

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA,
POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO,
ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEK., CENTRALNEJ
RADY ZRZESZEŃ STOMATOLOGÓW I LEK. DENT. RZPLTEJ POLSKIEJ,
POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F.D.I.),
SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A.S.I.)
ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:

Naczelný redaktor: Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS.
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a, Nr. telefonu 11-75.

TREŚĆ:

Str.

Prace oryginalne:

Lek. dent. J. Gombiński: Przypadek rozwoju drugiego dwuguzkowca dolnego w pierwszym trzonowcu 197

Lek. dent. M. Melcer: Przypadek górnego nadliczbowego zęba trzonowego zrośniętego z zębem mądrości 201

S. K. Atlas: Chroniczna osteomyelitis przy nieuszkodzonych zębach siecznych dolnych 203

Dr. J. Jarząb: Paradentoz w świetle ostatnich badań 209

Nekrologja:

† Prof. Dr. Fritz Williger 212

† Prof. Dr. Karl Partsch 213

Zjazdy: Kalendarz Zjazdowy 208 214

Ruch w Towarzystwach:

30-lecie pracy zawodowej Lek. dent. Michała Rozenowicza 215

Dział sprawozdań i streszczeń 217

Oceny książek 227

Wiadomości bieżące 200

SOMMAIRE:

p.

Travaux originaux:

J. Gombiński: Cas rare d'une seconde prémolaire inférieure dans une première molaire 197

M. Melcer: Une molaire supérieure surnuméraire coalescente à une dent de sagesse 201

Dr. K. Atlas: Ostéomyélite chronique à des incisives inférieures non lésées 203

Dr. J. Jarząb: La parodontose sous le jour des recherches dernières 209

Nécrologie:

† Prof. Fritz Williger 212

† Prof. Karl Partsch 213

Congrès 208 214

Nouvelles professionnelles:

30-ème anniversaire du travail professionnel du médecin-dentiste Michał Rozenowicz 215

INHALT: J. Gombiński: Zweiter unterer Prämolär im ersten Molar S. 197. — M. Melcer: Ein Fall von überzähligem, mit dem oberen Weisheitszahn verwachsenen Molar S. 201. — Dr. K. Atlas: Chronische Osteomyelitis bei intakten unteren Schneidezähnen. S. 203. — Dr. J. Jarząb: Die Parodontose im Lichte neuerer Forschung. S. 209.

Cena niniejszego zeszytu 5 zł.

Prenumerata:

Rocznie (6 numerów) 30 zł.

Półrocznie (3 numery) 15 zł.

Administracja zastrzega sobie możliwość dopłaty w razie powiększenia kosztów produkcji.

Konto PKO „POLSKA STOMATOLOGJA” 151.717.

Ceny dawniejszych roczników:

1923, 1924 wyczerpane

1925—1927 a 24 zł.

1928—1930 a 30 zł.

1931 40 zł.

Księga pamiątkowa z r. 1923 } a 16 zł.

” ” z r. 1928 }

” ” z r. 1931 30 zł.



Przeciw bółom Veramon

*Pulpitis, periodontitis it.p.
bóle po zabiegach
i po założeniu arszeniku.*

Zapobiega skutecznie wszelkim bółom

1-2 pastylki à 0,4g pro dosi

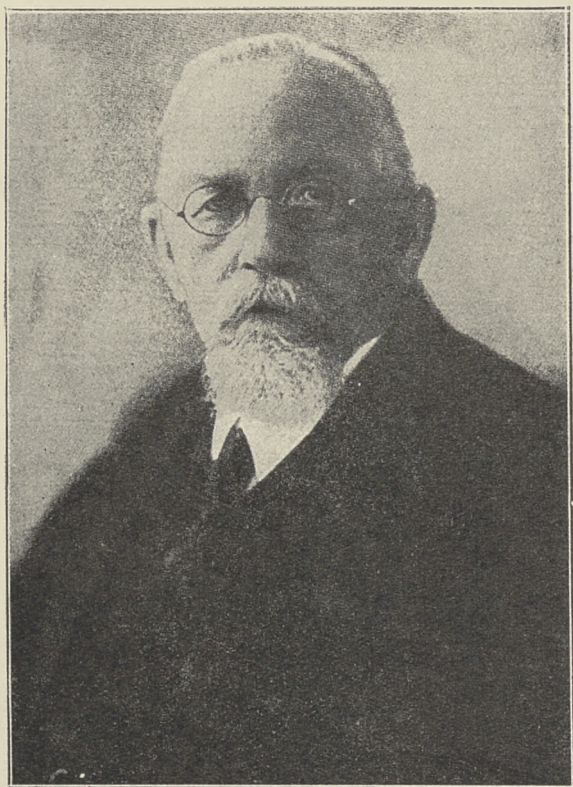


RURKI

PO 10 i 20 PASTYLEK à 0,4g

903 414 15

Próby i piśmiennictwo bezpłatnie.
Wydział Naukowy Fabryk Chemicznych
SCHERING-KAHLBAUM A. G.
Oddział na Polskę, Warszawa, Jerozolimska 45, tel. 89-38



Prof. Dr. KARL PARTSCH — Wrocław.
1855—1932.

Jan GOMBIŃSKI.

WARSZAWA.

PRZYPADEK ROZWOJU DRUGIEGO DWUGUZZKOWCA DOLNEGO
W PIERWSZYM TRZONOWCU.*Cas rare d'une seconde prémolaire inférieure dans une première molaire.***Zweiter unterer Praemolar im ersten Molar.**

Doc. pol. 25.342.

Doc. int. 616.314. 007.1 007.2 007.95.

H. E., lat 32, dobrze zbudowany, uzębienie pełne, zgryz normalny, zęby duże dobrze rozwinięte. W lewej żuchwie brak drugiego dwuguzkowca, tkwi on w pierwszym zębie trzonowym i widoczny jest na żującej powierzchni korony. Dwuguzkowiec tkwi w koronie zęba trzonowego umiejscowiony nieprawidłowo, zwrócony stroną policzkową ku przodowi. Ryc. 1). Na zdjęciu rentgenowskim stwierdzamy ciągłość korzenia dwuguzkowca dostosowanego do molara, któremu zastępuje brakujące korzenie. Ryc. 2).

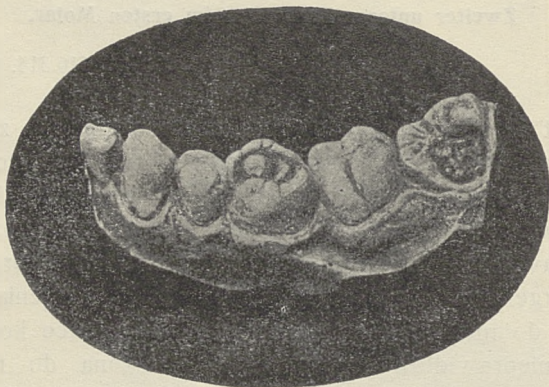
Jest to nieprawidłowość w rozwoju zbliżona do rzędu anormalji w ukształtowaniu znanych w literaturze pod mianem zębów zrosniętych (*dentes concreti*), spojonych (*dentes confusi*), bliźniaczych (*dentes geminati*) i typu zęba w zębie (*dens in dente*) do którego zaliczyć należy mój przypadek, a to na podstawie specjalnych cech różniczkowych wymienionych nieprawidłowości, które przytaczam dla orientacji w skróceniu.

Zęby zrosnięte cechuje zrost korzeni za pomocą cementu, który wspólnym płaszczem otula korzenie, co według Wedla ma miejsce już po ukończonem zbudowaniu zęba, przyczem zrosnięte korzenie zachowują charakter oddzielnych tworów i posiadają własne kanały miazgowe, korony zaś nigdy zrosnięciu nie ulegają. Zrastają się przeważnie siekacze z sobą (*Scheff*), rzadziej siekacze z kłami (*Meyer*¹⁾, niekiedy i młeczne zęby sieczne (*Peckert*).

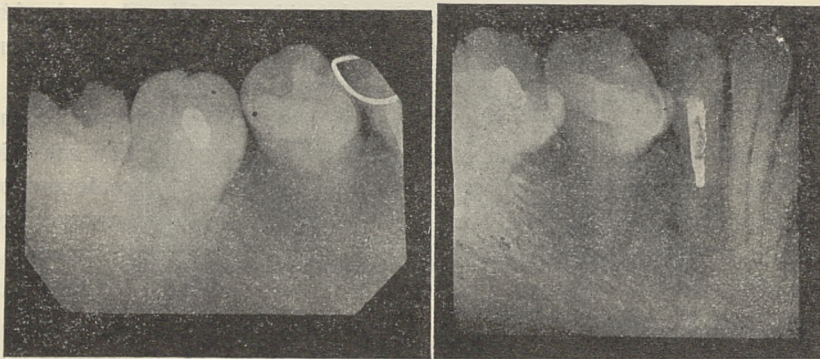
Zęby spojone są to organicznie zjednoczone sąsiadujące z sobą zęby. Spojeniu ulegają całe zęby albo części ich koron lub korzeni. Według Wedla cechuje je wspólny kanał miazgowy względnie rozszczepiona komora. Spojone korzenie posiadają wspólną powłokę cementu, spojone zaś korony wspólną powłokę szkliwa, przyczem granica obu zębów zaznacza się brózdka.

Zęby bliźniacze są nadliczbowymi, które zrosły się już jako nadliczbowe zawiązki częściowo lub całkowicie. Odróżniają się one od wyżej wymienionych tem, że zamiast z jednego składają się z właściwego zęba i bliźniaka; zrosły się one z sobą przy normalnej liczbie pozostałych zębów i umiejscowione są przy pojedynczych siekaczach bocznych lub środko-

wych po jednej stronie szczęki np. pierwszy siekacz boczny podwójny w żuchwie, a obok trzy siekacze normalne (Scheff, Busch, Bastyr). Schwartz wymienia jeden przypadek bliźniaczych obu środkowych siekaczy Busch — trzonowca.



Ryc. 1. Rozwój 5 w 6



Ryc. 2. Zdjęcia roentgenowskie tegoż przypadku w różnej projekcji.
(Powiększone o 1/5).

Osobliwą nieprawidłowością zbliżoną do rzędu wymienionych jest rozwój zęba w zębie. W komorze siekacza znajduje się drugi ząb odwrótnie zbudowany t. j. szklivem od wewnątrz, zębina od zewnątrz. Baume przypisuje to wrastaniu zawiązka w zawiązek sąsiedni. Salter przypadek taki „warthy¹⁾ tooth” mylnie zaliczył do zębiaków. Zdaniem

¹⁾ „Wart” = brodawka. Endelman zalicza zęba te w swej *Sperial Dental Pathology* (1927) do typu: „Geminated Molar and bicuspid” (strr 94, ryc. 117). Przyp. Red.

Kohena, Morala i Peckerta są to twory nieprawidłowe, bezmiazgowe, powstałe przez wtłoczenie.

Przypadek mój należy do typu „dens in dente“, jest on tem osobliwszy, iż opisane podobne rzadkie przypadki dotyczą nieprawidłowych bezmiazgowych tworów w komorach siekaczy, gdy mój przypadek przedstawia typowe wtłoczenie normalnego nienadliczbowego drugiego dwuguzkowca w koronę zęba trzonowego, co stwierdza rys. 1., — przedstawiającą model otrzymany z wycisku i ryc. 2, zdjęcie rentgenowskie. Genezy przypadku dopatrzeć się należy w nieprawidłowości rozwojowej w okresie zapoczątkowania zawiązków szkliwowych, przyczem nieodszurowany od listewki zębowej zawiązek organu szkliwa zęba trzonowego wrastał w normalnie rozwijający się zawiązek dwuguzkowca. Dalszą niezdolność rozwojową molara wykazuje brak jego korzeni resp. brodawki mezodermalnej w okresie dalszego rozwoju zęba i zajęcie jej miejsca przez brodawkę dwuguzkowca. Tę tezę należałoby stwierdzić badaniem histologicznem tkanek zęba, co wobec nieskłonności pacjenta do poniesienia ofiary jest niewykonalnem. Niewątpliwem się zdaje być, iż przypadki takich nieprawidłowości byłyby częstsze, gdyby nie uszły obserwacji. Wszak nieraz stwierdza się podczas leczenia zębów nieprawidłową budowę kanału miazgowego lub brak jednego czy dwóch kanałów w komorze molara, co mogłoby pochodzić między innemi i z tej nieprawidłowości w rozwoju. Rozpoznanie podejrzanych zębów ułatwia badanie promieniami Roentgena. Nadmienić również należy, że nieprawidłowe zęby są bardziej skłonne do próchnicy od normalnych, ta zaś zaciera zewnętrzne ślady nieprawidłowości ukształtowania, gdyż niszczy część powłoki zęba, tworząc ubytek. To może nastąpić z czasem i w zębie opisanym; próchnica zniszczy sterczącą koronę dwuguzkowca, a głęboki ubytek nie zdradzi zatartych śladów nieprawidłowości w ukształtowaniu tego zęba.

STRESZCZENIE: W komorze lewego dolnego molara tkwi korona dwuguzkowca drugiego normalnego brakującego we właściwym miejscu zuchwy. Stwierdza to fotografia modelu i zdjęcie rentgenowskie. Na zdjęciu tem widać ciągłość korzenia dwuguzkowca dostosowanego do korony molara. Jest to nieprawidłowość w ukształtowaniu znana pod typem zęba w zębie (*dens in dente*), która prawdopodobnie powstała w okresie zawiązkowym, przyczem zawiązek dwuguzkowca wrastał w nieodszurowany od listewki zawiązek organu szkliwa molara.

ZUSAMMENFASSUNG: In der Krone des linken unteren Molaren steckt der zweite am eigentlichen Orte des Unterkiefers fehlende Prämolare, wie es aus der Röntgenaufnahme und dem Gipsabdruck ersichtlich ist. Die Röntgenaufnahme weist an einen Zusammenhang der Wurzel des Praemolars mit der Krone des Molaren. Diese Anomalie: „dens in dente“ ist höchstwahrscheinlich während der Zahnentwicklung entstanden. Der sich entwickelnde Prämolare wuchs in die von der Zahnleiste nicht abgeschnürte Anlage des Schmelzorgans eines Molars herein.

Piśmiennictwo:

Baume: Lehrbuch der Zahnheilkunde, str. 170.

Brenneisen: Przypadek zęba podwójnego, 1917 r.

Kantorowicz: Klinische Zahnheilkunde, t. I., 1929.

Moral: Einführung in der Klinik der Zahn und Mundkrankheiten, 1928.

Peckert: Grundriss der konservierenden Zahnheilkunde, 1923.

Port u. Euler: Lehrbuch der Zahnheilkunde, 1929.

Sternfeld: Handbuch der Zahnheilkunde. J. Scheff, t. I., 1909.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Fundusz Pozgonny. Ze względu na zapadłą na Walnem Dorocznem Zebraniu członków Stowarzyszenia i Funduszu Pozgonnego uchwałę o ograniczeniu wieku nowowstępujących członków do lat 50, Zarząd Stow. Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie komunikuje niniejszem, iż do czasu wejścia w życie znajdującego się w trakcie legalizacji znowelizowanego § 5 statutu, upoważniony jest do przyjmowania członków narazie bez ograniczenia wieku.

Niech koleżanki i koledzy skorzystają z czasu i niech się zapiszą na członków Funduszu Pozgonnego. Niech pamiętają o swoich bliskich i zabezpieczą ich w pierwszych chwilach rozpaczki od poszukiwania pomocy materialnej z zewnątrz.

Zapisy przyjmuje i deklaracje wysyła Zarząd Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, ul. Marszałkowska 1. 99.

Kursy wakacyjne w Instytucie dentystycznym Uniwersytetu Berlińskiego, Oddział chirurgiczny, Berlin, NW. 40, Invalidenstrasse 87—89.

Od 12 września do 21 października 1932 r. odbędą się następujące kursy: 1) praktyczny kurs chirurgii dentystycznej dla lekarzy-dentystów i studentów, codziennie z wyjątkiem soboty od godz. 11—1; 2) praktyczny kurs patologicznej histologii — codziennie z wyjątkiem sobót. — Opłata za każdy kurs dla lekarzy 100 mk. n.

Eve — korona pochwłkowa. Fabryka sztucznych zębów porcelanowych w Pforzheim (Baden): Ernst Vetter, wyrabiająca fabrycznie pochwłkowe korony pod nazwą „Eve“, opatentowała swój wynalazek w Niemczech, Francji, Belgii, Szwajcarii i Anglii.

Główne przedstawicielstwo objęła firma: A. Herzog, Dental Import—Export w Pradze.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński, przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorceński — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. A. Bardasówna i Dr. Jankowski — Członkowie korespondenci: Dr. med. dent. Józef Jarzab, zast. prof. (Poznań), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skutecka (Poznań), Dr. Marian Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).

WYDAWCA: Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.

Lek. dent. M. MELCER

ZAWIERCIE

PRZYPADEK GÓRNEGO NADLICZBOWEGO ZĘBA TRZONOWEGO,
ZROŚNIĘTEGO Z ZĘBEM MĄDROŚCI.

Une molaire supérieure surnuméraire coalescente à une dent de sagesse.

Ein Fall von überzähligem, mit dem oberen Weisheitszahn verwachsenem Molar.

Doc. pol. 25, 31; 25, 36.

Doc. int. 616.314 007.62.

Nieprawidłowości w uzębieniu spotykamy na ogół dość często, jednak dodatkowe zęby mądrości należą do rzadkości i dlatego pozwalam sobie zająć uwagę Szanownych Kolegów opisanieu przytoczonego przypadku.

Dnia 3-kwietnia 1932 roku zgłosiła się do mnie pacjentka p. Stefania W., żona lekarza, lat 27, podając że od kilku tygodni cierpi na silny ból lewego górnego zęba mądrości, któremu towarzyszą bóle lewej połowy głowy, drganie lewego oka oraz strzykanie w lewym uchu. Bóle były bardzo silne i długotrwałe, nie ustępowały po zastosowaniu weronalu i t. p. środków uśmierzających. Po dokładnem zbadaniu jamy ustnej i zębów stwierdziłem co następuje:



Ryc. 1. Nadliczbowy czwarty ząb trzonowy, zrośnięty z korzeniem trzeciego.

