

SLOVANSKÁ STOMATOLOGIE

ORGÁN SVAZU SLOVANSKÝCH STOMATOLOGŮ A ZUBNÍCH LÉKAŘŮ

Vychází jako dodatek k »Zubnímu lékařství« — Praha —
a k »Polskiej Stomatologii« — Lvův v nepravidelných
intervalech.

REDAKTORI: Prof. Dr. A. Cieszyński — Lvův, Polska — Zielona 5a.

Doc. Dr. František Neuwirt — Praha XII., Č. S. R. — Fochova 64.

Číslo 2. tištěno v Praze pod redakcí doc. Dra F. Neuwirta.

ČESKÝM ČTENÁŘŮM!

Redakce předkládá veřejnosti druhé číslo »Slovanská Stomatologie« a prosí při tom o shovívavost, pokud se týče pravopisu. Vycházejíce vstříc přáním kolegů polských, činíme pokus, abychom jim přiblížili češtinu tak, jako oni nám usnadnili čtení prvního čísla úpravou pravopisu svého. Pokus náš není ukončen. Změní se jistě ledacos, ale musí se začít a chybami se učíme.

Zásady, podle kterých bylo postupováno, jsou: 1. Užití fonetického pravopisu všude tam, kde je u jiných slovanských jazyků všeobecně přijato, t. j. v cizích slovech. 2. Fonetická transkripce, kde se jí užívalo i u nás všeobecně až do století devatenáctého (zborník, spěv atd. místo nynějšího sborník, zpěv). Teprve v dobách probuzeneckých jsme se tu hlavně vlivem ruské církevní řeči odtrhli od přirozeného vývoje, jak se dál u jiných slovanských jazyků a učinili jsme tak vlastně tehdá krok nazpět. Vodítkem nám při tom byla nejnovější úprava slovenského pravopisu, která nám dává právo doufati, že se ubíráme správnou cestou.

3. Velikým novem jsou dvě koncesse kolegům polským, a sice vynechávání čárek nad samohláskami a záměna »ů« za »ó«. Redakce je si vědoma, že se jí dostane za tyto značné pravopisné odchylky výtek a znova zdůrazňuje, že činí pokus. Vynecháním čárek, které jsou od cizích čtenářů mylně pokládány za akcenty a v jejich užívání není ani oficiální pravopis důsledný, značně přibližujeme češtinu ostatním slovanským národům. V jiných jazycích není délka samohlásek rovněž nijak vyznačována, aniž by to vadilo při čtení, resp. vyslovování správných délek. Záměnu »ů« za »ó« lze pokládati za krok nazpět, byla však pro toto číslo ponechána na přání Poláků a z důvodů pokusných.

Redakce ujišťuje všechny, kteří se budou nad pravopisem pohoršovati, že ani jí nebylo při tom lehce. Pojem, vtělený ve slovo, je příliš vázán na zrakový dojem vžitě grafické značky a každé vybočení se pociťuje velmi nelibě. Odpoutáme-li se však od tohoto konservatismu a přecteme-li v klidu i jen toto jediné číslo, seznáme, že vše je pouze věcí zvyku. A proto dalšímu vývinu krásné myšlenky zdar!

Redakce.

Poznámka: »Slovanská stomatologie« přikládá se jako bezplatná příloha pro členy »Svazu slov. stomat.«, kteří zaplatili vklad 1 dolaru a jsou abonenty časopisu »Zubní lékařství« a »Polska stomatologja«. Členové korporativní, kteří mají předplaceny výše jmenované časopisy, dostávají »Slov. stomat.« zdarma.

Proslov Dra V. Naprstka z Prahy na schůzi Spolku čsl. zub. lékařův dne 12. XII. 1931.

Damy a panove,

již několikrát jsme se Vám zmínili o »Svazu Slovanských Stomatologův«. Dilo roste tak, že výbor, zvolený v Paříži si dovoluje opět Vám referovati.

Můžeme pozorovat, že v posledních letech je náš organizační život na značném vzestupu. Ještě před málo víc než 10 lety byl náš spolek idylou a dnes je to pevná organizace, která hají cílevědomě a houževnatě zájmy svého stavu. Lokální spolky srostly, byl vytvořen »Svaz čsl. zub. lékařův«, zaujímající celý stát a spějeme k metám dalším. Naše obzory se rozšiřují přes hranice státu. Letošní zájezd do Paříže a pokračování porad v Budapešti nese své ovoce. Uvědomili jsme si, že 212 milionů platí víc, než milionů 15. Ve světě najde docela jiný ohlas »Societas Stomatologica Slavica«, která by representovala oněch 212 milionů Slovanův, než »Svaz čsl. zub. lékařův« státu o 15 milionech obyvatelův.

Tyto jasné věci uvědomují si i ostatní Slované. Dnes konstatujeme s radostí, že Poláci chopili se práce s takovým tempem, že se musíme činit, abychom s nimi udrželi krok. Prof. Cieszyński se dal do díla tak energicky, že Vám dnes můžeme předložit časopis »Slovanska Stomatologie«.

Tento časopis pokouší se vybudovati mosty mezi Slovány, najít cesty, kterými by se zblížili nejen po stránce odborné a stavovské, nýbrž i po stránce lidské. Příkopy, které nás dělí, nejsou ani tak hluboké, ani tak široké, aby se nedaly přejít. Ba dokonce to není ani zvlášť těžké. V prvé řadě je potřeba si porozumět. A tu redakce »Slov. Stom.« vychází z praktického hlediska, že je nutno si osvojit aspoň pasivní znalost druhých slovanských jazykův.

Je to poměrně snadné. Různicich se výrazův pro jeden pojem je dosti málo a ty budou v každém čísle »Slov. Stom.« přeloženy. Rozdílů razu více méně dialektálního se brzo setrou a zanedlouho se stane druhý slovanský jazyk běžný. Dostí velkou obtíží byla však různost písma a značek. Tak na př. polština změkčuje hlásky spřežkami, čímž se slova stavají příliš dlouhými a oko Nepoláka nemůže je pojmouti jako celek a četba unavuje. A tu musíme s hlubokým vděkem uznati snahu Polákův o zblížení s námi, projevenou tím, že upouští od svých zhlukův hláskových a přijímají ve »Slov. Stom.« naše změkčovací znaménka.

Cesta, která byla započata, je velmi slibná, je tak jednoduchá a při tom takového významu, že vzbuzuje živý zájem lingvistův a slavistův. Vychází z praktických potřeb a tak se také uplatňuje. Nechce tvořit nějaký nový mezislovanský volapük, nýbrž chce docílit jednoduchými prostředky co největšího porozumění druhým slovanským jazykům a tím zblížení s nimi. Tedy cesta praktická a zdravá. Tato cesta nám vymůže ve světě místo rovných mezi rovnými, ona vynutí si jeden slovanský jazyk mezi kongresovými jazyky a proniknutí našich vědeckých prací přes hranice. O posílení našeho vlivu na stavovské otázky z hlediska světového ani nemluvim.

Ale musíme tomu opravdu chtít. Musíme to vyjádřit číselně, počtem členův »Svazu Slovanských Stomatologův«. A proto Vás, kolegyně a kolegové, vyzývá Národní komitě »Svazu«, abyste se přihlásili v hojném počtu za členy. Vaši povinnosti je zaplatiti 1 dolar, t. j. 33 Kč ročně a za to prozatím dostanete 4 čísla »Slovanske Stomatologie«, referující o všech významnějších pracích slovanských autorův a o stavovských otázkách v jednotlivých našich státech. Při tom podepřete dílo, které neobyčejným způsobem upevní naši mezinárodní pozici. Neboť jen tam se hne svět, kam se síla napře!

Předmluva před referaty:

ČÁST VĚDECKÁ.

Vědeckou část II. čísla »Slovenske Stomatologie« začínáme publikaci referátů z prací kolegův polských, které vyšly v r. 1930 a 1931. V čísle III., jež vyjde v Polsce, budou publikovány referaty z prací českých. Prosíme kolegy z jiných slovenských narodův, aby nam laskavě zaslali referaty ze svých časopisův. Chceme v referatove části zachytit přehled cele slovenske literatury stomatologicke.

