcze.

Występują bóle charakterystyczne, często o charakterze neuralgicznym. Przy obiektywnym badaniu brak zazwyczaj odczynu na zimno i na prąd faradyczny; niekiedy zęby są bolesne na ciepło. Nacisk na okolicę szczytową nie wywołuje bólu. Roentgenograficznie nie stwierdza się zmian w okolicy ozębnej szczytowej, w komorze względnie u wejścia do przewodu korzeniowego widać ślady wypełnienia, brak natomiast wypełnienia przewodu w okolicy szczytowej, co wskazywałoby na amputację względnie na pozostawienie części szczytowej miazgi. Anamnestycznie dowiadujemy się, że bóle pojawiły się krótko albo w pewien czas po leczeniu miazgi, a jeżeli wystąpiły w związku z leczeniem przewodów, to były okresy spokoju. Co zaś do wyjęcia miazgi dowiadujemy się najczęściej, że przygotowanie ubytku względnie wyjęcie miazgi nastąpiło w znieczuleniu miejscowym, rzadko tylko po zatruciu arsenikiem. Niekiedy występuje podrażnienie miazgi naskutek działania lekarstw stosowa-

¹⁾ Koreferat do wykładu dra Ignacego Pietrzyckiego (zob. Pol. Stom. 1938, str. 69), wygłoszony w Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lek. w dniu 26 lutego 1938 r.

nych podczas leczenia. Igła wprowadzona do przewodu wywołuje ból przy tym brak krwawienia (które jest charakterystyczne dla przedziurawienia korzenia).

W jednym i drugim przypadku chodzi nam o resztki nieusuniętej miazgi, które jednak pod względem anatomopatologicznym będą miały różny wygląd, a pod względem biologicznym będą wykazywały inne objawy życiowe.

Ściśle biorąc, rozumiemy w praktyce przez zapalenie szczątkowej miazgi: „Restpupitis“ przede wszystkim te sprawy chorobowe, które występują dopiero w pewien czas — krótszy lub dłuższy — po leczeniu miazgi. Chodzi tutaj o zmiany przewlekłe w kikucie pozostawionej miazgi o znamionach z w y r o d n i e n i a, albo też objawy toksycznego podrażnienia lub słabego zakażenia z którym jeszcze reszta żywych komórek pozostałej miazgi walczy z wielkim wysiłkiem.

Prelegent podkreślił wyraźnie, że niebezpieczeństwo powikłań podczas leczenia miazgi jest większe, jeżeli ekstyrapacja miazgi następuje po uprzednim znieczuleniu miazgi żywej, aniżeli po zatruciu jej arsenikiem. W razie bowiem ekstyrapacji miazgi znieczulonej robi się wielką ranę szarpaną w tkance żywej, oderwanie zaś miazgi następuje w miejscu przypadkowym i w większym odsetku przypadków trzeba liczyć się z pozostaniem żywego kikuta o m n i e j s z e j o d p o r n o ś c i na wszystkie bodźce zewnętrzne o wielkiej powierzchni zranionej i dostępczej zakażeniu, i nie oddzielonego biologicznym wałem ochronnym leukocytów. Przy zatruciu zaś miazgi ekstyrapacja następuje przeważnie w miejscu, w którym utworzyła się strefa demarkacyjna i przyszło do zaczopowania na pograniczu naczyń.

Również Kantorowicz, który posiada wielkie doświadczenie praktyczne, **jest zwolennikiem zatrucia miazgi arsenikiem**¹⁾, a usuwanie miazgi w znieczuleniu ogranicza tylko do tych przypadków, w których wskutek braku czasu ze strony pacjenta, np. u zamiejscowych pacjentów trzeba doraźnie w krótszym czasie leczenie ukończyć. W latach 1906 do 1908 przeprowadzałem szereg klinicznych doświadczeń z ekstyrapacją miazgi w znieczuleniu i ograniczyłem tak samo — jak to później uczynił Kantorowicz — usuwanie miazgi w znieczuleniu do wypadków po prostu wyjątkowych.

1) Zajmuje więc stanowisko odmienne od propagowanego w ostatnich latach zapatrywania szkoły wiedeńskiej.

Ze względów praktycznych należy zapewnić sobie utworzenie warstwy demarkacyjnej po zatruciu miazgi arsenikiem i ułatwić sobie ekstyrapację przez utrwalenie miazgi przez wkładkę antyseptyczną z dodatkiem formaliny. W praktyce na amputowaną wiertłem lub ekstyrapatorem²⁾ miazgę po jej kauteryzacji nakładam wkładkę kamfenolową zwilżoną trójkrezolformaliną na 24 godziny lub dłużej i zamykam otwór hermetycznie. Ekstyrapacja na następnym posiedzeniu jest znacznie łatwiejsza albowiem nakręcona na miazgociąg miazga odrywa się w miejscu demarkacji, a reszta miazgi korzeniowej wychodzi w całości, utrwalona dodatkiem formaliny. Zabieg ten wykonany w kąpieli kamfenolowej a więc w warunkach antyseptycznych pozwala na natychmiastowe wypełnienie przewodu, o ile nie występuje krwawienie na skutek oderwania miazgi w pobliżu kikuta.

Pewniej jednakowoż jest po ekstyrapacji miazgi włożyć do przewodu wkładkę antyseptyczną z fenolem kamforowym i zamknąć ubytek hermetycznie, aby nastąpiło zabliznienie oderwanego kikuta, gdyż każdą ekstyrapację miazgi uważam za głęboką amputację tejże z powodu odgałęzień, istniejących w okolicy otworu szczytowego. Wszelkie kilkakrotne wprowadzanie igieł, przemywanie przewodu po ekstyrapacji uważam za szkodliwe i zbyteczne, prowadzące najwyżej do podrażnienia okolicy szczytowej.

Bardzo ważnym jest dobór miazgociągu odpowiedniej grubości, który powinien być tak dobrany, aby wystające zębki miazgociągu w połowie przewodu dotykały ściany przewodu, gdyż w ten sposób najpewniej można miazgę impregnowaną parami formaliny w całości usunąć. Niewłaściwym jest więc zatym manipulowanie zbyt cienkim miazgociągiem. Jeżeli miazga odrywa się zbyt wysoko, wprowadza się jeszcze miazgociąg cieńszy, aby usunąć ją także w okolicy szczytowej, nie przekraczając jednak przy tym otworu szczytowego, wzgl. nie tworząc rany poza granicą demarkacyjną.

Przed każdą ekstyrapacją miazgi należy sobie zdać sprawę z szerokości światła przewodu, które jest różne, zależne od typu zęba i od wieku chorego. Wiadomym jest, że z wiekiem przewód korzeniowy stale się zwęża wskutek ciągłego nawarstwiania zębiny przez odon-

1) Narzędzie o wyglądzie zgłębnika z jednym haczykiem z rączką jak u zwykłych ekskawatorów.

toblasty. Pamiętać należy szczególnie u dzieci, że w wielu wypadkach mamy otwarty przewód szczytowy, gdy zmuszeni jesteśmy przystąpić do ekstyrpacji miazgi. 2^{1/2} — 3 lat po wyrżnięciu się zęba trwa dobudowa korzenia i dotworzenie go do normalnej długości, a więc jeszcze w trzy lata po wyrżnięciu zęba możemy się spotkać z bardzo szerokim otworem szczytowym.

Wprowadzenie do przewodu miazgociągu lub igieł Millera poza szczyt korzenia grozi mechanicznym obrażeniem w okolicy szczytowej i może spowodować zapalenie okolicy tejże z długotrwałym wysiękiem.

Mówiąc o tych sprawach odbiegłem świadomie od tematu ze względu na częste błędy popełniane podczas leczenia miazgi i stąd wynikłe powikłania i wielkie znaczenie tych niepożądanych następstw dla praktyka.

Nie mogę się zgodzić z referentem, że pozostawiona miazga w okolicy szczytowej będzie posiadała tak wielką wartość, że po usunięciu martwych części trzeba dążyć do tego, by resztę rzekomo zdrowej miazgi pozostawić. Takie postawienie sprawy ma znaczenie właściwie tylko teoretyczne. Nie można bowiem nigdy powiedzieć, że pozostały kikut posiada strukturę normalną i jest odgraniczony tylko tkanką żywą i odporną. Nie można też technicznie przeprowadzić tylko na podstawie dotyku i reakcji ze strony pacjenta usunięcie części obumarłej. Reszta pozostawionej miazgi po zatruciu arsenikiem z a w s z e wykazuje zmiany patologiczne. Arsenik bowiem w najmniejszych dawkach oddziałuje na pierwszocze komórki a nie oddziałuje jak kwas karbolowy, ścinając tylko białko powierzchniowo; już po kilku godzinach stwierdzono arsenik rozniesiony po całej miazdze.

Intensywność zaś działania będzie zależała od dawki, sposobu zastosowania, szerokości kontaktu miazgi z trutką samą, od warunków krążenia, czy miazga znajduje się w szerokim czy wąskim przewodzie, zwężonym wtórnie zębina lub zębiniakami, a w końcu zależy od indywidualnej reakcji komórek organizmu na arsenik jako taki. Zaobserwowałem bowiem, że u pacjentów, którzy przechodzili kuraację arsenikową przez czas dłuższy, miazga znacznie słabiej i wolniej reaguje na arsenik.

Bądź co bądź tkanka, która już raz spotkała się z arsenikiem, będzie wykazywała miazgę uszkodzoną a więc patologicznie zmie-

nioną. Zachowanie więc tego rodzaju kikuta, jeżeli tenże wykazał już pewne objawy kliniczne nie będzie pożądane, o ile chcemy uchronić pacjenta przed wystąpieniem objawów ponownych. Przeciw temu twierdzeniu można wprawdzie przytoczyć przypadki, że bóle, które istniały przy szczątkowym zapaleniu miazgi, ustąpiły, gdy tylko część pozostałego kikuta została usunięta, jak wnioskować należało z długości wprowadzonego do przewodu miazgociągu i wrażliwości pozostałego kikuta po wprowadzeniu igły Millera. Z przypuszczenia, że w takim stanie zaopatrzona miazga nie będzie wywoływała dolegliwości, nie można robić tezy; dlatego jestem zdania, że w razie stwierdzenia szczątkowego zapalenia miazgi należy usunąć resztę pozostałej miazgi.

Po usunięciu jej należy wprowadzić do przewodu na kilka dni wkładkę z fenolem kamforowym, aby doprowadzić do zabliźnienia miejsc oderwania tkanki żywej i uspokoić okolicę szczytową. Nie należy stosować środków, które biologicznie drażnią i uszkadzają komórki. Wskazany jest również wyłączenie danego zęba na kilka dni ze zgryzu przez minimalne zeszlifowanie.

Jeżeli wkładka z fenolem kamforowym wprowadzona do przewodu a zamknięta hermetycznie nie usunie jeszcze w zupełności dolegliwości, a ząb w dalszym ciągu staje się wrażliwy na nacisk, należy wnioskować, że obok zmian w przewodzie były lub nastąpiły także zmiany wysiękowe surowicze w okolicy szczytowej ozębnej. Te sprawy ustępują wprawdzie, jeżeli się wkładki z fenolem kamforowym nie zamknie hermetycznie tylko pozostawi ją z wentylem czyli przekłuje.

Powikłania takie z wysiękiem ze strony ozębnej istnieją, pomimo że roentgenologicznie żadnych zmian nie wykazują. (Zdołałem się o tym naocznie przekonać przez ekstrakcję zęba w podobnych warunkach).

Leczenie wymaga dłuższego czasu, aż stany wysiękowe nie ustąpią. Niekiedy pomaga iniekcja 1 cm³ Septojodu¹⁾. Można też spróbować jonoforezę. Szybko natomiast dojdzie się do celu przez resekcję korzenia, tworząc upust dla wysięku.

Na szczęście przypadki zapalenia szczątkowej miazgi nie są częste i obawa przed wystąpieniem tejże postaci choroby nie może stanowić przeciwwskazania dla stosowania amputacji miazgi w odpowiednich wypadkach a należyście przeprowadzonej.

¹⁾ „Septojod“ ad iniectionem. W. Dobrzański — Lwów, Friedrichów 5.

Prof. Dr A. Cieszyński — Lwów. Die Restpulpitis.

Zusammenfassung. Es ist vom klinischen Standpunkte zweckmässig, den Begriff der „Restpulpitis“ auf diejenigen Fälle zu beschränken, welche einen chronischen Verlauf zeigen, und bei denen Schmerzen meist vom neuralgischen Charakter erst eine gewisse Zeit nach der Wurzelbehandlung auftreten. Es handelt sich meist um Zähne, welche eine Behandlung unter lokaler Anaesthesie durchgemacht haben, seltener bei denen die Pulpa mit Arsen kauterisiert und nachher amputiert worden ist. In beiden Fällen liegen degenerative Vorgänge des Pulparestes vor und erfordern daher eine Exstirpation derselben. Eine Verletzung der retroapikalen Gegend ist zu vermeiden. Handelt es sich tatsächlich um eine Restpulpitis, so hören die Beschwerden nach der Exstirpation des Pulparestes auf. Es ist in diesen Fällen vor der Anwendung von Trikresolformalin zu warnen, um eine Reizung der apikalen Gegend zu vermeiden.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Formalności w szpitalach. Zdarzało się, iż niektóre szpitale odmawiały przyjęcia chorego, żądając przedstawienia przekazu Ubezpieczalni Społecznej itd.

Obecnie wyjaśniono, że w wypadku nagłym, gdy wszelka zwłoka z przyjęciem chorego mogłaby narazić go na katastrofalne skutki, chory musi być natychmiast bez wszelkich formalności przyjęty. Formalności załatwiane są później.

Sprawa bezpłatnego leczenia lekarzy-dentystów i ich rodzin przez lekarzy. Na sprawę tę zwrócił uwagę dr Weinberg, lekarz sądowy w Białymstoku, w „Prasie Lekarskiej“ (nr 3 r. 1937). Zaznacza on:

„W myśl zasady 14 Kodeksu Deontologii Lekarskiej, przyjętego na walnym zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 16 czerwca 1935 (Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich z dnia 1 sierpnia 1935 r. str. 275)

„Lekarz powinien w zasadzie leczyć bezpłatnie lekarza, wykonywującego zawód lekarski i tych członków rodziny, którzy pozostają na jego utrzymaniu, a także niezamożne wdowy i sieroty po lekarzach. Jeżeli lekarz lub rodzina wyraża życzenie zapłacenia leczącemu ich lekarzowi za leczenie, może on tę zapłatę przyjąć. Lekarzowi leczącemu zawsze należy się zwrot poniesionych wydatków. Wyjazdy poza miejscowość zamieszkiwania przez leczącego lekarza powinny być opłacone. Leczenie lekarzy i ich rodzin w zakładach leczniczych, należących do lekarzy, powinno być opłacone przez leczących się do wysokości kosztów własnych zakładu leczniczego“.

Nowy szpital w Bydgoszczy. W Bydgoszczy został otwarty nowy szpital miejski, wyposażony w cały szereg oddziałów i w najnowocześniejsze urządzenia wewnętrzne. Szpital ten będzie miał duże znaczenie jako placówka lecznicza na terenie Pomorza.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr Antoni Cieszyński.

Dr IGNACY PIETRZYCKI

LWÓW

st. asystent

PROSTY SPOSÓB ZAŁĄCZANIA ELEKTRODY
PRZY JONOFORIEZIE.

Couplure facile de l'électrode pour la ionophorèse.

Einfaches Verfahren zum Anschluss der Elektrode bei der Jonophorese.

Dok. pol. 59.

Doc. int. 616.314-616.87x7

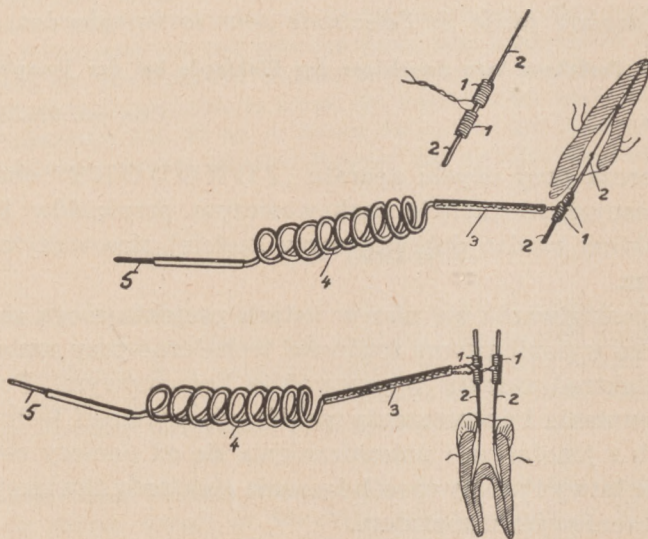
Jonoforeza przy użyciu aparatu „JONODONT“ okazuje się w nowoczesnym leczeniu zachowawczym przewodów korzeniowych środkiem bardzo dobrym, coraz częściej stosowanym i wiele obiecującym.