Ogólny stan jamy ustnej i dziąseł normalny, uzębienie pełne — w stanie dobrym, osadu na zębach niema. Dokładne badanie zęba mądrości, na ból którego chora się uskarżała, nie wykryło w nim żadnych objawów chorobowych. Natomiast z tyłu tuż za tym zębem natrafiłem na mały twór kostny odgraniczony wyraźnie od ósmego zęba i przypominający swym wyglądem najwcześniejszy okres wyrzynającego się zęba, tak, że większa część powierzchni znalezionej tworu przykryta była jeszcze dziąsłem. Po nacięciu dziąsła przekonałem się, że twór należy traktować jako niezupełnie rozwinięty dodatkowy ząb mądrości (9), w którym znalazłem głęboki ubytek z wyraźnymi objawami zapalenia miazgi. Dostęp do dodatkowego zęba, ze względu na jego umiejscowienie, był nader utrudniony

i dlatego o jego radykalnem wyleczeniu zachowawczem nie mogło być mowy. Pozostało więc tylko usunięcie zęba. Dla uśmierzenia bólu z trudem oczyściłem znaleziony ubytek i założyłem arszenik z kokainą. Celem sprawdzenia mego rozpoznania, skierowałem chorą do rentgenologa dla dokonania zdjęcia. Orzeczenie rentgenologa potwierdziło moje przypuszczenie i brzmiało:

„Po za ósmym zębem tkwi dodatkowy trzonowiec, którego oś długa przebiega skośnie do osi długiej ósmego zęba. Korzenie tego dodatkowego zęba projektują na korzenie ósmego zęba, oraz powyżej nich“.

Wobec powyższego zdecydowałem się na usunięcie dodatkowego zęba pod znieczuleniem miejscowem. Niestety przy ekstrakcji nastąpiło częściowe odłamanie się jego korony i z trudności, jakie nastęrczyły się przy próbach wydobycia reszty zęba, wnioskować mogłem że jest on zrosnięty z ósmym zębem mądrości i dlatego zmuszony byłem usunąć i ósmy ząb. Po ekstrakcji okazało się, że dodatkowy ząb był dużo węższy od ósmego, osadzony głębiej od niego i zrosnięty z nim korzeniami na wysokości 2/3 ich długości. Ósmy ząb nie wykazywał zmian chorobowych. Po ekstrakcji ustąpiły poprzednie objawy chorobowe i pacjentka czuje się zupełnie dobrze.

Melcer — Zawiercie: Ein Fall von überzähligen mit dem oberen Weisheitszahn verwachsenen Molar.

ZUSAMMENFASSUNG: Ueberaus starke Schmerzen gingen von einem pulpitischen, überzähligen, im Kiefer retinierten oberen Molar aus, welcher mit den Wurzeln des Weisheitszahnes verwachsen war. In der Zahnfleischgegend des Zahnhalses des letzteren bestand eine Kommunikation mit der Krone des überzähligen Zahnes, wodurch ein Caries mit nachfolgender Pulpitis ermöglicht wurde. Die Verwachsung bei der Zähne wurde bei der Extraktion derselben festgestellt.

UKAZAŁO SIĘ DRUKIEM:

LECZENIE ENERGJĄ PROMIENNĄ NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH JĘZYKA I SZCZĘK

PROF. CIESZYŃSKIEGO i DR. MEISELSA

Stron 49, rycin 38

CENA 9 zł za egz. broszurowany

(do 1. I. 1933 wprost od autora)

Zamówienia należy nadsyłać pocztówką pod adresem: Prof. Cieszyński — Lwów, Batorego 38, należytość zaś na konto P. K. O. Warszawa Nr. 49.948 Prof. Cieszyński

Dr. Med. KAROL ATLAS

LWÓW

CHRONICZNA OSTEOMYELITIS PRZY NIEUSZKODZONYCH ZĘBACH
SIECZNYCH DOLNYCH.*Osteomyélite chronique à des incisives inférieures non lésées.*

Chronische Osteomyelitis bei intakten unteren Schneidezähnen.

Doc. pol. 23.70; 50.72.

Doc. int. 616.314.17 0081.

Bródkowy odcinek żuchwy zajmuje pod wieloma względami tak anatomicznie jak i klinicznie wyjątkowe stanowisko i zasługuje na większe zainteresowanie stomatologa. Niektóre sprawy chorobowe występują przede wszystkim w przednim odcinku żuchwy i pochodzą ze zębów siecznych dolnych, inne znowu oszczędzają ten odcinek, wzgl. występują w bardzo łagodnej formie. Znana jest rzecz, że próchnica występuje najrzadziej w obrębie dolnych siekaczy. Nie podaję dostatecznie znanych przyczyn tegoż zjawiska.

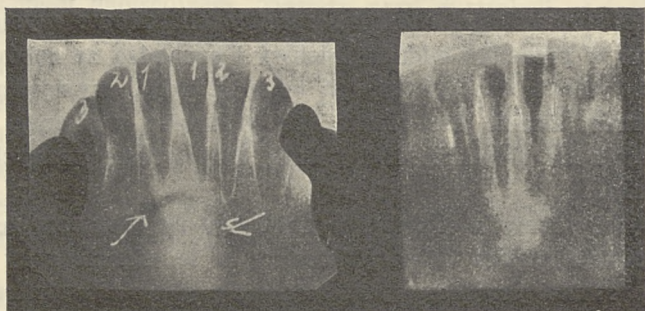
Natomiast wiemy z obserwacji przebiegu paradentozы, że ta sprawa przede wszystkim atakuje dolne siekacze i że te właśnie zęby najszybciej ulegają tej chorobie. Szybkie wytwarzanie się głębokich torebek, wybitny zanik zębodołu i połączone z tem rozchwianie się zębów, są bardzo charakterystycznym objawem paradentozы tegoż odcinka szczęki. Odnosi się wrażenie, że okolica dolnych siekaczy zębów jest bardzo mało odporną. Momenty, które się dla wyjaśnienia tego faktu naprowadza — jak szybkie wytwarzanie się kamienia nazębnego w tej okolicy jakoteż przeciążenie zgryzu zwłaszcza w braku zębów trzonowych — nie tłumaczą nam dostatecznie regularności tegoż zjawiska. Doceniając powyższe momenty w zupełności — nie sądzę jednak, by były wyłączną przyczyną, a raczej mogą spowodować przyspieszenie procesu chorobowego tylko na gruncie predyspozycji tej okolicy, uzasadnionej zmniejszoną odpornością. Nie ulega też wątpliwości, że ta zmniejszona odporność tłumaczy nam tak częste występowanie osteomyelitis tej okolicy przy furunkulach dolnej wargi.

Czem jest uwarunkowana zmniejszona odporność tej okolicy? Prawdopodobnie budową anatomo-histologiczną tkanki kostnej tej okolicy, jakoteż właściwościami układu naczyniowo-limfatycznego.

Nie zamierzam cytować anatomicznych i naczyniowych właściwości tej okolicy dostatecznie znanych. Pozwolę sobie jedynie ogólnie zwrócić uwagę na istotę kostną stosunkowo bardziej zbitą z powodu przyczepów całego szeregu mięśni corticalis, na stosunkowo ubogą substancję gąbczastą, na małą porowatość tkanki kostnej, jakoteż na upośledzone unaczynienie. Wedle Schöna (Z. R. 52 1931) należy uważać końcowe rozgałęzienia tętnicy żuchwowej jako arterie końcowe w rozumieniu Cohn-

heima. Embolje tych naczyń z braku odpowiednich anastomoz mogą wyłączyć cały ten odcinek z procesu odżywiania. Anatomiczne ogólnikowe uzasadnienie było konieczne celem zrozumienia obrazu chorobowego, którym mam zamiar się zająć.

Obraz ten występuje właśnie w okolicy zębów przednich dolnych i przedstawia tyle charakterystycznych momentów, że mimo możliwości zaliczenia go do grupy zapaleń ozębnej z następstwami tejsze, wzgl. do grupy osteomyelitis, raczej nadaje się do wyodrębnienia go jako osobną jednostkę chorobową.



Klinicznie przedstawia się obraz następująco:

Pacjent zgłasza się z ostremi objawami zapalenia ozębnej w okolicy bródkowej. Silne bóle, podwyższona temperatura, upośledzone samopoczucie. Przy badaniu uderza nas przede wszystkim, że zęby są zupełnie nie-
tknięte — czasem jeden z zębów wykazuje zmianę przepuszczalności światła.

Stan torebek dziąsłowych normalny, brak ubytku próchnicowego, brak starcia powierzchni siecznej, brak wogóle momentów, któreby nam tłumaczyły widoczną zgorzel miazgi, którą stwierdzić możemy ponadto prądem faradycznym. Obumarcie miazgi ogranicza się do jednego lub dwóch zębów i zawsze dotyczy w tem stadium tylko pierwszych siecznych zębów dolnych. Odrazu staje się jasnem, że tylko jeden ząb pierwotnie był zaatakowany, a nekroza miazgi w drugim, jest wtórna. Niekiedy bardzo trudno zorientować się, który ząb jest właśnie tym pierwszym.

Mamy zatem pierwsze dwa charakterystyczne objawy chorobowe.

- 1) Lokalizacja w okolicy przednich dolnych siekaczy,
- 2) Obumarcie miazgi w zębach nieuszkodzonych, obumarcie miazgi bez widocznej przyczyny.

Fakt ten znany — ograniczający się prawie zawsze do zębów przednich dolnych — staraliśmy się tłumaczyć urazem w dzieciństwie, który przy małym przekroju kanału zębów dolnych i minimalnem świetle otworu

szczytowego, powoduje uszkodzenie naczyń i nerwów i następową zgorzel. Pomijając negatywny w największej części w tym kierunku wywiad nawet u dzieci małych, u których z powodu krótkiego czasokresu od insultu — rodzice na pewne byłiby poinformowani — dziwnem się wydaje, w jaki sposób zgorzel w stanie utajonym miałyby lata całe — nawet dziesiątki lat przetrwać, nie wywołując żadnych objawów. Zdaje się, że w tym wypadku nastąpiło zgeneralizowanie wywołującego czasem nekrozę miazgi urazu — z powodu braku innej możliwości wytłumaczenia. Przemawia przeciwko temu również stan miazgi przy trepanacji. Często miazga już niewrażliwa przedstawia nam się jeszcze jako różowa, rozmiękła masa i widocznem jest że cała sprawa chorobowa jest całkiem świeżej provenjencji.

W dwóch przypadkach zaobserwowałem ponadto ciekawe zjawisko: ząb pierwotny i zaatakowany wtórnie nie reagował zupełnie na prąd faradyczny, natomiast reagował na najłżejsze zmiany termiczne, analogicznie jak przy ostrem zapaleniu miazgi. Podobny objaw zaobserwowałem czasem po aplikacji arszeniku; po 48 godzinach pacjent reagował na zmiany termiczne, jednak zupełnie nie reagował przy amputacji miazgi.

Wytłumaczenie tych zjawisk znaleźć możemy w zapodaniach Morrell'e go w związku z próbą wytłumaczenia paradoksalnej reakcji termicznej (Pol. Stom. Ks. Pam. 1931).

Cytuję dosłownie: „Zdolność przewodnictwa włókien nerwowych różnego rodzaju czucia przewodzących wspólnie w jednym pniu nerwowych ulega w różnym stopniu działaniu znieczulenia, tak, że czucie jednego rodzaju może być jeszcze całkowicie utrzymane, podczas gdy innego rodzaju całkiem zniesione. Innemi słowy następuje rozszczepienie przewodnictwa według różnych rodzajów czucia. W rachubę wchodzi czucie smaku, dotyku, bólu, temperatury, któreto — jak wiemy z fizjologii — przewodzą wiązki nerwu żuchwowego i językowego. Wiemy, że dla przewodzenia rozmaitych rodzajów czucia we wspólnym pniu istnieją oddzielne włókna nerwowe, które muszą otrzymać pewną podniecię“. Nie jest zatem wykluczone, że przy działaniu arszeniku wzgl. momentów powodujących obumarcie miazgi, włókna przewodzące zimno obumierają ostatnie. Dalsze obserwacje w tym kierunku byłyby wskazane.

Spostrzeżenie to posłuży nam później dla zorjetowania się w przypuszczalnej drodze infekcji miazgi.

Przypuszczam, że wiele też przesady znajduje się w twierdzeniu jakoby przy upadku, głównie zęby dolne były narażone. Nie ulega wątpliwości, że okolica bródkowa jest najbardziej eksponowaną przy upadku na twarz ale to jeszcze nie jest wcale identyczne z równem niebezpieczeństwem zębów siecznych dolnych. Odnoszę wrażenie, że przy normalnym zgryzie, dolne sieczne są bardziej chronione, niż górne siekacze i uwzględniając działanie à contre coup są właśnie górne zęby bardziej narażone na skutki

urazowe. Z tem też zgadza się nasze doświadczenie, że znacznie częściej obserwujemy wyłamanie wzgl. luksację zębów górnych jak dolnych, zwłaszcza u osobników młodych. Jeszcze jeden moment przemawia przeciw stałemu łączeniu obumarcia miazgi w zębach nieuszkodzonych z insultem.

Nie ulega wątpliwości, że insult, który mógł spowodować przerwanie naczyń musiał być bardzo silny i być połączony z częściową choćby luksacją zęba. Przyjmując, że mimo takiego urazu ząb ponownie bez reakcji wrósł w zębodół, nie wyobrażam sobie, by to mogło się odbyć bez jakiegokolwiek zmiany resorpcyjnej zębodołu, uwidocznionej roentgenologicznie. Tymczasem w dotyczących przypadkach kontury przegród zębodołowych nie wykazują żadnych zmian resorpcyjnych.

Zatrzymałem się nieco dłużej przy dotychczasowych próbach wytłumaczenia obumarcia miazgi w zębach całych, nieuszkodzonych, na skutek insultu mechanicznego, jakoteż przytoczyłem cały szereg argumentów, przemawiających przeciw generalizowaniu tegoż sposobu obumarcia miazgi. Rzeczywiste powody tego zjawiska zostały mojem zdaniem słusznie sprecyzowane przez Schöna w powyżej przytoczonym wyjaśnieniu.

Trzecim kardynalnym symptomem tego schorzenia jest typowy i charakterystyczny obraz roentgenologiczny.

Silne zniszczenie struktury kostnej, czasem o brzegach ostrych, przypominających zarysy torbieli, po większej jednek części o brzegach rozlanych przechodzących nieregularnie w normalną tkankę kostną. Często obserwujemy również wypustki, przechodzące z okolicy jednego zęba do drugiego a nawet trzeciego. Destrukcja kości jest znaczna i przypomina obrazy spotykane w późniejszych stadiach osteomyelitis. Nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju zniszczenie tkanki kostnej, które spotykamy u pacjenta z chwilą zgłoszenia, a zatem z chwilą wystąpienia objawów ostrych, musiał przeprowadzać długotrwały proces kostny, który jednak nie dawał subiektywnych symptomów. Proces ten uważam za chroniczną formę osteomyelitis o dobrotliwym nastawieniu.

Zanim przejdę do omówienia etiologii i terapii powyższego schorzenia, chciałbym dla ustalenia cech zasadniczych podkreślić następujące charakterystyczne momenty:

- 1) Lokalizacja w okolicy dolnych zębów siecznych,
- 2) Obumarcie miazgi przy zębach nieuszkodzonych,
- 3) Typowy obraz roentgenologiczny, wykazujący znaczne uszkodzenie tkanki kostnej, analogicznie jak przy osteomyelitis.
- 4) Nieznaczne dolegliwości subiektywne w stosunku do znacznych zmian histologicznych i roentgenologicznych,
- 5) Występowanie głównie u osobników młodszych.

O ile zanalizujemy obraz podanego schorzenia, to moglibyśmy ze względów klinicznych i objawów subiektywnych zaliczyć je do grupy zapaleń ozębnej przy zgorzeli miazgi bez wiadomej przyczyny. Przeciwnie temu przemawia jednak obraz roentgenologiczny, nie spotykany przy zapaleniach ozębnej i wskazujący na to, że proces ten już długi czas przed obumarciem miazgi i przed wystąpieniem objawów zapalenia ozębnej musiał się rozwijać. Łatwiej znacznie obraz ten zaszeregować do grupy osteomyelitis o charakterze chronicznym dobrotliwym.

Nie ulega wątpliwości, że obraz chorobowy, który przedstawiłem jest formą osteomyelitis, zasługującą jednak ze względu na charakterystyczne momenty, które przytoczyłem na wyodrębnienie jako samodzielna jednostka chorobowa. Obraz ten nazwałbym „chroniczną osteomyelitis przy nieuszkodzonych zębach siecznych dolnych“.

O ilebyśmy na podstawie obserwacji pewnych momentów przebiegu choroby, chcieli zrekonstruować przebieg całego procesu, moglibyśmy hipotetycznie przyjąć następujące wytłumaczenie:

Pod wpływem w normalnych granicach pozostających zaburzeń w krążeniu (możliwie na tle infekcji) przychodzi w przednim odcinku żuchwy z powodu specjalnie niekorzystnej budowy tkanki kostnej i systemu krwionośnego pozbawionego gęstszych anastomoz do zakrzepów, powodujących powstanie ognisk nekrotycznych. Ogniska te, zlewając się, tworzą większy odcinek resorpcyjny, który posuwając się w kierunku zębów siecznych środkowych doprowadza do zaburzeń w krążeniu miazgi przy równoczesnym zakażeniu, co w następstwie po krótkotrwałym zapaleniu miazgi powoduje nekrozę tęże, wśród objawów zapalenia ozębnej.

Proces chorobowy wychodzi zatem z istoty gąbczastej żuchwy, kierując się w stronę zębów, a nie odwrotnie jak normalnie. Możliwe, że próba wytłumaczenia nie odpowiada rzeczywistości ale na podstawie obserwacji klinicznej osobistej, uważam tę genezę schorzenia za najbardziej tłumaczącą nam całokształt obserwowanych symptomów.

Dalsze spostrzeżenia obiektywnych obserwatorów potwierdzą, albo obalą podane przypuszczenia.

Oдноśnie do terapii przyjmuje S c h ö n możliwość leczenia konserwatywnego, zaznaczając jednak, że nacięcie występujących ropni uważa za konieczne. Na poparcie swojego twierdzenia przedstawia obrazy roentgenologiczne, udowadniające restytucję procesu kostnego w kinicznie wyleczonych przypadkach.

Obserwowane przezemnie przypadki były leczone operatywnie szerokim otwarciem ogniska, wyłężyczkowaniem i resekcją zaatakowanych zębów. Zachowawcze leczenie nie dało pozytywnych rezultatów.

Prognoza przypadków dobra.

ZUSAMMENFASSUNG: Der Verfasser beschreibt ein Krankheitsbild in der Gegend der unteren Schneidezähne, charakterisiert durch das Absterben der Pulpen bei äusserlich intakten Zähnen bei typischem Röntgenbild. Der Prozess, den man in die Gruppe der Periodontitiden resp. Osteomyelitiden einreihen könnte, wird jedoch wegen einer Reihe von spezifischen Symptomen als selbstständiges Krankheitsbild aufgefasst. Die Erkrankung wird als eine gutartige Form der Osteomyelitis bezeichnet, bedingt durch Ernährungsstörungen, hervorgerufen durch geringfügige Noxen infolge der spezifischen Knochenstruktur und Blutgefässverteilung im vorderen Abschnitt des Unterkiefers.