Vysvětlivky:

Pregl. Dent. = Přehľad Dentystyčny, vychazejici měsíčně ve Varšavě, Kredytova 16.

Pol. Stom. = Polska Stomatologja, vychazejici 2měsíčně ve Lvově, Zielona 5.

ANATOMIE. PATHOLOG. ANATOMIE.

Gondzik J. Dr., Król. Huta: **Kilka słów o pozostaniu zębów mlečných.** (Několik slov o perzistenci zubův mlečných.) Pol. Stom. 1930, p. 184—186.

Autor referuje o případu s perzistenci 2 horních druhých mlečných řezakův, při čemž nebylo definitivních zubův a současně perzistoval pravý horní mlečný špičák a byl retinovan špičák definitivní.

Gombiński Jan, Varšava: **Przypadek mnogich zębów w zębie (Polyodontoma).** (Případ mnohých zubův v zubě.) Pol. Stom. 1930, p. 253—257.

V ekstrahovanem kořenu hor. praveho druhého premolaru zjistil autor utvar, který makroskopicky vypadal jako zub v zubu. Mikroskopicky se našlo, že tento utvar se sklada ze 3 částí. Na periferii vlnovite vrstvy cementu s Hawerskými kanalky. Hluběji kanalky normalního dentinu, uložene paralelně. V centru kořenový kanal, ve kterem byly uloženy 2 male zoubky a na periferii dentinu ještě čtvrtý zoubek. Je to Odontom (?) s mnohotnými zoubky (Polyodontoma), vyznačující se značnou diferenciací tkáně. Autor zdůrazňuje, že utvar zachoval podobu zubu a byl uložen normalně v alveolu.

Gombiński J. Dr., Varšava: **Badania nad ziarniniami okolowiercholkowemi zębów.** (Badani o zanětech okolo hrotův kořenův.) Pregl. Dent. 1930, č. 1.

Histologicke vyšetřování 56 granulomův periapikalních dovoluje tvrditi, že:

1. ve všech formách granulomův je možno naleztí makrocyty.
2. Ty se vyskytují převažně jako makrocyty při corpus alienum původu endotelialního nebo histocytův.
3. Corpora aliena mohou tu byti zbytky kosti, dentinu, cementu, anebo elementy, které dostaly se skrz apeks ze zubního kanálu.
4. V řídkých případech mohou granulomy sestavati pouze z makrocytův.
5. Vzhledem k histologii mají granulomy charakter tkáně inflamační a rezorpční.
6. Obyčejne granulomy mají histologicky často tendenci k cikatrizaci formou hojne kolagenni tkáně.
7. Tato cikatrizační tendence nebyla konstatovana u granulomův s elementy epitelialními.

Z vyšetřovaných 56 granulomův bylo 38 obyčejných, 12 s elementy epitelialními a 1 s makrocyty.

Konkluze: Je nutno nalezti diagnostickou metodu, kterou by se daly odlišiti granulomy obyčejne (s tendenci cikatrizační) od granulomův s elementy epitealními (bez této tendence).

Nezbytnou podmínkou konzervativního lečení granulomův a zvláště prevence jejich tvoreni je perfektní sterilizace a vyplnění kanálu, které by znemožnilo projiti draždícím činitelům skrze apeks.

Jedinou radikální metodou lečení granulomův je resekce apeksu.

Cieszyński A. Prof. Dr. med., Lvov: Vplyv aparatu sluzácego do zucia na statyčnú budovú čaški. — Próba rekonstrukci artykulaci zębův na podstavie vynikův statyčných košcea tvařevogo. (Vliv žyvkaciho aparatu na statickou vystavbu lebky. Pokus o rekonstrukci artikulace zubův na základě rezultatův o staticke vystavbě obličejovych kosti.) Pol. Stom. 1932, p. 23.

1. Organ lidske rovnovahy je na průřezu frankf. horizontaly s vertikální frontální rovinou, prochazející v místech porí acustici externi.

2. Velká pevnost lebky spočívá v její elyptické, klenuté stavbě, vystužene křížovým zesílením (pars basilaris ossis occipitalis), od něhož šikmo dozadu vybíhají obě pyramidy a do předu (mezi předními rameny kříže) kosti spodiny mosku s okraji křídel kosti klinových.

3. Jako druhotné vystužení přistupují k tomu ještě zesílení ve formě prstenův, probíhající sagitálně a horizontálně, končící v předu v ploše obličejové.

4. Šikmé postavení vnitřního křížového zesílení a středních valův je podmíněno skeletem tvařovým se žyvkacím aparatem.

5. Egzistuje oboustranná korelace mezi moskem a kostrou obličejové.

6. Mozek má velký vliv na velikost sfenoidálního uhlu. Jedna se o

a) momenty zděděné,

b) kalcifikační etapy moskove kostry,

c) uložení mosku podle životních podmínek.

(U horníkův, dělníkův a lidí, kteří od nejtulejšího mladi pracují se skloněnou hlavou, vyvinuje se typ brachycefalův. U venkovanův, namořníkův a j., kteří pracují s vypnutým krkem a hlavou zakloněnou, vyvinuje se typ dolichocefalův.)

7. Každý typ lebky má charakteristicky sfenoidální uhel a typické postavení žyvkaciho kužele ku přední části baze lebky.

8. Žyvkací aparat je ve statické rovnovaze. Z toho důvodu nepocítují se žádné otřesy lebky při funkci žyvkaciho aparatu.

9. Tlaková síla maseterův a m. pterigoideus int. probíhá paralelně se zadním ramenem sfenoidálního uhlu.

10. Anomalie žyvkaciho aparatu působí sekundárně na kostru mosku.

11. Typické anomalie skusu mají charakteristické postavení ke nasiu, resp. ku glabele a charakteristickou polohu kousací roviny k frankf. horizontale.

12. Je nutno si uvědomiti, že ortopedycké zakroky při regulaci chrupu mají, pokud nejsou ještě švy lebeční kalcifikovány, sekundární vliv na lebku.

13. Rekonstrukce nejdůležitějších hlavních bodův mandibuly je nejjzřetelnější na kostře horní části obličejové bez dolní čelisti.

14. Na temže principu je myslitelná rekonstrukce nejdůležitějších bodův horní části obličejové a lebky z čelisti dolní.

15. Artikulace chrupu je resultátem statických poměrův lebky a funkce žyvkacích svalův.

16. Uměle reprodukce artikulace lze docílit v artikulátoru s ideálním vyky-

vovym bodem na vrchnolu žvykacihó kužele, na způsob balance-artikulatoru Hagmanova, nebo stabiliocluseuru Villainova.

17. Distanec mezi vrcholem žvykacihó kužele a žvykaci roviny je možno zjistiti pomoci laterálního ekstraoralního röntgenogramu a přenesti na artikulator s ideálním vykyvovým bodem.

KONSERVATIVNI.

Bardaszówna A. D. Dr. med., Lvóv: **Prepušćalnosć vypelnien tymčasových v šviete badañ barvikových i bakteriologických.** (Propustnost prozatimních vyplni ve světle skoumani barviv a bakteriologických.) Pol. Stom. 1930, p. 79—83.

Provizorni vyplně neuzaviraji hermeticky ošetrovany zub a nechraní proto před infekci v průběhu ošetrovani. Skoušky pomoci barviv ukazaly, že nejlepší prozatimní vyplně jsou tyto: Originalní Fletcher, Aquadont a guttapercha White. Skouškami bakteriologickými se zjistilo, že nepropustny pro bakterie je pouze Klarid a Tymolcement (vlivem přimíšení tymolu podle Cieszyñského). Pro praksi platí proto pravidlo, že přestavky mezi jednotlivými sezeními pacienta mají byti co nejkratši.