Przy posługiwaniu się nim w ustach pacjenta mogą się jednak dla praktyka wyłonić pewne trudności techniczne przy umieszczaniu jednej z elektrod aparatu w przewodzie korzeniowym. Pod kątem tego usprawnienia i uproszczenia niektórych czynności technicznych, związanych z jonoforezą i uniezależnienia się od pomocy osoby drugiej, podaję łatwy i prosty sposób łączenia elektrody tkwiącej w przewodzie korzeniowym z aparatem.

Do sporządzenia sobie takiego łącznika potrzeba około 30 cm plecionki telefonicznej (cieńszej, plastycznej) igły Millera i miazgociągu długiego.

Przygotowanie: Zdejmujemy z przewodnika otoczkę nicianą i otrzymujemy przewodnik pokryty tylko pochewką izolacyjną gumową okrywającą kilkanaście cienkich drucików. Na jednym końcu obnażamy druciki przewodnika z tego płaszcza gumowego na przestrzeni około 3 cm, po czym wyosobniamy sobie dwa druciki (lub tyle par drucików ile chcemy mieć nasadek na jednym przewodniku), splatamy je ze sobą na długość około 1 cm a następnie każdy drucik z osobna i w odwrotnym kierunku nawijamy ściśle na część grubszą igły Millera. W ten sposób otrzymamy dwie małe druciane cewki o średnicy zwojów odpowiadającej grubości igły Millera w jej grubszej części. Te dwie spiralne cewki zbliżamy ich osiami do siebie i otrzymujemy przez to jedną opierającą się na wspólnej szypule w pośrodku. Jako izolator dla części pozbawionej płaszcza gumowego aż do spiralnej cewki może służyć rurka z papieru celofanowego,

którą nasuwa się na przewodnik od końca drugiego. Przewodnikowi nadaje się kształt węzownicy przez nawinięcie go na trzonek ołówka lub czegoś podobnego. Rurki celofanowe można łatwo uzyskać przez nawinięcie pasków celofanowych na trzonek wiertła i sklejenie wolnego brzegu gumą. Rurkę taką można również używać jako izolatora dla tej części igły Millera, która wystaje ponad ząb po wprowadzeniu drugiego końca do przewodu korzeniowego.



Rys. 1. Załącznik do aparatu „Jonodont”.

1 = cewka spiralna, 2 = igła Millera, 3 = izolator celofanowy, 4 = węzownica przewodnika, 5 = igła nerwociągu.

Do wolnego drugiego końca przewodnika wkłuwamy w kierunku osiowym igłę miazgociągową tak by wystawała tylko część grubsza, która służyć będzie do uchwytu dla rączki przy sznurze doprowadzającym prąd z aparatu. Rączkę tę zaopatrujemy w skuwkę jakiej używa się do przytrzymywania ołówków przy wolnym brzegu kieszeni i ustalamy ją na ubraniu pacjenta w pobliżu podbródka. Węzownica przewodnika pozwala nam dowolnie wydłużać i układać cewkę drucianą i nasuwać na wystającą z przewodu korzeniowego część igły Millera.

Igłę Millera wprowadzoną do przewodu korzeniowego ustalam i uszczelniam kuleczką waty lub hubki powleczoną wazeliną. Przy ubytkach z brakiem ściany dobre usługi oddają matryce gumowe „Adapto“, które pozwalają na izolowanie zęba od otoczenia nawet przy braku ściany i znacznym ślinotoku.

Zusammenfassung. Als Mittelstück zwischen Elektrode und glatter Millernadel, welche in den Kanal eingeführt wird, wird ein ca 30 cm langer Telephondraht verwendet; das eine Ende umfasst, zweifachgespult in entgegengesetzter Richtung, den Griff der Millernadel (siehe Abbildung). Es können gleichzeitig zwei oder drei Millernadeln angeschlossen werden. Als Isolation des Endstückes dient eine improvisierte Zellophanhülse. Das entgegengesetzte Ende des Mittelstückes wird mit einer Nervnadel armiert, welche in die Drathwicklung unter Schraubendrehung eingeführt wird. Dieses Endstück wird in den Elektrodengriff eingebracht. Das Halten des letzteren wird durch eine einfache Bleistiftklemme ermöglicht.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Sprzedaż złota dla celów dentystycznych. Komisja Dewizowa wyjaśniła, że składnice dentystyczne, posiadające świadectwa złotnicze, nie mogą poza zakupem złota dentystycznego i jego sprzedażą korzystać z innych prerogatyw, jakie daje posiadanie świadectwa złotniczego. Składnice dentystyczne nie mogą sprzedawać złota innym składnikom takim oraz firmom przemysłu złotniczego. Osoby i formy, upoważnione do zakupu złota, mogą je nabywać tylko w ilościach normalnie potrzebnych do ich produkcji wzgl. wykonania zawodu w okresie najbliższych 3 mies., włączając to w zapas posiadanego przez nie złota. (Kron. Dent. 1937 str. 173).

Jak zorganizować opiekę lekarską na wsi? Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej złożył p. ministrowi opieki społ. memoriał w sprawie zorganizowania racjonalnej opieki lekarskiej dla wsi i miasteczek naszego kraju. Całokształt organizacji należałoby powierzyć ustawowo samorządom terytorialnym, które winny być w tym wypadku wyposażone w specjalne fundusze.

Za najodpowiedniejszą podstawową formę organizacyjną opieki nad zdrowiem wsi należy uznać terenowy ośrodek zdrowia obejmujący zadania zarówno zapobiegawcze, opiekuńcze i sanitarne, jak też lecznicze. Liczbę szpitali należy powiększyć, udostępniając leczenie szpitalne niezamożnej ludności i zupełnie bezpłatne ludności ubogiej. W tym celu winien być ściągany specjalny podatek szpitalny, bądź utworzony specjalny fundusz zdrowia przez odpowiednie opodatkowanie całej ludności.

Należy też udostępnić ludności korzystanie z leków i w tym celu obniżyć takse aptekarską oraz zorganizować rozdawnictwa leków dla niezamożnych w ośrodkach zdrowia i przychodniach. Należy zobowiązać instytucje społeczne do stworzenia sieci punktów doraźnej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach.

Dr S. DRZEWICKI

LWÓW

TEORIA DZIEDZICZNOŚCI I JEJ ZNACZENIE ¹⁾.

(Ogólne wiadomości)

*Notions générales sur la théorie d'hérédité.***Grundlagen der Vererbungstheorie und ihre Bedeutung.**

Doc. pol. 23.11

Doc. int. 575

Na wstępie należy wyjaśnić pewne specjalne pojęcia, stosowane w nauce o dziedziczności, czyli w genetyce.

Przyjmujemy, że rodzice przekazują potomstwu jakieś jednostki dziedziczne, które nazywamy genami, a które są zawiązkami cech dziedzicznych, ujawniających się w potomstwie, jak np. kolor kwiatów, barwa oczu itd. Każda cecha dziedziczna zależna jest od pary genów, z których jeden pochodzi zawsze od ojca, a drugi od matki. Jeżeli dany osobnik otrzyma na skutek połączenia się komórek płciowych, czyli gamet rodzicielskich jednakowe geny od obojga rodziców, to będziemy go nazywali osobnikiem homozygotycznym (czyli czystej rasy), jeżeli zaś otrzyma geny różne, to heterozygotycznym (czyli mieszańcem). Wszystkie osobniki, posiadające te same geny, należą do jednego genotypu. Wszystkie osobniki o jednakowych cechach zewnętrznych, bez względu na skład genów, tworzą jeden fenotyp.

Zasługą Grzegorza Mendla jest wykrycie prawideł, rządzących zjawiskiem dziedziczenia. Na prostych przykładach, krzyżując takie rasy roślin ogrodowych, które różniły się niewielką ilością cech, doszedł on do wniosków, które pozwalają sformułować zasadnicze prawa dziedziczenia.

Pierwsze prawo: Przy krzyżowaniu dwu ras homozygotycznych otrzymuje się w pokoleniu pierwszym wszystkie mieszańce jednokowe. Naprzykład rasa dziwaczka *Mirabilis jalapa* o kwiatach czerwonych, skrzyżowana z rasą białą kwitnącą daje potomstwo, w którym wszystkie osobniki mają kwiaty różowe.

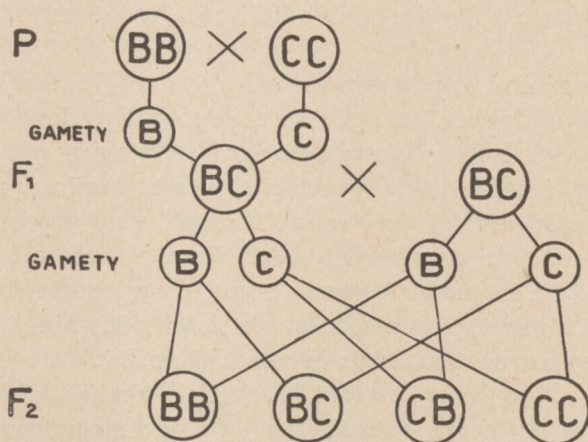
Skoro będziemy następnie krzyżować powstałe w ten sposób różowe mieszańce między sobą, to otrzymamy w pokoleniu drugim

¹⁾ Referat wygłoszony na VIII Pol. Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie, 3 lipca 1937 r.

rośliny o kwiatach różowych, białych i czerwonych i to zawsze w jednakowym stosunku liczbowym, jak 2 : 1 : 1.

Pojawienie się cech pierwotnych, białej i czerwonej, w pokoleniu drugim, tłumaczy się w następujący sposób: Mieszańce posiadają dwójakiego rodzaju geny i dzięki temu mogą produkować dwójakiego rodzaju gamety, to jest takie, które zawierają gen białości oraz takie, które zawierają gen czerwoności. Gamety te, łącząc się z sobą dowolnie w stosunku prawdopodobieństwa, dają trzy różne zespoły genów, czyli genotypy, według następującego schematu:

„B“ oznacza gen białości, zaś „C“ gen czerwoności. „P“ (parentes) — rodzice, F 1 (filii) — pokolenie pierwsze, F 2 — pokolenie drugie.



Ryc. 1. Schemat dziedziczenia.

Wyżej opisane zjawisko ujmuje dalsze prawa Mendla, które orzekają, że geny rozszczepiają się i kombinują swobodnie oraz stwierdzają czystość i nienaruszalność genów.

Parę genów przeciwstawnych, to jest takich, które wywołują odmienne cechy tego samego rodzaju (np. gen, wywołujący czerwoną barwę kwiatu i gen wywołujący białą barwę) nazywamy parą allelomorfów. Przy krzyżowaniu osobników różniących się jedną parą allelomorfów mówimy o monohybrydyzacji, przy większej ilości różnych allelomorfów zachodzi polihybrydyzacja.

Skoro w jakimś osobniku spotkają się dwa geny przeciwstawne, to mogą zajść dwie możliwości: 1) Cecha ujawniająca się u mieszańca jest czymś pośrednim między obiema cechami rodzicielskimi (jak np. kwiat różowy, pochodzący z krzyżowania roślin o kwiatach czerwonych i białych), 2) Cecha ujawniająca się jest taka, jak u jednego z rodziców, a wtedy mówimy, że cecha ta jest panująca, czyli dominująca w stosunku do cechy drugiej, ustępującej, czyli recesywnej, którą ta pierwsza pokonała. Klasycznym przykładem na cechę dominującą jest opisana przez Mendla krzyżówka biało kwitącego grochu *Pisum sativum* z rasą kwitnącą czerwono. W pokoleniu pierwszym (F 1) otrzymuje się wówczas mieszańce o kwiatach czerwonych, takich, jak u jednego z rodziców. Mieszańce te, skrzyżowane z sobą, dają w pokoleniu następnym (F 2) rośliny czerwono kwitące i rośliny biało kwitące w stosunku liczebności, jak 3 : 1.

A więc rezultat krzyżowania grochu jest o tyle różny od wyniku krzyżowania dziwaczka, że u grochu nie spotykamy fenotypu pośredniego, różowego, ani w pierwszym, ani w drugim pokoleniu, lecz wszystkie mieszańce dzięki posiadanej cesze dominującej upodobniają się do rasy czystej, czerwonej. Dlatego też u grochu w pokoleniu drugim fenotyp czerwony jest tak liczny, ponieważ zawiera on dwa genotypy, a mianowicie genotyp czerwonej czystej rasy w ilości pojedynczej i genotyp mieszańców w ilości podwójnej, co wynika z podstawowego schematu dziedziczenia (Ryc. 1.).

Bardzo często cechą dominującą jest obecność jakiegoś składnika, podczas gdy cechą recesywną jest jego nieobecność. Tak np. w wypadku dziedziczenia barwy sierści u myszy cechą dominującą jest szara barwa, wywołana obecnością ciemnego barwika we włosach, podczas gdy cechą ustępującą jest biała barwa sierści, wywołana u białych myszy nieobecnością barwika w tym samym miejscu.

Znane są także cechy polimeryczne, to jest zależne od kilku samodzielnych genów, jak np. barwa skóry u człowieka.

Cech jako takich nie dziedziczy się, lecz tylko ich zawiązki, czyli geny, które dopiero w odpowiednim środowisku daną cechę wywołują. Stąd na pojawienie się jakiegoś zespołu cech, czyli fenotypu, wpływa nie tylko obecność pewnych genów, ale i środowisko zewnętrzne. Jednym z przykładów może być pojawianie się dymorfizmu sezonowego u motyla *Araschnia (Vanessa) levana*. Dymorfizm ten polega na tym, że wiosenne pokolenie motyla, które

odbywa swój rozwój w temperaturze niższej, wygląda inaczej, niż pokolenie letnie (*generatio aestiva, prorsa*), które rozwija się w stosunkowo wyższej temperaturze. Hodując tego motyla przez szereg generacji w stałej temperaturze, otrzymuje się stale jednakową formę, co wskazuje na to, że zachodząca w przyrodzie przemiana pokoleń zależy jedynie od warunków środowiskowych. Z tego wynika w dalszym ciągu, że każdy fenotyp jest nie tylko genetycznie, ale i środowiskowo uwarunkowany.

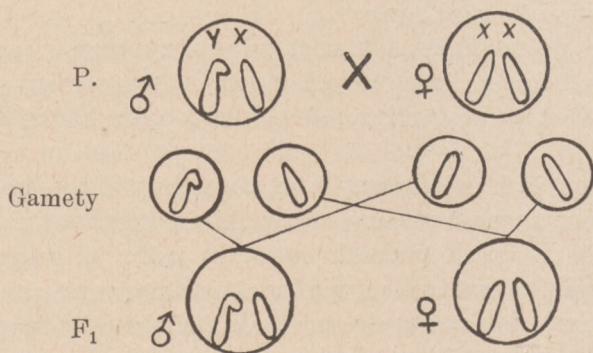
W ostatnich dziesiątkach lat nastąpił dalszy rozwój genetyki dzięki nowym podstawom, na których się ta nauka oparła, a które znalazła w budowie i zachowaniu się składników jądra komórkowego, chromosomach.

Przenośnikami cech dziedzicznych są komórki płciowe, ponieważ one tylko stanowią łączność między rodzicami a potomstwem. Dawno już zauważono, że w czasie podziału komórki jądro jej rozpada się na pewną ilość pałeczkowatych utworów, które nazwano chromosomami. Chromosomy ustawiają się w czasie podziału jądra parami, a ilość ich jest z reguły stała w obrębie jednego gatunku zwierzęcia, czy rośliny. W czasie dojrzewania komórek płciowych jeden z podziałów tych komórek odznacza się tym, że pary chromosomów nie dzielą się, jak zwykle, podłużnie na połowy, ale rozchodzą się w całości na komórki potomne. W ten sposób jądra komórek płciowych dojrziałych posiadają tylko połowę ilości chromosomów. W chwili zapłodnienia łączą się jądra komórek płciowych (męskiej i żeńskiej) i tym samym uzupełniają chromosomy do pierwotnej, podwójnej liczby. W następujących potem podziałach komórek zarodka widać znowu pary chromosomów podobnych, z których jeden pochodzi od komórki płciowej żeńskiej, a drugi od męskiej.

