FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924—1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise - Венгерский Журнал Стоматологии

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR

DR. VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:

DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR:

DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

XL. évfolyam

1947

*

Szerkesztőség — Editor
BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39.

Kiadóhivatal — Publisher
BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadó Vállalat, Nyomdai Rt. Budapest, V., Honvéd-utca 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

I. EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adler Péter dr.: A parodontózis megelőzése, különös tekintettel a túlterhelésre 97
Balogh Károly prof.: A fogászat közegészségügyi jelentősége és korszerű feladata 65
Berényi Béla dr.: A preventív fogászat mai állása 225
Bugyi Balázs dr.: A fluor kérdésének mai állásáról 47
Deák László dr.: Egyszerű módszer individuális rágópályával bíró fogsorok készítésére 68
Eidus Lili dr.: A szociális fogorvoslás néhány aktuális problémája 105
Fodor Gy. István dr.: Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok gyulladásos betegségeinek penicillin kezelésében 240
Földvári Imre dr.: A fogpótláshoz használt anyagok megválasztása és feldolgozása 317
Frankl József dr.: A Vincent-féle foginy-, száj- és toroklob kezelése penicillinnel 397
Gartner Pál dr.: Műfogsort viselők lélektana 167
Halász László dr.: Gyökérkezelés penicillinnel 14
Huszár György dr.: Műfogsort viselők lélektana 161
Huszár György dr.: Vattatekercstartó alsó frontfogak kezeléséhez 364
Illyés Lajos dr.: A paradentózis sebészi kezelése 42
Kemény Imre dr.: A paradentózis kozmetikai problémái és megoldásuk rögzített sinekkel 33
Kemény Imre dr.: Új módszer teljes alsó protézis készítésére 195
Klein Ernő dr.: Radium használata a stomatologiában 394
Kollár Lajos dr.: A műgyanta koronák elkészítésének hibaforrásai 273
Lőwinger Simon dr. és Frankl Zoltán dr.: Újabb terápiás lehetőségek az agranulocitozis kezelésében 202
Máté István dr.: Fogkörüli gócok és koszorús erek 348
Molnár László dr.: A fogpótlás haladása 3
Molnár László dr.: Hogyan írjunk? 279
Molnár László dr.: A fogsorzáródás és illeszkedés működéses kialakítása 311
Müller Jenő dr.: Fémkoronák és hidak eltávolításáról 389
Perint Jenő dr.: Fültőmirigy kivezető csövének elzáródása és következményei 264, 320
Radnai Pál András dr.: Egy replantatio tanulságai 129
Ritlop Béla dr.: Az üzemi orvos munkaköre 116, 132
Schranz Dénes dr.: A foghiányossággal kapcsolatos gyomorbélzavarok értékelése orvosszakértői szempontból 313
Sztrilich Pál dr.: A fogorvosi asszisztensnő képzés 146
Sztrilich Pál dr.: Praxisracionalizálás 217, 183, 331, 359
Sugár László dr.: Újabb vizsgálatok az epulisok keletkezéséről 257
Varga István dr.: Beköszöntő 1

II. FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS.

de Chatel Andor dr.: A dentalis gócfertőzés szerepe a mozgásszervi betegségekben 76
Fischer Antal dr.: A gócfertőzés jelentősége a belgyógyászatban 50
Gerlóczy Ferenc dr.: A táplálékfelvétel stomatologiával határos kérdéseinek gyermekgyógyászati jelentősége 351, 399
Hajós Károly dr.: Újabb haladás az allergias betegségek kezelésében 206
Vámos László dr.: Fertőző gócok szerepe a bőrbetegségekben különös tekintettel a dentalis gócokra 139
Zselyonka László dr.: A gócfertőzés kórtani és balneologiai szempontból 120