Die Symptomatologie, der Verlauf und Therapie werden beschrieben.

III-ci OGÓLNO-POLSKI ZJAZD PRZECIWRAKOWY W ŁODZI

w dniach 30 i 31 października 1932.

Adres dla korespondencji: Łódź, Piotrowska 175 (Łódzkie Tow. Zwalczenia Raka).

Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpoznanie raka; 3) leczenie raka i d) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej.

Dotychczas zgłosili odczyty: 1) St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej“. 2) prof. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów“. 3) prof. Eiger i doc. E. Czarnecki (Wilno): „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał działających na układ współczulny i obokwspółczulny“. 4) prof. M. Eiger (Wilno): „Mikrobiologiczne ujęcie sprawy tworzenia się wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji z fizjologią i fizjopatologią ustroju“. 5) dr. Floksztrumpf i dr. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych“. 6) prof. L. Hirszfild (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności“. 7) dr. J. Kołodziejski i dr. M. Floksztrumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapii w raku“. 8) dr. Łaskowski (Warszawa): „Podstawy mianownictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologii“. 9) dr. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radioterapii nowotworów złośliwych“. 10) prof. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radiologiczną“. 11) doc. Oszański (Kraków): „Biologiczny obraz krwi jako wyraz przemiany materji u chorych na raka“. 12) prof. Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka“. 13) ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacji Przeciwrakowych oraz Ogólnostowiańskiej Ligi Przeciwrakowej“. 14) doc. S. Sterling-Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego“. 15) dr. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości. 16) dr. W. Zawadowski (Warszawa): Leczenie promieniami X“.

Dr. JÓZEF JARZĄB

Zast. prof. uniw.

POZNAŃ

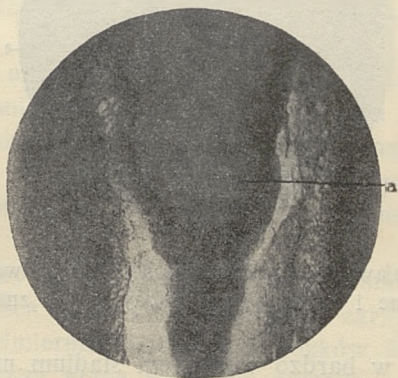
PARODONTOZA W ŚWIEŹLE OSTATNICH BADAŃ¹⁾.*La parodontose sous le jour des recherches dernières.**Die Parodontose im Lichte neuester Forschung.*

Doc. pol. 26.71

Doc. int.

W definicji schorzeń okolicy przyzębnej należy uwzględnić nie tylko schorzenia ozębnej przydziąsłowej, ale także schorzenie tkanki zęba, zębodołu, okostnej i dziąsła.

Takie ujęcie sprawy jest jasne, jeżeli się zważy, że ten system tkankowy tworzy jedność nie tylko topograficzną, ale funkcyjną i fizjologiczną, która w całości bierze udział w pewnym oporze przy akcji żucia, do czego również mamy dostosowany klinowy kształt korzeni, ściągistą budowę ozębnej, odpowiednie ukształtowanie struktury kostnej zębodołu a wreszcie wspólne naczynia i nerwy. Schorzenie jednej tkanki musi pociągnąć za sobą odpowiednie zmiany w innych.



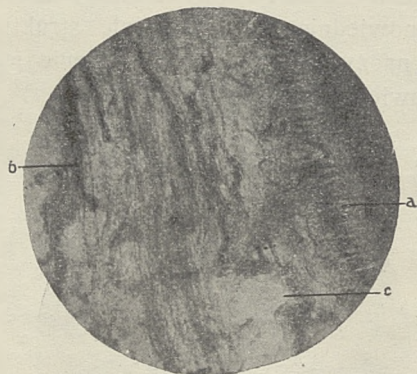
Ryc. 1. Włókniste zwyrodnienie miazgi a) złogi wapniowe wypełniające niemal cały przewód korzeniowy.

W warstwie nabłonkowej dziąsła na samym początku choroby widzimy przerost i rozluźnienie tkanki. Szybko jednak na powierzchni następują zmiany regresywne, zanik nabłonka prawie do jednej warstwy na korzyść rozrostu tkanki pod nim leżącej. Klinicznie widzimy wówczas zaczerwienione i wystające brodawki międzyzębowe, które przy lekkim dotyku krwawią. W dalszym ciągu następuje wzrastanie nabłonka w głąb rozluźnionej tkanki, wskutek tego następuje zanik więzadełka okrężnego i wytworzenia się ropnych kieszzonek dziąsłowych.

Na powierzchni kostnej wyrostka zębodołowego spotykamy się z zapaleniem tkanki kostnej o *stitis*. Komórki kostno twórcze na powierzchni zanikają, a z powodu braku siły rozrodczej i prawidłowego odżywiania następuje zanik kości. Zanik ten jest następstwem zapalenia wskutek działania osteoklastów, które na powierzchni spotykamy. Wówczas następuje chwień się zębów, zmieniony ucisk na boki zębodołu, do czego częstokroć dostosowuje się także struktura kostna zębodołu, którego beleczkowanie przybiera kierunek więcej poziomy i prostopadły do osi zęba.

Szpic kostny wskutek długotrwałych spraw zapalnych zanika, przerasta tkanką włóknistą. W cemencie korzenia dość wcześnie występują zmiany hyalinowe, amyloidowe, tłuszczowe, a w sprawach zaawansowanych spotykamy wybitną resorbcję.

W naczyniach jak to wykazuje kapilaroskopia występuje rozrost i maczugowate rozszerzenia.



Ryc. 2. Miazga przy objawach parodontalnych: a) warstwa komórek zębinotwórczych, b) rozszerzone i zaczipowane naczynia, c) zmiany wodniczkowe.

W miazdze już w bardzo wczesnem stadium następuje przy prawidłowem zachowaniu się warstwy komórek zębinotwórczych ogólne przekrwienie i obfity wysięk, przyczem u starszych osobników miazga przyrasta w formie pasm włóknistych, następuje zanik jąder, zbliźnowacenie i odkładanie się złogów wapniowych. Ryc. 1. U młodszych zaś jądra utrzymują się dość długo i częściej dochodzi do zwyrodnienia wodniczkowego w komórkach zębinotwórczych i w całej miazdze, jak też do całkowitego obumarcia miazgi. Ryc. 2.

Przyczyny tak poważnych zmian są bardzo liczne i grupują się w przyczynach zewnętrznych i wewnętrznych.

Przyczepienie dziąsła do szyjki zęba w formie fizjologicznej kieszonki, która w późniejszym wieku ulega zwiotczeniu, staje się z natury

rzeczy *locus minoris resistentiae*; zaleganie bowiem nieznacznych resztek pokarmowych prowadzi tutaj do spraw zapalnych. Więcej jeszcze będzie to widocznem przy nieprawidłowem ustawieniu zębów, przy nieprzylegających wypełnieniach, koronach, przy nieprawidłowym zgryzie.

Nadmierne obciążenie pewnej partji zębów, wywołane wadliwym zgryzem lub częściową utratą uzębienia, a wreszcie nadmiernie wykształcone guzki zębów przy nieświadomych bocznych ruchach szczęk stają się wczesną przyczyną schorzenia okolicy przyzębnej.

Z ogólnych przyczyn należy tu wymienić późniejszy wiek chorego, w którym następnie zanik sił bioplastycznych organizmu, brak zdolności regeneracyjnych, wskutek czego bodźce, które początkowo były obojętne, obecnie stają się patologicznymi.

Sprawność funkcji organizmu uzależniona jest w dużej mierze od sprawności działania gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu oraz stoi w związku z wegetatywnym systemem nerwowym. Zaburzenia w tych gruczołach prowadzą do schorzeń ogólnych jak *diabetes*, *nephritis*, *arthritis*, *obstipatio* i t. p., które to choroby zazwyczaj towarzyszą schorzeniom parodontalnym. Wszystkie te niedomagania prowadzą do większego nagromadzenia kwasu węglowego i kwasu moczowego w tkankach.

Badania Prinza wykazały, że od napięcia kwasowego w tkankach uzależnione jest strącanie się w dużej ilości kamienia nazębnego, który już bezpośrednio drogą ucisku na tkanki powoduje ich zanik.

Na tak ogólnie osłabione tło organizmu przychodzą drobnoustroje których czynność podtrzymuje i prowadzi w dalszym ciągu zmiany chorobowe.

W leczeniu należy uwzględnić po kolei wszystkie przyczyny, należy usunąć wszystkie miejsca retencyjne, wyrównać zgryz przez odpowiednie spiłowanie zębów i nadmiernie rozwiniętych guzków, lub w miarę potrzeby przez podniesienie zgryzu przez założenie protezy.

Z największą starannością należy usunąć kamień nazębny, wchodząc narzędziami w kieszonki i powtarzając ten zabieg kilkakrotnie w celu drażnienia i pobudzania naturalnych sił obronnych dziąsła. Poza tem stosujemy w miarę potrzeby środki o własnościach: 1) żrących, jak wszystkie kwasy stężone, chlorek cynku 8%, które oprócz drażnienia niszczą nam przerosłą nabłonkiem tkankę kieszonek zębowych, 2) bakterjobójczych jak *Presojod*, *camphenol*, *chloramina*, *Rivanol*, *Salvarsan* i inne, które powinno się kolejno zmieniać, 3) ściągających jak środki garbnikowe i formalinowe w celu wytworzenia zabliźnienia dziąsła ściśle przylegające do szyjki zębów.

Subiektywnie poprawia się niekiedy stan wybitnie przez usunięcie miazgi dotkniętej całym szeregiem zmian wstecznych.

Po dokładnem badaniu i ustaleniu schorzeń ogólnych a tle nieprawidłowej przemiany materji, które niejednokrotnie w związku ze sprawami parodontalnymi odkrywamy, należy leczyć je swoiście przez zmianę dotychczasowych warunków życia, przez stosowanie środków wzmacniających jak arsen, fosfor, żelazo i przez alkalizację tkanek, jak picie alkalicznych wód mineralnych i stosowanie ich miejscowe, przez płukania i wstrzykiwania tępą igłą, podobnie jak innych środków, do kieszonek zębowych. Najlepszą miejscową alkalizacją tkanek uzyskujemy metodą Dunlopa.

W przypadkach zbyt zaawansowanych, przy wytworzeniu kieszonek zębowych ponad 3 mm należy po uwzględnieniu wszystkich przyczyn usunąć je drogą chirurgiczną, metodą Cieszyński - Widmann.

Największe znaczenie we wszystkich tych sprawach ma leczenie profilaktyczne przez wczesne usunięcie miejscowych przyczyn i racjonalną higienę jamy ustnej.

ZUSAMMENFASSUNG: Ein kurzer Bericht über die pathologisch-anatomischen und klinischen Verhältnisse bei der Parodontose und der üblichen lokalen und allgemeinen Therapie.

† Prof. Dr. FRITZ WILLIGER

Dnia 4 sierpnia 1932 r. zmarł w 67 roku życia w Dahlewitz pod Berlinem prof. dr. Fritz Williger, ze szkoły prof. Partscha, b. kierownik oddziału chirurgji dentystycznej Instytutu dentystycznego uniw. berlińskiego.

Williger urodził się w r. 1866, studiował medycynę w Fryburgu i Jenie. W roku 1890 uzyskuje stopień dr. med., zostaje lekarzem wojskowym, pełniąc służbę na Śląsku, później w Poznaniu jako pułkownik-lekarz, a następnie we Wrocławiu. Tamże zainteresował się dentystyką i otrzymał dyplom lekarza-dentysty w roku 1901, pozostając jeszcze w czynnej służbie wojskowej. Po ustąpieniu prof. Millera w Berlinie powierzono Willingerowi w roku 1906 prowadzenie oddziału dentystyki zachowawczej w Instytucie dentystycznym berlińskim, jakkolwiek nie był habilitowanym docentem, a następnie po ustąpieniu prof. Buscha w Berlinie powołano go na nadzwyczajnego profesora i powierzono mu kierownictwo oddziału chirurgji dentystycznej. Karjera wojskowa i kilkuletnia praca pod kierownictwem prof. Partscha w Wrocławiu utorowała mu drogę do największego instytutu dentystycznego w Niemczech. Na tem stanowisku pozostał do r. 1926.

Prace naukowe zmarłego dotyczą działu chirurgji dentystycznej; najbardziej znanym jest jego podręcznik ekstrakcji zębów. Jako pedagog ceniony i lubiany był bardzo przez swoich uczniów, uczył ich nie tylko działu, którego był przedstawicielem, ale i sposobu myślenia lekarskiego.

Katedrę po Willigerze objął w Berlinie chirurg, prof. Axhausen.

Cieszyński.

† Prof. Dr. KARL PARTSCH.

W 77 roku życia umarł w pierwszej połowie września 1932 r. prof. dr. med. Karl Partsch w Wrocławiu, pionier chirurgji stomatologicznej w Niemczech znakomity uczony i wychowawca wielkiego zastępu lekarzy dentyków i szeregu profesorów tegoż przedmiotu.

Partsch urodził się dnia 1 stycznia 1855 r. Wydział Lekarski w Wrocławiu polecił Mu, jako docentowi chirurgji, w r. 1890 kierownictwo Instytutu dentystycznego tamtejszego uniwersytetu. Podówczas był już w Berlinie Miller i wydał tamże swoje podstawowe dzieło o „Drobnoustrojach jamy ustnej“. Leczenie chorej miazgi było już prowadzone wówczas według zasad antyseptyki; patologia i leczenie chorób zębnej a szczególnie zakażenia okolicy wkołoszczytowej nie było jeszcze jednak dostatecznie ufundowane. Tym problemem zajął się przedewszystkiem Partsch, mając jako lekarz, patolog i chirurg ku temu dostateczne przygotowanie.

Przez Smith'a (1871), Péana (1972), Migiot'a (1881) już stosowana resekcję korzenia opracował systematycznie i zdobył jej prawo obywatelskie w Niemczech i zagranicą, tak dalece, że poszły w niepamięć zasługi poprzednio wspomnianych autorów. Dalsze jego prace dotyczą torbieli pochodzenia zębowego, ich racjonalnej operacji z wycięciem okna do jamy ustnej, następnie promienicy, gruźlicy szczęk, gruczołów chłonnych, ropowic, nowotworów szczęk i protetyki resekcyjnej. Zbiorowe jego prace z chirurgji stomatologicznej w podręczniku Scheffa, Bruhna, Kantorowicza i Partscha powszechnie są znane.

Klinika chirurgiczno-stomatologiczna w Wrocławiu była chlubą lekarzy-dentystów niemieckich. Z najbardziej znanych uczniów w Niemczech był Williger, w Polsce senior lekarzy-dentystów w Wielkopolsce Antoni Perliński (Poznań) i prof. dr. Alfred Meissner (Warszawa). Partsch odznaczał się wielką wszechstronnością, znakomitemi zdolnościami nauczania i zamiłowaniem do badań, dlatego też z dumą spoglądali Niemcy na promieniującą z Wrocławia chirurgję dentystyczną, która sięgała daleko poza granice ich kraju.

Partsch był poza tem operatorem w Szpitalu Braci Miłosierdzia w zakresie ogólnej chirurgji, zajmował się swego czasu wychowaniem fizycznym i był prezesem Izby Lekarskiej. W instytucie zaś dentystycznym uniw. wrocławskiego wykładał chirurgję dentystyczną i był do r. 1923 kierownikiem tegoż zakładu. Świat naukowy uczył przed 7-miu laty z okazji Jego siedemdziesięciolecia działalność naukową Partscha. My Polacy, czcimy Partscha jako chirurga-stomatologa o sławie światowej.

Cieszyński.

KALENDARZ ZJAZDOWY 1932—1934.

1932.

18—20 maja 1932 r. odbyło się *69-te Doroczne Zebranie Centralnego Związku Lekarzy-dentystów w Bonn* z bardzo obfitym programem naukowym.

6—10 września 1932 r. odbył się *XI-ty amerykański kongres fizyko-terapii w Nowym Yorku* wraz ze sekcją stomatologiczną.

Zjazd Lekarzy i Przyrodników Niemieckich odbędzie się w czasie od dnia 25 do 29 września 1932 r. w Moguncji i w Wiesbaden.

IV. *Międzynarodowy Kurs Doksztalcający fundacji Tomarkin* odbędzie się w czasie od 12 września do 2 października 1932 r. w Medjołanie. Tematami kursu będą choroby serca, rak, hormony, szczepienia ochronne przeciwbłonicze, neurologia, (kifa układu nerwowego, stwardnienie rozsiane, choroba Heine-Medina). Bliższych informacji udziela sekretariat fundacji Tomarkin, Casella Post, 128, Locarno (Suisse).

IX. *Międzynarodowy Kongres Historji Medycyny* odbędzie się w dniach 10—18 września 1932 r. w Bukareszcie.

VII. *Kongres Stomatologów* odbędzie się w czasie od 3 do 8 października 1932 w Paryżu w przeciwieństwie do dotychczasowego terminu z końcem października. To przesunięcie terminu miało na celu ułatwienie licznym Kolegom wzięcie udziału w Kongresie, zwłaszcza z prowincji i zagranicy, którzy się skarżyli dotychczas na zbyt późny termin kongresu.

Ponieważ sale wykładowe Wydziału Lekarskiego paryskiego są w tym czasie zajęte przez Kongres chirurgiczny, przeto jedynie otwarcie odbędzie się w Wielkim Amliteatrze, dnia 3 października 1932 r., następne zaś posiedzenia odbywać się będą razem z wystawą w Palais de la Mutualité, 24, Victor, angle rue Monge et rue des Ecoles. Sekcja Polska A. S. I. zaprasza swoich członków do wzięcia udziału w tymże Zjeździe. Szczegóły w Polskiej Stomatologii, 1932, str. 80.

3—8 października 1932 — Paryż. *Doroczne posiedzenie Wydziału Wykonawczego A. S. I.* (podczas VII. Kongresu Stomatologów franc.).

30 i 31 października. III. *Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy.* (Zgłoszenia: Łódź, Piotrkowska 175, Tow. Zwalczania Raka). (Zobacz str. 208).

1933.

VI. *Polski Zjazd Stomatologiczny w Poznaniu (wrzesień)* połączony ze *Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich*, tudzież ze *Zjazdem Stomatologów Słowiańskich*. Tematem głównym: Choroby okolicy przyzębnej (parodontozy) i stosunek ich do ustroju.

Doroczny Zjazd F. D. I. — prawdopodobnie w Chicago.

1934.

Bolonia. II. *Kongres Międzynarodowy Zw. Stom. A. S. I.*

Ruch w Towarzystwach.