Ten mechanizm tak jest podobny do przyjętego hypotetycznie przez Mendla przechodzenia genów, że nasuwa myśl, czy chromosomy są przenośnikami materialnymi genów. Dalsze badania w tym kierunku prowadzone potwierdziły przypuszczenie. Ważnym dowodem było odkrycie chromosomów płciowych, które różnią się często od innych swoim kształtem i zachowaniem.

U muchy *Drosophila melanogaster*, badanej przez Morgana, jądro zawiera 4 pary chromosomów. U samca tej muchy jeden z chromosomów pierwszej pary wygląda inaczej, niż u samicy. Ustalono dla niego nazwę chromosom „Y“, zaś dla jego partnera chromosom „X“. Samica nie posiada chromosomu Y, ale dwa chro-

mosomy X. Samiec jest więc zawsze heterozygotyczny ze względu na posiadane chromosomy płciowe i produkuje dwojakiego rodzaju gamety, które łącząc się z gametami żeńskimi dają znowu heterozygotyczne samce i homozygotyczne samice, w stosunku liczbowym jak 1:1. W ten sposób, posiadanie takiego czy innego garnituru chromosomów warunkuje rozwój płci u danego osobnika.



Ryc. 2. Dziedziczenie chromosomów płciowych u *Drosophila*. Osobniki męskie, heterozygotyczne, mają skład chromosomów „X i Y”, żeńskie są homozygotyczne i mają dwa chromosomy „X”.

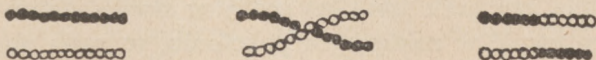
Podobne stosunki zachodzą i u innych zwierząt, przy czym stwierdzono, że u ssaków i niektórych owadów płęć męska jest heterozygotyczna, zaś u ptaków, gadów i motyli heterozygotyczna jest płęć żeńska.

Jeżeli geny leżą w chromosomach, to w takim razie u muchy *Drosophila* muszą być stosownie do ilości 4 par chromosomów także i 4 grupy cech, które się razem dziedziczą. Badanie statystyczne potwierdziło założenie, że cechy u *Drosophila* dziedziczą się w czterech grupach. Dalszym potwierdzeniem lokalizacji genów w chromosomach są spostrzeżenia nad cechami z płcią związanymi, czyli takimi, które dziedziczą się razem z płcią. Stąd wniosek, że geny odpowiadające tym cechom są zawarte w chromosomie płciowym.

Umiejscowienie większej ilości genów w jednym chromosomie powoduje pewną zależność ich od siebie, którą nazywamy *sprzężeniem genów*.

Istnieje jednak mechanizm, który pozwala na swobodniejszą wymianę genów pomiędzy parą chromosomów. Wymiana ta odbywa

się w następujący sposób: Każdy z chromosomów jest złożony z mniejszych odcinków, czyli chromomerów, złączonych z sobą. W pewnym stadium dojrzewania komórek płciowych chromosomy w postaci nitki splatają się z sobą. Wtedy może zająć wypadek, że pomiędzy parą chromosomów nastąpi wymiana odcinków wskutek przerwania i następnego złączenia się kawałków chromosomów, należących do jednej pary. Morgan nazywa tę wymianę „crossing over“ czyli krzyżowanie się chromosomów, a komórki, znajdujące się w tym stadium są najpodatniejsze na wszelkie wpływy zewnętrzne. To też działanie w tym czasie na komórki płciowe wysoką temperaturą lub promieniami Röntgena powoduje wytwarzanie się mutacji, to jest form, zawdzięczających swoje powstanie nowym kombinacjom genów, a często nawet ich uszkodzeniu.



Ryc. 3. Crossing over. Wymiana odcinków pomiędzy dwoma chromosomami, należącymi do jednej pary.

Biorąc za podstawę „crossing over“ i na zasadzie danych statystycznych Morgan i jego uczniowie wykreślili mapę rozmieszczenia genów w obrębie chromosomów u *Drosophila*: Przyjęto, że w obu chromosomach należących do jednej pary, geny są ułożone linearnie w tym samym porządku. Stąd wynika, że geny allelomorficzne, tj. odnoszące się do tej samej cechy, leżą naprzeciw siebie i nie mogą nigdy przejść razem w czasie „crossing over“ do jednego z chromosomów danej pary. Za to im dalej leży dany gen od innego w obrębie chromosomu, tym większe prawdopodobieństwo wymiany ich pomiędzy nitkami pary chromosomów.

Dzisiejsza genetyka stara się przede wszystkim rozwiązać zagadnienie, w jaki sposób gen działa w kierunku uzewnętrznienia się cechy oraz jaki wpływ na ten proces wywiera środowisko, w którym się dana cecha różnicuje.

Teoria dziedziczności poza swoim znaczeniem dla czystej nauki, znalazła zastosowanie w naukach praktycznych, a więc w dziedzinie hodowli roślin i zwierząt, eugenice i medycynie.

Choroby dziedziczne powstają prawdopodobnie drogą mutacji i są zwykle zależne od jednego genu. Najcięższe z nich dziedziczą

się jako cechy ustępujące, jak np. myopia i to szczególnie w skrajnych wypadkach, graniczących z utratą wzroku. Także głuchoniemi dziedziczą swój defekt, jako cechę recesywną. Znane jest przekazywanie drogą dziedziczenia próchnicy zębowej, chorób narządów płciowych, jak niedorozwoju gruczołów mlecznych, który prowadzi do niemożności karmienia potomstwa i innych. Choroby umysłowe i psychopatie, więc schizofrenia i niedorozwój umysłowy dziedziczą się również. Dziedziczenie ogólnej budowy ciała czyli konstytucji fizycznej prowadzi do tego, że pewne dziedzicznie związane osobniki są bardziej podatne na infekcję gruźliczą lub inną chorobę zakaźną. Wiadomo także ogólnie, że daltonizm i hemofilia dziedziczą się jako cechy recesywne z płcią związane.

Statystyczne obliczenia Johannsena wskazują, że o ile w jakiejś populacji 4% osobników ujawnia cechę recesywną, to 32% osobników posiada związek (gen) tej cechy w stanie utajonym, ale mogącym się ujawnić w następnym pokoleniu, w razie odpowiedniego połączenia się genów. To też ważnym zadaniem medycyny jest kontrola pojawiania się chorób dziedzicznych i zapobieganie, o ile możliwości, rozszerzaniu się tychże.

Literatura: J. Hirschler: Mendlowe dzieło. Przyroda i Technika. 1924. H. Hirszfeldowa: Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. 1937. E. Malinowski: Dziedziczność i zmienność. Lwów 1927. T. Marchlewski: Zarys nauki o dziedziczności. Biblioteka Biologiczna. N. 7. 1930. F. Lenz: Rassenhygiene (Eugenik). Handb. d. Vererbungswiss. Bd. 3. Lief. 16. 1932.

Errata. W numerze 1/2 Polskiej Stomatologii i Przeglądu Dent. 1938 r. w pracy p. Dr Landes-Leinerowej L. pt. „Terapia krótkofalowa i jej zastosowanie w stomatologii“ na str. 13, wiersz 13 do 11 z dołu, powinien brzmieć:

„Elektrody można izolować gumą, albo jak się ostatnio prawie wszędzie praktykuje, zaopatrzyć w osłony szklane, odizolowane warstwą powietrza“.

Na str. 15, wiersz 6 do 1 z dołu powinien brzmieć:

„Przez wyłączenie leczenia wyżej wymienionych schorzeń terapią krótkofalową możemy więc osiągnąć jedynie czasową poprawę, ogniska odwapnienia w kości widoczne na zdjęciach roent. nie znikają, utrzymują się nadal niezmienione, ponieważ przez nieleczone przewody korzeniowe napływają coraz to nowe bakterie i one są źródłem dla reinfekcji“.

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

Dr S. CZORTKOWER

Asyst. nauk. Klin. Stom. U. J. K.

**DZIEDZICZNOŚĆ JAKO CZYNNIK POWSTAWANIA
TYPÓW ANTROPOLOGICZNYCH I KONSTITUCYJNYCH
ZE STANOWISKA STOMATOLOGICZNEGO¹⁾.***L'hérédité comme facteur de types anthropologiques et constitutionnels
au point de vue stomatologique.***Erblichkeit als Entstehungsfaktor anthropologischer und konstitutioneller Typen
vom stomatologischen Standpunkt betrachtet.**

Doc. pol. 23,11:15,6

Doc. int. 575:616.056,7

Rozpatrzenie czynnika dziedzicznego przy powstawaniu typów antropologicznych i konstytucyjnych ze stanowiska stomatologicznego należy do podgrupy antropologii szczegółowej, a mianowicie antropologii stomatologicznej. Dział ten zajmuje się charakterystyką kośćca szczękowego, aparatu żucia, uzębienia, niektórych schorzeń zębów i szczęk (próchnica, przyzębica - paradontoza) oraz nieprawidłowościami budowy szczęki u poszczególnych składników rodzaju ludzkiego.

Teoretyczne wyniki badań nad statyczną budową czaszki i wpływem aparatu żucia mają wyjaśnić mechanikę powstawania budowy kośćca czaszkowego oraz powstawania nieprawidłowości uzębienia. Wyjaśnienie powstawania pewnych cech somatycznych i niektórych cech patologicznych szczęk i uzębienia ze stanowiska endokrynologicznego i statyki z uwzględnieniem sił działających z zewnątrz i wewnątrz czyli dynamiki, prowadzi do zrozumienia czynnika funkcjonalnego. W ten sposób dochodzimy do zrozumienia etiologii, czyli powstawania odmian i nieprawidłowości na tle filogenezy i otrzymujemy dane do przyczynowego leczenia nieprawidłowości i zaburzeń w ukształtowaniu aparatu żucia i jego elementów (Cieszyński) i racjonalne wskazówki względnie pewne praktyczne podstawy dla profilaktyki twarzo-czaszki.

Dział ten posiada znaczenie dla ortopedii szczęk i zahacza — jak widzimy — o higienę ogólną i eugenikę.

¹⁾ Referat wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym we Lwowie dnia 3 lipca 1937 r.

Zagadnienie dziedziczenia uzębienia, twarzy, zgryzu, nieprawidłowości szczęk, schorzeń itd. od dawna jest przedmiotem różnych dociekań przez wielu badaczy. Stwierdzone różnice w mechanizmie dziedziczenia tych zjawisk jedni przypisują właściwościom rasowym, a więc czynnikom dziedzicznym, inni zaś wpływowi oddziaływania środowiska społecznego¹⁾. Dopiero w nowych czasach poczęto zwracać uwagę na wpływy obu tych czynników, związanych w niektórych wypadkach razem, np. próchnica i przyzębica (-paradontoza).

Na VII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym w Warszawie przy omawianiu „Czynnika antropologicznego w zagadnieniach stomatologicznych“ wykazywałem, o ile w tychże zagadnieniach nie należy przeceniać momentu przyrodniczo-rasowego, który skomplikowany jest z zespołem czynników socjologicznych, środowiskowych, np. wyrzynanie się zębów uzależnione jest od warunków klimatycznych, gospodarczych, kolejności ciąży oraz od gruczołów o wewnętrznym wydzieleniu.

Że poszczególne składowe twarzoczaszki aparatu żucia, nieprawidłowości zgryzu i schorzenia, dziedziczą się według praw Mendla, zostało stwierdzone na licznych obserwacjach u różnych grup etnicznych, a przede wszystkim w badaniach nad rodzinami i bliźniętami.

Dziedziczenie omawianego zagadnienia w stomatologii możemy ująć w następujące grupy:

- 1 a) Dziedziczenie morfologicznych składowych części uzębienia i twarzoczaszki, jako anatomicznie prawidłowe,
- 1 b) dziedziczenie morfologicznych składowych części uzębienia jako anatomicznie nieprawidłowe, jak np. skręcenie dookoła osi, wrodzony brak zębów, słowem nieprawidłowości uzębienia,

¹⁾ Na ukształtowanie się jednostki biologicznej składają się dwa czynniki: Dziedzicznościowy (rasowy) i środowiskowy. Pierwszy przejawia się w przekazywaniu z pokolenia na pokolenie kompleksu dziedzicznych cech, właściwych dla danej grupy etnicznej. Wyrazem zaś drugiego są warunki i czynniki zewnętrzne jak: warunki bytu społecznego (zajęcie, opieka społeczna, higiena, odżywianie, sport, oddziaływanie zjawisk chorobowych itp.) oraz warunki naturalnego bytu (klimat, ziemia, słońce, a w szczególności zawartość składników chemicznych jak Ca Jod). Ten kompleks cech środowiskowych może wpłynąć na zmianę cech dziedzicznych człowieka.

Poruszony zatem kompleks czynników zewnętrznych, jako całokształt środowiska, oddziałujący na całość organizmu ludzkiego, ujmuje się jako oddziaływanie środowiska społecznego.

- 2 a) dziedziczenie zgryzu jako anatomicznie prawidłowe,
- 2 b) dziedziczenie zgryzu jako anatomicznie nieprawidłowe, czyli nieprawidłowości zgryzu,

3. dziedziczenie schorzeń jak próchnica, przyzębica itp.

Dziedziczenie prawidłowości składowych części uzębienia, zgryzu, czaszki twarzowej jest przedmiotem badań przede wszystkim anatomów, antropologów, podczas gdy nieprawidłowościami zgryzu i uzębienia zajmują się stomatologowie pod kątem przeważnie profilaktyki twarzoczaszki, nie wnikając jednakowoż dotychczas w doniosłość równowagi statycznej na co jednak szczególną uwagę zwraca prof. Cieszyński.

Starsi autorowie i wielu autorów doby obecnej przypisują dziedziczności pewien wpływ na nieprawidłowość uzębienia o tyle, o ile tą kwestią w ogólności się zajmują. Do nich zalicza się: Sternfeld, Walkhoff, Schröder, Carabelli, Tomes, Cartwright, Coleman, Coles, Mummery, Kingsley, Talbot, z późniejszych zaś Pfaff, Guilford, Calvin, S. Case W. Stirling Hewitt, Rene Jaccard, Kantorowicz, Kadner, Schwab, Rubrecht, Pont, Quintero, Haliker, Wallace i inni.

Jeśli chodzi o dziedziczenie patologicznych deformacji szczękowych ta kwestia była przedmiotem żywej dyskusji. Nie tu miejsce wyliczać przeciwstawne poglądy, które w świetle wyników Kadnera — jak sądzę — utraciły na wartości, a tym samym przeszły do historii.

W rozwiązaniu problemu dziedziczności, zgodnie z zapatrywaniem Pfaffa, Kadner przeprowadził badania rodzinne, uwzględniając w tym celu wyciski szczęk wszystkich członków rodzin, przy czym wykonał pomiary tych modeli. Po szczegółowym opracowaniu i analizie zebranego materiału Kadner podnosi, że na podstawie empirycznego zestawienia wyników badań nad wielu rodzinami stwierdza się, że te same reguły dziedziczności, które mają miejsce w całej naturze, odnoszą się również do szczęk i zębów ludzkich. Na podstawie pomiarów i wycisków modeli Kadner wysunął ciekawą koncepcję, że szczęki składają się z pojedynczych składowych, z których każda w swoim ukształtowaniu może przejść z obojga rodziców na dzieci. Te poszczególne składowe stanowią: boczne części szczęki górnej (Oberkieferseienteile), żuchwa, kość międzyszczękowa (Zwischenkiefer), zęby i kość podniebienna. O ile te nor-

malne odziedziczone składowe są anatomicznie różne, to wówczas nie składają się one na całość harmonijną. Przy takich postaciach zachodzą anomalie w ustawieniu zębów, które powstają przez mikso-wariację rodzicielskich skłonności (Anlage).

Dla orientacji Kadner podaje następujący przykład. Jeśli dziecko dziedziczy od jednego z rodziców małe części szczęk, od drugiego szerokie zęby, tak że w tych małych szczękach są one ściśnięte, powstaje uzębienie ściśnione tzw. Pressgebiss.

Zaznacza się to tylko w zakresie zębów przednich. To samo się dzieje, gdyż wąska kość międzyszczękowa jednego z rodziców kombinuje się u dziecka z bocznymi częściami szczęk drugiego z rodziców.