III. KÜLFÖLDI CIKKEK.

Fish: A fogászat jövője (*Perint* dr.) 83
Hess: A gyökérkezelés hatása a periapicalis szövetekre (*Kovácsy* dr.) 148
Wolfner és *Schmuziger dr.:* A helyi érzéstelenítés (*Illyés* dr.) 133
Hess és *Spreng:* Az odontogen gócfertőzések (*Kovácsy* dr.) 176

IV. KÖNYVISMERTETÉS.

Adám és tanítványai: A sebészet idő-szerű kérdései. Ref.: *Varga dr.* 406
Bakács: Budapest Székesfőváros közegészségügye 1946 második felében. Ref.: *Bugyi dr.* 85
Bulletin de la Fondation Documentaire Dentaire. Ref.: *Ábrányi dr.* 369
Fleischer: Medical Disorders of the Locomotor System, including the Theumatic Diseases. Ref.: *Kovács dr.* 338
Frankl: A fogorvosi sebészet fejlődése és jelenlegi állása Magyarországon. Ref.: *Varga dr.* 368
Grossmann: Root canal therapy. Ref.: *Ádler dr.* 152
Gyakorlati eredmények a stomatologiában (Árkövy Emlékkönyv.) Ref.: *Prof. Morelli* 151
Halász: A felső légutak biologiája 338
Izard: Orthodontie. Ref.: *Ábrányi dr.* 85
Kiss-Szentágotay-Königseder: Az ember anatómiájának atlasza. Ref.: *Boros dr.* 21
Massler és Schour: Atlas of the mouth. Ref.: *Perint dr.* 407
Máté István: Elektrokardiographia a mindennapos orvosi gyakorlatban. Ref.: *Sugár dr.* 407
Moore: Orthodontics. Ref.: *Ábrányi dr.* 336
Shapiro: Applied anatomy of the head and neck. Ref.: *Perint dr.* 407
Strömgren: Die Zahnheilkunde im neunzehnten Jahrhundert. Ref.: *Huszár dr.* 21
Szenthe: Az állcsonttörések kezelése. Ref.: *Varga dr.* 153
Sztrilich: A modern fogorvosi rendelő. Ref.: *Varga dr.* 56
Thoma: Oral Pathology. Ref.: *Ádler dr.* 125
Weinmann-Sicher: Bone and bones fundamentals of bone biology. Ref.: *Perint dr.* 368
Went: Élettan. Ref.: *Bugyi dr.* 21

V. LAPSZEMLE.

Ackers: Penicillin in intra-oral lesions. Ref.: *Skaloud dr.* 222
Appenzeller: Materialprüfungen an neuen Zahnprothesen-Kunststoffen. Ref.: *Földvári dr.* .. ..