CZĘSTOCHOWSKI ZWIĄZEK ODONTOLOGICZNY.

30-lecie pracy zawodowej lekarza-dentysty Michała Rozenowicza.

W sobotę dnia 18 czerwca b. r. odbyło się zebranie naukowe połączone z uroczystością jubileuszową, na której lekarze-dentyści, członkowie Częstochowskiego Związku Odontologicznego, uczcili zasługi Prezesa kol. Rozenowicza z okazji jego 30-letniej działalności na polu dentystyki i społeczno-zawodowej. Sala Koła Farmaceutów (Aleja Wolności 33), w której odbyło się uroczyste zebranie, przybrała odświeżony wygląd. Obecni byli goście z Warszawy: redaktor „Kroniki Dentystycznej” lekarz dentysta Krakowski, Prezes Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzplitej Polskiej — lekarz dentysta German, oraz goście z Częstochowy, delegaci Towarzystwa „Tozu”: Prezes Dr. Stefan Kon i Dr. Gutman, jak również licznie zebrani członkowie Związku.

Zebranie zagał kol. Rozenowicz, witając serdecznie gości i przybyłych kolegów zamiejskowych i zaprosił na przewodniczącego zebrania, członka honorowego Związku Odontologicznego, kol. Krakowskiego; do prezydium zaś kol. Germana, dr. Kona i dr. Gutmana. Kol. Krakowski, objawwszy przewodnictwo, podziękował za wybór i zaznaczył, że celem zebrania jest również uczczenie zasług kol. Rozenowicza z okazji 30-lecia pracy zawodowej.

Na zebraniu naukowym wygłosił referat kol. Krakowski na temat: „Schorzenia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów i rola ich w powstawaniu gruźlicy”. Referat wysłuchany był z wielkim zaciekawieniem. Po wygłoszonym referacie wywiązała się dyskusja, w której wzięli udział: kol. German, dr. Kon i dr. Gutman, poczem zgodnie z życzeniami wyrażonymi podczas dyskusji, postanowiono przy przeprowadzeniu badania uzębienia dzieci w szkołach, zwrócić szczególną uwagę na stan podszczękowych gruczołów chłonnych.

Po przerwie 10-cio minutowej nastąpiły przemówienia. Pierwsze przemówienie wygłosił lekarz-dentysta Grün, podnosząc zasługi kol. Rozenowicza, jako człowieka, życzliwego kolegi i Prezesa Związku, stojącego na straży interesów kolegów i wysoko trzymającego sztandar etyki zawodowej. Drugi z kolei przemawiał kol. Lejzerowicz, który obszernie scharakteryzował osobę Prezesa, jako jednostkę o wysokich walorach, dając zwarty zarys działalności naukowej i społeczno zawodowej jubilata i wskazał na jego prace naukowe ogłoszone w prasie zawodowej. Prezes T. O. Z., dr. Kon w serdecznych słowach nakreślił sylwetkę jubilata jako człowieka o szczytnych cechach charakteru i nader sumiennego lekarza dentystę pracującego z wielką pedanterją i poświęceniem w swoim zawodzie, życząc Mu długich lat owocnej pracy. Następnie przemawiali: lekarz dentysta German, dr. Gutman i kol. Krakowski w imieniu „Kroniki Dentystycznej”, którą ściśle łączą węzły z jubilatem i złożył najserdeczniejsze życzenia dalszej pomyślniej pracy dla dobra zawodu, zwracając się do jubilata, aby nie zrażał się żadnymi przeszkodami na drodze swej ofiarnej pracy i szedł mężnie i odważnie naprzód. Po przemówieniach innych jeszcze lekarzy dentystów, przewodniczący uroczystego zebrania, celem uczczenia prawdziwych zasług jubilata, wręczył prezesowi Rozenowiczowi dyplom na członka honorowego Częstochowskiego Związku Odontologicznego. Odczy-

tano nadesłane listy gratulacyjne i telegramy od różnych zrzeszeń i instytucyj zawodowych, jak: Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Związku Lekarzy Dentystów Chrześcijan, Zrzeszenia Lekarzy Dentystów Kasy Chorych m. Warszawy, T. O. Z. i lekarzy dentystów zamiejscowych, poczem jubilat bardzo wzruszony serdecznie dziękował za wyrazy uznania i zaznaczył, że jego działalność był nader skromna. Na zakończenie uroczystości odbył się bankiet w „Savoy u“, gdzie w miłym i wesołym nastroju zabawiono się do późnej nocy.

Referat redaktora „Kroniki Dentystycznej“ lekarza dentysty M. Krakowskiego z Warszawy p. t. „Schorzenia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów i rola ich w powstawaniu gruźlicy“
(wygłoszony dnia 18 czerwca 1932 r.).

Prelegent w referacie swoim zwrócił uwagę na schorzenia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów. Zaznaczył że chore zęby są punktem wyjścia całego szeregu chorób, których rozwój uwydatnia się bardziej w wieku dziecięcym, gdyż ustrój dziecięcy wogóle łatwo reaguje na oddziaływanie różnych czynników chorobotwórczych. Wśród tych chorób częstem zjawiskiem są schorzenia gruczołów chłonnych podszczękowych, które są w ścisłym związku z narządem zębowym. Zęby spróchniałe, jako ognisko zakażenia, sprzyjają rozwojowi różnorodnych drobnoustrojów chorobotwórczych i gruczoły chłonne nie są wykluczone od wtargnięcia tych drobnoustrojów. W celu wykazania wpływu spróchniałych zębów na obrzmienia podszczękowych gruczołów chłonnych prof. Odenthal i Limberg, przeprowadzając badanie uzębienia dzieci wykazali, że na 429 dzieci ze spróchniałymi zębami 424 (99%) miało opuchnięte podszczękowe gruczoły chłonne. Obserwując w ciągu dłuższego czasu związek między cierpieniami gruczołów a spróchniałymi zębami u dzieci, prelegent stwierdził, że najwięcej przestarzałych schorzeń podszczękowych gruczołów chłonnych, które powstawały wskutek korzeni zgorzelinowych, zdarzyło się przeważnie u dziewcząt i to w wieku od 4—6 roku. Gruźlicze zapalenie podszczękowych gruczołów chłonnych może powstać drogą ubytków zgorzelinowych zębów, w których gnieźdzą się zarazki gruźlicze. W tych wypadkach drobnoustroje przedostają się z ubytków spróchniałych zębów do gruczołów podszczękowych chłonnych i wywołują swoiste cierpienie. Dlatego też baczna uwagę należy zwracać na spróchniałe zęby, które bardzo często są powodem schorzeń podszczękowych gruczołów chłonnych i ich powikłań, a przez mylne rozpoznanie zignorowana zostaje istotna przyczyna choroby i niejednokrotnie interwencja lekarza-dentysty uratowała młodych pacjentów od niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych. Prelegent stwierdził wiele faktów, gdzie dzieci ze znacznem obrzmieniem podszczękowych gruczołów chłonnych, powstałem jakoby na tle zoiłów, miały podlegać operacji, gdy tymczasem choroba tkwiła jedynie w zębie zgorzelinowym, po usunięciu którego sprawa zakończyła się pomyślnie. Dlatego pożądanem jest odnośnych chorych kierować przede wszystkim do lekarzy-dentystów, celem upewnienia się, czy schorzenie podszczękowych gruczołów chłonnych nie zostało spowodowane wskutek chorego zęba. Prelegent kładzie wielki nacisk, aby przy przeprowadzeniu badania uzębienia dzieci w szkołach zwrócić szczególną uwagę na stan podszczękowych gruczołów chłonnych.

Dział sprawozdań i streszczeń.

ELEKTROTHERAPIA.

Ley (Münster). Die Diathermie in der zahnärztlichen Praxis. (Djatermja w praktyce dentystycznej). Z. f. Stom. 1930, nr. 10.

Djatermję, której najważniejszym momentem leczniczym jest ciepło wytwarzane przez zmienne prądy elektryczne o wysokiej częstotliwości, przechodzące przez tkankę, dzieli autor na djatermję ogólną i lokalną. Dla stomatologów wchodzi w rachubę tylko lokalna, przyczem należy baczną zwrócić uwagę na stosunek elektrody aktywnej do biernej. Elektroda czynna powinna być $\frac{1}{2}$ do $\frac{1}{3}$ wielkości elektrody biernej. Ponadto elektrody powinny być równoległe do siebie ustawione i dokładnie przylegać do ciała, aby nie wywoływać niemiłych wyładowań. Różnice między ciepłem djatermicznym a innymi formami ciepła polegają 1) na silnem działaniu w głąb, 2) na specyficznem działaniu prądów o wysokiem napięciu, 3) na możliwości dokładnego dawkowania. Autor używał djatermji przy schorzeniach ozębnej, jakoteż stanach zapalnych błony śluzowej jamy ustnej. Djatermji chirurgicznej, polegającej na koagulacji, na zniszczeniu tkanki, używał autor przy leczeniu korzeni, posługując się przytem igłą Millera jako czynną elektrodą. Przy końcu swoich wywodów zajmuje się autor zastosowaniem djatermji przy zabiegach operacyjnych n. p. gingivoektomji, gdzie djatermja zastępuje w zupełności funkcję noża operacyjnego. Do zabiegów chirurgicznych konieczny jest jednak specjalny aparat faradyzujący. Atlas (Lwów).

Kristiansen: Zastosowanie djatermji w zębolecznictwie. (Die Diathermie in der Zahnheilkunde-. Viert. J. f. Z. 1929, p. 619.

W ostatnich czasach coraz więcej spotykamy w piśmiennictwie artykułów o zastosowaniu djatermji w stomatologii. — Istnieje różnica między chirurgicznym zastosowaniem prądu częstozmiennego czyli t. zw. elektrokoagulacji i zastosowaniem leczniczem przy głębokiem ogrzaniu narządów wewnętrznych. Według wskazówek autora firma „Sanitas“ w Berlinie skonstruowała aparat, mający służyć do celów djatermji i pod nazwą „Denthotherm“ znajduje się w handlu.

Wskazania: do stosowania chirurgicznej djatermji (elektrokoagulacji) są w pierwszym rzędzie: zakażone przewody korzeni, oraz przewlekłe sprawy zapalne okołoszczytowe. W przypadkach niedrożności przewodów korzeniowych z powodu zakrzywienia lub rozgałęzienia w okolicy szczytowej, dostęp do szczytu jest niemożliwy, lub gdy z powodu stanów chorobowych w okolicy okołoszczytowej nastąpiło wtórne zamknięcie przewodu korzeniowego, wówczas wskazana jest elektrokoagulacja.

Stosując odpowiednie dla poszczególnych przypadków nasilenie prądu częstozmiennego, zapomocą specjalnie zbudowanych elektrod, niszczymy zakażoną miazgę zębową lub zakażoną tkankę ziarninową w okolicy okołoszczytowej korzenia. Działaniem tem osiągamy w ciągu kilku minut skutek, jaki niezawsze możemy otrzymać stosując długie i mozolne leczenie farmakologiczne.

Sposób przygotowania do tego zabiegu jest następujący:

1) Stwierdzić roentgenologicznie stan ozębnej. 2) Usunąć metalowe wypełnienia odnośnych zębów, ponieważ metal będąc dobrym przewodnikiem elektryczności może spowodować niepożądane działanie prądu i koagulację dziąseł. 3) W przypadkach pozostawienia metalowego wypełnienia lub gdy ściany przedniej części przewodu są po wywierceniu zbyt cienkie i przedziurawione — możemy elektrody ostro zakończone (Nadelektrode) izolować na końcu gutaperką. 4) Komora zęba musi być otwarta, a przewody korzeniowe drożne i mechanicznie oczyszczone. 5) W końcu następuje pierwszy wstępny zabieg djatermiczny (koagulacja), mający na celu zniszczenie pozostałej treści przewodu.

Denthoterm — jest to aparat dostosowany do naszych celów, bardzo wygodny i łatwy w użyciu.

Technika zabiegu. Bierną elektrodę w postaci cylindra metalowego daje się choremu do ręki. Elektrodę zaś gładką, zaopatrzoną igłą wprowadza się do wejścia przewodu, puszczając nogą prąd przy pomocy odpowiedniej dźwigni, wprowadza się igłę bardzo powoli i tak głęboko póki nie napotkamy na przeszkodę. Wówczas prąd wyłączamy. Zabieg ten powinien trwać nie dłużej jak 20—30 sekund przy sile prądu 50—60 miliamper, co odpowiada cyfrom 5—6 na skali. Po tym zabiegu, który jest niejako wstępem do właściwej djatermji następuje zwykle mechaniczne oczyszczenie i rozszerzenie przewodu, jego przemycie bakterjobójczymi środkami kamfenol, chlorfenol i t. p.

Zabieg właściwy ma na celu odkażenie okolicy szczytowej i tkanki okółoszczytowej. Wprowadza się igłę w wilgotny przewód korzenia jak najbliżej szczytu. Prąd puszcza się wówczas i zwiększa stopniowo aż chory uczuje wyraźny ból. Uczucie bólu jest ostrzeżeniem, aby nie uszkodzić zdrowej tkanki, głębiej leżącej, dlatego zabieg ten winien być wykonywany zawsze bez znieczulenia.

Uczucie bólu występuje przeważnie przy sile prądu 30 Ma. Czas trwania zabiegu zależy od rozległości schorzenia. Przy zupełnie małych ziarniniakach trwa zwykle 1—2 minuty przy sile prądu 30—50 Ma. Odpowiada to liczbie 5 na skali. Przy większych ogniskach zapalnych zwiększa się siłę prądu do 100 Ma. Odpowiada to skali 6—7. Gdyby ból występował zbyt silnie, można obniżyć siłę prądu do 30 Ma, a zwiększyć za to czas trwania zabiegu do 3—4 minut. Po tym zabiegu wypełnia się przewód prawidłowo antyseptyczną pastą. W przypadkach niemożliwej drożności przewodów stosuje autor kombinację azotanu srebra według Howe'a z djatermją. Srebro działa tu jako dobry przewodnik prądu.

Oprócz wymienionego wskazania do stosowania chirurgicznej djatermji zabieg ten może służyć również:

1) do zniszczenia miazgi zębowej; 2) do wyjąłowania przewodu; 3) do zniszczenia nadmiernie wybijającego dziąsła (Epulis); 4) przy kieszonkach dziąsłowych przy paradentitis marginalis; 5) jako Haemostaticum.

Leczenie djatermją ma zastosowanie przy silnych stanach zapalnych. Celem jej jest wywołać głęboko idącą, silną hyperaemję. Wykonuje się ją tym samym aparatem zmieniając odpowiednio elektrody i nasilenie prądu.

Jako elektrody służą płytki ołowiane lub cynowe. Małą płytkę (około 10 cm) kładzie się jako czynną elektrodę na policzek w miejscu sprawy zapalnej. Druga, nieczynna, większa, zostaje umiejscowiona na przeciwnej stronie twarzy i powinna przylegać ściśle do policzka.

Zabieg ten może trwać około pół godziny. Siła prądu od 400—600 Ma. Zabieg ten usuwa zwykle po jednorazowym użyciu wszystkie ostre objawy ozębnej i okostnej po otwarciu odpowiedniego zęba.

Na następny posiedzeniu, o ile przewód zęba poddano leczeniu djatermją w powyższy sposób, może być na stałe wypełniony.

W przypadkach utworzenia przetoki przy ostrem zapaleniu ozębnej następuje typowe leczenie zęba i otwarcie przetoki.

W trudnym wyrzynaniu się zębów mądrości, jak też wogóle w celu usunięcia bólu pooperacyjnego, zastosowanie djatermji ma wdzięczne pole.

Hryniewiczowa (Poznań).

DERMATOLOGJA.

O zawodowym wyprysku (eczema) u lekarzy-dentystów. (Ueber das Berufsekzem der Zahnärzte). Zahnärztliche Rundschau 1930, p. 2, 4, 5, 7, 8. — Referat zbiorowy.

W ostatnich zeszytach „Zahnärztliche Rundschau“ ukazał się cały szereg artykułów, traktujących o t. zw. wyprysku zawodowym wśród lekarzy-dentystów. W sprawie tej, która przed 20 laty była pierwszy raz poruszona w powyższym piśmie, ukazują się periodycznie prace lekarzy, którzy niejednokrotnie sami, jak też ich pomocnicy cierpieli z powodu tego dość przykrego i uporczywego schorzenia zawodowego. Choroba ta atakuje szczególnie czynnościowo ważne palce prawej ręki, kciuk, palec wskazujący i środkowy, może jednak przejść na lewą rękę, a nawet na twarz. Wszystkie środki stosowane przez pierwszorzędných specjalistów miały tylko przejściowy skutek. Dopiero po usunięciu formaliny ze swojej praktyki codziennej i zastosowaniu opatrunku z maści cynkowej następowało polepszenie i wyleczenie.

Podobnie zapatruje się również Seeger, upatrując przyczynę schorzenia także w olejkach eterycznych i roztworach CH-K-M Walkhoffa (chlorphenol, camphora, mentol), nowocaina i t. p. W leczeniu podaje różne środki w zależności od przyczyny tego cierpienia. Zadowolające wyniki można osiągnąć „chinosolem“, zapobiegawczo zaś należy regularnie pielęgnować ręce, 2 razy dziennie po myciu dobrze namydlić mydłem dziegciowym, dodając do piany trochę gliceryny. Po silnem roztarciu tego należy ręce osuszyć. Przyczyną sprzyjającą powstaniu wyprysku jest również alkohol, z powodu zbytńskiego wysuszania skóry; należy go o ile możliwości również ograniczyć. Dodaje wreszcie, że pewną rolę w powyższym cierpieniu odgrywa predyspozycja, zwłaszcza blondyni są specjalnie skłonni, których skóra jest bardziej wrażliwa i wskutek tego łatwiej ulega temu schorzeniu.

Norgauer dowodzi, że przyczyną wyprysku może być oprócz chemikalji również woda chlorowana w dużych miastach, przyczem częste mycie rąk i z tem związane odtłuszczenie skóry — stwarza dogodne warunki dla choroby. Jako mydło do rąk w codziennej praktyce zaleca prze-

tłuszczone mydło Dra Geiera. Główny nacisk kładzie na należyte i dokładne wysuszenie rąk i to tylko ręcznikiem, a nie różnymi aparatami elektrycznymi.

Przy pierwszych objawach charakterystycznego swędzenia skóry należy odnośne miejsce przemyć alkoholem i posmarować wazeliną amerykańską; przynajmniej pierwsze pół godziny potem należy unikać mycia rąk.