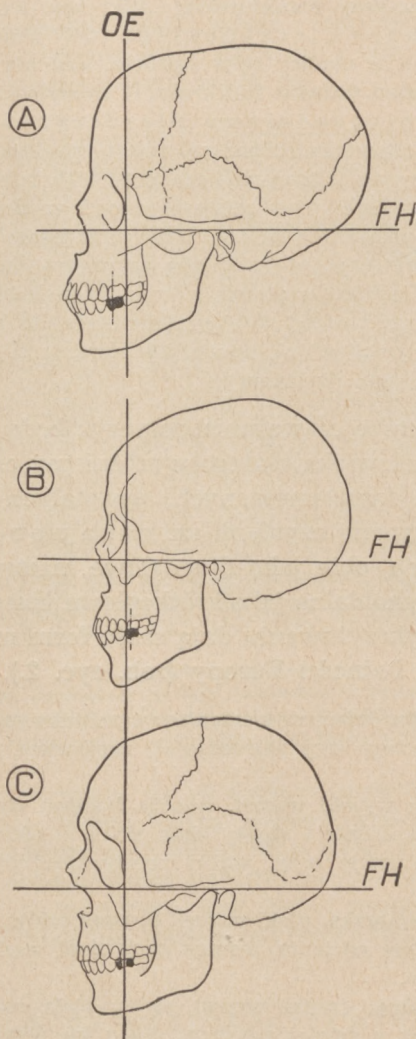
Dopiero dysharmonijny układ tych czynników prawdopodobnie spowodować może nieprawidłowy rozwój uzębienia, szczęk. Ponad to zająć może proces kumulacyjny.

Ja wspomniałem, że poszczególne cechy człowieka (monomeryczne, złożone i polimeryczne) za wyjątkiem cech nabytych, dziedziczą się, nie ulega dziś wątpliwości.

Natomiast do nie tak dawna, rzecz można do r. 1928 nie było żadnych rozważań, koncepcyj, oraz nie zdawano sobie sprawy z możliwości, czy cały skomplikowany zespół cech u jednostki biologicznej, a tworzący tzw. typ antropologiczny, dziedziczy się według praw Mendla, tak jak gdyby to była chociażby w przybliżonym ujęciu jedna cecha monomeryczna. Zagadnieniem tym zajęła się dopiero bliżej Lwowska Szkoła Antropologiczna. Według J. Czekanowskiego ustosunkowanie się ilościowe poszczególnych typów w każdej dostatecznie wykrzyżowanej populacji (grupie etnicznej) nie jest niczym innym jak tylko konsekwencją praw dziedziczenia, tzw. praw Mendla. Ten uzasadniony pogląd został w r. 1928 sformułowany przez J. Czekanowskiego jako „prawo liczości typów“. Prawo to, pozwala uporządkować tak zawikłane zagadnienia systematyki rasowej rodzaju ludzkiego.

Na zróżnicowanie rodzaju ludzkiego na trzy odmiany tj. człowieka białego, żółtego i czarnego, pod względem uzębienia pierwszy zwrócił uwagę Lambert, zaś co do umiejscowienia zęba trzonowego, Klatsch, Pfaff, Czortkower. Odmienna budowa twarzoczaszki u tych odmian rodzaju ludzkiego uzależniona jest od umiejscowienia pierwszego zęba trzonowego. Ludy czarne np. mają pierwszy trzonowiec bardziej umieszczony ku przodowi, co pociąga za sobą kształt morfologicznej prognacji obu szczęk a cofnięcie podbródka. U żółtych zaś ząb ten umieszczony jest znacznie w tyle, czego wyrazem jest spłaszczenie twarzy, u białych natomiast ząb

szósty zajmuje pośrednie miejsce. Wynikiem tego jest cofnięcie przedniej części łuku zębowego, co wraz ze zmniejszeniem się wielkości zębów, wpłynęło na uwydatnienie podbródka oraz nosa w stosunku do obu szczęk. Omawiane zjawisko, jako właściwość dzie-



Rys. 1. Umieszczenie pierwszego trzonowca w szczękach (Kiefergerüst) u poszczególnych odmian rodzaju ludzkiego.

A) u człowieka czarnego płaszczyzna zewnętrzno-oczdolowa A. Cieszyńskiego „OE” przebiega **za** zębem szóstym.

B) u żółtego — **przed** zębem szóstym.

C) u białego — przechodzi **przez** ząb szósty (S. Czortkower).

dziczna, ma swe uzasadnienie w budowie statyczno-konstrukcyjnej twarzoczaszki u poszczególnych odmian rodzaju ludzkiego, o czym poucza ryc. 1.

Jeśli np. przeprowadzimy przez zewnętrzny brzeg oczodołów płaszczyznę, prostopadłą do płaszczyzny frankfurckiej „FH“ tzw. zewnętrzno-oczodołową płaszczyznę Cieszyńskiego „OE“ (Ausserorbitalis Externa-Ebene), przebiega ona w okolicy zęba szóstego, lecz nie jednakowo u przedstawicieli trzech odmian rodzaju ludzkiego. A mianowicie, u człowieka czarnego zewnętrzno-oczodołowa płaszczyzna „OE“ znajduje się za zębem szóstym, u człowieka żółtego natomiast przed pierwszym trzonowcem, u białych zaś płaszczyzna „OE“ przebiega przez ząb szósty.

Według Cieszyńskiego ząb szósty pod względem statycznym jest zębem stałym, ponieważ przez ós tego zęba przechodzi największa siła uciśkowa, co odpowiada też największej sile zgryzu w okolicy tego zęba. Dalším dowodem tego jest to, że pierwszy trzonowiec wykluwa się jako pierwszy w stałym uzębieniu i odtąd stanowi filar stały, do którego od przodu do tyłu lub od tyłu ku przodowi następuje przesuwanie się zębów w razie wyjęcia któregoś zębów zęba trzonowego.

Szczegółowe nasze rozważania dotyczyć będą człowieka białego.

W odmianie człowieka białego wyróżniamy cztery formy czyste czyli rasy i sześć form mieszanych, powstałych z wykrzyżowania się tychże ras. Formami czystymi są: rasa nordyczna i śródziemnomorska, obie jako długogłowe, następnie rasy lapońska i armenoidalna jako krótkogłowe. Rasy te — jak wspominałem — przy wykrzyżowaniu dają sześć form mieszanych i stanowią główny trzon ludności Europy (zob. ryc. 2.).

Składniki te z pominięciem elementów z rubieży pasa południowego (typ orientalny) i wschodniego (typ paleoazjacji) zamierzam tu w krótkości scharakteryzować.

Rasa nordyczna: wysoki wzrost, smukła budowa ciała, długi tułów, długie kończyny, wąskie dłonie i stopy, biała skóra o różawym odcieniu, jasne popielate włosy, niebieskie oczy, wąski prosty nos, wąska podłużna twarz i wydłużona głowa.

Rasa śródziemnomorska: niski wzrost, dłuższy tułów, śniada skóra, ciemne włosy o kasztanowatym odcieniu, ciemne oczy, dość wąski nos, owalna twarz i bardzo długa głowa.

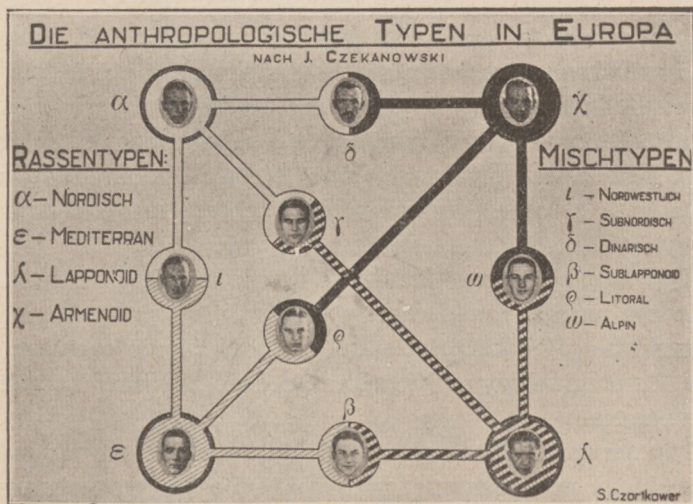
Rasa armenoidalna: średni wzrost, skóra biała matowa, ciemne włosy i oczy, okrągła głowa o ściętej potylicy, długa ku dołowi trójkątnie zwężająca się twarz, wąski bardzo wydatny orli nos.

Rasa lapońska: niski wzrost, krępa budowa ciała, długi tułów, małe i szerokie dłonie i stopy, płowo-żółtawa skóra, okrągła głowa, szeroka twarz o wystających kościach twarzowych, szerokawy nos, niskie oczodoły i ciemna pigmentacja.

Typ subnordyczny: średni wzrost, krótkawa głowa, szeroka twarz, dość szeroki nos, jasna skóra, jasne oczy i włosy z tendencją do odcieni ciemniejszych niż u typu nordycznego.

Typ dynarski: wysoki wzrost, smukła budowa, wielkie stopy, śniada skóra, ciemne oczy i włosy, długa twarz, wąski, częściej garbaty, nos i zaokrąglona głowa.

Typ północno-zachodni: wysoki wzrost o masywnej budowie, jasna, często piegowata skóra, dysharmonijna pigmentacja oczu i włosów. Wydłużona głowa, długa, dość szeroka twarz i wąski nos.



Rys. 2. Składniki rasowe Europy.

W narożnikach umieszczone są typy jednorodne – homozygotyczne – czyli rasy, na bokach i przekątniach – typy mieszane – heterozygotyczne, powstałe z wykrzyżowania dwóch odmiennych typów jednolitych.

Typ litoralny: wyróżnia się od śródziemnomorców wyższym wzrostem, cięższą budową ciała, dłuższą twarzą, szerszym nosem.

Typ sublaponoidalny: niski wzrost, długi tułów, krótkie kończyny, ciemne oczy i włosy, szeroki nos, często wklęsły, szeroka twarz i krótkawa głowa.

Typ alpejski: średni wzrost, długi tułów, średniodługa twarz o zarysie kwadratowym, dość wąski nos, wklęsły, tu i ówdzie orli, okrągła głowa i ciemna pigmentacja.

Przechodząc do dziedziczności uzębienia i szczęk, przedmiotu badań Siemens'a, Korkhaus'a, Praeger'a, Verschuer'a, Trauner'a, Proell'a, Rubbrecht'a, Kusters'a, Lundström'a, Detlefsen'a, Campell'a i wielu innych, antropologicznie, tj. pod względem typologicznym,

zagadnienie to po raz pierwszy ujęli Heintz i Czortkower. Na podstawie dotychczasowych badań przeprowadzonych na klinice stomatologicznej U. J. K. we Lwowie stwierdzono następujące różnice rasowe jako dziedziczościowe u następujących sześciu typów antropologicznych, co do uzębienia i kształtu szczęk:

1. **Typ nordyczny:** wąskie siekacze, długie w kształcie dłuta w przeciwieństwie do kłów, które są wydłużone i szpiczaste. Łuk zębowy podłużnie owalny a zgięcie łuku przebiega mezejalnie od kła. Podniebienie wysoko sklepienie, wąskie i wydłużone. Wysoki trzon żuchwy, szerokość zaś gonionów jest wąska, podbródek wystający.

2. **Typ północno-zachodni:** długie siekacze, szersze niż u typu nordycznego. Łuk zębowy w przedniej części bardzo szeroki i przybiera paraboliczny kształt, ramiona zaś są wydłużone. Zgięcie łuku zębowego pod kątem przebiega przez środek kła. Podniebienie wysoko sklepienie, wąskie. Wysoki trzon żuchwy, masywny podbródek wystający. Szerokość gonionów jest znaczna.

3. **Typ subnordyczny:** krótkie i szerokie siekacze. Łuk zębowy parabolicznie szeroki i spłaszczony w przedniej części. Kieł znajduje się w przednim odcinku zgięcia łuku. Podniebienie szerokie, płaskie i niskie. Trzon żuchwy przeważnie średnio wysoki. Szerokość gonionów znaczna.

4. **Typ laponoidalny:** zęby przednie są krótkie i silne. Łuk zębowy przebiega parabolicznie, przednia zaś część jest szeroka i spłaszczona. Podniebienie szerokie, płaskie i dość niskie. Żuchwa masywna, niski trzon żuchwy, przy rozszerzonych ramionach.

5. **Typ sublaponoidalny:** zęby przednie krótkie i silne. Łuk zębowy szeroko-owalny. Kieł znajduje się w przednim odcinku zgięcia łukowego. Podniebienie szerokie, płaskie i niskie. Żuchwa jak u typu laponoidalnego masywna niska, przy czym ramiona są znacznie rozszerzone.

6. **Typ armenoidalny:** zęby przednie wąskie i długie. Łuk zębowy o kształcie eliptycznym. Podniebienie wysoko sklepienie i wąskie. Trzon żuchwy średnio wysoki o wąskich ramionach. Szerokość gonionów wąska. Podbródek lekko cofnięty ku tyłowi ¹⁾.

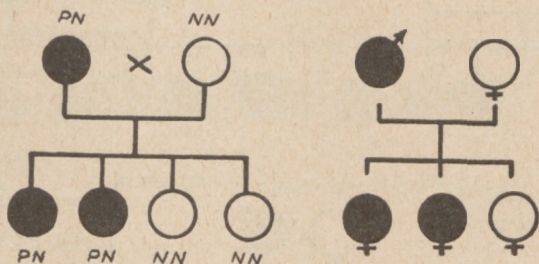
¹⁾ Ryciny charakteryzujące typy wraz z łukami uzębienia podałem w pracy: „Grösse und Form des Kieferbogens und des Gaumens bei den verschiedenen europäischen anthropologischen Typen. Korrespondenzblatt f. Zahnärzte. Berlin 1937, str. 137.

Jeśli idzie o nieprawidłowości zgryzu jak progenia, zgryz głęboki, prognacja i inne — jak wspomniałem — są one zjawiskami dziedzicznymi, przy czym progenia dziedziczy się jako cecha dominująca i wiąże się z wąską twarzą w przeciwieństwie do prognacji i zgryzu głębokiego, które występują u szerokolicych.

Rozpatrzmy wpieryw przebieg procesu dziedziczenia się progenii.

Według Korkhaus'a u noworodka wyrostek zębodołowy zuchwy zwyczajnie wykazuje cofnięcie się — przeciętnie na 6—8 mm. — W ciągu pierwszych miesięcy następuje wyrównanie zmniejszenia. W przypadkach zaś dziedzicznej skłonności do progenii wzrost zuchwy staje się intensywniejszy od szczęki górnej. Ma to miejsce w okresie 4—6 miesiąca, przy czym dolne mleczne siekacze wyrzynają się w ustawieniu progenicznym.

Ryc. 3. Dziedziczność progenii jako cechy dominującej.



Teoretycznie

Z małżeństw progenicznych „PN”
z normalnymi „NN”

50% potomstwa wykazywać może
właściwości progeniczne „PN”

Faktycznie

Rodzina Kr. (normalne
i częste zjawisko)

W wypadku krzyżowania się osobnika z wykształconą progenią z normalną (oznacmy osobnika progenicznego literą P, normalną zaś N) otrzymujemy matematyczny wzór: „PN” czyli zygotę o strukturze „PN”, a więc kombinację produktów płci obojga rodziców w pokoleniu, która się składa odnośnie do progenii z PN.

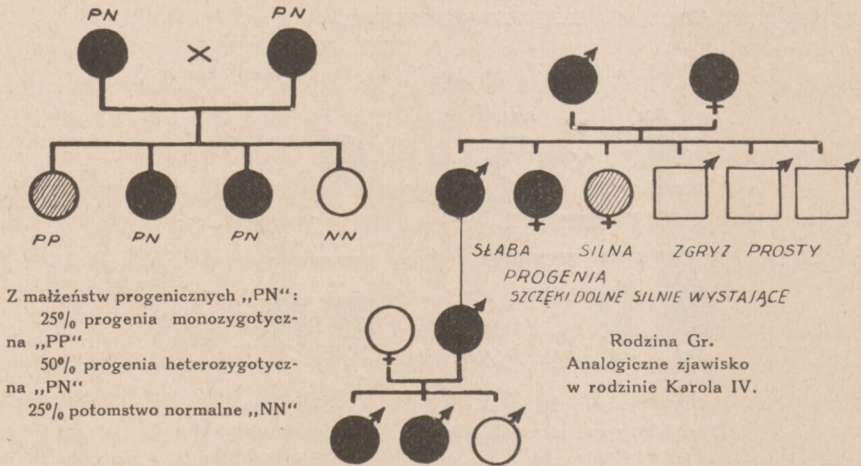
Jeśli osobnik o strukturze „PN” krzyżuje się z osobnikiem normalnym „NN”, co do potomstwa zachodzić mogą następujące kombinacje gamet. Składnik „P” u pierwszego łączy się ze składnikiem „N” drugiego lub składnik „N” — pierwszego łączy się ze składnikiem „N” drugiego lub vice versa. Wyłaniają się wówczas dwie formy o strukturze „PN” i „NN”. Konsekwencje procesu krzyżowania ilustruje ryc. 3.