Szepelski K. Dr. med., Varsava: **Próba zastápenia arsenu v terapii zapalení miazgi.** (Praca konkursova.) (Pokus o nahrazení arzenu v terapii zanětív dřené.) Prgl. Dent. 1930, č. 11.

Z hlediska patologicko-anatomickeho a bakteriologickeho je výběr vhodné terapie při pulpidách velmi těžky a je nutno se spolehati na metody farmakologicke. Dle Palazziho a Schrödera je injekční metoda lepší, než arzen. Autor se pokusil najít nový devitalizační a mumifikační prostředek. Je to modifikovaná směs Carnyova s přidavkem formalinu a acetonu: Alkoholi, Chloroformii, Formalini aa 3,00, Acidi acetici glac. 1,00, Acetoni 5,00. Výsledky byly velmi dobre. Autor pozoroval 16 případův a domníva se, že by jeho metoda mohla byti dalším krokem v terapii pulpidit.

Atlas K. Dr., Lvóv: **Observace klinické při užyciu penetryny Dra Linki v stanach zapalných ozębnej.** (Klinická pozorování při užiti »Penetrinu« dra Linky v případech zanětu ozubice.) Prgl. Dent. 1931, č. 12.

Autor hovoří o nedostatečnosti našich dosavadních metod ošetrovani periodontitid a víta preparat »Penetrin« dra Linky (Terst) jako pokrok. Ačkoliv nesusouhlasí se vším, co dr. Linka ohledně uživani Penetrinu udava, přec na základě asi 20 případův za 2 leta tvrdí, že při spravné aplikaci a indikaci lze dociliti nejlepších rezultatův. Bojí se však použivati Penetrinu, jak dr. Linka radi, v kombinaci s arsenem do kanalku za účelem lečení granulomův.

Brennejsen L. Dr. med., Varsava: **Kilka uvag, dotyčácych plomb porcelanových.** (Několik úvah, dotykajících se porcelanových plomb.) Prgl. Dent. 1930, č. 8.

1. Zjednodušeny způsob palení: Prašek Jenkinsův možno vypalovat bez pece, na malém plameni Bunsenově, ba i na špiritusovem. Je nutno však vypalovat pouze na folii, kterou nesmíme zanořiti do zatmelovací hmoty. Tu je dvoji nebezpečí: spaleni folie (zvlášť jestli uživame jen zlate) a změny velikosti plomby při palení, čímž se deformuje i folie. Spaleni zlate folie zabranime tím, že potřeme její okraje práškem porcelanovým, smichaným s vodou. Změny velikosti zamezime takto: na dno formy (folie) nanese me kuličku na husto rozdělane masý porcelanove tak, aby se

co nejmeně dotýkala folie a vypalíme to. Tak nam vznikne jádro, které potom obkládáme masou poněkud řídkší tak, aby se ještě nedotýkala bočních stěn formy a znova vypalíme. To opakujeme po přidání ještě, takže dostaneme jádro, které pak již nemění příliš svoji velikost a dotýka se folie pouze na malé ploše a nedeformuje ji. Konečně vyplníme malou prostorou mezi tvrdým jádrem a bočními stěnami folie tak, že ji nejdříve zaplníme vodou a pak malým štětečkem nanašíme po troškách řídko rozdělanou masu porcelanovou. Hlavní jádro se pak při palení již téměř nemění a lze tedy provést konečně palení bez deformace celé plomby.

Zakladní jádro lze naložit též na jednu bočnou stěnu folie a postupovati odtud přidáváním dale. Pukání porcelanu zabráníme tím, že nahříváme i chladíme zvolna.

2. Porcelanové plomby na incizální hraně zubu se léhko odlamují. Tomu zabráníme, zhotovíme-li zlatou inlay, zakotvenou ze spodu a do te zasadíme zředu porcelanovou plombu. Autor nakresem znázorňuje zakotvení.

Wilga H. Prof. Dr. med., Varšava: **Lečenie zębów z miazgą w stanie zgořelinowego lub ropnego rozpadu.** (Lečení zubův s dřeni nekrotickou nebo purulentní.) *Pregl. Dent.* 1930, č. 9.

Autor promlouvá o důležitosti lečení průduchův s nekrotickou pulpou a o obtížích zaviněných četnými ramifikacemi u apeksu a infikovanými kanálky. Uvádí vyznačnější práce z literatury, jednájící o této otázce. Metody lečení gangreny se za posledních 10 let celkem nezměnily. Pouze se zdokonalily v poslední době kontrolou röntgeno- a bakteriologickou.

Dále popisuje svoji metodu lečení kanalku s gangrenozní pulpou.

1. Před vyškrabáváním nekrotických mas vyhyba se užití medikamentův, které sražeji bílkoviny.

2. Neutralisuje toxiny gangrenozně dekompozované pulpy.

3. Široko otevře *cavum pulpae*, aby si usnadnil přístup do kanalkův a röntgenuje před počátkem lečení.

4. Ve 2—3 vizitách vyškrabuje a dezinfikuje gangrenozní hmoty z kanalku a postupuje při tom po malých oddílech. Používá Antiforminu, nebo NaOH, čímž rozpouští organické části pulpy v emulzi, kterou lze snaze odstraniti.

5. Až do té doby, dokud nejsou gangrenozní hmoty odstraněny, přikryva vstup do kanalkův tamponkem vaty, na který vloží do *cavum* druhy tamponek s formalinem a uzavře nehermeticky, na př. dalším tamponkem se sandarakem. Při periodontitidě ponechá docela otevřeno. Formalin precipituje bílkoviny, jeho páry prostupují tamponkem vaty na kanalcích a dezinfikují a neutralizují tak toxiny gangrenozních mas.

6. Když odstraní všechny gangrenozní hmoty, vymyje kanalky opět Antiforminem, či NaOH a určí si delku kanalku pomocí Millerovy jehly a Röntgenem. Pak rozšiřuje kanalky mechanicky, pomocí pilníčkův. Jsou-li příliš úzke, použije aqua regia a opět vymyje Antiforminem, nebo NaOH. Konečně zavede do kanalku smotek vaty, inbibované 1% roztokem Tymolu, na to položí do *cavum* tamponek suché vaty, na něj tamponek s formalinem a uzavře to hermeticky.

Tento postup opakuje několikrát, dokud není vata v kanalku úplně suchá a bez zapachu.

7. Konečně plní pastou jodoformovou s camforofenolem a formalinem. Ta uzavře dostatečně kanalky, nedráždí periodontium a je dlouho dezinfekční.

8. Je žádoucí učiniti před plněním bakteriologickou skoušku s vatou, vyňatou z kanalku.

9. Po zaplnění kanalku je nutno opět röntgenovati.

CHIRURGIE.

Cieszynski A. Prof. Dr., Lvov: *Einige Bemerkungen zur Therapie der Erkrankungen des unteren Weisheitszahnes und zur Exaktion desselben.* (Několic poznámek o terapii onemocnění dolních třetích molarův.) Monatschrift ungarischer Mediziner. No. 7—9, 1931.

1. Od dolních třetích molarův pochazejí těžké komplikace stomatologických chorob, ohrožujících život. Autor pojednava o anatomických poměrech těchto zubův a udava indikace ošetřování konzervativního, nebo chirurgického. Je nutno vždy změřiti teplotu. Ve všech případech inflamačních v regio molarum by se mělo röntgenovati. Při terapii konzervativní radi vždy injikovati polyvalentní serum intramuskulárně do gluteův. Omnadin (Meister-Lucius) poklada za lepší, než Propidon, protože nema tak nepřijemne reakce.

2. U perimaxilárních flegmon se zvýšenou teplotou a známými symptomy je nutno nejdříve otevřiti flegmonozní ložisko. Jsou-li měkké partie silněji infikovány, nedoporučuje se dlabání kosti. Ekstrahovati se ma podle poměrův. Spůsob zakroku zaleží hlavně na poloze osy molaru. Ilustrace demonstrují názorně spůsob zakroku. Pokud se tyče elevatorův, autor doporučuje instrumenty Barryho. Dají se dobře upotřebiti i při hluboko frakturovaných II a III molarech.