Według Salomona nie tylko formalina, lecz także wszystkie inne leki, jakoteż środki bakterjobójcze wywierają z biegiem czasu mniejsze lub większe podrażnienie skóry, którego stopień zależy od względów osobniczych. Z tych powodów wskazana byłaby praca w rękawiczkach gumowych, jednakowoż z powodu niewygody nie zawsze i nie wszędzie można to zastosować. Staranne wysuszenie rąk po każdym myciu, a po skończonej pracy natłuszczenie (w zimie nawet częstsze) zabezpiecza skórę w wielkiej mierze przed wypryskiem. Formaliny w ordynacji nie używać.

Rais, który przed dwoma laty dwa razy w ciągu roku cierpiał z powodu wyprysku, podaje jako środek leczniczy zimne okłady i opatrunek z maści cynkowej przeciwko objawom swędzenia. Jako przyczynę schorzenia upatruje raczej eugenol aniżeli formalinę. Zapobiegawczo zaleca mycie rąk delikatnymi wygotowaniami trocinami drzewnymi z proszkiem mydlanym. Olejku goździkowego o ile możliwości nie używa.

Najnowsze leczenie wyprysku polega na stosowaniu środków narкотycznych. Linka podaje środek „Penetrin“, którym należy miejsce swędzenia zwilżyć, skoro tylko pierwsze objawy swędzenia wystąpią. Nawet już długo utrzymujący się wyprysk można w ten sposób wyleczyć. Przed użyciem tego środka należy skórę odtłuścić benzyną. W uporczywych przypadkach, jak podaje Wegmann po zastosowaniu maści „Kamillosan“ po 3—4 dniach następuje poprawa.

Najskuteczniej zdaniem referenta działa profilaktyczne pielęgnowanie rąk, z jakim się zapoznał w Klinice Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Po skończonej pracy myje się gruntownie ręce w letniej wodzie, o ile możliwości przetłuszczonem mydłem, następnie lekko się osusza ręcznikiem, a bezpośrednio potem wciera się glicerynę lub wazelinę i wkłada niciane rękawiczki. Sposób ten stosować należy na noc.

Bartman (Poznań).

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

P. Guns et R. Coene: Nowe leczenie zanikowego nieżyty nosa. (Nouveau traitement de la rhinite atrophique).

Teorie przyczyn ozeny są rozmaite, a piśmiennictwo na ten temat jest olbrzymie. Jakkolwiek niektórzy autorowie twierdzą, że etiologia ozeny jest dla nich jasna, jak n. p. Hofer, dla którego wyjaśnia ją *coccobacillum Perez*, to przecież powstają coraz nowe teorie i metody leczenia. W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się stosunkowi cierpienia do systemu nerwowego samoczynnego, a poniekąd także do gruczołów dokrewnych (Wiskowsky, Bergis, Asteriades, Halpben, Portmann).

Znane są próby Portmanna leczenia ozeny drogą sympatricectomji. Istotnie też wyniki dodatnie tej metody są niewątpliwe. Niestety są one prze-

mijające. Pewna znów grupa autorów stara się wpłynąć korzystnie na przebieg ozeny drogą farmakologicznego działania na parasympaticus, mając w tym kierunku teoretyczne oparcie na przypadkach wrzekomego wywołania ozeny drogą wycięcia zwoju klinowo-podniebnego lub uszkodzenia zwoju Meckela. Z środków pobudzających parasympaticus czyli t. zw. vagotonicznych stosowano dotąd pilocarpinę i extractum jaborandi (z neopancarpiną). Żaden z tych środków nie jest bezskuteczny. Autorzy zastosowali acetylcholinum hydrochloricum, dostarczoną przez firmę Hoffman-La Roche w ampułkach z roztynem 1%, 5% i 10%-wym, a to w formie pendzlowania śluzówki nosa po uprzednim zastosowaniu miejscowem lekiego roztworu kwasu mlecznego w celu zmiany odczynu zasadowego powierzchni śluzówki na kwaśny. Acetylcholina rozkłada się bowiem szybko w środowisku zasadowem. Z tej samej przyczyny autorzy nie stosowali środka drogą wstrzykiwań podskórnych. Wyniki, które uzyskali autorzy w 7 przypadkach są bardzo zachęcające, tem bardziej, że i dla praktyka są łatwo przystępne

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Walter Notter (Baden), z Instytutu dent. w Zurychu. Oddział klin. kierownik Prof. Hess. Ueber die Wirkung des Paraformoldehys (Sinaspriiparat) auf Pulpa und Periodont. (O działaniu paraformaldehydu (Sinaspriiparat) na miazgę i ożebną).

Schw. Mon. f. Z. 1930. nr. 9. p. 501.

Wśród środków zastępczych arseniku najpoważniejsze miejsce w ostatnich czasach zajmuje paraformaldehyd. Chcąc uniknąć ujemnego działania arseniku na okolicę szczytową korzenia, starano się zastosować dla celów uśmiercania miazgi środków mniej heroicznych jak arsenik. Z rozmaitych prób czynionych w tym kierunku, największe zainteresowanie wywołał preparat „Sinaspriiparat” podany przez Heine m a n n a. Preparat ten miał wedle Heine m a n n a posiadać właściwości nie tylko uśmiercające miazgę — ale równocześnie także garbujące miazgę tak, że po usunięciu miazgi — można było bezwzględnie przystąpić do wypełnienia. Fakt ten, zaoszczędzający jedno posiedzenie lekarzowi, mógł mieć poważne znaczenie zwłaszcza w dentystyce społecznej jak Kasy Chorych, etc. Dokładnego zbadania tego preparatu pod względem działania klinicznego jakoteż histologicznego podjął się Notter na klinice stomatologicznej Prof. Hessa w Zurychu. Badanie przeprowadzone na niewielkim stosunkowo materiale ludzkim — ale wzorowo i skrupulatnie wykazały, że niestety nadzieje związane z tym preparatem zawiodły.

Sinaspriiparat działa założony tylko na otwartą miazgę. W razie obecności warstwy zębiny przedłuża się efekt na tygodnie, a nawet na miesiące. Po drażnieniu okołoszczytowych autor nie zauważył. Co się tyczy właściwości garbujących, zupełnie zresztą zrozumiałych z powodu obecności formaliny, to wynik działania nie był zadowalający. Kontrola badań byłaby wskazana.

F e h r (Berlin). Porzellanfüllungen. (Wypełnienia porcelanowe).

V. f. Z. 46. 1930. Nr. 1., p. 1.

Autor opisuje podaną przez siebie technikę wypalania wypełnień porcelanowych w płomieniu tlenowo-gazowym. Technika autora różni się więc zasadniczo od techniki dotychczas ogólnie stosowanej, przy której wypełnienia wypalano w piecykach elektrycznych. Przypomina ona więc system dawniejszy przy którym wypalano wypełnienia pistoletem Fletcher'a, różni się jednak od niego tem, że ciepłota płomienia, do tego celu używana, jest bez porównania wyższa i pozwala na wypalanie wysokotopliwych gatunków porcelany. Aparatura potrzebna do tego składa się z bomby wypełnionej tlenem, zaopatrzonej manometrem i wentylem redukcyjnym a zaopatrzonej pozatem w przewód posiadający na końcu dyszę (Düse), w której łączy się tlen z gazem świetlnym przychodzącym z kurka gazowego. Do robót ceramicznych używa się płomienia „utleniającego“. Płomień ten jest bogaty w tlen wskutek czego może z łatwością wyżarzyć platynową folję i stopić porcelanę. Do robót metalowych, jak lutowanie, lanie, topienie, ustawiamy dyszę na t. zw. płomień redukujący, który jest bogaty w ciała palne i dlatego wskutek braku tlenu nie dopuszcza do powstania utleniania się metali, wobec czego użycie boraksu staje się zbędne. Do palenia używa się łatwotopliwej porcelany, t. zn. porcelany, która rozpływa się poniżej ciepłoty 1000°. Wchodzi tu więc w rachubę masa Jenkinsa i S. S. White'a low fusing. Firma Hiltebrandt w Essen wprowadzi także wkrótce w handel masę przystosowaną specjalnie do tej techniki. Masa Jenkinsa zawiera barwiki, które się łatwo wypalają. Masa S. S. White'a również wypada po wypaleniu nieco inaczej niż na kluczu kolorów, ponieważ zawiera za mało środka topnego. Do odcisku używa F e h r folji, ale nie złotej lecz platynowej, którą wyżarza przedtem w płomieniu. Folja ta jest gruba na 0,02 mm. Nie wystarcza temperatura 1400°, którą możemy uzyskać w piecyku elektrycznym, lecz trzeba dojść do temperatury 1650° C, którą możemy jedynie uzyskać dmuchadłem tlenowem, by otrzymać należytą podatność folji platynowej. Przez takie żarzenie staje się folja tak miękka a przytem wytrzymała, że przewyższa pod tym względem w wysokim stopniu folję złotą. Odpowiedni kawałek tak przygotowanej folji kładziemy na ubytek, następnie wciskamy kilkoma kuleczkami waty folję do środka ubytku, jeżeli przytem folja się nadrze to nic to nie szkodzi, lecz należy unikać bezwarunkowo naddarć na brzegu folji. Takie jednak naddarcia powstają rzadko lub wogóle nie powstają, jeżeli ubytek został przedtem odpowiednio przygotowany a w szczególności jeżeli brzegi stępiono ukośnie, podobnie jak to się czyni przy przygotowaniu ubytków pod wkładki złote. Dotychczas uchodziło za prawidło, że przy przygotowaniu ubytków pod wkładki porcelanowe, nie należy brzegów ubytku stępiać ukośnie, F e h r odbiega tutaj więc od dotychczas przyjętego szablonu i podaje nowy sposób preparacji. Następnie należy przypolerować folję do ścian ubytku za pomocą narzędzi szklanych, tantalowych lub agatowych. Wskutek tych zabiegów mechanicznych zmienił się nieco stan skupienia drobin folji platynowej i wskutek tego właściwości fizyczne folji nieco się zmieniły, musimy więc te właściwości znowu wyrównać przez ponowne wyżarzenie w dmuchadle tlenowem, przyczem należy baczyć, by dmuchadło zawierało dużo

tleniu a mało paliwa. Platyna łączy się bowiem w wysokiej temperaturze z tlenem. Mogłyby więc drobnitki cząsteczki węgla połączyć się z platyną wskutek czego stałyby się ona krucha i tem samem nie do użytku. Po odpowiednim przygotowaniu formy platynowej wypełniamy ją po wyjęciu z ust woskiem lepkiem przez nakroplenie kilku kropel tego wosku do odcisku. Wosk stygnie aż dojdzie do temperatury pokojowej, przyczem można to ostudzenie przyspieszyć zapomocą zanurzenia w alkoholu lub w wodzie. Odcisk wypełniony woskiem wkładamy ponownie do ubytku przyczem uciskamy wosk odpowiednimi okrągłymi instrumentami, przyczem wosk, będąc podatnym, wciska dokładnie folję we wszystkie zagłębienia ubytku. W ten sposób otrzymujemy formę gotową do palenia. Czas trwania palenia wynosi zależnie od wielkości ubytku od $\frac{1}{2}$ minuty do 3 minut. Jeżeli chodzi o rogi lub o wypełnienia konturowe, stapiamy najpierw masę w zwykły sposób aż zapełni całą folję, a następnie odwracamy odcisk do góry nogami, podnosimy go, by gorąco nie było zbyt wielkie i palimy rogi lub guzki wprost w płomieniu samym. Przy pewnej wprawie można w ten sposób w kilku minutach wypalić największe rozki. Pęknięć folji ani jej przedziurawień wogóle nie uwzględniamy, gdyż masa przez takie małe otwory wogóle nie przepływa lecz tworzy nad niemi miejsca wklęsłe, które nie stanowią żadnej przeszkody. Całe wypełnienie stanowi jedną zbitą masę i wskutek tego posiada większą trwałość. Folję pozostawiamy na wkładce porcelanowej tak długo, dopóki nie stwierdzimy, że użyliśmy odpowiedniej ilości masy, jeżeli masy jest za mało, to dodajemy jej i palimy ponownie tak długo aż wypełnienie nie wchodzi do ubytku z powodu zbyt wielkiego punktu styczności. Wtedy usuwamy folję platynową i przez szlifowanie po stronie stycznej otrzymujemy odpowiednią wielkość. Do umocowania wypełnienia używamy cementów fosforanowych lub Kryptexu S. S. White'a. Dmuchać tlenowego, podanego przez Fehra, dostarcza firma Fernholz - Apparate A. G. Berlin SW Wilhelmstrasse 28.

Allerhand (Lwów).

Michaelis — Stuttgart. Ueber den heutigen Stand der Wurzelbehandlungsfrage.

(Leczenie korzeni w dobie obecnej). Z. R. 1929, Nr. 8 i 9, str. 326 i 327.

Sprawa leczenia korzeni weszła na nowe tory z chwilą dokładnego poznania budowy anatomicznej miazgi. Kiedy bowiem przekonano się, że miazga nie stanowi jednolitego tworzywa wypełniającego jednostajnie od szczytu przewód zębowy, lecz tworzy liczne wiązki łączone poprzecznymi mostkami, a na szczyt składa się szereg otworów czasem niby oczka w sieci, wtedy dopiero poznano, że miazgi całkowicie bez resztek usunąć nie można. Mamy dwa sposoby dewitalizacji miazgi: zapomocą iniekcji i arsenikiem. Oba mają swe zalety i wady. Metoda iniekccyjna zapomocą kwasu solnego i podchlorynu działa na żywą tkankę, pozwała usuwać miazgę często w licznych tylko strzępach, w następstwie może wywołać zapalenie pozostałej części miazgi lub zakażenie wtórne. Arsenik działa drażniaco na miazgę i może dać podrażnienie ożębnej jeszcze przed wydobyciem miazgi. W jednym i drugim sposobie wskazana jest wkładka antyseptyczna, ażeby mogła się wytworzyć linia demarkacyjna między częścią zdrową i żywą obumarłą.

W nowszych czasach używano do dewitalizacji paraformaldehydu, który w połączeniu z arsenikiem zmniejszał jego dyfuzję, a tem samem

podrażnienie ożębnej, następnie trójtlenku arsenu, zwłaszcza nerwarsenu wywołującego następowo słabe objawy podrażnienia, wreszcie kobaltu.

Zmiany listologiczne obserwowane po dewitalizacji utrzymywały się przez szereg miesięcy jako silny naciek i bujanie ziarninowe a kikut miazgowy bywał zastąpiony przez cement. Jakkolwiek ekstyrpacja nasza nie jest nigdy idealna, staramy się jednak zawsze ją przeprowadzić, a tylko z konieczności zadowalamy się amputacją.

Pozostałe w każdym wypadku resztki miazgi staramy się usunąć drogą mechaniczną jak rozszerzaczami Kerra i szczurzemii ogonami Prinza, albo też drogą chemiczną. Po amputacji staramy się kikut miazgowy utrzymać jałowym. Heine mann radzi do tego celu użyć 40% formaliny. Ta jednakowoż daje objawy silnego podrażnienia ożębnej, więc wskazana jest raczej 10% formalina. Walkhoff poleca wkładki z chlorkamfenolu i mentolu.

Po ekstyrpacji staramy się nie tylko o wyjałowienie i mumifikację kikuta miazgowego ale i o wyjałowienie przewodu i kanalików zębiiowych. Tu mamy cały szereg środków antyseptycznych, jak formalina, chlorfenol, ścinający biało, roztwór Walkhoffa, który dezynfekuje i wytwarza gaz, tymol o znacznych własnościach dyfuzyjnych, eugenol, riwanol, chloroform. Do zniszczenia samych resztek miazgowych używamy antyforminy, podchlorynu, pepsyny; aby zamknąć drogę drobnoustrojom posługujemy się chloraminem, kwasem solnym, siarkowym, wodą królewską. Kwasów jako takich nie należy używać, bo przechodząc przez szczyt niszczą ożębną, a ścinając biało stanowią wał ochronny dla drobnoustrojów. Środki do wypełnienia przewodów nie powinny drażnić tkanki okołoszczytowej, ale działać zabójczo na drobnoustroje, niszcząc na toksyny i ptomainy. Do tego znowuż celu użyto najrozmaitszych ciał, jak złota, cyny, amalgamu, parafiny, gutaperki, azbestu i t. d. Najodpowiedniejsze okazały się pasty, a z tych Albrechta, Gysi'ego, i Walkhoffa. Albrecht wprowadza resorcyne z formaliną w stanie płynnym, która to mieszanina po 24 godzinach zamienia się w twardą masę, twardniejąc jednak kurczy się i przestaje być szczelna. By tego uniknąć, poleca Sommer dodać proszek recator (koloidalne srebro i jodoform). Howe używa amoniakalnego roztworu srebra i 10% roztworu formaliny, następuje redukcja, przewód wypełnia się metalicznym srebrem. Przeprowadza to w odstępach i za każdym razem osusza przewód. Metoda ta jednak wywołuje objawy silnego podrażnienia ożębnej i czarne zabarwienie zębów. Wspaniałe wyniki daje Pasta Gysi'ego o składzie: Tricresoli 2,5, Creolini 5,0, Glicerini 1,0, Trioximetyleni 5,0, Zinci oxydati 15,0, m. ut. f. p. Zaletą jej jest to, że łatwo dyfunduje, nie drażni i nie zmienia barwy zębów. Trójoksymetylen w niej zawarty tworzy z płynem tkankowym wodny roztwór formaldehydu, który mumifikując kikut uwalnia się powoli, tem samem działa dłużej, skuteczniej i nie drażniąc. Heine mann wybrał drogę aseptyczną. Ze środków antyseptycznych używa formaliny 10%, podchlorynu, pepsyny, chloraminy, perhydrołu. Środki te wprowadza do przewodu nieznacznie tylko osuszonego, poprzednio oczyszcza ubytek perhydrolem i jodem, zakłada ślinochron. Gdy przewody zakażone, prze mywa je płynem Ringera, wkłada jałowy papierek na kilka tygodni a następnie kontroluje jego jałowość. Potem wypełnia przewody eterem chloroformowym z roztworem gutaperki. I tu mimo zupełnie aseptyczne postępo-

wanie miało miejsce wtórne zakażenie drobnoustrojami, czasowo uśpionemi. Schröder starał się zniszczyć drobnitkie gałązki miazgi estrem kwasu krzemowego, zmieniającym tkankę organiczną w twardą zbitą masę, po pierwotnem jednak uszkodzeniu krążenia kwasem solnym. Wielką wziętością wreszcie cieszy się metoda Walhoffa. Do leczenia używa on roztworu chlorkamfenolu i mentolu, do wypełnienia zaś używa tych samych ciał plus jodoform. Tam gdzie przewody niezbyt dostępne, wprowadza roztwór tymolu z mentolem. Wyniki tą drogą uzyskane są bardzo dobre, przypadki ciężkiej zgorzeli wyleczone, ziarniniaki znacznie zmniejszone z obrazem kostnienia, co stwierdzić można roentgenologicznie.