Jak widzimy z takiej krzyżówki 50% potomstwa wykazuje właściwości progeniczne, pozostałe zaś 50% potomstwa jest natomiast normalne.

Przejdźmy do wypadku gdzie osobnik o strukturze „PN“ krzyżuje się z osobnikiem również o strukturze „PN“. Co do potomstwa zachodzić mogą następujące kombinacje gamet: składnik ojca „P“ łączy się ze składnikiem matki „P“ albo z drugim składnikiem matki „N“ lub odwrotnie; wyłaniają się wówczas dwie formy o strukturze mieszanej „PP“ i „PN“. Drugi zaś składnik ojca „N“ może się znów połączyć ze składnikiem matki „P“ bądź też z drugim składnikiem

Ryc. 4. Teoretycznie

Faktycznie



matki „N“ lub vice versa i otrzymujemy dalsze dwie formy mieszane o strukturze „PN“ i „NN“. Konsekwencje procesu krzyżowania ilustruje ryc. 4.

Widzimy zatem, że mieszkańcy tego rodzaju krzyżując się dać mogą potomstwo: jedno o strukturze „PP“, a więc progenię w czystej linii, czyli progenię monozygotyczną, następnie dwa o strukturze „PN“, czyli progenię heterozygotyczną oraz jedno o strukturze „NN“ jako normalne. Przy nieograniczonej płodności co do jakości potomstwa w stosunku 1 : 2 : 1 należałoby oczekiwać 25% potomstwa normalnego „NN“ i 75% potomstwa progenicznego, w tym 25% w czystej linii, jako monozygotycznego „PP“ i 50% heterozygotycznego „PN“.

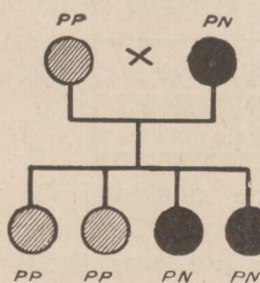
Przy uwzględnieniu zjawiska zachodzącej możliwości istnienia progenerii monozygotycznej czyli czystej linii „PP“ wyłania się tu pytanie jaka będzie struktura zygot u potomstwa w wypadku:

a) krzyżowania się ojców (matek) „PP“ z matkami (ojcami) „PN“, (ryc. 5).

b) krzyżowania się ojców (matek) „PP“ z matkami (ojcami) normalnymi „NN“ (ryc. 6).

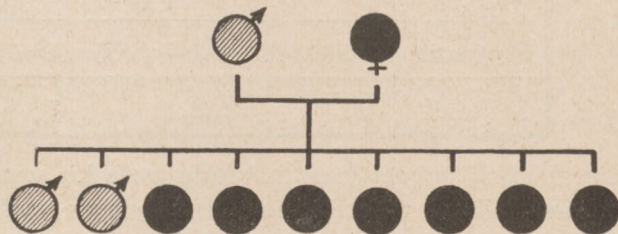
Widzimy zatem, że mieszańcy tego rodzaju krzyżując się dać krzyżowania ilustrują ryciny 5 i 6.

Ryc. 5. Teoretycznie



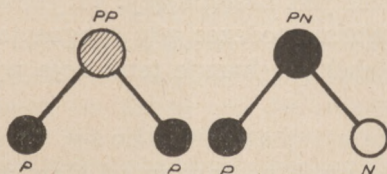
z małżeństw
progenicznych „PP“ i „PN“
50% progenia monozygotycz-
na „PP“
50% progenia heterozygotycz-
na „PN“

Faktycznie

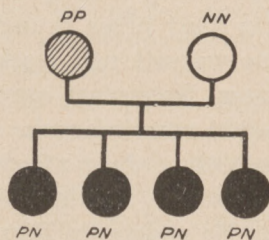


Małżeństwo Filipa Pięknego z Joanną Szaloną

Ryc. 6.



Progenia monozygotyczna „PP“ składa się
z dwóch gamet „P“.
Progenia heterozygotyczna „PN“ składa się
z dwóch gamet „P“ i „N“.



Z małżeństw progenicznych
w czystej linii „PP“,
z normalnymi „NN“
100% potomstwo wykazywać
może właściwości progeniczne.

W pierwszym przypadku (vide ryc. 5) potomstwo będzie miało strukturę progeniczną „PP“ i „PN“ w stosunku 1 : 1 czyli 50% będzie w czystej linii jako monozygotyczne, a pozostałe 50% jako hetero-

zygotyczne. W drugim zaś przypadku potomstwo będzie również progeniczne, lecz będzie miało strukturę wyłącznie „PN“ (vide ryc. 6).

By móc się zorientować jaki zachodzi związek pomiędzy jakością twarzy a progenią, w poniższej tabeli zebrałem liczebności progenii, zgryzu głębokiego i prognacji według klas wskaźnika twarzy, tj. szerokiej twarzy, średniej i wąskiej i obliczyłem teoretyczne

wskaźnik twarzy	X—50 szerokiej	51—52 średniej	53—X wąskiej	N (ilość)
Progenia	9 — (10·7)	6 + (5·9)	5 + (3·4)	20
Zgryz głęboki	8 + (7·0)	4 + (3·8)	1 — (2·2)	13
Prognatia	5 + (4·3)	2 — (2·3)	1 — (1·4)	8
N (ilość)	22	12	7	41

liczebności, przy założeniu braku związku wszelkiej zależności, dla porównania ich z liczebnościami faktycznie stwierdzonymi. Te liczby, teoretycznie otrzymane, dla każdej grupy ujęte są w nawias. O ile liczebność faktycznie spostrzegana jest większa od teoretycznie oczekiwanej przy powyższym założeniu, została opatrzona znakiem dodatnim, gdy zaś mniejsza, znakiem ujemnym. Nadwyżki liczebności stwierdzonych nieprawidłowości zgryzu ponad obliczone nasze teoretyczne oczekiwanie świadczą o nieprzypadkowym kombinowaniu się jakości twarzy z daną nieprawidłowością zgryzu.

Obraz dany przez te nadwyżki jest następujący: progenia wiąże się przede wszystkim z wąską twarzą, podczas gdy prognacja z szeroką twarzą. Natomiast zgryz głęboki wykazuje tendencję występowania wśród szerokolicznych.

Przechodząc do próchnicy i parodontozy, występują one u wszystkich składników rasowych począwszy od starszej epoki kamienia. Na podstawie licznego materiału okazuje się, że liczebność próchnicy u wszystkich narodów, a szczególnie typów antropologicznych, nie jest jednaka. Zjawisko to pozostaje w związku z nasileniem skłonności poszczególnych składników rasowych do próchnicy. Największą np. skłonność wykazują typy nordyczne i ich mieszańcy, najmniejszą zaś szerokolicy typu laponoidalnego, alpejskiego i sublaponoidalnego. Faktu tego nie należy jednak przypisywać wyłącznie momentowi konstytucyjno-rasowemu, gdyż w silnej mierze

wchodzi tu czynnik środowiskowy, a więc nie przyrodniczy. Pozostaje to zresztą w związku z wynikami Mellanby w Anglii i Carerson'a w Indiach, że stan uzębienia w znacznej mierze uzależniony jest od rozwoju cywilizacji danego społeczeństwa i od jakości pokarmów zawierających te lub inne witaminy. Według Praegera na czynniki endogenne przypada 50—75%, na czynniki zaś eksogenne czyli środowiskowe 50—25%.

Jak się ustosunkowują typy konstytucyjne do poszczególnych schorzeń, nauka jeszcze nie wypowiedziała ostatniego słowa. W tych zjawiskach liczyć się bowiem należy z silniejszymi wpływami środowiska społecznego. Sprzeczne wyniki różnych badaczy przypisywać należy raczej niejednolitości przeprowadzanych badań, a mianowicie: materiał opracowany pochodzi przeważnie z różnych warstw społecznych, żyjących w różnych warunkach społecznych i geograficznych, a w szczególności badacze nie kontrolują wpierw wyniku badań swoich poprzedników i nie uwzględniają tych samych warunków badań i metod.

Dr S. Czortkower (Lwów): Erbllichkeit als Entstehungsfaktor anthropologischer und konstitutioneller Typen vom stomatologischen Standpunkte.

Zusammenfassung: Das Problem der Vererbung von Gesicht, Gebiss, Artikulation, Kieferanomalien, Erkrankungen u. s. w. ist seit jeher Gegenstand eifriger Forschung vieler Gelehrten gewesen. Unterschiede im Vererbungsmechanismus der angeführten Merkmale sind von den einen den Rasseigenschaften d. i. also hereditären Faktoren, von anderen dagegen Einflüssen der sozialen Umgebung zugeschrieben worden. Erst in neuerer Zeit sind beide Faktoren gleichzeitig berücksichtigt worden, wenn sie gemeinschaftlich als ethiologische Faktoren bei Karies oder Parodontose auftreten.

Verschiedener Bau des Gesichtsschädels bei den drei Menschengruppen: der weissen, der gelben und der schwarzen ist als morphologische erbliche Erscheinung von der Stellung des ersten Molaren bedingt. Schwarze Völker haben den ersten Mahlzahn mehr nach vorne gelegen, was die physiologische, morphologische Prognathie beider Kiefer zur Folge hat, bei den gelben Völkern ist dieser Zahn nach rückwärts gelagert, was eine Gesichtsabflachung nach sich zieht, bei den weissen nimmt er eine Mittelstellung ein.

Was den Bau des Gesichtes, des Gebisses, der Kiefer und des Gaumens anbelangt, kommen Rassen — (Hereditäts) Unterschiede vor. Der nordische Typus z. B. hat ein schmales Gesicht, schmale Kiefer, hohen Gaumen, schmale lange Schneidezähne im Gegensatz zum lapponoiden Typus, der durch ein breites Gesicht, massige breite Kiefer, einen flachen niedrigen breiten Gaumen mit kurzen breiten Schneidezähnen gekennzeichnet ist.

Gebissanomalien wie Progenie, gerader Biss, tiefer Biss, Prognathie u. dergl. bilden Erscheinungen wobei die Progenie als dominierendes Kennzeichen vererbt wird und sich mit schmalen Gesicht vergesellschaftet im Gegensatz zur Prognathie und tiefen Biss, welche bei Breitgesichtern vorkommen.

Karies und Parodontose kommen bei allen Rassenkomponenten vor, was bereits in der älteren Steinperiode angetroffen wird. Die grösste Neigung hiezu weisen die nordischen Typen und ihre Mischlinge auf, die kleinste dagegen die Breitgesichter, welche den lapponoiden, sublaponoiden und alpinen Typus angehören.

Wie sich die verschiedenen konstitutionellen Typen zu den einzelnen Erkrankungen verhalten ist bis dahin nicht hinlänglich bekannt. Für diese Erscheinungen müssen stärkere Einflüsse der Umgebung angenommen werden. Widersprechende Ergebnisse verschiedener Forscher müssen mehr der Heterogenität des untersuchten Materials zugeschrieben werden, wobei meist das Material verschiedenen sozialen Schichten, in verschiedenen geographischen Verhältnissen entstammt; ferner pflegen die meisten Forscher die Forschungsergebnisse ihrer Vorgänger nicht nachzuprüfen und nicht einheitliche Untersuchungsbedingungen und Methoden anzuwenden.

Piśmiennictwo.

- Cieszyński A.:** Orthodontie und statischer Aufbau des Schädels. Fort. d. Orthodontik 1933, str. 31.
- Cieszyński A.:** Ukształtowanie się zębów jako wyraz funkcji ze stanowiska statyki. Pol. Stom. 1935, str. 227.
- Cieszyński A.:** Badanie nad statyczną budową czaszki ze szczególnym uwzględnieniem aparatu żucia. Pol. Stom. 1934, str. 285; 1935, str. 1, 51, 89, 115.
- Czekanowski J.:** Das Typenfrequenzgesetz. Anthrop. Anzeiger 1928, S. 335.
- Czortkower S.:** O dziedziczności progenii. Pol. Stom. 1934, str. 207.
- Czortkower S.:** Ergebnisse antropologischer Untersuchungen in der Stomatologie. Zeitschrift f. Stom. 1936, str. 577.
- Czortkower S.:** Grösse und Form des Kieferbogens und des Gaumens bei den verschiedenen europäischen anthropologischen Typen. Korrespondenzblatt für Zahnärzte. 1937, str. 137.
- Czortkower S.:** Czynniki antropologiczne w zagadnieniach stomatologicznych. Warszawa 1937, str. 147. Księga Pamiątkowa VII. Pol. Zjazdu Stomat.
- Gummersheimer J.:** Beitrag zur Anthropologie und Vererbungslehre. D. Zahnärztliche Wochen. 1929, str. 971.
- Heintz U.:** Parodontose, Karies und Rasse. Zahnärztl. Rdsch. 1933, str. 16.
- Heinrich E.:** Bericht über soziologische und konstitutionstypologische Parodontosenuntersuchungen an 2000 Patienten. Zahnärztl. Rdsch. 1933, nr 10.
- Kadner A.:** Zähne und Kiefer des Menschen im Lichte der Vererbungswissenschaft. Zahnärztl. Rdsch. 1925, str. 821.
- Kadner A.:** Das Problem der Vererbung von Zahnstellungsanomalien. Deutsche Zahnärztl. Wschrift. 1929, str. 693, 741.

- Kantorowicz A.:** Die Progenie und Vererbung. D. Monatsschrift f. Zahnheilkunde 1915, str. 104.
- Kornhaus G.:** Die Vererbung der Zahnstellungsanomalien und Kieferdeformitäten. Ztschr. f. Stomat. 1930, str. 22.
- Lambert.:** cyt. w. Wilgi.
- Marschner G.:** Zähne und Kiefer bei den verschiedenen Konstitutionstypen. Zahnärztl. Rdsch. 1934, str. 726.
- Mayer A.:** Konstitutionstypen und ihr Gebiss. Tübingen 1933.
- Pfaff L.:** Rassenkranziologische Untersuchungen über die Stellung des oberen M im Kiefergerüst. Dtsch. Zahnhlkd. Leipzig 1923. Heft 61.
- Praeger W.:** Die Vererbungs-pathologie des menschlichen Gebisses. Zahnärtlich. Rdsch. 1924, str. 599.
- Proel Fr.:** Rasse und Zahnleiden. w książce „Rasse und Krankheit“ str. 357—387. München 1937. J. F. Lehmanns Verlag.
- Rubbrecht O.:** Les variations maxillo-faciales et l' hérédité mendélienne. Revue belge de Stomat. 1930, nr 1—3.
- Schwab:** Vererbung und Rassenhygiene. Zahnärztl. Mitteilungen 1934, str. 239.
- Siemens H. W.:** Die Vererbungs-pathologie der Mundhöhle. Münch. med. Wochenschrift 1928.
- Trauner R.:** Zur Vererbungsfrage in der Zahnheilkunde. Zeitschrift f. Stomat. 1933, str. 283.
- Vershuier O.:** Erbpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte. Drezden—Leipzig 1934.
- Wilga H.:** Zęby pod względem antropologicznym. Warszawa 1925. Przegląd dentystryczny, nr 9.

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 Kliniki 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 Korespondenci: Dr Jerzy Drozdowski (Kraków), dr med. dent. Józef Jarząb (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.

Ocena książki.

Dr Jan Schwarz, Atlas rozwoju fizycznego i psychicznego, Poznań 1937.

Wyd. II, str. 191, ryc. 160, tabel 98.

W r. 1934 ukazało się pierwsze wydanie Atlasu rozwoju fizycznego i psychicznego, który stanowi nowy — nieznanym dotąd — rodzaj podręcznika do studiów z zakresu pedologii. Zawiera on bowiem najpotrzebniejsze materiały ilustracyjne i poglądowe z zakresu cielesnego i duchowego rozwoju młodzieży polskiej.

W drugim wydaniu z r. 1937 pierwotne ramy książki zostały znacznie rozszerzone. Przybyło szereg nowych rozdziałów i prócz tablic poglądowych — zestawienia statystyczne. W nowej szacie „Atlas“ składa się z 4-ch zeszytów, przedstawiających graficznie i ilustracyjnie następujące zagadnienia:

1. **Dziedziczność i środowisko:** Wpływ i prawa dziedziczności. Oddziaływanie środowiska. Wpływy dziedziczne i środowiskowe w rozwoju bliźniąt. Typy rasowe jako dziedziczne zespoły cech.