3. Principiálně nedoporučuje ošetřování kořenův dolních III molarův pro nebezpečí velkého procenta flegmonozních komplikací.

Cieszynski A. Prof. Dr., Lvov: *Anesthésie tronculaire du nerf trijumeau.* (Kmenova anaesthésie n. trigemini.) Předneseno na kongresu »Federation Dentaire Internationale« r. 1931 v Paříži.

1. Autor podrobil revizi injekční techniku na foramen rotundum a ovale a to tím spůsobem, že zavedl jehly všemi známými a anatomicky možnými cestami k těmto foraminům a pak pořídil röntgenogramy, event. i řezy lebky. Röntgenogramy jsou v rovinách navzájem kolmých, nebo paralelních a topografická orientace se děje nejčastěji vzhledem k frankfurtské horizontale. Práce je doprovázena četnými obrázky.

2. U injekci na for. rotundum určuje si autor jeho přesnou polohu takto: Nakreslí na kóži frankfurtskou horizontálu od sulcus praetragicus ku laterálnímu okraji orbity; linie se rozdělí na tři stejné díly a 5 mm dorzálně od první (anteriorní) třetiny leží bod, který odpovídá přesně transverzální lokalizaci for. rotundum na frank. horizontálu. Projikuje-li tento bod k bodu pod processus zygomaticus maxillae, dostava směr injekce do fossa pterygopalatina, resp. k foramen rotundum. Vyhodne je dati hlavu pacientovu do takové polohy, aby tato linie, spojující Cieszynského bod na F. H. s bodem subzygomatickým byla v horizontale.

3. O injekci na for. rotundum kanálem palatálním se z práce dovidáme, že Cieszynski tuto metodu inauguroval. Užívá k ni bajonetovitě zahnutých kanyl.

Autor ma bohaté zkušenosti v indikacích a technice anesthésie na for. rotundum a shrnuje je takto: nejjistější je cesta přes canalis palatinus, ale nebezpečná (zlomení jehly, sepse); perorbitalní cesta je příliš dlouhá, pacienti se jí obávají; metoda dle Payora (z Cieszynského bodu nad arcus zygomaticus) transverzálně k fossa pterygopalat. je nejméně nebezpečná; při vpichu pod os zygomaticum je vedení jehly velmi obtížné a navod Cieszynského k udržení správného směru práci velmi usnadní.

4. Kmenova anesthésie III. větve trigeminu (na foram. ovale). Autor si stanovil pomocí röntgenogramu lebky, že for. ovale leží na linii, spojující obě tubercula articul. čelistního kloubu a to tak, že leží v místě, které by prořála kolmice, vedena pupilou. To znamená, že si v daném případě může vypočítati hloubku for. ovale pod

mistem vpichu (před tuberculum articul.) a ušetří jedno vpichnutí ku stanovení hloubky dle dosažení os. pterygoid.). Metody submaksilární neuziva, protože její cesta je příliš dlouhá. Intraorální metoda není aseptická.

5. Na ganglion Gasseri jde Cieszyński přes for. ovale a přidržuje se metody Haertlovy, ale precizuje techniku tím způsobem, že si na frank. horizontálu zakreslí pupilární i tuberkulární (tuberculum articul.) bod a zavádí jehlu při vizírování obou těchto bodův. Ucítí-li spodinu lebeční (foramen ovale), zavede jehlu ještě 1½ cm do hloubky.

6. Cieszyňského práce je velmi pozoruhodná, musí se bedlivě studovati a je zajímavé, že se při ní uplatňuje taktáž vyšetřovací metoda, kterou Cieszyński užil k objasnění architektury lebky (přednáška na posledním mezinárodním kongresu dentálních röntgenologův v Paříži).

S z a f r a n v l. D r., L v ó v: **Dzisiejsza metoda operacyjna »odcięcia ścytu kořenia« v šviele badań bakteriologicznych i histopatologicznych.** (Dnešní operační metoda amputace hrotu kořenového ve světle zkoumání bakteriologického a histopatologického.) Přegl. Dent. 1930 č. 5.

1. Autor podrobil dnešní metodu resekcce apeksu vyšetřování bakteriologickému a histopatologickému. Vyšetřováním dochází k přesvědčení, že periost, pokrývající operační defekt, je ve většině případův infikován bakteriemi granulomu. Akutní progresa zanětu granulační tkáně okolo apeksu zničí vazivovou bariéru granulomu, je příčinou infekce okolní tkáně a tím i periostu kosti. U 56 vyšetřovaných případův ekscidovaného periostu našel jen v 9 případech patologicky změněný periost bez bakterií. Tím dokazuje, že mukoperiostální lalok, kterým se po operaci pokrývá defekt v kosti, je neúčelný, protože se infikuje tím koagulum krevní a rána, což musí vésti ku hnisání a hojení per secundam intentionem.

2. Od 3 let provádí autor, aby docílil hojení per primam a tím skrátil dobu hojení, resekcce apeksu podle vlastní modifikace. Změna je v tom, že vede řez pouze skrze sliznici a měkče části pod ní. Měkče části pak odpreparuje široce nahoru a dolů a pak eksciduje periost, který je zpravidla značně stluštělý, patologicky změněný a infikován. Pokračování operace děje se jako obvykle. Zevní kostěná lamela se oddělá a apeks odřízne se strany ostrou fisurkou. Při tom se však musí dbati toho, aby nevznikla vřada za apeksem žádná ryha v kosti, ve které by mohl pak ostati infikovaný materiál a býti příčinou sekundární infekce. Okraje rány sešije 4—6 stehy jodovým hedvábím. Pacient vyplachuje po operaci často usta hydrogeniem hyperoxyd.

J a r z a b J. P r o f. D r. m e d. d e n t., P o z n a ň: **Klinične, roentgenologične, anatomo-patologične vynyky badań zębów po odcięciu viercholka kořenového.** (Klinické, roentgenologické a patologické anatomické výsledky zkoumání zubův po amputaci hrotu kořenového.) Pol. Stom. 1930, p. 3.—17.

1. U chronických periostitid je resekcce apeksu jedinou jistou terapií. Na upevňovací aparát zubu v alveolu a na pozdější funkci nemá resekcce velkého vlivu. Dokázal to klinicky měřením zvykacího tlaku pomocí Haberova aparátu u zubu resekováného i korrespondujícího. Již po prvním týdnu fungoval resekováný zub normálně, ačkoliv zhojení rány v kosti a vyplnění defektu spongiózou trvá značně déle, asi 1½ roku. Podmínkou dobrého zhojení je hermetické uzavření kanálu, který vyplňuje po ošetření parafinem. Je-li kanál vlhký, uzavírá jej ze strany apeksu amalgamem při operaci.

2. Mikroskopické vyšetřování exkochleované retroapikální tkáně při nedosta-

tečné struktúre kosti na röntgenogramu po 11 mesiacich ukazuje jizevnatou tkaň, ve ktore temer nejsou elementy kostni.

Po 18 mesiacich po resekcii nemohlo byti jeste zjistené röntgenologicky uplne vyplneni defektu spongiozou. Mikroskopicky tu našel obraz jizevnate tkané fibrilarni struktury a misty jeste zanetlivou infiltraci. Klinicky se však može i takovy pripad pokladati za vyhojeny, ponevác pri bakteriologickem vysetrovani nezjistila se infikovana tkaň. Jestliže k vyleceni nedošlo, byl tu patologicko-anatomicky opét stav chronicke periostitidy.

3. Resekovane zuby mohou byti pouzity za pilire i pro vicecenne móstky. Zjistil funkci spravnou jeste po 7 letech. V tom pripadé se snesl bezvadné žyvakci tlak 26 kg.

Brennejsen L. Dr. V ar š a v a: Z kazuistyki ekstrakcyjnej. Pŕegl. Dent. 1931, č. 12.