Griffowa (Lwów).

Wiechowski i Beck A. Die rationelle medikamentöse Behandlung des Wurzelkanals. (Należyte leczenie przewodów środkami leczniczymi). Z. Woch. 1928/22. p. 1023.

Część ogólna. Całość można ująć następująco:

Należy postępować możliwie aseptycznie, ażeby uniknąć uszkodzenia zębiny i tkanki okołoszczytowej środkami antyseptycznymi. Należy dążyć do naturalnego zbliźnowacenia opróżnionego przewodu i uniknąć zakażenia podczas otwartego leczenia przez stosowanie środków antyseptycznych, które obniżają wrażliwość zębiny i tkanki okolicznej na stany zapalne zwłaszcza wywołane przez drobnoustroje (pewne glikozydy i ich połączenia srebrowe).

Jeśli konieczne jest sztuczne wypełnienie przewodów, należy używać materiałów, które z jednej strony nie podlegają działaniu drobnoustrojów, z drugiej zaś wskutek powinowactwa do wody, ściśle przylegają do wilgotnej ściany przewodu. Warunku tego nie spełnia gutaperka, natomiast własność tę posiadają pewne tłuszcze. Materiały do wypełnień o charakterze tłuszczy byłyby odpowiednie, dlatego, że tłuszcze chronią przed zakażeniem (n. p. воск) z powodu pewnej, dotychczas nie zbadanej właściwości.

Sztuczne wypełnienie przewodów powinno zawierać środek obniżający wrażliwość na zapalenie wywołane przez drobnoustroje a przytem powinno być obojętne.

Odpowiednie środki powinny też wchodzić w skład materiałów do wypełnień.

Część szczegółowa. Najczęściej stosowane do leczenia korzeni środki są truciznami protoplazmatycznymi, które uszkodzają zębinę i tkankę okołoszczytową. Środki używane do wypełnienia przewodów są złożone według zasad aseptyki i rzekomo stale są bakterjobójcze. Poza tem składają się one z nierozpuszczalnych we wodzie składników. Glikozydy roślinne mogą też dzięki swoim właściwościom wpływać przeciwpalnie na tkankę okołoszczytową.

Podane tu wypełnienie opiera się na zasadzie, że przewód korzeniowy przedstawia rurę włoskową z odgałęzieniami, które najlepiej można wypełnić po poprzedniem usunięciu powietrza.

Stałe wypełnienie przewodów stanowi roztwór glikozydu srebra i masy plastycznej, lub wykonanego przeważnie z glikozydów ćwieka, który ściśle przylega do ścian przewodów i w ten sposób szczelnie go zamyka.

Zilz (Wiedeń).

TECHNIKA DENTYSTYCZNA.

Wskazówki do uzyskania prawidłowych odlewów złotych (według rafinerji złota (Louis Roessler — Wiedeń“ VII. (Neustiftgasse 117/119).

Niepowodzenia podczas odlewania złotem uwidaczniają się w sposób następujący:

1. Wytwarzają się małeńkie mikroskopowe jamki spowodowane kurczeniem metalu („Mikroluker“) wtedy, gdy stop przechodzi ze stanu płynnego w stały. W razie nieodpowiedniej pracy przygotowawczej są jamki te większe i występują przeważnie w najgrubszym miejscu odlewu względnie w przyczepie kanału wlewu.

2. Pęcherzyki brzeżne stanowią szczególną postać powyżej wymienionych jamek kurczenia. Powstają one z powodu przegrzania stopu lub zanadto ogrzanej formy odlewnej. Podczas obróbki i polerowania występują te pęcherzyki na powierzchnię i upośledzają wygląd i powodują zabarwienie odlanej części metalowej.

3. Pęcherzyki gazowe powstają wówczas, gdy powietrze, które dostaje się podczas lania do formy niema możliwości ulotnienia się przez masę osłaniającą. Pęcherze te są stosunkowo wielkie i osłabiają w znacznej mierze odlew. Pęcherze gazowe są też powodem niewylania odległych cienkich części.

4. Produkty utlenienia osłabiają odlew i czynią metal mało odporny w jamie ustnej.

Jak można temu zapobiec?

a) Pęcherzyków wywołanych kurczeniem się stopu można uniknąć przez dołączenie do ćwieka wlewnego kuleczki z wosku (= verlorener Kopf) tworzącej niejako główkę poza odlewem. Główka ta musi być odpowiednio do odlewu wielka. Połączenie między główką a stopem powinno być odpowiednio grube i nie za długie, ażeby stop w kanale tym nie za wcześnie steżał. Połączenie to powinno być nie dłuższe jak 2—3 mm i 2 mm grube (Thielmann).

b) Metal jest wtenczas odpowiedni do wiania i nie przegrzany, skoro poczyną się lśnić. Dłuższe ogrzewanie powoduje nadmierne utlenienie. Forma odlutowa powinna być ogrzana do 700°.

c) Powietrze dostaje się do odlewu podczas lania wskutek nieodpowiedniego umieszczenia zagłębienia, w którym topi się metal i nieodpowiedniego umieszczenia kanałów wlewowych.

d) Ażeby zapobiec nieodlaniu się końcowych cienkich części należy woskiem doczepić jedwabne nitki 1 mm grube, które tworzą w masie osłaniającej kanały wentylowe.

Firma Roessler skonstruowała specjalny aparat centryfugalny celem ułatwienia należytego przygotowania stopu i zadość uczynienia wyżej podanym wymogom. Aparat Roesslera różni się tem od innych, że topienie stopu następuje w osobnym zbiorniku cylindrycznym z węgla, który po stopieniu metalu skoro się puści w ruch centryfugę przylega do zagłębienia w formie odlewnej a przez mały kanał w tymże topniaku przylegający do wlewu w formie wpływa metal do formy. (Cena aparatu 85 mk. niem.).

OCENY KSIĄŻEK.

Edward Kennedy D. D. S., Partielle Zahnprothesen und ihre Herstellung. (Częściowe dostawki i ich wykonanie). Tłum. z angielskiego przez Dra Bleichsteinera z Wiednia. Z dodatkiem prof. **Wannenmachera** (Tübingen): **Zastosowanie stali nierdzewiejącej do częściowych dostawek do zdejmowania.** Stron 448. Rycin 396. Cena 42 mk. niem. Wydawca Hermann Meusser, Berlin, 1932.

W czasie wojny światowej protetyka doznała wielkiej rozbudowy w Ameryce, a szczególnie dział częściowych dostawek do zdejmowania, mających zastąpić stale osadzone mostki. Tendencja ta doznała bodźca w rozkwicie nauki o zakażeniu ustnem w Ameryce i w stwierdzeniu klinicznym, że właśnie filarki mostków stale osadzonych są bardzo często ogniskiem utajonego zakażenia. Uczestnicy europejscy kongresu w Filadelfji mieli sposobność przekonania się naocznie o wielkim rozwoju dostawek częściowych do zdejmowania, przymocowanych nadzwyczaj pomysłowo skonstruowanymi klamrami i zasuwaniami do zębów, służących za filary przyczepne. Obecnie mamy przed sobą przedstawioną przez Kennedy'ego po mistrzowsku tę gałąź protetyki z ogromnie szczegółowymi opisaniami techniki wykonania tych protez, przeróżnych klamer i zasuw oraz techniki wycisków, wykonanych odmiennie od dotychczasowych masą plastyczną Kerra. Autor podaje szereg ogromnie cennych wskazówek do brania wycisków w dwóch etapach celem uzyskania jaknajdokładniejszych, licząc się z działaniem mięśni. Oryginalny i praktyczny jest podział autora protez częściowych, o którym już szczegółowo referował kol. Owiński, omawiając dzieło oryginalne Kennedy'ego z r. 1928 w nr. 3 Polskiej Stom. 1932, str. 127. Chcąc uniknąć powtórek odsyłam Czytelnika do tegoż referatu. Na tem miejscu tylko podkreślam, że tłumaczenie „Partial Denture Construction“ w języku niemieckim, który mamy obecnie przed sobą, będzie powitane w Polsce z wielkiem uznaniem, gdyż dzieło Kennedy'ego stanie się bardziej przystępne Czytelnikom polskim, lepiej znającym język niemiecki, niżeli angielski.

Dzieło to, zawierające wiele nowych pomysłów, świetnie i dostępne przedstawionych w licznych i znakomitych ilustracjach, przeczyta każdy praktyk z ogromną korzyścią i zadowoleniem.

Dodatek **Wannenmachera** o zastosowaniu stali nierdzewiejących dla protez częściowych stanowi dobre uzupełnienie pracy Kennedy'ego. Widzimy bowiem, że w wielu wypadkach możemy drogi materiał bez szkody dla konstrukcji mostków do zdejmowania zastąpić materiałem tańszym.

Książka wydana pod względem typograficznym ogromnie starannie przez wydawnictwo Meussera.

A. Cieszyński.

Prof. Dr. Alfred Kantorowicz: Klinische Zahnheilkunde (Kliniczna dentystryka). Wyd. III. powiększone i na nowo opracowane. Tom II, stron 809, rycin 1087. Berlin, 1932. Wydawca Hermann Meusser. Cena 55 mk. n.

Po dłuższej przerwie ukazał się tom II-gi nowego wydawnictwa wielkiego dzieła Kantorowicza, przeznaczonego dla studentów i praktyków. Przerwa tłumaczy się wielkim materiałem, który autor musiał zużyć i opar-

cować wobec wielkiego postępu tych gałęzi stomatologii, które w tym to-mie przedstawił.

Pierwsza część (str. 1—320) poświęcona jest protetyce, część II-ga (str. 321—591) ortodoncji, III-cia część (str. 592—730) zawiera pogranicze dentystyki — choroby obwodowych nerwów, choroby wewnętrzne przede wszystkim zaburzenia w wewnętrznym wydzielaniu, awitaminozy i choroby krwi, następnie chirurgię traktowaną jako pogranicze stomatologii i resekcję szczęk oraz protezy chirurgiczne, obrażenia postrzałowe szczęk i leczenie ich ortopedyczne, wydłużenie żuchwy i skrócenie drogą chirurgiczną i technikę ekstrakcji zębów mądrości. Dalszy dział pogranicza stanowi ginekologia, choroby nosa i jamy szczękowej. W końcu tegoż działu: Opieka dentystyczna w szkołach i higiena jamy ustnej w instytucjach przemysłowych. W dodatku jest bardzo krótki zarys roentgenologii (str. 731—773), fizykalne leczenie zapomocą ciepła, światła i elektryczności, radio- i roentgenoterapia (str. 773—779). Dalszy dodatek stanowi ustęp o koronie pochwowej i zarys historii dentystyki w formie zestawienia najważniejszych dat oraz szczegółowy skorowidz. — Jak z tego krótkiego zarysu treści wynika, w dziele tem przedstawiony jest ogromny materiał, przyczem część I-sza i II-ga szczegółowiej, reszta zaś pobieżniej. Wszystko z wybitną charakterystyczną cechą autora, który wybiera z najnowszych postępów nauki pewne metody, upraszcza albo ulepsza je w sposób taki, jaki uważa za najlepszy na podstawie swego wielkiego doświadczenia jako praktyk i nauczyciel. Dzieło to ma więc charakter indywidualny szkoły w Bonn, którą kieruje Kantorowicz. Autor podjął się bardzo trudnego zadania całą dentystykę opracować i przedstawić samemu, gdyż w Niemczech już jest tylko bardzo niewielu, którzyby wszystkie działy dentystyki praktycznie i teoretycznie opanowali wobec szeroko rozwiniętej tamże specjalizacji i wobec wielkiego rozwoju stomatologii w ostatnim ćwierćwieczu. Z każdej stronicy tegoż dzieła wynika ogromna biegłość autora w przyswajaniu sobie nowych metod, ich krytycznej ocenie i opanowaniu całokształtu piśmiennictwa. Może niejednen czytelnik pragnąłby widzieć niektóre ustępy potraktowane obszerniej, gdyż trudno będzie mu śledzić szczegóły w dziełach bardziej szczegółowszych, łatwo atoli zorientuje się ten, który śledzi literaturę i potrzebuje pomocy w krytycznej ocenie szeregu nowych pomysłów, które się pojawiają a szeroko opisywane przez innych autorów wytwarzają zamieszanie w ocenie wartości metod nowych, analogicznych i dawnych. Świetnem uzupełnieniem będzie książka Kantorowicza dla uczących się studentów z wykładów i do widzianych metod uczonych w Zakładach.

Ażeby choć w części dać pojęcie o obfitej treści przedewszystkiem pierwszych dwóch części książki, podaję kursorycznie ich treść: **W części I: protetyce:** A) podział dostawek, wskazania do zastosowania poszczególnych typów dostawek. B) Proteza spoczywająca na błonie śluzowej. Bezzębna szczeka. Doskonały opis pokrycia szczęki błoną śluzową. Przygotowanie jamy ustnej do całkowitej protezy. Autor zwraca uwagę na zachowanie korzeni w szczecie dolnej, by przeciwdziałać tamże powstającemu zanikowi szczęk. Wycisk ssący (funkcyjny). Autor podaje uproszczony sposób brania tychże wycisków, posługuje się plastyczną masą, modyfikuje metodą Kennedy'ego; wycisk definitywny bierze się po przygotowaniu osobnej — indywidualnej — łyżki, wykonanej na „wycisku anatomicznym“. Szczegóły techniki brania wycisków i zgryzu. Przypadki specjalne. Dostawka okienkowa;

dolna proteza z wydłużonymi tylnymi skrzydłami, wycisk dolny w dwóch etapach przy pomocy gutaperki. Umocowanie protez dolnych i górnych zapomocą ćwieków. Metody te przypisuje Kantorowicz Brillowi, u nas znane są jako metody Meissnera. Bardzo zajmujące ustępy: Branie wysokości zgryzu na płaszczyźnie zgryzu. Centralna okluzja. Silne przyleganie dostawek, wytrzymałość i przyleganie przy obciążeniu do 3500 gr. Bardzo pouczający ustęp o statyce, ażeby uniknąć wyważania się dostawek. Trudny problem artykulacji jest znakomicie przedstawiony (str. 63—124). Ocena różnych systemów zgryzadeł. Opis artykulatorów Monsona i Nicholisa na specjalną zasługuje uwagę. Ustęp ten mógłby być szerzej potraktowany, widocznie brak autorowi dostatecznego doświadczenia własnego. — Artykulatory indywidualne. Orientacja odlewu w przestrzeni. Krytyka nauki o zgryzie. Ustawienie całkowitych protez. Estetyka protez. — Częściowe dostawki z uwzględnieniem metod Kennedy'ego. Zachowanie się dostawki podczas żucia z uwzględnieniem statyki i protez opartych i z zastosowaniem łuków poprzecznych. — Najnowsze typy klamer i zasuw. — Materiał do protez. — Protezy metalowo-kauczukowe, wykonane przy pomocy trawersu z nierdzewiejącej stali w formie litery „H” odpowiednio wygiętego. Specjalna konstrukcja częściowej dostawki. Dostawki bez klamer. Połączenie mostków i szyn z częściowymi dostawkami. — Mostki, czyli protezy oparte na filarkach (str. 218—308). Biologiczne oddziaływanie mostków. — Statyka mostków. — W szczegółowych rozdziałach o mostkach opisuje autor przeróżne sposoby przyczepiania mostków do filarów i przygotowania zębów służących za filarki. Podaje sposób stwierdzenia niedostatecznego przylegania pierścienia do szyjki zębowej zapomocą małej lampki elektrycznej przyłożonej do szyjki zęba. — Korony i zęby ćwiekowe oraz przygotowanie do nich zębów. Wskazania do mostków stale osadzonych i do zdejmowania. Przebieg pracy przy sporządzaniu mostków. Zasuw. — Ustalanie zębów zapomocą szyn (309—319).

Część pierwszą ilustruje 425 rycinami, z których wielka ilość jest doskonale schematyzowana, ułatwiając pogląd i zrozumienie treści.

Część II: Ortodoncja (str. 322—591). Autor zrywa z dawną metodą Angle'a, korzysta z prac innych autorów amerykańskich i europejskich, przede wszystkim Simona, Philippsa, Herzoga, Kjerholma, Schwarza i Korkhausa. Nieprawidłowości szczękowe są objawami patologicznymi; należy wykorzystać prawa biologiczne podczas regulacji i do nich zastosować aparaty. Tem samym uzyska się obniżenie kosztów leczenia ortopedycznego i uczyni ortodoncję dostępną szerszym masom społeczeństwa. W tym też kierunku idą prace Kliniki dentystycznej w Bonn. Autor omawia przesłanki anatomiczno-fizjologiczne, warunkujące powstanie nieprawidłowości uzębienia, rozpoczynając okresem rozwojowym, następnie przechodzi do okresu wyrzynania się zębów. Tutaj omawia znaczenie pierwszego zęba trzonowego, który w wielu wypadkach decyduje o dalszem ukształtowaniu się szczęki.

Na wytworzenie się zgryzu mają nie tylko wpływ siły mechaniczne, ale i skłonności rozrostowe, stanowiące czynnik biologiczny. Duże znaczenie posiada przede wszystkim układ guzków i bruzd, działania warg i policzka, blizny, zwiększenie języka. Następnie omawia autor poszczególne typy nieprawidłowości jak progenja, zgryz głęboki, według mianownictwa autora: zgryz pokrywający (Deckbiss) i t. d. W rozdziale o patologii nieprawidł-

wości szczęk, określa bliżej rolę dziedziczności i krzywicy i t. d. — Z wpływów późniejszych, skracających długość szczęki, wymienia przedwczesne wyjęcie zębów i omawia szeroko jego skutki. Przystępnie przedstawia siły komprymujące szczęki i objaśnia ich działanie schematycznymi rysunkami. W rozdziale obciążenia i odciążenia tłumaczy zmiany kąta żuchwy, wystąpienie naprzód szczęki górnej — a wydłużenie się przedniego odcinka dolnego trzonu ku górze tłumaczy odciążeniem tegoż. — Praktyka zajmie szczególnie część: praktyczna ortodoncja, jak zbadanie chorego, stwierdzenie i analiza nieprawidłowości. Wnioski o stosunku uzębienia wyciągają autorowie nowsi z gnatostatyki i z orientacyjnych odlewów do płaszczyzny frankfurckiej czaszki. Kantorowicz podaje wyniki van Loona i Simona i poddaje je krytyce, nie odmawiając znaczenia metodom określającym stosunek zgryzu do czaszki, przeciwstawia koordynaty odlewu układowi odlewów do frankfurckiej poziomej. Dla praktyki mają — zdaniem autora — znaczenie większe: 1) płaszczyzna środkowa, 2) prostokątnie do niej stojąca, na ogół w płaszczyźnie zgryzu przechodząca płaszczyzna, 3) płaszczyzna poprzeczna, również pionowo do poprzednich stojąca a dotykająca guzy szczęki górnej.