2. **Rozwój fizyczny:** Okresy rozwoju fizycznego. Normy rozwojowe cech fizycznych. Typologia rozwoju fizycznego. Pomiarów cech fizycznych.

3. **Rozwój psychiczny:** System nerwowy ze szczególnym uwzględnieniem mózgu. Zmysły. Męczenie umysłowe. Fazy rozwoju psychicznego oraz dane statystyczne w okresie dzieciństwa. Inteligencja. Usposobienie.

4. **Anomalie rozwojowe, choroby i zgony:** Braki, anomalie i potworności rozwojowe. Rozwój anormalny przy schorzeniach gruczołów wydzielania wewnętrznego. Choroby dzieci. Przypadkowe zgony i pomoc w nagłych wypadkach. Starość i śmierć.

Poszczególne zeszyty, ujmujące wspomniane zagadnienia, zaopatrzone są ponadto odpowiednią bogatą literaturą dla każdego działu i stanowią dla siebie zamkniętą całość. „Atlas“ jako zbiór tablic poglądowych i zestawień statystycznych zawiera odpowiednie materiały do wykładów, ćwiczeń i może być uważany za pomocniczą książkę dla prelegenta i słuchaczy, a w szczególności za książkę podręczną dla wychowawców, lekarzy szkolnych i higienistów.

Ze stanowiska stomatologicznego, na apel autora w sprawie uwag i luk do ewentualnego dalszego wydania „Atlasu“ (str. 8) zaznaczam, że część 2-ga traktująca „Rozwój fizyczny“ powinna być uzupełniona podrozdziałem, dotyczącym jamy ustnej, twarzoczaszki, uzębienia, zgryzu, słowem aparatu żucia i jamy ustnej. Natomiast część 4-ta „Anomalie rozwojowe“ — podrozdziałem: nieprawidłowości uzębienia i zgryzu.

Atlas rozwoju fizycznego i psychicznego, jako jedyna książka w Polsce w swoim rodzaju, powinna znaleźć żywe zainteresowanie u wszystkich, komu tylko zależy na dobru rozwoju fizycznego i umysłowego naszej młodzieży. Uchodzić ona może ponad to za miłą lekturę dla pacjentów w poczekalniach, gdyż studia na podstawie tablic i wykresów mniej wyczerpują umysł niż czytanie książki, fakty bowiem przedstawione rysunkiem są dla nas bardziej poglądowe niż opis.

S. Czortkower.

WALNE ZGROMADZENIE ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW IZBY LEK. LW.

W dniu 12. III. br. odbyło się doroczne Walne Zgromadzenie Zw. Stomat., na którym Wydział złożył następujące sprawozdanie:

Wydział odbył 7 posiedzeń administracyjnych. W dniu 2 czerwca 1937 r. odbyło się plenarne zebranie członków Związku przy współudziale zaproszonych na część pierwszą kolegów nieczłonków. W dniu dzisiejszym Związek liczy 62 członków. W roku sprawozdawczym przyjęto 7-miu nowych członków, członkiem honorowym wybrano prof. dr Jessensky'ego dnia 2. VII. 1937 r. Nie wystąpił nikt. Utraciliśmy z powodu śmierci członka honorowego prof. dr Józefa Szabo z Budapesztu i jednego z najstarszych członków Związku dr Bogumiła Bieńkowskiego. Przy sposobności nadmieniamy, że na skutek śmierci utraciliśmy także i 2 sympatyków Związku, kol. bł. p. N. Neufelda i śp. A. Stokowskiego w Warszawie.

W ciągu roku wniósł rezygnację z urzędu członka Wydziału z powodu braku czasu kol. Kwiatkowski. W miejsce kol. Kwiatkowskiego, który zrezygnował kooptowano do wydziału kol. Nowaka.

Wydział obradował i interweniował w sprawach nieodpowiedniej reklamy, cennikowych, zastępowania się w praktyce przez ludzi niewykwalifikowanych, powierzania lecznictwa technikom, w sprawie szkół dla techników dentystrycznych, które miały powstać w Warszawie. W sprawach naukowych, o których będzie mowa przy końcu, zaproszono ostatnio kierowników zakładów, klinik i oddziałów lwowskich do współpracy w badaniach schorzeń okołozębowych.

Z natury rzeczy kwestią, która nas najbardziej absorbowała w obecnym roku sprawozdawczym, było urządzenie VIII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, stosunek do A. S. i do Związku Absolwentów Akad. Stom. i stałej Delegacji. Jak wiadomo kolegom na skutek rozbieżności natury materialnej zmuszony był przewodniczący Stałej Delegacji za zgodą Lwowskiej Izby członków Stałej Delegacji urządzić VIII Zjazd Stom. niezależnie od XV Zjazdu L. i P. P. Postanowienie to wywołało długą i obszerną dyskusję w sferach lekarsko-dentystrycznych, która przeniosła się także i na łamy prasy zawodowej. Z Komitetem Organizacyjnym współpracowali członkowie Związku, którzy Zjazd poparli, bądź to osobistą współpracą organizacyjną, bądź też zgłoszeniem i wygłoszeniem całego szeregu cennych wykładów. W całej akcji chodziło Akad. Stom. i Zrzeszeniu Absolwentów, nie tyle o stronę naukową, ile o supremację uczelni warszawskiej i wychowanków A. S. nad kliniką lwowską i stomatologami. Niewypowiedzianym powodem całego rozdźwięku, który przy dobrej woli mógł być z łatwością zlikwidowany dzięki najdalej idącym ustępstwom z naszej strony, był w ostateczności antagonizm Warszawy, który wytworzył się na tle przegranej przez Akad. Stom. i Zrzeszenie Absolwentów pozycji, dotyczącej tytułu „lekarz-stomatolog“. Jak wiadomo bowiem kolegom, groziło nam i częściowo było już nawet zrealizowane wywłaszczenie nas z przynależnych nam i pracą zdobytych tytułów, co zdołaliśmy obalić, dzięki energicznej postawie zrzeszeń i przedstawicielstw lekarskich, Rad Wydziałów Lekarskich a w szczególności dzięki niewyczerpanej energii prezesa Związku naszego, prof. Cieszyńskiego.

Zorganizowanie VIII Pol. Zjazdu Stom. spowodowało Zrzeszenie Absolwentów A. S. do wydrukowania listu otwartego w Nr 2 „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“, w którym to liście zaatakowano w bezprzykładny sposób przewodniczącego Związku i współpracujących z nim kolegów, i do wniesienia doniesień do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Województwa i Starostwa Grodzkiego we Lwowie z żądaniem zakazania odbycia Zjazdu. Niemniej jednak VIII Polski Zjazd Stom. odbył się i jak to było jednomyślną opinią wszystkich jego uczestników, pod względem organizacyjnym, naukowym i towarzyskim stanął dzięki współpracy Związku i poszczególnych kolegów, którym w tym miejscu składamy za to podziękowanie, na najwyższym poziomie. Po odbytych Zjeździe uchwalił Wydział Związku zredagować i wydrukować w „Polskiej Stomatologii“ odpowiedź na napastliwy list otwarty Zrzeszenia Absolwentów.

Na skutek dalszej akcji A. S. i Zrzeszenia Absolwentów, zmuszony był Związek i jego przewodniczący, którzy dotychczas zgodnie i intensywnie współpracowali ze Stałą Delegacją, i których zasługą było nie tylko urządzenie 3 najpiękniejszych zjazdów stomatologicznych we Lwowie, ale też i wydatne zasilanie pracami naukowymi i organizacyjnymi wszystkich innych polskich zjazdów stomatologicznych, — otóż na skutek akcji dezorganizującej życie zawodowe zmuszeni byliśmy wycofać się zupełnie z pracy w Stałej Delegacji. Gdy bowiem prezydium Stałej Delegacji wybrane w czasie VIII. Pol. Zjazdu Stom. złożyło swoje mandaty z powodu trudności czynionych mu przez pewne koła warszawskie, koła te, miast pogodzić się ze statutową koniecznością wybrania innego prezydium spośród wybranych na Zjeździe członków Stałej Delegacji, obeszły samowolnie na ad hoc zwołanym zebraniu statut Stałej Delegacji i wybrały twór nowy, który nazwano Stałą Delegacją. W tym zrzeczeniu Związek i jego przewodniczący współpracować nie może. Równocześnie postanowił Wydział w porozumieniu z drugim współwydawcą i współwłaścicielem „Polskiej Stomatologii“, że pismo nasze nie będzie więcej organem Stałej Delegacji aż do normalizacji stosunków i przywrócenia warunków statutowych.

W walce o tytuł i pogłębienie studiów lekarsko-dentystycznych znaleźliśmy sprzymierzeńców w lekarzach-dentystach starszej generacji na terenie Rady Centralnej, gdzie dążenia nasze napotykają na należyte zrozumienie. Na tegorocznym posiedzeniu Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Rz. P., na którym reprezentował Związek nasz w zastępstwie prof. Cieszyńskiego kol. Berger, podnosili wszyscy koledzy, za wyjątkiem przedstawiciela Związku Lekarzy-Dentystów w Poznaniu, złożonego z Absolwentów A. S. przychylnie i pozytywne stanowisko jakie zajął Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej w sprawie utworzenia izb lekarsko-dentystycznych. Jest to obecnie najaktualniejsza sprawa w zawodzie lekarsko-dentystycznym, która doczekała się realizacji dzięki uchwale izb ustawodawczych i ureguluje wreszcie stosunki panujące w zawodzie lekarsko-dentystycznym.

Poza Radą Centralną utrzymywaliśmy stały kontakt z kolegami w Poznaniu, Wilnie i Krakowie w sprawach organizacyjnych a także częściowo naukowych.

Na terenie międzynarodowym była współpraca nasza, podobnie jak w latach ubiegłych, ścisła i harmonijna, nadal stoimy w kontakcie z F. D. I., A. I.

i ARPA. Szczególnie serdeczne stosunki nawiązaliśmy z kolegami czechosłowackimi, którzy odnoszą się do Związku naszego i stomatologów polskich z całą serdecznością i uprzejmością.

Na ostatnich kongresach międzynarodowych reprezentował nasz Związek w Sztokholmie (F. D. I.) prof. Cieszyński i kol. Allerhand, w Kopenhadze (ARPA) prof. Cieszyński. Sprawozdania z tych kongresów umieszczone były w „Polskiej Stomatologii“. Do Pragi nie mogliśmy w ostatniej chwili wysłać delegata z przyczyn niezależnych od nas.

Pismo wydawane przez Związek nasz wspólnie z prof. Cieszyńskim i sfuzowane jak kolegom wiadomo w połowie roku 1936 z warszawskim „Przełgłdem Dentystycznym“ wydało w roku sprawozdawczym XV rocznik. Administrowane wzorowo przez długoletniego administratora naszego p. Polkowskiego drukuje pismo nasze artykuły o wielkiej wartości naukowej, umieszczając także i prace asystentów i pracowników innych zakładów naukowych. Zdajemy sobie jednak sprawę, że poziom pisma jest za wysoki dla przeciętnego czytelnika praktyka i że daje się we znaki brak odpowiednich artykułów przystosowanych do potrzeb i żądań praktyków. Mimo ciągłych apelów kierowanych do kolegów przez Wydziały poprzednie i obecny i redakcje wyłoniłone m. i. z grona członków Związku, spoczywa kompletowanie każdorazowego numeru na barkach kilku tylko ludzi, przy czym bardzo odpowiedzialną pracę, korektę, przeprowadza od szeregu lat bez niczyjej pomocy kol. Bardasz-Drukerowa, za co jej w tej chwili składamy należne podziękowanie. Znowu apelujemy jednak do kolegów, by zechcieli zasilać pismo artykułami oryginalnymi i referatami z czasopism zagranicznych. W tym ostatnim wypadku stoją kolegom do dyspozycji pisma w liczbie 50 w różnych językach. Powinno być ambicją wszystkich kolegów, by pismo nasze, zajmujące kierowniczy charakter naukowy, stało się także najpoczytniejszym organem zawodowym.

Na koniec podkreślamy, że w roku sprawozdawczym ukazały się w „Polskiej Stomatologii“ wykłady zjazdowe in extenso, co stwarza z odnośnych numerów pisma bardzo cenną księgę zjazdową.

Na odcinku naukowym poszczycić się możemy pracą nierniej wydatną jak w ubiegłym roku sprawozdawczym. Kontynuowaliśmy współpracę z kreowanym przez Związek Stomatologów kołem endokrynologów, idącą głównie w kierunku badania wpływu gruczołów z wydzielaniem wewnętrznym na jamę ustną. Kontynuowaliśmy też współpracę z kolegami, przedstawicielami innych specjalności. Mimo nawału pracy spowodowanej przygotowaniem Zjazdu i przerwy w miesiącach letnich wypełniliśmy nakreślony sobie program w zupełności przez zorganizowanie 10-ciu posiedzeń naukowych, a więc po odliczeniu miesiący wakacyjnych, jednego posiedzenia miesięcznie.

Z przedstawicieli innych specjalności wykładowcami byli: kol. Liebhardt, Szymonowicz, Chimiak, Leinerowa i Henryk Jankowski, z członków Związku prof. Cieszyński, kol. Jankowski, Pietrzycki, Owiński, Kotul.

Tematami wykładów były:

1. Krwawienie dziąsł na tle niedomogi jajników — prelegenci (Cieszyński — Liebhardt).

2. Referaty z pogranicza endokrynologii, ginekologii, stomatologii i rino-
logii (Liebhardt).
3. Palatoschisis (Szymonowicz).
4. Rzadka postać osteomyelitis mandibulae (Szymonowicz).
5. Zastosowanie krótkich fal w medycynie z uwzględnieniem schorzeń sto-
matologicznych (Chimiak).
6. Znaczenie wapnia w przemianie materii (Jankowski).
7. Wpływ wewnętrznego wydzielania na sprawy chorobowe jamy ustnej
i zębów (Kotulski).
8. Elektroforeza w stomatologii (Owiński — Pietrzycki).
9. Modele zębów spreparowanych pod korony częściowe różnych syste-
mów i wkłady lane służące jako podpory do mostków (Owiński).
10. Wystawa przemysłu dentystycznego w Düsseldorfie (Jankowski).
11. Zapalenie miazgi szczątkowej (Pietrzycki).
12. Stan obecny badań i leczenia chorób okolicy przyzębnej (Cieszyński).
13. Ponadto firma „Remedia“ wyświetliła dla członków Związku film pt.
„Krew“.

Z zestawienia tego wynika, że staraliśmy się przyswoić kolegom w pierw-
szym rzędzie zdobycze najaktualniejszych obecnie w medycynie badań endo-
krynologicznych i przystosować je do specjalności stomatologii. W drugim
rzędzie omawialiśmy tematy z zakresu stomatologii zachowawczej i techniki.
Chirurgii poświęcone były pokazy przypadków chirurgicznych Lwowskiej Kli-
niki Stomatologicznej, a więc po kilka przypadków ostilis maxillae, ost. mandi-
bulae, fractura, mandibulae et proc. alveol., torbiele, przetoka z wylotem do
nosa środkowego, ropowice, promienice, złamania szczęki górnej, guzy, mięsaki,
adamantinoma, przypadki septyczne w związku ze sprawami zapalnymi w szczę-
kach, nacieki policzkowe, neuragie nerwu trójdzielnego, kosmetyczne operacje
wyrostka zębodołowego szczęki górnej. Wszystkie wykłady i demonstrowane
przypadki wywoływały szczegółowe dyskusje, w których brali udział
nie tylko stomatologowie ale i zaproszeni goście patologowie, interniści, laryn-
gologowie, chirurgowie, ginekologowie i roentgenologowie.

Przeciętna frekwencja wynosiła 30, poszczególne jednak wykłady cieszyły
się frekwencją nawet 40 i 50 obecnych.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych ukazywały się w „Polskiej Stoma-
tologii“. W tym miejscu nadmieniamy, że na wykłady zjeżdżali koledzy z pro-
wincyj Małopolski, a ostatnio nawet i z Bydgoszczy.

Ilość ekshibitów sekretariatu wynosi w roku sprawozdawczym 98; nie
wlicza się w to zaproszeń na posiedzenia zwykle i naukowe, pism wysyłanych
w większej ilości egzemplarzy i odpowiedzi protokolowanych pod jednym nu-
merem. Uwzględniając powyższe wyraża się obrót pism Związku w cyfrze
około 800.

SPRAWOZDANIE KASOWE ZA 1937 r.

Funduszu dra Schmara.