Dolni druhy premolar rostl směrem k jazyku, vychyleny od osy asi o 60°. Okolní zuby byly uvolněné a sousedni molar měl velkou plombu, takže opření o něj bylo nebezpečne pro možnost fraktury. Na založení klešti nebylo místa. Zavedena tedy separační guma mezi 5 a 6 na několik dni a pak i mezi 4 a 5. Tim se získalo tolik místa, že bylo možno založit kleště a zub lehce ekstrahovat.

J a n k o w s k i M. Dr. m e d., L v ó v: ěadki pŕypadek wejšcia pozostawionego kořenia drugiego dwuguzkowca górnego pomiędzy kořenie piervšego zęba tŕonowego. (Ridky pripad uloženi zalomeného kořene druhého premolaru mezi kořeny prveho tŕenowce.) Pol. Stom. 1930 p. 85.—86.

Autor referuje o pripadu uloženi frakturovaného kořene mezi radiksy sousedního zubu. Popisuje ekstrakční techniku a etiologii pripadu.

J a r z ą b J. Prof. Dr. m e d. d e n t., P o z n a ň: Z badañ nad udoskonaleniem šrodków zniećulających. (O zdokonaleni prostŕedkov anestetických.) Pol. Stom. 1930, p. 117.—130.

Novocain ve spojeni se suprareninem se v kratke době chemicky měni. Autor doporučuje novocain se suprareninem rospuštěny v 1% KCl. Tento rostok reaguje alkalicky a ulehčuje tak vniknuti novocainu do celuly. Množství novocainu a suprareninu se proto može snížit.

J a r z ą b J. Prof. dr. P o z n a ň: Ćalowe pŕeçhovywanie sŕykwavek i podŕęcnych nářędzi dentystycznych. (Sterilni uchovavani sŕiřkaček a drobných nástrojův zubolekařských.) Pŕegl. Dent. 1931 č. 1.

Na stomatologicke klinice poznaške university uživaji rostoku formalinového s boraksem Rp: Boracis 15, Formalini 20, Aq. dest. 1000. Tento rostok niči v 5 min. všechny bakterie. Nastroje do tohoto rostoku ponořene lze uchovati po neomezenou dobu sterilni. Sŕiřkačka se proplačne pŕed použitím několikrat sterilni vodou, neboť zbytky formalinu, které by byly vsŕiknute s injekci do tkané, by vyvolaly inflamační změny a bolest. Drobné nástroje, ponořene do tohoto rostoku, jsou po 10 min. spolehlivě sterilni. Rostok je nutno chovati dobře uzavřeny, protože jinak by se jeho baktericidnost zmenšovala unikanim par formalinu.

C i e s z y ň s k i A. Prof. Dr., L v ó v: O ropowicach sęcówkowych. (O čelistnich flegmonach.) 1931. Stran 198, 130 obrazův, 6 tabulek. Naklad. »Polske Stomatologie« Lvów, cena 15 zl.

1. Tato monografie, spracovavajici podrobně anatomickou, patologicko anatomickou, bakteriologickou a klinickou stránku flegmon pôvodu ustního na základě materialu stomatologicke kliniky lvovske z let 1925—31, je v přítomne době nejdokladnější prací z cele světove literatury.

2. Ve všeobecné části mluví autor o infekci a reakci organismu a rozděluje bakteriologické nalezky flegmon ještě před extrakcí vinneho zubu a flegmon, vzniklých po extrakci. V tomto případě je bakteriální flora rozmanitější a s charakteristickým nálezem saprofytů a spirochet. U osteomyelitických procesův je velmi často přítomen stafylococcus aureus. Jeho zjištění je důležité pro případy, kdy röntgenogramem nelze ještě najít osteomyelitických změn. Svědčí o těžkém průběhu.

3. Podrobně tabulky udávají procenta vyskytování se různých mikroorganismův a jejich symbioz v rozličných formách onemocnění.

4. Ve speciální části jsou velmi svědomitě zpracovány cesty hnisavých infiltrací. Doposavadní označování flegmon bylo velmi nepřesné. Egzaktní diagnosa a charakterisace postižených prostor fascií je nadmiru důležitá, jak vzhledem k prognóze, tak pro terapii. Cieszyński rozděluje lokalisaci v 10 spatií, při čemž se ovšem infekce může kombinovati. 1. Spatium submentale, 2. Sp. basale intramusculare linguae. 3. Sp. sublinguale. 4. Sp. submandibulare. 5a. Sp. parapharyngeum anticum. 5b. Sp. parapharyngeum lat. Sp. parotideum. 6. Sp. retropharyngeum. 7. Sp. pterygomandibulare. 8. Sp. infratemporale. 9. Sp. temporale. 10. Sp. buccale.

5. Aby klinická diagnosa byla přehlednější, sestrojil schematicke diagramy v řezech frontálních a horizontálních, na nichž vyznačena jsou jednotlivá spatia a do kterých zanaší nalez červenou tužkou. Tyto blankety mají též rubriky pro podrobné údaje všech potřebných dat, jak místního, tak celkového rázu.

6. O etiologii pojednáno je podrobně na 30 stranách. I. Zdroj infekce vychází: 1. Ze zubův s gangrenozní pulpou, či se zaplněnými kořeny a periapikálními změnami, zjistitelnými röntgenologicky. 2. Z paradentalních hnisavých ložisek. 3. Z ložisek osteomyelitických. 4. Flegmony postoperativní, zvláště po dlabání.

II. Z měkkých částí (anesthesie, poranění), při smíšené infekci při actinomykoze.

III. Zdroj infekce je v parotidě, nebo tonzilách.

7. V klinické části podává autor schema vyšetřování místního i celkového. Terapie řídí se těmito principy: 1. Odstranit hlavní ložisko infekce a lokalizovat uvolněním odtoku hnisu. 2. Pozvednout obranné síly organismu a srdeční činnost. 3. Odstranit primární hnízdo infekce. 4. Zamezit pokračování infiltrátu učelným chirurgickým opatřením. 5. Vhodným způsobem uspišit hojení procesu a operačních ran.

8. Popisuje dale podrobně oprační techniku a různé typické řezy, jakož i postoperativní ošetřování. Röntgenoterapie se osvědčuje za účelem změkčení u tvrdých flegmonozních infiltrátův. Doporučuje terapii polyvalentními sery (Omnadin, Propidon). Hojení urychluje injekcemi masti Propidex, nebo antiseptických rostkův jako Camphorphenol, 4% Presojod, 4% Arg. nitr., 0'5% sublimat, u actinomykozy pak 4% Cuprum sulfuric. — tupou jehlou do postižených prostor fascií. Učelna je též ekskochleace rany krátce před ukončením ošetřování. Když nalez bakteriologicky je již negativní, injikuje jehlou s kulatou špičkou do rany jodoformglycerin, aby urychlil uzavení.

9. Dale pojednáva o flegmonách, ohrožujících život. Takovými jsou ony s charakterem infiltrátu bez hnisání, pak flegmony ve spatium sublinguale, spatium pharyngeum ant. et post. Pokračování hnisání podél baze lebky, zvláště při flegmoně retromaxilární ve fossa pterygopalatina může vesti k meningitidě, anebo k tromboflebitidám pro blízkost plexus venosus pterygoideus. Řídkou komplikací flegmon čelistních mohou být i nervové poruchy (Torticollis).

10. Konec klinické části tvoří popis komplikací chronických případův s mno-

hotnými pištělemi, které se dají vyléčit systematickými injekcemi do prostor postižených fascií.

Výsledky práce Cieszyňského znamenají podstatný pokrok a podávají mnoho nového z racionální terapie těchto onemocnění, často ohrožujících život. Ze 116 případů, léčených na stomatol. klinice ve Lvově skončil letálně pouze 1 (0·9%), který při sekci byl diagnostikován jako anaemia secundaria — typhus abdominalis.

Kniha je psána nejen pro stomatology, nýbrž i pro chirurgy, kterým se často dostávají do rukou případy těžkých flegmon čelistních.

PROTETIKA.

Galasińska J. Lek. dent., Varšava: **Přýcnek do povierchni žujacej korony čynnosciovej.** (Příspěvek o kousací ploše funkcionální korunky.) Přeb. Dent. 1930, č. 2.