Uwzględnione zostały w książce pomiary kranologiczne i roentgenologiczna diagnostyka nieprawidłowości. Znajdujemy opis analizy, profilu, aparatury Simona do fotostatyki, metody Andresena, polegającej na wkopijowaniu zdjęć odlewów w profil zdjęcia fotograficznego. W rozdziale o badaniu profilu podane są różne typy nosów, brody, układu warg.

Autor dzieli nieprawidłowości szczęk: I. na powstałe wskutek czynników wewnętrznych a uwarunkowane rozwojem (progenja, zgryz pokrywający, diastema. II. Nieprawidłowości, uwarunkowane wpływami zewnętrznymi. Nieprawidłowości powstałe wskutek kompresji, wywołujące protruzję; zgryz otwarty powstały wskutek wykrzywienia wyrostka zębodołowego, trzonu żuchwy lub jego kąta; powstałe wskutek zahamowania wzrostu wskutek utraty zębów. III. Zgryz dystalny, powstający przez ustawienie się kutylne żuchwy lub 1-go zęba trzonowego.

W rozdziale o leczeniu nieprawidłowości twarzy, spotykamy na wstępie fizjologię ruchów zębów; następnie mowa jest o aparatach i działaniu mechanicznym sił, używanych w ortodoncji, począwszy od aparatów Angle'a ze szczególnem uwzględnieniem aparatów nowszych sprężynowych. Po wstępie tym przechodzi autor do zastosowania aparatów przy poszczególnych nieprawidłowościach. Szczegółowa patologia ortodontyczna zawiera definicje poszczególnych nieprawidłowości, etiologię, morfologię i leczenie (str. 522—590). Ujęcie działu ortodoncji przez Kantorowicza ma wysoki stopień cechy indywidualnej autora, który przedstawia system oparty na myśleniu przyrodniczo-lekarskiem.

Treść następnych części książki podaliśmy już poprzednio. Dzieło Kantorowicza jest bardzo cenne i wiele daje podniety także badaczom pewnych dziedzin. — Przy olbrzymiej treści, zawartej w II. tomie ma pewne niedociągnięcia, co do uwzględnienia nazwisk autorów, którzy przyczynili się do opracowania pewnych zasadniczych problemów. Dlatego spotykamy nierównomierność w ocenie niektórych wyników badań. W skorowidzu historycznym brak dat ważniejszych z roentgenologii, która stała się podstawą rozwoju chirurgii stomatologicznej i szeregu problemów z innych działów stomatologii.

Niektóre daty są nieściśle. — Referentowi nie wypada upominać się o uwzględnienie jego własnych prac, stanowiących pewne etapy w rozwoju stomatologii i o pierwszeństwo, które Kantorowicz udziela innym autorom. Ponieważ jednak skorowidz historyczny służył już za wzór innym autorom (Palazzi), muszę przytoczyć pewne daty:

ROENTGENOLOGJA.

- 1896. Pierwsze zdjęcia zębów intraoralne, wykonane przez Walkhoffa.
- 1907—1912. **Opracowanie dokładne techniki zdjęć intraoralnych i ekstraoralnych przez Cieszyńskiego.** Na dowód podaję:
- 1906. Pierwsze przytrzymywacze do filmów Cieszyńskiego i pierwszy statyw z kątomierzem. Ogłoszenie przez niego zasad projekcji.
- 1907. Reguła izometrii Cieszyńskiego (przez Kantorowicza przypisana w pierwszym rzędzie Dieck'owi, który ją ogłosił dopiero w roku 1911(!).
- 1906—1912. **Opracowanie typowych zdjęć intraoralnych i ekstraoralnych.**
- 1911. Dłagnostyka poszczególnych korzeni zębów trzonowych do antrum na zdjęciach intraoralnych i poszczególnych linii widzianych na ekstraoralnych zdjęciach czaszki.
- 1911. Standaryzacja zdjęć intraoralnych.
- 1911—1912. Standaryzacja zdjęć ekstraoralnych.
- 1923. Standaryzacja zdjęć intraoralnych dla nieprawidłowo zbudowanych szczęk (obliczenie na podstawie metod gnatostatycznych).
- 1925. Kąt dywergencyjny — dla zdjęć stereoskopowych intra- i ekstraoralnych. *Metody innych autorów jak Boulanda i Odina, Rapera i Simpsona, Parmy oraz innych opierają się na podstawowych pracach Cieszyńskiego.*

CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

- 1884. Kaczorowski (Polska), 1900. Hunter (Ameryka) pierwsi pionierzy teorii o „Oral sepsis“.
- 1907. Pierwszy kurs znieczulania miejscowego w uniwersyteckich instytutach dentystycznych (w Monachjum urządzony przez Cieszyńskiego) — **włącznie ze znieczuleniem mandybularnem.**
- 1913—1915. **Wprowadzenie do dentystyki iniekcji u podstawy czaszki i opracowanie precyzyjnej techniki tychże iniekcji na podstawie trzech głównych płaszczyzn czaszki (Cieszyński).** — Wprowadzenie matematyki jako metody badań przy rozwiązywaniu problemów stomatolog.
- 1912—1916. **Chirurgiczne leczenie parodontoz.**
- 1912. Gingivoektomia (Pickerill).
- 1914. Radykalna operacja przy parodontozach (Cieszyński) (1916 Widman, 1918 Nodine, 1919 Zentler, 1920(!) Neumann); operacja ta powinna się nazywać **operacją Cieszyńskiego-Widmana** a nie operacją Widmana-Neumanna.
- 1928. **Racjonalne postępowanie chirurgiczne przy ropowicach szczęk** (Wasmund Cieszyński) na podstawie studjów anatomicznych.
- Poprawka do operacji resekcji korzeni:** Francja: 1872 Péan, 1879 Magitot, 1881 Claude Martin. — Ameryka: 1871 Smith. — Anglja: 1885 Kells. — Niemcy: 1896 Partsch.

GNATOSTATYKA i orientacja według trzech głównych płaszczyzn czaszki, zastosowana przez Cieszyńskiego do roentgenologii w roku 1912; do głębokich iniekcji u podstawy czaszki w roku 1913; do ortopedji szczęk (dłagnostyka złamań) 1914—1915; do ortodoncji przez van Loona w roku 1916.

Książka Kantorowicza powinna się znaleźć w bibliotece każdego lekarza-dentysty i studenta. Wobec bogatej treści, olbrzymiej ilości rycin, cena książki jest niska — co tylko było możliwe dlatego, że wiele rycin z wydań poprzednich mogło być przyjętych do wydania nowego. Pod względem typograficznym książka jest bez zarzutu.

A. Cieszyński.

Doc. Dr. Korkhaus Gustaw (Bonn). Moderne orthodontische Therapie (Nowoczesne ortodontyczne leczenie). Wyd. II. rozszerzone i opracowane na nowo. 1932, stron 451, rycin 480. — Wydawca: Hermann Meusser — Berlin. Cena 29.50 mk. niem.

I-sze wydanie tegoż dzieła zostało wyczerpane w przeciągu 2 i pół lat. Po 5-ciu latach od wydania I-go mamy przed sobą wydanie II-gie powiększone i na nowo opracowane z dodaniem części III-ciej, w której autor omawia leczenie nieprawidłowości uzębienia, zapobiegawcze i wczesne, tak ogromnie ważne w leczeniu ortodontycznym.

Korkhaus nazywa leczenie swe słusznie nowoczesnem. Zerwał on z tradycją dawnych sposobów Angla, poddał krytyce jego pierwotny łuk regulacyjny, działający głównie zapomocą śruby doraźnie a nie ciągle i oparł się na zasadach nowszych, przeważnie amerykańskich autorów, przede wszystkim Merghona, stosując działanie sprężynowe. Do łuku językowego przylutowane odpowiednio małe sprężynki wywierają słabe, ale bezustanne ciśnienie, odpowiadające działaniu sił biologicznych i mających na celu przesuwanie zęba jako całości. Aparaty te są bardzo delikatne, mało zabierają miejsca i estetyczne, wykonane są bowiem wyłącznie z szlachetnego materiału. Przylutowanie ich wymaga jednak wielkiej precyzji a stosowanie ich wielkiego doświadczenia i poczucia działania sił mechanicznych. Liczba wizyt u lekarza się zmniejsza, redukują się zarazem przez to koszty leczenia, jakkolwiek aparaty same w sobie, wykonane z szlachetnego metalu, są droższe.

Autor opisuje szczegółowo nowoczesne przybory ortodontyczne, przede wszystkim łuk lingualny, różne sposoby jego przytwierdzenia, wysoki łuk wargowy i ukształtowanie sprężynek, które dolutowuje się do tychże łuków. Następnie daje opis całych aparatów i działania ich w kierunku poprzecznym, mianowicie celem rozszerzenia łuku zębowego, i to obustronnie symetrycznie, dalej celem jednostronnego rozszerzenia, w końcu celem uzyskania zwięzienia łuku zębowego.

W rozdziale o przesunięciach w kierunku strzałkowym omawia przesunięcia ku przodowi (protruzję) zębów przednich, dośrodkowe przesunięcie zębów bocznych i przesunięcie ku przodowi wszystkich zębów jednej szczęki, następnie retruzję, czyli przesunięcie ku tyłowi przednich zębów, przesunięcie dośrodkowe bocznych zębów i cofnięcie wszystkich zębów. Przesunięcia w kierunku pionowym mają na celu skracanie i wydłużenie zębów.

Rozdział następny poświęcony jest obrotom zębów w koło ich osi na miejscu.

Na 20-tu stronach omawia autor materiały, z których wykonuje się nowoczesne aparaty, ich właściwości mechaniczne i wpływ obróbki tychże materiałów celem uzyskania większej elastyczności. Bardzo szczegółowo podana jest technika wykonywania aparatów ortodontycznych, technika

lutowania, wykonywania i przyczepienia zamka przytwierdzającego różnych systemów.

Autor podkreśla znaczenie dobrego rozpoznania nieprawidłowości, szczegółowe nakreślenie planu leczenia i daje cenne wskazówki przy osadzaniu aparatów, aktywowania ich i kontroli. W rozdziale osobnym omawia zużycie sił funkcjonalnych, gimnastykę żuchwy podaną przez Izarda, ćwiczenia mające na celu przedłużenie krótkiej górnej wargi i t. d. Przy stosowaniu nowoczesnych sposobów ortopedycznych, opartych na współdziałaniu z siłami biologicznymi retencja uzyskanych wyników ma znaczenie drugorzędne i staje się niekiedy zbyt rzadką.

Książkę Korkhousa zaliczyć należy do najlepszych dzieł z ortodontji, które się ukazały w języku niemieckim, napisana jest bardzo jasno i świadczy o wielkiem doświadczeniu autora. Dzieło to stanie się niezbędnym podręcznikiem i przewodnikiem każdego ortodonta. Pod względem typograficznym książka wydana bez zarzutu, a liczne ryciny starannie wykonane i wydrukowane ułatwiają zrozumienie niekiedy skomplikowanych funkcji mechanicznych.

A. Cieszyński.

Prof. Dr. Silvio Palazzi: Trattato di odontologia per medici e studenti. — Zarys odontologii dla lekarzy i studentów. II. Wydanie znacznie powiększone w dwóch tomach, str. 759 + 607, ryc. 975 + 690. Milano, 1932. Wydawca Dottore Fr. Vadardi. Cena obu tomów 175 lirów.

W roku 1926 ukazało się pierwsze wydanie podręcznika Palazzi'ego, dyrektora kliniki dentystycznej uniwersytetu w Pawji, obecnie po niespełna 6-ciu latach wyszło wydanie drugie rozszerzone, a zawierające również najnowsze poglądy co do poszczególnych kwestyj, przedstawiające dwa tomy: razem 1.366 stron i 1.665 rycin oraz szereg tablic. Podręcznik ten przeznaczony dla studentów i lekarzy powstał po włączeniu we Włoszech stomatologii do studjów ogólnolekarskich i miał zadość uczynić potrzebom przygotowujących się do egzaminów studentów.

W grudniu 1923 r. zostało stworzone przez instytucje dentystyczne w Rzymie autonomiczne studjum odontologiczne, które miało trwać 6 lat, z których 4 lata byłyby wspólne z Wydziałem medyczno-chirurgicznym jednego uniwersytetu w kraju (ustawa Chiavaro-Gentile — Polska Stomatologia, 1924, str. 116). Już w roku 1925 szczególnie na skutek wpływów prof. Perny i „Federazione stomatologica Italiana” ustawa ta została zniesiona i wprowadzono na nowo studia stomatologiczne, przyczem żąda się za podstawę dla studjów specjalnych w stomatologii ogólnych studjów lekarskich. (Polska Dentystyka, 1925, str. 177).

Autor ma więc przed sobą czytelników, mających podstawy ogólnolekarskie i z tego też punktu widzenia traktuje cały przedmiot. Konsekwentnie powinien książkę swą nazwać podręcznikiem stomatologii a nie odontojatrij, tembardziej, że kwestje z pogranicza nauk lekarskich opracował obszernie, a poszczególne rozdziały, w których przedstawia wyniki badania różnych autorów, szczególnie się danym przedmiotem zajmujących, utrzymał na poziomie wyższego przygotowania czytelnika. Po uwzględnieniu zapatrywań różnych autorów podaje syntezę własną, często opierając się na wynikach własnych badań. Podręcznik posiada wybitną cechę narodową. Autor uwzględnił bowiem w wysokim stopniu piśmiennictwo wło-

skich autorów, co czytelnikom, znającym przeważnie piśmiennictwo angielskie i francuskie daje możność do należytego ocenienia współpracy autorów włoskich w rozwoju stomatologii.

Niektóre rozdziały dzieła Palazziego napisane są z współudziałem innych autorów jak n. p. historia medycyny, obrażenia szczękowe i medycyna sądowa (prof. Babinii), ortodoncja ogólna i teoretyczna prof. Muzzi—Bolonja), korona pochwłkowa i podstawy keraminy (dr. Caccia), rozwój zęba, terapia rentgenowska i fizykoterapia (dr. Bracchetti), zakażenie ustne i ropowice (dr. Diener i pani dr. Schönberrg), prace mostkowe i protetyka (Hruška). Przeważna część tego olbrzymiego dzieła napisana jest przez Palazziego samego i świadczy o doskonałym opanowaniu całości i poszczególnych problemów, które przedstawiono jasno i objaśniono licznymi rycinami.

Podział książki jest następujący: Historia dentystyki (str. 1—12), anatomia, fizjologia i biologia uzębienia, szczęk i jamy ustnej (str. 13—151), patologia uzębienia (158—380), znieczulanie i uśpienie (381—438), roentgenografia (439—492). Autor uwzględnia przedewszystkiem prace Rapera, Pordesa, Weskiego, Schmidhubera, Boulanda i Odina, nie uwzględnia natomiast prac podstawowych Cieszyńskiego; regułę izometrii przypisuje Dieckowi zamiast Cieszyńskiemu. Na 21 stronach podaje autor atlas zdjęć roentgenowskich.

Semjologia dentystyczna i terapia przy chorobach uzębienia, psychotechnika, materiały używane w dentystyce zachowawczej, wypełnienie zębów i leczenie chorej miazgi, kontrola biologiczna leczenia przewodów, leczenie i profilaktyka parodontoz, roentgeno-, radio- i fototerapia, aseptyka i antyseptyka wraz z sterylizacją narzędzi oraz indeks rzeczowy i autorów składają się na tom I.

W tomie II. podaje autor chirurgję stomatologiczną — ekstrakcję zębów (technika typowych ekstrakcyj podobna jest do szkoły lwowskiej), ekstrakcję zębów mądrości według Wintera i Craig-Gonges'a, pokrótce operacje inne jak dziąsłaków i nowotworów, przerostu dziąseł, postępowanie przy perforacji jamy szczękowej i resekcji korzeni oraz operację torbieli. Następują schorzenia stawu szczękowego i postępowanie przy bólach pooperacyjnych, dżatomia zębów (utworzenie dwu jednostek z jednej) przy przedziurawieniach zębów trzonowych. Krótka wzmianka o operatywnem leczeniu rozszczepów szczęki górnej. — Przy leczeniu ropowic opiera się na pracach Wassmunda, nieznane są jednak autorowi prace Cieszyńskiego. W tablicy zestawiał Palazzi dżagnostykę, objawy, prognozę i leczenie najczęstszych chorób chirurgicznych szczęki. — Stosunek uzębienia do innych narządów ze szczególnem uwzględnieniem zakażenia ustnego obejmuje 60 stron. Bardzo i zbyt krótko przedstawia obrażenia szczęk (20 stron). Protetyka obejmuje 200 stron; ortodoncja opierająca się na klasyfikacji Angle'a z uwzględnieniem jednak również sprężynowych aparatów; badanie gnato-statyczne, którem Muzzi szczególnie się zajmował, obejmuje stron 110, keramika 20 stron.

Dodatek do tomu II. stanowi dentystyka sądowa, zarys techniki mikroskopowej, i zarys studiów dentystycznych i stomatologicznych we Włoszech i innych krajach świata, opracowany według ankiety Villaine'a.

Zarys historyczny jest obszerniejszy aniżeli u Kantorowicza. Wymaga jednak uzupełnienia i poprawek, podanych na str. 231.

Pogratulować można Palazzi'emu, który dzięki olbrzymiej pracy i energii w krótkim czasie swej zawodowej i naukowej kariery, niezaniebując samodzielnymi badaniami, mógł stworzyć podręcznik tak obszerny i wszechstronny, który stał się chlubą piśmiennictwa stomatologii włoskiej.

Cieszyński.

Doc. Dr. Karl Häupl u. Doc. Ingjald Reichborn, Kjennerud: Moderne zahn-ärztliche Kronen u. Brückenarbeiten. (Nowoczesne dentystyczne korony i prace mostkowe). Stron 232, rycin 233. Wydawca: Hermann Meusser, Berlin, 1929. — Cena 22.50 mk. niem.

Dwaj docenci instytutu dentystycznego w Oslo, Häupl i Reichborn-Kjennerud, z których pierwszy jest nam dobrze znany jako zaślony badacz zmian anatomo - patologicznych okolicy przyzębnej, wydali wspólnie książkę z zakresu najnowszej protetyki, odznaczającą się tem, że traktują problem ten nie tylko jako techniczny ale zarazem jako problem biologiczny. Książka ta posiada tem większe znaczenie, że już nazwisko Häupla, który opracował rozdział o anatomji i patologji okolicy przyzębnej, daje nam gwarancję znakomitej znajomości tegoż przedmiotu. — Autorowie postawili sobie za zadanie przedstawienie wypróbowanych konstrukcyj koron i mostków, przyczem poszczególne typy, składające się następnie na systemy, doznają bardzo wszechstronnego scharakteryzowania i dokładnego szczegółowego opisu ich technicznego wykonania. Doskonałe ryciny wykonane przez Rösslera ułatwiają zrozumienie tekstu. — Zastosowanie paralelometru Weinsteina przy konstrukcji sprężynowych i opierających się na zgryzie klamer i różnych systemów zasuw zostało uwzględnione w wystarczający sposób. — Wykaz piśmiennictwa na 3 stronach podaje najnowsze piśmiennictwo z tej dziedziny. — Książkę tę przeczyta z wielką korzyścią nie tylko student ale i wytrawny praktyk.