Saldo z r. 1936	zł 191.45	Saldo na r. 1938	zł 84.60
Dochód w roku 1937		Zwrot częściowy po-	
z wkładek	zł 1.399.20	życzki	zł 50.—
			zł 134.60
	zł 1.590.65		
Rozchody	zł 1.509.80		
Saldo na r. 1938	zł 80.85		

Rozchody:

1. Koszty podróży delegatów do Warszawy	zł 229.70
2. Administracja, portoria, posiedzenia, druk zaproszeń, druk odpowiedzi na artykuł Związku Absolwentów, druk dyplomów honorowych czł., wysyłka, pieczęć dla Związku, opłata do Województwa, datki na wdowy i sieroty, pisanie na maszynie, godz. biurowe księgowego	zł 459.21
3. P. K. N., F. P. I.	zł 100.—
4. Rada Centralna	zł 115.—
5. Prowizja inkasenta	zł 115.89
6. Polska Stomatologia ¹⁾	zł 490.—
	zł 1.509.80

Papiery wartościowe:	
10 dolarówek wartość kursowa	zł 420.—
1 skorwentowana pożyczka 4% wewnętrzna wartość kursowa	zł 495.40
	zł 1.050.40

Zaległości z tytułu wkładek członków:

Miejscowych	zł 399.—
Zamiejscowych	zł 762.—
Ogólna suma zaległości	zł 1.161.—

Zobowiązania Związku Stomatologów wobec „Polskiej Stomatologii“	zł 377.—
---	----------

Po wysłuchaniu niniejszego sprawozdania i odbytej nad nim dyskusji, uchwalono szereg wniosków, z których podajemy najistotniejsze:

1. Walne Zgromadzenie zatwierdza postanowienie Wydziału wycofania się Związku z współpracy z nowo utworzonym zrzeszeniem pod nazwą „Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych“, stojąc na stanowisku, że jedynie legalną może być tylko Stała Delegacja wybrana w myśl statutu przez Polski Zjazd Stomatologiczny, wszelkie zaś inne zrzeszenia wybierane przez przedstawicieli związków nie są Stałą Delegacją wybraną w myśl statutu uchwalonego w Wilnie.

W konsekwencji zatwierdza walne zgromadzenie postanowienie Wydziału w sprawie wycofania Polskiej Stomatologii i Przeglądu Dentystycznego jako organów Stałej Delegacji, gdyż w obecnej chwili ona nie istnieje aż do czasu znormalizowania stosunków w Stałej Delegacji.

2. Walne Zgromadzenie uchwała mianować członkiem korespondentem Polskiej Stomatologii i Przeglądu Dentystycznego prof. dr St. Ciechanow-

¹⁾ Abonament za członków.

skiego w Krakowie w podziękowaniu i uznaniu jego współpracy w tworzeniu polskiego słownictwa stomatologicznego.

3. Walne Zgromadzenie poleca Wydziałowi Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej zredagować w odpowiedniej chwili memoriał do zainteresowanych Ministerstw, wskazujący na konieczność wybudowania nowej kliniki stomatologicznej we Lwowie, odpowiadającej potrzebom naukowym i rozwojowi polskiej stomatologii, której kolebką jest Lwów — i stworzywszy międzymiastową delegację stomatologów wręczyć memoriał ten przez tę właśnie delegację osobiście odnośnym przedstawicielom Rządu.

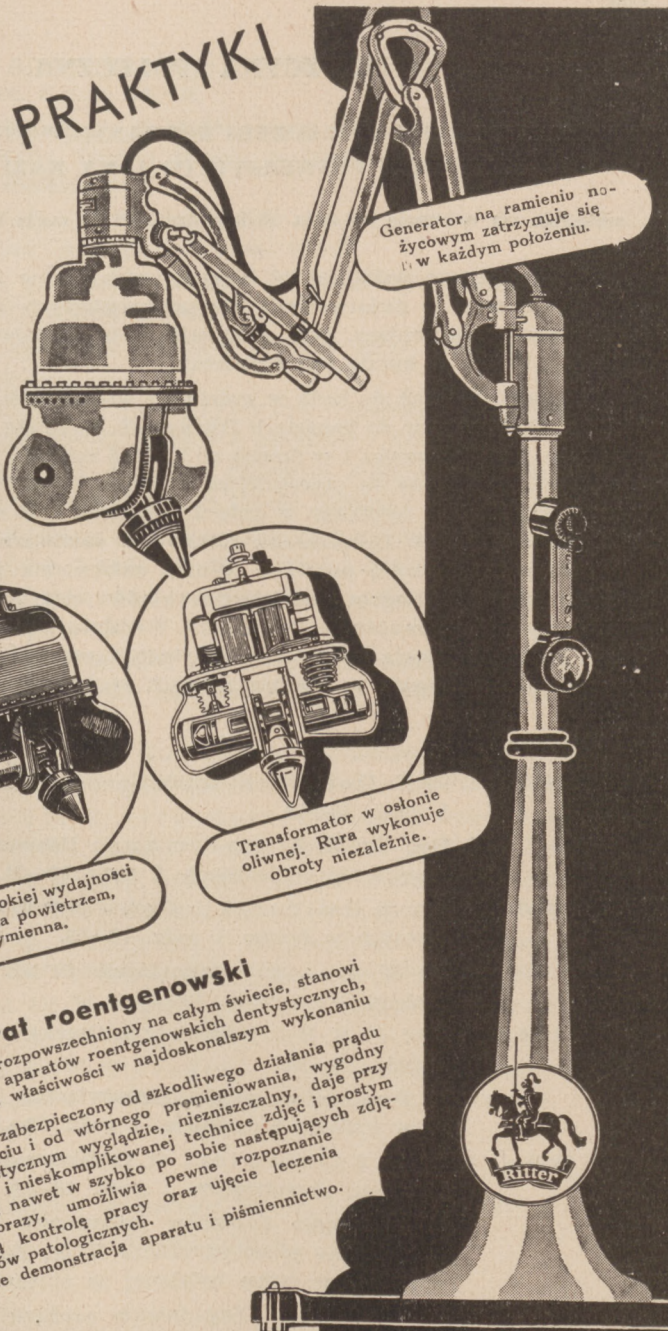
CHICAGO. Dr ARTHUR DAVENPORT BLACK †

Dnia 7 grudnia 1937 r. zmarł jeden z przodujących osobistości amerykańskiego świata dentystycznego, dziekan Northwestern University Dental School, dr Arthur Davenport Black. Urodził się 1870 r., studia dentystyczne ukończył w Northvestern University a od r. 1900 zajmował stanowisko profesora na wspomnianym uniwersytecie. Black przysłużył się bardzo jako organizator dentystycznemu stanowi lekarskiemu Ameryki. Jako dziekan szkoły dentystycznej przy Northvestern University wprowadził on specjalny dział dla dentystyki dziecięcej. Jego zasługą też jest urządzenie nowo wybudowanego w r. 1926 Instytutu dentystycznego przy Northvestern University, który był demonstrowany na VII Międzynarodowym Kongresie lekarzy dentystów. Był też bardzo płodnym jeśli chodzi o piśmiennictwo zawodowe. Opublikował ponad 200 dzieł z zakresu klinicznej dentystyki, dużo prac eksperymentalnych oraz podręczników naukowych. Jedną z największych Jego zasług dla dentystyki jest sporządzenie indeksu literatury dentystycznej, który w XIII tomach obejmuje wszystkie opublikowane prace, ogłoszone od roku 1839 w języku angielskim. Krótco przed śmiercią ukończył czterotomowe dzieło z zakresu chirurgii dentystycznej.

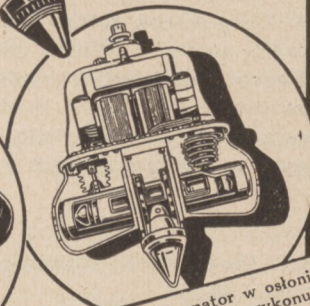
WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

21 milionów dolarów na cele dentystyczne. Czasopismo kanadyjskie „Oral Health“ nadmienia, że w ostatnich 25 latach w Stanach Zjednoczonych Ameryki wydano na cele dentystyczne około 21 milionów dolarów. Jeden ofiarodawca złożył milion dolarów na leczenie zębów na wyspach hawajskich, a jedna ofiarodawczyni przeznaczyła ponad 2 miliony na szkołę dentystyczną przy North Western University w Chicago, inni dwaj złożyli również około miliona dolarów. Bracia Forsyth wyasygnowali około 5 milionów, a fundacja Eastmana w Rochester przeznaczyła około 2½ miliona dolarów, nie licząc fundacyj dla krajów europejskich. Jeśli się do tych sum doda wydatki na dentystyczne wykszolenie w uniwersytetach i kolegiach wypadnie suma 21 milionów. Dla fundacyj lekarskich zebrano w czasokresie 25 lat około 300 milionów dolarów.

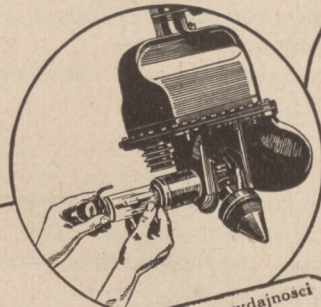
PODPORA PRAKTYKI



Generator na ramieniu no-
życowym zatrzymuje się
w każdym położeniu.



Transformator w osłonie
oliwnej. Rura wykonuje
obroty niezależnie.



Rura o wysokiej wydajności
chłodzona powietrzem,
wymieniana.

Rittera aparat roentgenowski

w 25.000 postaciach rozpowszechniony na całym świecie, stanowi wzór nowoczesnych aparatów roentgenowskich dentystrycznych, posiadając wszelkie właściwości w najdoskonalszym wykonaniu technicznym.

Bez względu na zabezpieczenie od szkodliwego działania prądu o wysokim napięciu i od wtórnego promieniowania, wygodny w użyciu, o estetycznym wyglądzie, niezniszczalny, daje przy standaryzowanej i nieskomplikowanej technice zdjęć i prostym sposobie użycia nawet w szybko po sobie następujących zdjęciach ostre obrazy, umożliwia pewne rozpoznanie oraz ujęcie leczenia i ułatwia stałą kontrolę pracy.

Na żądanie demonstracja aparatu i piśmiennictwo.

RITTER A.-G., DURLACH/BADEN

MEDYCYNĄ SPOŁECZNA.

II KURS MEDYCYNĄ SPOŁECZNEJ ZORGANIZOWANY PRZEZ WYDZIAŁ LEKARSKI UNIwersYTETU JANA KAZIMIERZA

odbędzie się w czasie od dnia 25 kwietnia do 31 maja 1938 r. we Lwowie.

W kursie mogą wziąć udział lekarze pracujący w instytucjach ubezpieczeń społecznych, w państwowych lub samorządowych urzędach zdrowia, lekarze wolno praktykujący, oraz odbywający obowiązkową praktykę szpitalną (stażyści). Udział w kursie jest bezpłatny.

Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych. Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić do kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego U. J. K. Lwów, ul. Marszałkowska 1 w dniach od 7 do 13 kwietnia 1938 r. z załączeniem dowodów uprawnienia do uczestnictwa w kursie. Wykaz kandydatów przyjętych na kurs będzie ogłoszony w dniu 21 kwietnia 1938 r. na tablicy ogłoszeń Dziekanatu Wydziału Lekarskiego. Kandydaci zamiejscowi zostaną zawiadomieni za pośrednictwem poczty o wyniku załatwienia podania. Szczegółowy program wraz z rozkładem i miejscem wykładów otrzymają kandydaci w dniu 22 kwietnia br. w kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego U. J. K. Lekarze, którzy otrzymają świadectwo odbytego kursu będą mieli pierwszeństwo w uzyskaniu stanowisk w ubezpieczalniach społecznych.

Program kursu:

25. IV. 1938 r. 1. Dr E. Doliński: Istota i rozwój ubezpieczeń społecznych. 1 godz. 18—19.
2. Doc. Dr M. Zimmermann: Ustawodawstwo z dziedziny ubezpieczeń społecznych. 2 godz. 19—21.
27. IV. 1938 r. 3. Dyr. S. Świdorski: Ogólna organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce. 1 godz. 18—19.
4. Dr W. Korski: Organizacja świadczeń w ubezpieczeniu społecznym. 2 godz. 19—21.
29. VI. 1938 r. 5. Prof. Dr K. Bocheński: a) Opieka nad matką i dzieckiem. 1 godz. 18—19.
b) Poradnictwo wieku niemowlęcego. Wykład ze zwiedzaniem Poradni i dyskusją. 1 godz. 18—19.
2. V. 1938 r. 6. Dr T. Falkiewicz: a) Organizacja leczenia w ubezpieczeniu chorobowym. 1 godz. 18—19.
b) zwiedzanie Zakładów Lecznicych U. S. (szpital U. S., przychodnia przeciwgruźlicza U. S., Zakład Lecznicy U. S. w Szkle) w porze ustalonej ze słuchaczami.
7. Dr St. Bühn: Zagadnienie profilaktyki w ubezpieczeniu społecznym. 2 godz. 19—21.

4. V. 1938 r. 8. Dr A. Ćwikliński: a) Higiena pracy i choroby zawodowe. 2 godz. 18—20.
b) Zwiedzanie Zakładów pracy (garbarni, drukarni, fabryki konserw, fabryki tytoniu w Winnikach) w porze ustalonej ze słuchaczami.
6. V. 1938 r. 9. Prof. Dr A. Cieszyński: Choroby zębów ze stanowiska higieny społecznej. 1 godz. 18—19.
10. Inż. St. Zwoliński: a) Krótki rys urządzeń ochrony pracy. 1 godz. 19—20.
b) Zwiedzanie zakładów pracy w porze ustalonej ze słuchaczami.
9. V. 1938 r. 11. Prof. Dr J. Lenartowicz: Choroby zawodowe skóry. 2 godz. 18—20. Wykład z pokazami i dyskusją.
11. V. 1938 r. 12. Doc. Dr A. Gruca: Chirurgia urazowa jako dział medycyny społecznej. 2 godz. 18—20. Wykład z pokazami i dyskusją.
13. V. 1938 r. 13. Dr H. Słoniewska: Zasady i metody badań psychotechnicznych. 2 godz. 18—20. Wykład i ćwiczenia praktyczne.
16. V. 1938 r. 14. Dr E. Doliński: a) Choroby społeczne i walka z nimi. 2 godz. 18—20.
b) wraz z Dr A. Ćwiklińskim zwiedzanie miejskich zakładów higieny zapobiegawczej w porze ustalonej ze słuchaczami.
18. V. 1938 r. 15. Prof. Dr A. Bednarski: Choroby oczu w medycynie społecznej. 2 godz. 18—20. Wykład z pokazami i dyskusją.
20. V. 1938 r. 16. Prof. Dr E. Artwiński: Choroby nerwowe w medycynie społecznej. 2 godz. 18—20. Wykład z pokazami i dyskusją.
23. V. 1938 r. 17. Dr St. Bühn: Orzecznictwo krótkoterminowe i emerytalne. 3 godz. 18—21. Wykład z ćwiczeniami praktycznymi i dyskusją.
25. V. 1938 r. 18. Dr W. Dzułyński: Orzecznictwo wypadkowe. 3 godz. 18—21. Wykład z ćwiczeniami praktycznymi i dyskusją.
27. V. 1938 r. 19. Prof. Dr W. Nowicki: Praca społeczno-lekarska lekarza na wsi. 1 godz. 18—19.
20. Prof. Dr W. Sieradzki: Odpowiedzialność karna i cywilna lekarza w związku z jego czynnością zawodową. 1 godz. 18—19.
30. V. 1938 r. Wycieczki.

Przeważna część wykładów, wygłoszona będzie w Sali Kopernika w nowym Uniwersytecie.

Szkolenie kadr lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny społecznej.

Nakładem Rady Naukowo Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych ukazał się niezwykle ciekawy referat prof. dra Stefana Pieńkowskiego pt. „Organizacja nauczania w Polsce medycyny społecznej w ogóle, ze szczególnym uwzględnieniem nauczania medycyny społeczno-ubezpieczeniowej“.

Uważając głos ten za bardzo ważny, przytaczamy poniżej wnioski końcowe autora:

„1. Nauczanie medycyny społecznej lekarzy i słuchaczy medycyny w Polsce jest potrzebą aktualną, wymagającą szybkiego i wszechstronnego zorganizowania.

2. Organizacja tego nauczania powinna iść w dwóch kierunkach, a mianowicie:

a) szerszego niż dotychczas uwzględniania zagadnień medycyny społecznej w uniwersyteckich studiach lekarskich;

b) umożliwienia lekarzom specjalizowania się w medycynie społecznej.