1. Zuby tvoří biologicky, staticky celek a biologická cena tohoto celku rovná se sumě jednotlivých komponent. Vynechání, nebo poškození jedné porušuje celek.

2. Změny v uspořádání oblouku zubů mají v zapětí změnu a omezení funkce. Dle Müllera, Weskiho, Schrödera, Häupl-Lange-a a j. je směr síly, účinkující při zvykání v celku šikmý. Tento směr lze rozložit na dvě komponenty, jednu horizontální a druhou paralelní s dlouhou osou zubu.

3. Häupl-Reichborn je toho názoru, že síla paralelní s dlouhou osou zubu je výhodnější, než horizontální. Čím větší je uhel, který tvoří působící síla a osa zubu, tím více účinkuje složka horizontální a tím hůře pro stabilitu zubu.

4. Müller dokázal, že je těsný vztah mezi velikostí složky horizontální a plochostí (resp. výškou) zubních hrbolků. Vzhledem k tomu, že účinek je závislý nejen na působící síle, nýbrž i na sklonu hrbolku, je nutno při zhotovování korunek dbati především funkčních hledisek.

5. Funkcionální korunku můžeme zhotoviti podle metody: 1. direktní, 2. indirektní.

Při metodě direktní modelujeme kousací plochu korunky z modrého vosku v ústech pacienta. Pečlivě se tu kontroluje okluse i artikulace tím, že skoušíme skoušnutí ve všech směrech. Do vymodelované plochy zasadí se čipky, kroužek se sejme s pahyly, zatmelí a kousací plocha se odlije.

6. U metody indirektní používáme artikulatoru, při čemž nám nestačí obyčejný, reprodukcující pouze oklusi. Komplikovaných artikulatorův asi nebudeme chtít používat. Balters udal perový artikulator, umožňující oklusi i artikulaci. Kantorowicz navrhl okkludator, kterým lze provaděti pohyby na strany.

7. Po přiadaptování kroužku sejmeme otisk dotyčné řady zubů. Čím více zubů máme v otisku, tím přesnější bude práce. Proto sníma Schlamp v Roztokách dokonce otisk celých čelistí. Pak modelujeme na odlitku tak, aby kousací plocha vyhovovala ve všech směrech artikulaci.

8. Abychom nemusili liti kousací plochu příliš silnou, můžeme vosk z vnitřka vyškrabati, anebo naložit před modelováním na pahyl něco zatmelovací hmoty, nebo moldyny. Po odlití kousací plochy můžeme ještě vykonati event. korektury zbrúšením. Tento postup je důležitý zvláště jedná-li se o funkcionální korunku u zdravého, ne příliš poškozeného zubu. Jestliže jsou změny ve stabilitě zubu, nebo velké defekty korunky, je nutno brati v úvahu nemožnost velkého zatížení zubu.

Heyman Zygmunt, Vloclavěk: Pochevkova korona porcelanova. (Porcelanova korunka.) Vyd. II. 1931. Cena 20 zl.

V druhom vydani knihy o »Pochevkovej koronie porcelanovej« autor podava kratce a přehledně cely material o elementarnim užiti. Po všeobecných uvahach o porcelanových korunkach mluvi autor o preparaci zubu, sejmuti otiskův, různých metodach k zhotovovani modelův a matrice a po deskripci elektricke pece přichazi k vysvětlení vypaleni korunek, což v prvni vydani neučinil. Prace je bohatě ilustrovana obrazy, znazorňujicimi postupnou praci v laboratorii. Rozdělení materialu a způsob podani je velmi jasny a hodi se dobre zejména pro začatečniky.

Skotlewski Cz. Varšava: Ssavki. Přegl. Dent. 1930 č. 12.

1. Autor podava kratky přehled o sstavkach, uživanych doposavad v zubolekařske protetice a o jejich škodlivých vlivech na sliznici. Za nejhorši poklada ssavky Rauhovy s vyměnitelnou gumičkou. Autor poklada uživani ssavek při dnešnim stavu protetiky za zastarale. Avšak někdy máme případy zcela mělkeho patra a nepriznivých ras přechodnich, kdy je nutno ssavek užiti prec. Tu navrhuje autor svoji konstrukci ssavek, které nemaji tak škodlivy účinek na patro.

2. V mistech těžiště protesy přiadaptuje na model kotouček olověneho plechu velikosti obvyklých ssavek a tloušťky asi 1—1,3 mm. Lingualni jeho stranu zbrousi na okrajich do ostrá tak, že vznikne jakoby plochy bochniček, přechazejici plynule do niveau sliznice patra. Tento kotouček pokryje cinovou folii, aby zabranil reakci siry s olovem při vulkanizovani. Při vycpavani kaučukem položi na tuto vyvýšeninu plátek měkkeho kaučuku a do něj založi pero z ortodontickeho dratku, sformovane do podoby široce otevřeneho V tak, že hrot tohoto V je obracen k incizivum a otevřeni leži směrem k měkkmému patru. Konce tohoto dratku zasahuji do tvrdeho kaučuku a na hrot přiletuje okrouhloy destičku z Randolfu, nebo zláta, diametru asi 6—8 mm.

3. Tato zavulkanisovana vspruha ma udržeti elasticnost měkkeho kaučuku. Protože se měkky kaučuk špatně opracovava, položi a přihladi před vulkanizovanim na mista ssavek přes měkky kaučuk opět cinovou folii, aby byl povrch, jdouci k jazyku, po vulkanizovani hladky.

4. Hotova proteza přitiskne se pak v ustech palcem v těchto mistech k patru, čímž se vytlačí z teto komory vzduch a vznikne působením pera negativni tlak, postačitelny, aby proteza pevně držela. Okraje ssavek nemaji žádných ostrých hran a proto jejich škodlivy vliv na sliznici je minimalni.

Brennejsen L. Dr. med., Varšava: Přýřad do okrešlenia kštatú kramer v stosunku do kierunku ich zdejmovania. (Aparat ku automatickému zakrešlení tvaru spon s ohledem na směr jejich snimani.) Přegl. Dent. 1931, č. 6.

1. Spony jsou nejstarším a nejjednodušším způsobem upevnění protez na zbyvajici zuby. Nesmi však poškozovati zuby, o které se opiraji. V době velkeho vyvoje fiksních móstkových prací se o spony příliš nedbalo. Avšak fiksní nahrada zubův není vždy idealem, zvláště hledime-li na přílišne zvětšeni tlaku, jak aksialniho, tak lateralniho na pilirich.

2. Spony nesmi poškozovati gingivu. Dale nesmi tlačiti příliš na zub. K tomu cíli byly konstruovany spony elasticke.

3. Spona ve sve nejjednodušši formě představuje sestřihnuty a k zubu egzaktně přiadaptovany kovovy cilindr. Linie styku se zubem je velmi uzka, běži pouze po největši lateralni prominenci zubu. Všude jinde by tento cilindr odstaval a tvořil depót zbytkův potravin. Jestliže tyto odstavajici partie cilindru odstrihneme, dostaneme velmi uzky, ale dobre přiadaptovany pasek. Jinými slovy můžeme zub obtočit po jeho největši prominenci kulatym, nebo s ploštelým dratem. Takovato spona však

lehko se sveho mesta sklouzne. J. Aderer skonstrooval spony z dvojiteho dratu, z nichž jeden běži poněkud nad největši prominenci a druhy pod ni, čímž je zabráněno klouzani. Aby tyto dva draty zustaly v patrične vzdalenessi od sebe spojuje je Aderer zhora přiletovanou plotýnkou, čímž však vznikaji opět deposita zbytkův potravy.