Wydanie książki przez Meussera jest bardzo staranne. Cena pierwotna książki w bardzo estetycznej oprawie 25 mk. niem. została wobec ogólnej zniżki cen książek zredukowana na 22.50 mk. niem.

Cieszyński.

Prof. Dr. Cieszyński: Zwiększenie wydajności pracy. Lwów 1932, stron 144, ryc. 28. Wydawnictwo „Polskiej Stomatologii. Nakładem autora.

Książka która pod powyższym tytułem co tylko opuściła prasę, jest niezwykle wartościową dla naszego zawodu, albowiem uczy ona, jak należy zorganizować pracę, aby przy jej najmniejszym nakładzie osiągnąć największe rezultaty. W opracowaniu tego zagadnienia autor dzieli się bogactwem i wieloletniemi doświadczeniem, zebranem drogą bystrej obserwacji i nieodścięgniętej zdolności organizacyjnej.

W pierwszej części zajmuje się tayloryzacją pracy w ogólności, czyli umiejętną analizą jej poszczególnych etapów i scharmonizowaniem wysiłków pracownika do całokształtu pracy. W praktyce stomatologicznej zasady te ujmuje wyczerpująco w całym szeregu wskazówek odnoszących się do lekarza, chorego, planu pracy, rozmieszczenia narzędzi, kontroli i umiejętnego przewidywania błędów. Przy takiej analizie czytelnik zapewne znajdzie wiele własnych błędów, które nieświadomie może dotąd popełniał, a które wpływały niekorzystnie na cały przebieg jego pracy. Szczególnie drobiazgowej analizie oraz racjonalnej organizacji poddaje pracę w ambu-

latorjach i instytucjach dentystryczno-społecznych. Z jednej strony znajdziemy tutaj wskazane powody, dla których instytucje te w obecnych czasach nie mogą należycie spełnić swojego zadania, z drugiej zaś mamy podane jak najdalej idące wskazówki, ażeby wyniki naszej pracy mogły się powiększyć o 30 a nawet 50 procent.

Jakkolwiek wiele z przedstawionych projektów w dzisiejszych warunkach będzie mieć jeszcze tylko znaczenie czysto teoretyczne, to jednak pozostaną one idealnym celem, którego urzeczywistnienie może następować w miarę stosowania racjonalnej opieki uzębienia systematycznie przez wszystkie warstwy społeczne. Kierownicy odnośnych instytucji znajdą tu przekonywujące cyfry i przykłady, słowem znajdą wiele materiału, ażeby go po odpowiednim zmodyfikowaniu proponowanych ulepszeń dostosować do dotychczasowych warunków, a przez to nawet przy najprostszych środkach podnieść maksymalnie wydajność pracy.

Dużo błędów najczęściej popełnia młody lekarz przy urządzaniu pokoju ordynacyjnego, rozmieszczeniu mebli, przy zakupie narzędzi etc. Wzory i plany podane przejrzyście, oraz celowa kolejność w pracy mogą uchronić niejednego przed niepotrzebną stratą czasu i energii. Niczego tu nie pominięto, nawet wyliczono narzędzia i najdrobniejsze przybory z podaniem pierwszorzędnej jakości i firmy.

Wykaz ten uchroni początkującego praktyka przed zakupem niepotrzebnych i nieodpowiednich narzędzi a zarazem ułatwi zaopatrzenia ordynacji w koniecznie potrzebne narzędzia, lekarstwa i materiały.

Znakomitą uzupełnieniem tego działu jest t. zw. stenografia dentystryczna, która umożliwia prowadzenie krótkich a dokładnych zapisków obejmujących całokształt planowego leczenia, od rozpoznania aż do inkasowania honorarium. Wzory rachunków, ubezpieczenia, podatki, a wreszcie kwalifikacje lekarzy-dentystów i ich stanowisko wobec etyki lekarskiej, wobec kolegów — wszystko to jest uwzględnione i oparte na głębokim, długoletnim doświadczeniu.

Książka ta jedyna w swoim rodzaju, jakiej nie posiada znane mi piśmiennictwo obce, przyczyni się do poprawy stosunków w naszym zawodzie, podniesie dobrobyt materialny i stworzy większe zadowolenie z pracy.

Jarząb (Poznań).

WSPÓŁPRACOWNICY POLSKIEJ STOMATOLOGJI W R. 1931. (Collaboteurs) Allerhand (Lwów), Andresen (Oslo), Appleton (Filadelfja), Atlas (Lwów), Asgis (New York), Beretta (Bologna), Cavina (Bologna), Coën-Cagli (Rzym), Cybulski (Warszawa), Cieszyński (Lwów), Dobrzański (Lwów), Dobrzaniecki (Lwów), Ennis (Filadelfja), Gombiński (Warszawa), Gorczyński H. (Lwów), Gratzinger (Wiedeń), Gruca (Lwów), Haber (Berlin), Guy (Edinburg), Haderup (Kopenhaga), Hilarowicz H. (Lwów), Huet (Bruksela), Ivy H. (Filadelfja), Jaccard (Genewa), Jankowski Miecz. (Lwów), Jarząb (Poznań), Karnibad (Warszawa), Lippel (Wiedeń), Loth E. (Warszawa), Mamlok (Berlin), Melchior (Kopenhaga), Morelli (Budapest), Muzi (Bologna), Nord Ch. (Kopenhaga), Ottesen (Oslo), Palazzi S. (Milano), Parma (Praga), Piperno (Rzym), Prinz H. (Filadelfja), Riha (Innsbruck), Salomon (Budapeszt), Szabó (Budapeszt), Szymonowicz J. (Lwów), Tellier (Lyon), Wilga (Warszawa), Zemski (New York) i Zeńczak (Warszawa).

Uzupełnienie sprawozdania z V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie w roku 1931. (Do Pol. Stom. 1932, str. 56).

Dr. Schusterówna Helena (Lwów): Adamantinoma u podstawy czaszki.

Referentka omawia i przedstawia rzadki nowotwór mózgu wychodzący z okolicy przysadki mózgowej, mianowicie szkliwiaka „Adamantinoma“.

Przypadek dotyczył 9 letniej dziewczynki zmarłej w klinice dziecięcej, którą w bardzo ciężkim stanie na dwa dni przed śmiercią oddano do kliniki, tak, że nie mogła już być dokładnie zbadana. Wykazano tylko obustronną ślepotę, ogólne wyniszczenie i objawy ucisku śródczaszkowego wywołanego przez wodogłowie. Rozpoznano nowotwór mózgu. Z wywiadów dowiedziano się, że dziecko od kilku lat choruje, od dwóch lat nie widzi. Na sekcji przy wyjmowaniu mózgu stwierdzono na podstawie guz wydłużony, długości około 9 cm, a szerokości 3—4 cm, zajmujący okolice komory III lejka i zrośnięty ściśle z przysadką mózgową, która była spłaszczoną, jednak łatwo dała się wyłuszczyć z siodełka tureckiego.

Powierzchnia nowotworu była nierówna, brodawkowata i pokryta obfitymi ziarenkami wapna. Guz wykazywał na rozkroju liczne większe i mniejsze torbiele wypełnione jasnym żółtawym płynem, których ściany pokryte były również złoгами wapna.

Badanie drobnowidowe guza przedstawia utkanie szkliwiaka, „adamantinoma“.

Szgliwiaki zachodzą najczęściej jak wiadomo w szczęce dolnej i górnej. Rozwijają się z nabłonków nieużytych w budowie szkliwia zębowego (emailoblastów). Pozostają więc w związku z miejscowym zaburzeniem rozwojowym. Znane są jednak przypadki wychodzące z gardzieli lub z przysadki mózgowej, a wtenczas stwierdza się je na podstawie mózgu. Może się dziwnem wydawać, że nowotwór związany tak ściśle co do pochodzenia z nabłonkiem jamy ustnej, pojawiać się może w jamie czaszkowej. Sprawa ta jednak staje się zrozumiałą, gdy przypomnimy sobie embrjonalny rozwój przysadki. Przysadka powstaje z połączenia się dwóch części, a mianowicie części mózgowej (z wyrostka lejkowatego) z częścią nabłonkową pochodzącą z wypuklenia uchyłka gardzieli t. zw. kieszonki Rathiego. Przez tworzenie się kostnej podstawy czaszki pierwotnie otwarta kieszonka z gardzieli się zamyka i powstaje pęcherzyk, którego nabłonki bujają, wytwarzając część gruczołową przysadki. Pozostały zaś przewód przysadki zarasta i ostatecznie zanika. Z pozostałości tego przewodu powstaje niekiedy przysadka gardzielowa, usadowiona pod nabłonkiem na sklepieniu gardła. Również z tych pozostałości embrjonalnych mogą wychodzić nowotwory nabłonkowe, a zatem szkliwiaki, które powstają z nabłonka jamy ustnej.

Przypadki takie należą jednak do bardzo rzadkich. Szkliwiaki podobne do guza opisanego podali Erdheim, Steinhaus i Bregmann, Teutschlaender, Strada, v. Miller; z polskich autorów Siedlecka.

WYSZŁO Z DRUKU:

PROF. DRA A. CIESZYŃSKIEGO

ZWIĘKSZENIE WYDAJNOŚCI PRACY

Stron 144 — Ryc. 28.

CENA 20 ZŁ. (do 1. I. 1933 wprost od autora)

Zamówienia należy nadsyłać pod adresem: Prof. A. Cieszyński, Lwów,
ul. Batorego 38, należytość zaś na konto P. K. O. Warszawa Nr. 49.948.

T R E Ś Ć

I. Tayloryzacja pracy w praktyce stomatologicznej prywatnej, w Kasach Chorych i dentystycznych klinikach szkolnych.

1. Psychotechnika. — Zasady Taylora.
2. Zastosowanie zasad Taylora w praktyce stomatologicznej. — Zaoszczędzenie czasu przed rozpoczęciem leczenia. — Wywiady. — Zbadanie chorego. — Plan pracy. — Omówienie planu leczenia z chorym i kosztorys. — Prowadzenie rozmowy z chorym. — Rozmieszczenie aparatów i narzędzi. — Podręczna. — Stałe miejsce dla narzędzi. — Zapasy. — Zapiski i statystyki. — Kontrola sprawności pracy i materiałów. — Przewidywanie błędów. — Określenie czasu pracy.
3. Tayloryzacja pracy w ambulatoriach i instytucjach dentystyczno-społecznych.
4. Usprawnienie zębolecznictwa w Kasach Chorych.

II. Urządzenie pokoju ordynacyjnego według zasad higienicznych i psychotechnicznych.

Wybór odpowiedniego mieszkania. — Szkodliwość leków. — Urządzenie pokoju ordynacyjnego. — Pomieszczenie sprzętów. — Przygotowanie i sterylizowanie opatrunków.

III. Badanie i przebieg leczenia.

Kilka uwag ogólnych co do metod badania i postępowania z pacjentem. — Badanie szczegółowe. Notowanie historii choroby na ddiagramie. — Stenografja dentystyczna według Cieszyńskiego. — Standaryzacja leczenia. — Standaryzacja poszczególnych metod leczenia (normalne zadanie). — I. Zatrucie miazgi i wypełnienia przewodów. II. Amputacja miazgi. — III. Przy pulpitis totalis. — IV. Leczenie zgorzeli miazgi. — Standaryzacja zdjęć roentgenowskich. — Standaryzacja narzędzi. Standaryzacja lekarstw.

IV. Zagadnienie ekonomiczne.

Kosztorys. — Inkasowanie honorarijów. — Ubezpieczenia. — Podatki.

V. Wydajność pracy a kwalifikacje osobiste lekarza.

VI. Wydajność pracy a etyka lekarska. — Aforyzmy.



PIERWSZA W POLSCE

WYTWÓRNIĄ KAUCZUKU DENTYSTYCZNEGO

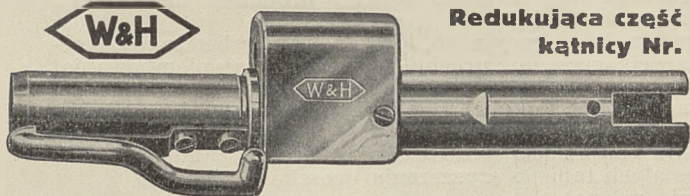
W. K O M A R



WARSZAWA, WILCZA 16

TELEFON 847-42

Poleca kauczuk przyśpieszony 15-minutowy

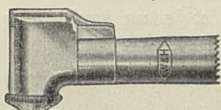


**Redukująca część środkowa
kątnicy Nr. 602**

zmniejsza
szybkość
i ilość obrotów
każdej
rękojeści
i kątnicy;

nadzwyczaj odpowiednia dla narzędzi służących do leczenia korzeni.

**Główka kątnicy
„S I N E”**



bez sprężyny i bez zamknięcia
pokrywowego. Wszystkie rę-
kojeści i kątnice modele 1932
zaopatrzone są w tę główkę.



Piłująca kątnica „Cursor“ D. R. P.

Nr. 740

zwalniająca szybkość obrotów, niezbędna dla narzędzi rozszerzających
przewody korzeniowe. Ceny rękojeści i kątnic są znacznie niższe.

DEGUSA ★ BERLIN / W 19.

Świetnie prosperujący i pięknie urządzony

Zakład lekarsko-dentystyczny w Krakowie

w śródmieściu od 1-go października 1932 r.
do oddania lub do wynajęcia
Zgłoszenia: Helena Steinbergowa, Kraków,
ul. Karmelicka 6. II p.

W. ŚWIATŁOWSKI

Skład Przyborów Dentystycznych

WARSZAWA, ul. ZGODA 15.

Telefon 615-15

NOWOŚĆ! Krajowego wyrobu rozpryskiwacz kwaso-węglowy

„HYGIOSTOM”



1. do leczenia ropotoku, ropni w okolicy wyrzynających się zębów mądrości, przekrwienia i stanów zapalnych brodawek dziąsłowych i wszelkich zapaleń śluzówki.
2. do czyszczenia pola operacyjnego, kieszonek pyorrheicznych, przestrzni międzyzębowych, jam próchnicowych (w czasie plombowania) powierzchni zębowych przed umocowaniem koron i mostków, przestrzni podmostkowych, okolic przykrytych aparatami regulacyjnymi i t. p.
3. do usuwania z pod dziąsła resztek zeszkobanego kamienia zębowego i pozostałych tam po czyszczeniu proszków.
4. do masowania dziąseł.
5. do oczyszczania jamy ustnej u małych dzieci i ludzi chorych obłożnie.

Cena aparatu łącznie z jedną końcówką netto zł. 30.—
końcówki zapasowe za sztukę „ 2-50

NEOS

Ekskawatory, instrumenty do oczyszczania przewodów

są ostre

Instrumenty do wypełniania przewod.

są cienkie i giętke

INSTRUMENTY NIERDZEWIEJĄCE NEOS

po przejrzeniu proszę zaopiniować!

NEOS DENTAL Co. FRANKFURT n/M. OBERRAD

Zastępca główny

J. SCHREIBMANN, Warszawa, ul. Długa 25

Carputale

Znak towarowy prawnie zastrzeżony

Środek znieczulający
wraz ze strzykawką jako
idealna jednolita całość.
Przelewanie z ampułki do
strzykawki — zbyteczne.
Przy znacznej oszczęd-
ności czasu — jałowe
postępowanie.




„Bayer Meister Lucius“



LEVERKUSEN a. Rh.

Wył. Repr. na Rzeczpl. Polską: Dom Agent. „REMEDIA“, Warszawa, Hipoteczna 5, skrz. p. 748.



Nr. reg. 1190

**Biologicznie standaryzowany
preparat ergosteryny naświetlanej
(Witamina D)**

(1 cm³ Vitavitu zawiera 5.000 jednostek ochronnych)

Vitavit pobudza procesy kostnienia,
wzmaga tworzenie się zawiązków zębowych,
tworzy chemiczne podłoże normalnej struktury zębów.
W wieku młodzieńczym usuwa próchnicę zębów.

Dawkowanie:



Oseki i małe dzieci 5 do 12 kropeł
Starsze dzieci 8 do 17 kropeł
Dorośli 10 do 24 kropeł
Kobiety ciężarne i karmiące 8 do 15 kropeł

Opakowanie:

Flakon zaw. 10 g. preparatu

Literaturę
wysyłamy
na
żądanie
pp. Lekarzy

LUDWIK SPIESS i SYN, Sp. Akc. • Warszawa



M. ARTELT

LWÓW, ul. CHORAŹCZYŻNA I. 8 – Telefon 32-79

poleca

W. H. Nowości
w trzonach i kątnicach

Aparat Dunlopa
do leczenia ropotoku zębodołowego (pyorrhoe)

Elektryczne aparaty
jako to piece do wypalania koron żakietowych
ASHA z pyrometrem
S. S. WHITE'A
UDO z wymiennymi wkładkami sylitowymi

Aparaty
do diatermji
do ogrzewania wody
do suchej sterylizacji

Przyrząd
do sporządzania emulsjowanej płukanki do ust

Ogrzewacz szklanek
o stałej temperaturze (ciepłota ciała)

Oryginalne ulepszone
LAMPY HANAU
„GÓRSKIE SŁOŃCE“ do celów dentystycznych

Meble aseptyczne
wyrobu krajowego

SYNTREX



PLOMBA „SYNTREX“
rozpowszechniona jest na całym świecie
dzięki swym niezwykłym zaletom

- | | |
|--|---|
| 1 Wytrzymałość na ciśnienie podczas żucia. | 5 Stałość objętości jak u naturalnej zębiny. |
| 2 Odporność na zużycie i ścieranie — równa odporności naturalnej emalii zębowej. | 6 Przezroczystość naturalnej emalii, ani większa ani mniejsza. |
| 3 Zwartość — drobnoziarnista budowa. | 7 Odcienie, nie ulegające zmianom i doskonale odpowiadające naturalnej barwie zęba. |
| 4 Odporność na działanie śliny i leków. | 8 Ścisłe przyleganie do ścianek i krawędzi ubytku. |

EUROPEJSKIE TOW. DENTYSTYCZNE

„E D E C O“

WARSZAWA Ś-to Krzyska 28