3. Urzeczywistnienie obu tych postulatów jednocześnie w sposób najbardziej racjonalny, dałoby się osiągnąć przez tworzenie specjalnych Instytutów medycyny społecznej, związanych z Wydziałami lekarskimi, w miastach uniwersyteckich. Jednym z zadań takich Instytutów byłoby nauczanie w formie wykładów dla słuchaczy medycyny, jako też i kształcenie specjalistów.

Należy dążyć do tworzenia Instytutów medycyny społecznej w miastach uniwersyteckich, tam zaś, gdzie nie będą mogły powstać, należy organizować polikliniki medycyny społecznej.

Ze względu na to, że ten plan maksymalny da się wcielić w życie powoli i stopniowo, należy do czasu jego urzeczywistnienia przystąpić do realizowania planu małego, a mianowicie:

4. W zakresie nauczania medycyny społecznej w czasie studiów lekarskich należy:

a) Szerzej uwzględnić medycynę społeczną w wykładach teoretycznych i klinicznych na Wydziałach lekarskich,

b) Powiększyć ilość godzin wykładów z higieny, przeznaczając je na higienę społeczną,

c) Wprowadzić lektoraty ustawodawstwa społecznego, ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczeń społecznych i orzecznictwa, przy katedrach medycyny sądowej,

d) Tworzyć przychodnie dla poszkodowanych przy zakładach medycyny sądowej.

5. Dla umożliwienia specjalizacji w medycynie społecznej należy organizować doroczne kursy dokształcające dla lekarzy dyplomowanych przy Wydziałach lekarskich, z uwzględnieniem nie tylko teoretycznych zagadnień, ale praktycznych i klinicznych według załączonego planu.

6. Wysłuchanie tych kursów winno obowiązywać kandydatów, ubiegających się o posady lekarzy w Ubezpieczalniach.

7. Dla realizacji małego planu, należy:

a) Wysłać za granicę (Włochy, Niemcy) dwóch co najmniej lekarzy dla specjalizacji w zakresie medycyny społecznej, zwłaszcza w chorobach zawodowych wewnętrznych i skórnych.

b) Wysłać za granicę pięciu kandydatów na przyszłych lektorów przy pięciu uniwersytetach, celem wyspecjalizowania się w medycynie społecznej.

c) Zwrócić się do Wydziałów lekarskich pięciu uniwersytetów, z prośbą o:

- 1) Uwzględnienie w nowym programie nauczania medycyny społecznej, przez „uspołecznienie“ katedr i wprowadzenie większej ilości godzin wykładowych z higieny.
- 2) Wskazanie kandydatów do wysłania za granicę, w celach specjalizacji w zakresie medycyny społecznej.
- 3) Wyrażenie zgody i poczynienie odpowiednich kroków dla zorganizowania lektoratów przy katedrach medycyny sądowej.
- 4) Utworzenie przychodni dla poszkodowanych przy Zakładach medycyny sądowej.
- 5) Zorganizowanie kursów dokształcających z zakresu medycyny społecznej w 1938 roku.

d) Nawiązanie ściślejszego kontaktu między Ubezpieczalniami i Wydziałami lekarskimi, zapewniającego dopływ chorych ubezpieczonych do klinik w ilości, umożliwiającej nauczanie medycyny społecznej w zakresie chorób zawodowych i urazowych przede wszystkim.

* * *

Projekt prof. Cieszyńskiego — Lwów:

Projekt powyższy jest zakrojony na szeroką skalę i wymaga stosunkowo wielkich środków ze strony Państwa.

Prof. Cieszyński zaproponował Ministerstwu Opieki Społecznej (18. I. 1938) sposób inny a nie obciążający Skarbu Państwa. Sposób ten może być już w obecnych warunkach zrealizowany. Każdy z profesorów, wykładający przedmioty kliniczne, uwzględnią w miarę możliwości jak najszerszej potrzeby społeczne środowiska polskiego. Odnosi to się także do stomatologii. O ile Ministerstwo wyda zarządzenie, że podczas egzaminu w każdym przedmiocie klinicznym dwa zapytania muszą dotyczyć higieny społecznej danego przedmiotu, wtedy dany profesor wykład swój będzie musiał rozszerzyć w kierunku higieny społecznej, a następnie i student będzie się musiał zapoznać z odnośnymi problemami.

DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ.

PROTETYKA.

Dr W. Geier — Stuttgart. *Fragen aus dem Gebiete der partiellen Prothese.* (Kilka uwag o dostawce częściowej). „*Korrespondenzblatt für Zahnärzte*“ 1938 r., str. 287.

Autor zaznacza, że nie chodzi mu tutaj o dokładną naukową rozprawę, ile raczej o kilka praktycznych wskazówek, dotyczących techniki sporządzania protez częściowych.

Proteza taka musi spełniać przede wszystkim 2 zadania: 1) powodować lepszą funkcję żucia, 2) ochraniać pozostałe jeszcze zęby przed przeciążeniem. Autor dzieli protezy częściowe, ze względów praktycznych, na 2 grupy: 1) **Protezy włączone** między pozostałe jeszcze zęby, 2) **Protezy dźwigniowe**, ograniczone z jednej tylko strony przez pozostałe jeszcze zęby. Te ostatnie mogą działać na zęby wyważająco, na kształt dźwigni. Działanie to pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy wyrostek zębodołowy, na którym spoczywa wolne ramię dostawki, ulegnie zanikowi.

Autor radzi w tym wypadku unikać klamer sztywnych, lanych, z pazurem na powierzchnię żującą, bo wtedy nieuchronnie przyjdzie do wyważenia zębów. Wszelkie metody podścielania protez są w tym wypadku przeważnie już spóźnione, bo chory zgłasza się, gdy ząb już jest rozchwiany. Możemy tu stosować następujące urządzenia: 1) Klamry druciane, elastyczne, 2) Połączenie pozostałych jeszcze zębów, albo za pośrednictwem mostków, albo tzw. klamer ciągłych, przez co przenosimy działanie wyważające dostawki, z poszczególnych zębów na wszystkie pozostałe, które w sumie mają oczywiście większą odporność, aniżeli każdy ząb z osobna. Następnie podkreśla autor, że protezy te mają spełniać nie tylko zadanie kosmetyczne, ale przez zastąpienie braków w uzębieniu, ochraniać pozostałe jeszcze zęby przed przeciążeniem, które, jak wiadomo, jest ważnym czynnikiem w etiologii parodontoz.

Ref. lek. St. Roth.

Dr W. Geier — Stuttgart: *Ueber die Verwendungsmöglichkeiten der weissen Edelmetall-Legierungen in der Praxis.* (O możliwościach stosowania w praktyce stopów białych metalów szlachetnych). *Korrespondenzblatt für Zahnärzte.* 1936 r., str. 175.

Wszystkie te stopy, znane w handlu pod różnymi nazwami jak: Palliag, Econer, Alba, Wego, Pedagan itp. mają podobny skład. Najważniejszym ich składnikiem jest pallad. Co się tyczy ich zalet, to należą tu taniać i lekkość materiału. Wadą ich jest to, że po dłuższym noszeniu w ustach mogą szernieć. Autor, na podstawie swoich spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że ostatnia właściwość zależy w dużym stopniu od techniki obrabiania tych stopów. Ważnym jest, by odlew nie był porowaty. Nie należy dalej samemu sporządzać stopów, lecz kupować je gotowe. Należy wreszcie dostawkę, przed jej założeniem, nieskazitelnie wypolerować. Jeżeli przestrzega się tych wskazówek, to zdaniem autora można stopów tych śmiało używać, zwłaszcza do sporządzania dostawek częściowych, które mogą być łatwiej utrzymywane w czystości i ewentualnie powtórnie wypolerowane.

Ref. lek. St. Roth.

POLOCAIN

SPIESS

Znakomity, znany środek do znieczulania miejscowego.

1	cm ³	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 cm³ 2 $\frac{1}{2}$ % 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 cm³ = 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 uzębienia.

Flakon zaw. 10 cm.

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Frieda Hoffman. Bezpośrednie pokrycie otwartej miazgi opiłkami zębinowymi. (Schweiz. Mtschr. f. Zahnh. 1937 Nr 2.).

Autorka wykonała szereg prób pokrycia rozmyślnie otwartej miazgi 47 zębów, opiłkami zębinowymi, własnymi i obcymi. 45 zębów poddano następnie kontroli prądem indukcyjnym, w okresie 14—21 dni po zabiegu, z wynikiem dodatnim, tzn. stwierdzającym żywotność miazgi i reakcję na prąd jak przed pokryciem. 34 zęby zostały usunięte po 3—9 miesiącach i poddane badaniom histologicznym. Wykazały one:

W 60% przypadków (20 zębów) zupełne zamknięcie otworu perforacyjnego przez wytworzenie się zębiny wtórnej i zwapnienie opiłków, wytwarzanie i normalne funkcjonowanie odontoblastów i niezmienioną miazgę.

W 15% przypadkach (5 zębów) zamknięcie otworu perforacyjnego i nieznaczny naciek okrągłokomórkowy powyżej i poniżej miejsca zwapnienia.

W 18% przypadków (6 zębów) zęby były zakażone, wykazywały ropne zapalenie miazgi i otorbienie ogniska.

W 7% przypadków (3 zęby) stwierdzono drobnowidzowo nie wielką perforację przy równoczesnym wytwarzaniu się zębiny wtórnej i zupełnie zdrowej miazdze.

Tak więc bezpośredni sposób pokrycia świeżo otwartej miazgi dał w 82% przypadków (28 na 6 zębów) wynik dodatni. Sposób postępowania autorki był następujący: usuwała wydrążaczem możliwie największą spróchniałą zębinę. Na ząb przeznaczony do badania i drugi kontrolny nakładała ślinochron, ząb osuszała i badała prądem indukcyjnym, po czym usuwała dokładnie zębinę uległą próchnicy i kształtowała ubytek. Ząb dokładnie zmyty H_2O_2 i alkoholem powlekano jodyną i wyjałowionym wiertłem otwierano in vivo najbliższą leżącą wypustkę miazgi. Krwawienie tamowano perhydrolem, otwór osuszano wyjałowionymi tamponikami z waty. Następnie pokrywano zranioną miazgę świeżo z zęba nawierconymi opiłkami zębinowymi, zwilżano je kroplą fizjologicznego roztworu soli i jałowym tamponikiem lekko przyciskano do miazgi. Na to wyjałowiona nad ogniem otoczka srebrna, zincum oxydatum i cement szybko twardniejący jako podkład.

Badania autorki wykonane przy zachowaniu możliwie największej aseptyki uważać należy za czysto doświadczalne. Trudno je bowiem zastosować w praktyce codziennej, zwłaszcza przy przypadkowym otwarciu miazgi. Nie mniej stanowi ona jednak bardzo poważny krok naprzód w próbach utrzymania żywotności otwartej miazgi metodą biologiczną.

Ref. Berger.

Dr W. Titkemeyer. — Holzhausen. Ueber Schmerzverhütung in der konservierenden Zahnheilkunde und neue Möglichkeiten derselben bei Verwendung von Corbasil. (O nowych możliwościach znieczulania w dentystyce zachowawczej przy zastosowaniu corbasylu). *Korrespondenzblatt für Zahnärzte.* 1936 r., str. 2.

Jeżeli ciągle jeszcze tak dużo ludzi stroni od dentysty i oddaje się w jego leczenie dopiero, gdy ból staje się nie do zniesienia, a więc gdy doszło już do zapalenia miazgi, to przyczyną tego jest strach przed bólem, jaki sprawiamy

WAŻNE!

POTANIAŁY

WAŻNE!

i stały się dostępne dla każdego praktyka

AMALGAMATY DE TREY'A i ASH'A

SOLILA

EXCELLENT



ASH'A Nr 2

EDECO

UWAGA: Dla wygody pp. Praktyków wprowadziliśmy obecnie **SPECJALNE MOŹDZIERZYKI DE TREY'A**, ułatwiające prawidłowo rozrabianie amalgamatów.

Praktyczny kształt moździerzka, umożliwiający mocno trzymanie go i należyte rozcieranie amalgamatu szklanym tłuczkiem, oraz niska cena

Żł 1.70 za komplet,

czynią z tej pożytecznej drobnostki bardzo korzystny nabytek dla każdego gabinetu.

Specjalne moździerzki DE TREY'A są do nabycia w upoważnionych składnicach artykułów dentystycznych.



DE TREY CO

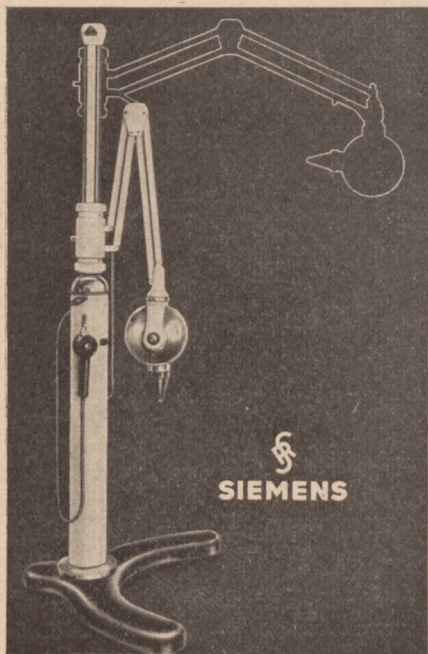
Sp. z o. o.

W a r s z a w a

choremu podczas naszych zabiegów zachowawczo-leczniczych. Ze wszystkich sposobów znieczulania, najlepsze wyniki daje nowokaina i jej podobne preparaty stosowane pod postacią zastrzyków. Autor poleca specjalnie nowokainę w połączeniu z Corbasilem, zamiast adrenaliny, gdyż wtedy wykluczone jest zupełnie szkodliwe działanie zastrzyku znieczulającego na miarę i tkanki okołozębowe.

Ta zaleta Corbasilu polega na tym, że nie powoduje on nadmiernego skurczu naczyń. Oprócz tego, środek ten, zdaniem autora, ma znacznie mniejszy wpływ na krążenie ogólne i wskutek tego, powinien być używany — zamiast adrenaliny — u sercowo chorych. Co się tyczy ubocznego działania corbasilu, to należy tu przede wszystkim działanie na tarczycę. Pod wpływem działania tegoż środka, występuje, wskutek miejscowych zaburzeń w krążeniu, obrzęk tarczycy i następnie wskutek ucisku powiększonego gruczołu tarczycowego, utrudnienie połykania i duszność. Objawy te występujące prawdopodobnie na tle reflektorycznym, są zupełnie nieszkodliwe i ustępują samoistnie po kilku minutach.

Ref. Roth Stanisław, lekarz.



SIEMENSa

„KULA RENTGENOWSKA“

IDEALNY APARAT
DO CELÓW
DENTYSTYCZNYCH

Pozwala :

- 1) Szybko i pewnie postawić diagnozę,
- 2) Śledzić postępy leczenia,
- 3) Kontrolować prace techniczne,
- 4) Ustrzec się błędów i ich skutków.

Nie ma dokładnej pracy bez:

KULI SIEMENSA

GENERALNE PRZEDSTAWICIELSTWO
S. PERETJATKOWICZ i S-ka

S. Z. O. O.

WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKIE Nr 37

Obsługa rejonowa :

Inż. Witold Legotke, Lwów
ul. Klonowicza 8, tel. 254-52

Inż. Paweł Kiszka, Katowice
ul. Kochanowskiego 12, tel. 340-93

Żądać prospektów i ofert !

WSZELKIE PRACE Z ZAKRESU NOWOCZESNEJ
CERAMIKI, PROTETYKI, ORTODONCJI ORAZ
WSZELKIE PRACE Z METALU VITALIUM KRUPPA

WYKONUJE

LABORATORIUM PROTETYCZNO-DENTYSTYCZNE

POD KIEROWNICTWEM B. TECHNIKA DENTYSTYCZ. KLINIKI
STOMATOLOGICZNEJ U. J. K. WE LWOWIE

J. KLEINROCKA

LWÓW, PL. AKADEMICKI 4. TEL. 216-47.

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.



ZĄB VERODENS

tak barwą jak i kształtem ludzaco naśladuje naturę. Nadaje się do zębów świekowych i mostków ze złota, lub kompozyoji metalu.

Zastępuje doskonale korony J A Q U E T A.

„Paladon“ plastyczny materiał do protez całkowitych, częściowych i kombinowanych — to rewelacja w dziedzinie protetyki dentystycznej

Wszelkie roboty z metalu WIPPLA, PALADIN I PLATIRIDIA przyjmuje firma

M. ARTELT i SYN

Lwów, Chorążczyzna 8. Tel. 232-79.