4. Ku spravne konstrukci takovycho spon je nutno egzaktně zjistiti linii prominenci, zvláště od te doby, kdy navrhl Roach svoje precizni spony. Uživa se k tomu různých paralelometrův. Ty však nejsou většinou dosti precizni, zvláště jsou-li zuby disparalelni, protože u zubu šikmeho zakresli nespravnou linii. Autor popisuje svůj aparat, sestavajici ze dvou paralelnich ploten, spojenych třemi kolmými sloupky. Na dolni plotnu připevni se v patrične pozici model třemi konvergentními šrouby. Horni plotna ma veliky kruhovity otvor a na ni leži kovovy kotouč, větší než otvor, opatřený ve středu kolmým sloupkem s tužkou, probihajici otvorem horni plotny.

Do zubu, okolo něhož se ma vesti spona, se ve směru osy vyvrta otvor a do něj zavede jehla. Model pak připevnime šrouby k dolni plotně tak, aby tato jehla byla paralelni se sloupky mezi oběma plotnami. Pak objedeme tužkou v hornim kovovem disku okolo zubu tak, aby disk klouzal po horni plotně a máme nakreslenou pro tento případ důležitou linii lateralni prominence.

Brennejsen L. Dr. med., V a r š a v a: Rozpryskivač kvasověglovy. (Rozprašovač kyseliny uhličite.) Přeb. Dent. 1930, č. 6. Dokonale očištění brazd na kousacich plochach molarův a prostor mezizubnich od povlakův a zbytkův jidel kartáčkem neni možné. Paratko, nebo nit' porušuje dasně a přinese vice škody než užitku. Vyplachovani nestači. Proto byl ve Francii vynalezen Atomiseur a v Německu Dental-Optimax a Haus-Atomiseur. Vada těchto přístrojův je v neúčelnem nasadci a velka jejich cena. Autor navrhuje »Hygiostom« s vhodnym nasadcem, který umožňuje prostřikani mezizubnich prostor se všech stran. Hygiostom se nabiji obyčejnym syfonem sodovky. Vyrabi jej továrna chirurgickich nástrojův A. Mann, Varšava, Pl. Malachovskiego 2. Cena 30 zł. Hygiostom je účelny i při lečení pyorrhoe, čištění prostor pod móstky a aparaty regulačnimi, kaučukovými a pod.

Mokrzycki A. Lek. dent., V a r š a v a: Příkladnyk do lečenia tkanek vokoľožbovych. (Přispěvek ku lečení tkani paradentalnich.) Přeb. Dent. 1931, č. 6. Autor referuje o pulverizatoru dra L. Brennejsena a doporučuje jej. Na zakladě pokusův s röntgenogramy (plnil paradentalni kapsy bismutem, röntgenoval, použil atomizeru a opět röntgenoval) dokazuje, že tento přístroj je schopen úplně vyčistiti choboty okolo zubův.

HYGIENA, DĚTSKE REFLEKSY ZE SJEZDOV STUDIJ. PLANY.

Brill M. Dr. med., L v ó v: Stomatologja společna i zapobiegavča ze ščególnem uzgľadnienicm vieku dziecięcego. (Socialni stomatologie se zvláštнім vzhledem k věku dětskemu.) Pol. Stom. 1930 p. 187.—207.

Autor mluvi o socialnich dósledcich ošetrovani chrupu specielně v dětstvi, v próběhu studii a vojenske služby. Poukazuje na cenu profylaxe v zubnim lékařstvi vzhledem k různym nemocem.

Dr. Med. L. Brennejsen: Zadánia lekařy školnych v dziedzinie stomatologji. (Ukoly školnich lekařův v dětske stomatologii.) Přeb. Dent. 1930, č. 2. Viz teěž Fortschritte der Zahnheilkunde u. Literaturarchiv. 1931, str. 1011.

Autor mluví o hygieně, prevenci a konservaci dětského chrupu a přimlouvá se za obligatorní prohlídku chrupu školní mládeže aspoň dvakrát za rok s patričným ošetřením nalezených defektův.

Cieszyński A. Prof. Dr. med., Lvóv: V správie reformy studjov dentystyčných i popravý varunkov pracy v vyšších učelnicach dentystyčných i stomatologických v Polsce. (K reformě zubolekařského studia a zlepšení pracovních podmínek na vyšších zubolekařských a stomatologických učilištích v Polsce.) Pol. Stom. 1932, p. 5.

1. V nynější době trvá studium zubolekařské na státním zubolekařském ustavě ve Varšavě v Polsku 4 roky. V jižním Polsku, Krakově a Lvově mohou studovati zubní lékařství jen stomatologové (doktoři veskere medicíny), jejichž studium trvá 8 let (6 r. medicíny, 2 leta speciální studium stomatologické), k čemuž je nutno připočítati ještě $\frac{1}{2}$ r. na medicínske skoušky a 1 rok praktický. Není tedy v Polsku jednotného studijního řádu. Tim lze vysvětlit, že dorost stomatologický v jižním Polsku je čím dal tím menší.

2. Je nutno intenzivně pracovati k tomu, aby pro cele Polsko byl zaveden jednotný studijní řád. Prof. Cieszyński publikoval 3 plány k tomu (1923, 1926, 1927). Nynější stav ve Varšavě by se měl prohloubit ve smyslu stomatologickém, byť snad i poněkud skracenem. Měla by se provesti decentralizace specialních studií. Vláda chová se však k těmto záležitostem macešsky. Stomatologická klinika univerzity ve Lvově má 1 řadného profesora a pouze 3 asistenty pro svých 5 oddělení. V Poznani byla před 2 lety zřízena stomatologická poliklinika. Prof. Dr. Jarzab má pouze jednoho asistenta. Sluha, sekretářka a technik musí být placen z ambulatorních taks. Stomatologická poliklinika ve Vilně je velmi nedostatečně vypravena. Medicínskou fakultou předložene plány na novou, větší polikliniku, která má být umístěna v nájemných místnostech, nebyly ještě povoleny ministerstvem a prostředky k tomu nebyly poukazany.

3. Ve stat. zubolek. ustavu ve Varšavě, který má v přítomné době monopol na výchovu zub. lékařův v Polsce a na kterém nyní studuje asi 450 posluchačův, přechází zubní lékařství ponenahlu do rukou žen. Jejich počet tvoří nyní 80% všech posluchačův. Měl by tam být zaveden pro ženy numerus clausus.

4. Univerzita ve Varšavě nemá stomatologické kliniky. Stomatologii přednáší medikóm profesor stat. zubolek. ustavu, který je současně i docentem pro chirurgii čelistní na medic. fakultě. Měla by být vybudovana samostatná stomatologická klinika na univerzitě, neboť jen tim způsobem by se dostalo studujícím medicíny v obligatorním stomatolog. kurzu dostatečného materialu pro praktická cvičení.

Přiložena tabulka o počtu studujících a jejich složení na stat. zubolek. ustavu v letech 1919—1930.

Brill Dr. med., Lvóv: Spravozdanie z V. zjazdu stomatologického ve Lvovie od dnia 28. červca do 1. lipca 1931. (Zpráva z V. sjezdu stomatologického ve Lvově od 28. VI. do 1. VII. 1931.) Pol. Stom. 1932, p. 9.

Po oficiálních prosloveh a počtach jubilantovi, prof. Cieszyńskemu přednašel dr. Allerhand ze Lvova na tema »Rozvoj stomatologji v ostatniem čtvrtvieču«. Dne 29. VI. přednašel Dr. Brill ze Lvova na tema »Školna opieka dentystyčna v kraju i zagranicą«, pak Dr. A. Kopczyński (Varšava) »Stan opieki lekarsko-dentystyčnej, stan uženbienia dziatvy i mlodzieży školnej v školach okręgu varšavskiego. Varšava, vojevódstvo varšavskie i bialostockie.« Dale pak Dr. Gondzik (Królevska Huťa): »Opieka dentystyčna na sląnsku ze ščególnem. uzględnieniem gimnazjum humanistyčnego v Król. Hucie«. Pak Dr. Nacher (Lvóv): »Zadanie opieky społecznej i pry-

vatnej odnošnie jamy ustnej u dieťaťa v veku školným i predškolným«. Dr. Allerhand (Lvov): »Rut oka na opieku stomatologičnú dla studentov vyššych učel'ni lvovskich v latak akademickich od 1924/25 do 1930/31«.

Po vyčerpani prvnioho hlavniho tematu promluvil prof. dr. Wilga (Varšava) o »Lečenie zębov nekrotičnych nafta«. Na to přednesl svóy referat prof. Cieszyński na tema: »Vplyv aparatu služácego do žúcia na statyčnú budovú čaški«, spojiv tento vyklad se svym druhym tematem: »Próba rekonstrukci artykulaci zębov na podstavie vynikov badaň statyčnych košćca tvařovego« (viz samostat. referat).

CAST STAVOVSKA.

Československe narodni komite »Svazu Slovanskych Stomatologov« poverilo vedenim časopisu »Slovanska Stomatologie« redakčni kruh, pozostavajici z týchto kolegov: Prof. Dr. Bažant, Doc. Dr. Černy, Dr. Dvořak, Doc. Dr. Fridrichovsky, Prof. Dr. Kostečka, Dr. Naprstek, redaktorem je Doc. Dr. Neuwirt a administrátorem Dr. Křečan.

Ve schózi redakčniho komite, konane 13. I. 32 za předsednictvi prof. Bažanta, byly rozděleny funkce mezi jednotlivé členy. Dr. Naprstek, který projednával otazku mezislovanskeho pisma s vynikajicimi českými slavisty, převzal redakčni upravu časopisu po strance pismove. Ostatni kolegove pověření ukolem, aby obstarávali pravidelne referovani z různých českých časopisov. Kolega redaktor přednesl velmi důkladne a domyslně spracovane navrhy prof. Cieszyňského, tykajici se vydavani »Slov. Stom.«. Navrhy tyto byly s povděkem za obětavou práci prof. Cieszyňského přijaty a usneseno, aby ihned bylo započato s přípravou čísla III., které vyjde v Polsce.

CAST STAVOVSKA II.

Spolek českých zubních lékařov zahajil propagandu mezi svými členy pro vstup do Svazu slovanskych stomatologov a na všech členskyh schózich v poslední době byly přednešeny proslovy o vyznamu Svazu. Vysledek teto akce jevi se v tom, že Spolek českých zubních lékařov v Praze přijal na sve valne hromadě dne 13. II. 1932 navrh, přednešeny doc. Dr. Černym, aby spolek vstoupil korporativně se všemi svými členy, jichž je nyní 435, do Svazu Slov. Stom. Odbočka Spolku zub. lékařov v Plzni ohlasila již tež svóy korporativni vstup do Svazu a totež se da očekavati od Spolku zubních lékařov moravskych v Brně a od Spolku zubních lékařov v Bratislavě. Vedle toho přihlasili se jako novi členove individuelni četni kolegove.

MUDr. Barták Jaroslav, Praha XII., Husova 26. — MUDr. Bažant Vratislav, Praha II., Spálená 25. — MUDr. Fára Vladimír, Praha XI., Jagellonská 24. — MUDr. Fára Vratislav, Praha XI., Jagellonská 24. — MUDr. Ganz Hugo, Praha II., Jungmannovo nám. 3. — MUDr. Hlávka Jan, Praha III., Kampa 12. — MUDr. Jeník Karel, Praha XV., Nad Riegrovou 309. — MUDr. Khunt Bedřich, Praha II., Jungmannova 10. — MUDr. Kuthanová Marie, Praha II., Dřevná 2. — Prof. MUDr. Mach Adolf, Bratislava, Safaríkovo nám. 3. — Doc. MUDr. Neuwirt František, Praha XVI., Barrandova 3. — MUDr. Peterková Marie, Praha XII., U Riegrových sadů 24. — MUDr. Pokorný Jaroslav, Praha II., Národní tř. 38. — MUDr. Růžička Josef, Praha XIX., Na pískách 30. — MUDr. Řeřicha Jan, Praha II., Légerova 35. — MUDr.

Sokolová-Opatrná Marie, Praha IV., Bašta sv. Ludmily č. 243. — MUDr. Šafařík Oldřich, Praha VII., Belcrediho 16. — MUDr. Tamele Karel, Praha II., V Jámě č. 6. — MUDr. Tomášek Viktor, Praha XII., Skrétova 17. — MUDr. Veger Jiří, Praha XII., Kanálská 12. — MUDr. Wachsmann Karel st., Praha II., Národní 4. — MUDr. Heicl Josef, Praha XIX., Nad Královskou oborou 7. — MUDr. Cihlár Ludvík, Praha VII., Belcrediho 44.

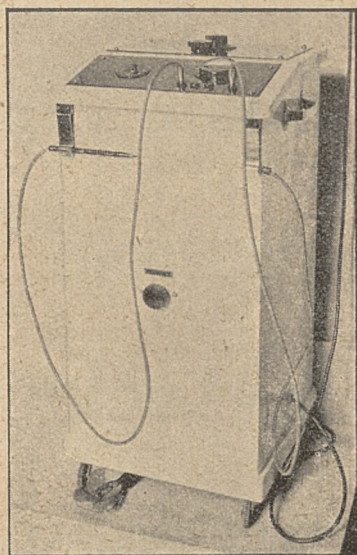
Příhlášky do »Svazu slovanských stomatologů« z Moravy.

Prof. Dr. Frant. Bažant, profesor M. U., přednosta zubní kliniky v Brně, Praha II., Spálená 25. — Dr. Frant. Radkovec, Brno, Na vyhlídce 8. — Dr. Jaroslav Klimeš, Brno, Masarykova 6. — Dr. Josef Konupčík, Brno, Kounicova 5/7. — Dr. Jar. Soldán, Brno XVI., Masarykova 18. — Dr. Pavla Kroupová, Brno, Boční 12/I. — Dr. Juraj Janiv, Rajhrad u Brna. — Dr. Marie Marešová, Boskovice. — Dr. Č. Mazel, Olomouc, 28. října. — Dr. Mikuláš Slusar, Brno, Křenová 3. — Dr. Ant. Gazárek, Brno, česká 13. — Dr. L. Halánek, Brno, Kounicova 80. — Dr. L. Marterer, Brno, Masarykova 37. — Dr. Frant. Horák, Brno, Kozí č. 2. — Dr. Rudolf Keller, Brno-Král. Pole, Palackého ul. — Dr. Frant. Bílý, Brno, Brandlova 4/II. — Dr. Irma Goldmannová, Brno, Masarykova. — Dr. Ludvík Kovařík, Brno, Sadová 48. — Dr. Ludvík Justitz, Brno, Bedř. Smetany 3. — Dr. Terezie Podlahová, Brno, Zelný trh 3. — Dr. L. Garai, Brno, Nám. Svobody 21. — Dr. V. Polášek, Brno, Ant. Dvořáka 14. — Dr. M. Budínská, Brno, Kozí 12. — Dr. R. Kostřica, Brno, česká 28. — Dr. Vladimír Novák, Brno, Lažanského nám. 9. — Dr. F. Pausar, Jihlava. — Dr. Fr. Bartoš, Zlín. — Dr. Rudolf Frank, Kyjov. — Dr. W. Lefort, Prostějov. — Dr. Libuše Ru-
bešová, Brno-Zidenice.

DIATHERMIE DZ

(zubní)

dle Asist. Dra KŘEČANA



Universální přístroj pro:

koagulaci pulpy
diathermické místní prohřívání
vysokofrekventní řezání
bělení zubů.

Přístroj jest 100% bezpečný, jiskřiště wolframové **regulace a vypínání** nožní pákou.

Vyrábí a dodává:

ING. O. ŽÁK,

Technotherapie

Praha II., Na Moráni, číslo 7.

Telefon 429-36.

Žádejte nezávaznou nabídku!

**Zařízení ordinační,
laboratorní,
zubní výplně,
nástroje,
a všechny potřeby
pro zubní lékaře**

**dodává za nejvýhodnějších cen a platebních
podmínek**

Dental-depot

V. Jeřábek, Praha II.,

Křemencová ul. č. 8. Telefon 439-73.