Fogtechnikai Közlöny. Ref.: Huszár dr. 60
Fürst: Facettierte Kronen und Brücken mit Anwendung von Pallapont. Ref.: *Földvári dr.* 409
Fürst: Kompressenhalter für Operationen am sitzenden Patienten. Ref.: Ref.: *Sztrilich dr.* 87
Gasser: Über ein Carcinom der Wangenschleimhaut u. dessen Beziehung zu einer Zahnprothese. Ref.: *Huszár dr.* 154
Gerber: Die Gysischen Hebelgesetze am Unterkiefer. Ref.: *Illyés dr.* 23
Gjerke: Tejfogak áttörése „denervatio" után. Ref.: *Kovács dr.* 184
Goldbach: A fogorvostársadalom szervezési kérdései az új Ausztriában. Ref.: *Schranz dr.* 126
Hinzburg és *Elpiner:* A réz és a cink parográfiai meghatározása szuvas és egészséges fogakban. Ref.: *Illyés dr.* 188
Hohlbrugger: Parotisfistel in der Kieferhöhle nach plastischem Verschluss einer Antrumfistel. Ref.: *Skaloud dr.* 221
Hollenback és *Skinner:* Arany és aranyfémek térfogatváltozása. Ref.: *Kovácsy dr.* 60
Hoppe—Meyer: Use of penicillin in the Treatment of Vincent's Infection and its Subsequent Oral Disturbances. Ref.: *Illyés dr.* 155
Humphreys: Specific infection of the hand of dental surgeons notes on three cases. Ref.: *Adler dr.* 187
Huszár és *Bugyi:* A fogtechnikus ipar egészségügye. Ref.: *Jáhn dr.* 126
Ireland: Preservation of the primary teeth. Ref.: *Sztrilich dr.* 411
Kemény: Felső ajak aszimetria stomatologiailag korrigált esete. *Autoref.* 88
Koch—Langentreu: Utóvérzések és kezelésük a fogorvosi praxisban. Ref.: *Schranz dr.* 87
Koch—Langentreu: Über einen Fall von maligen Melanom der Mundschleimhaut. Ref.: *Skaloud dr.* 220
Lewis—Jack: The problem of hemophilia in oral surgery. Ref.: *Illyés dr.* 339
Mann—Dreizen—Spites—Hunt: Dental caries activity and Nutrition. Ref.: *Adler dr.* 185
Messerli: Über verschiedene Speicheluntersuchungen und ihre Eignung zu einem Cariestest. Ref.: *Illyés dr.* 22
Meyer: Recent Rewiew and Discussion of Penicillin. Ref.: *Illyés dr.* 156
Moses: Studies of wear, arrangement and occlusion of the dentitions of humans and animals and their relationship to orthodontia, periodontia and prosthodontia. Ref.: *Adler dr.* 187
Munz: Clinical tirals of treating infected pulps with penicillin. Ref.: *Kovács dr.* 340
Oláh: Új gombás eredetű szájnyálkahártyabetegség. Ref.: *Huszár dr.* 88
Okszmann: A fogak beidegzése helyzeti rendellenességek esetében. Ref.: *Kovács dr.* 184
Oppikofer: Wurzelfüllpaste als Kieferhöhlenfremdkörper. Ref.: *Falussy dr.* .. 183
Orbán: Briefe aus Amerika. Ref.: *Göndör dr.* 253
Orban: Röntgentechnikai újítás. Ref.: *Bruszt dr* 411
Paediatria Danubiana. Ref.: *Huszár dr.* 57
Pincus: A nyálmak eddig ismeretlen tulajdonságairól. Ref.: *Molnár dr.* 220
Raaflaub: Die Behandlung der Plaut—Vincentschen Infektion und Stomatitis ulcerosa mit Penicillin. Ref.: *Illyés dr.* 155
Rapp: A cause of delayed hem orrhage after tooth extraction. Ref.: *Falussy dr.* 408
Repülés alatt bekövetkező fogfájás a szövetekben előidézett nyomáscsökkenés miatt. Ref.: *Perint dr.* 218
Roper: Restorations with amalgam in the army: an evolution and analysis. Ref.: *Boros dr.* 410
Rosen—Norman: The use of sulfonamides in root canal therapy. Ref.: *Boros dr.* 251
Rosencher: Orvosi viszonyok Dachauban. Ref.: *Boros dr.* 185
Schacke: Experimentelle und klinische Erfahrungen bei Verwendung von ionalem Silber zur Behandlung der Pulpa—Gangän. Ref.: *Falussy dr.* .. 410
Schiller: Meine Erfahrungen mit Kronen und Brücken aus Pallapont. Ref.: *Földvári dr.* 220
Stewart: Preliminary Report on Penicillin in Root Therapy. Ref.: *Halász dr.* .. 59
Strang—Greenstein—Ross—Waugh: The advisability of extraction as a therapeutic aid in orthodentics. Ref.: *Adler dr.* 251
Symposium on Problems of Aviation Dentistry. Ref.: *Halász dr.* 88

Thomas: Cysts of the jaws, saving involved vital teeth by tube drainage. Ref.: *Illyés dr.* 339
Trauner: Adamantinoma. Ref.: *Sugár dr.* 23
Trauner: Jóindulatú állcsontdaganatok sebészi eltávolításának eredményeiről. Ref.: *Péter dr.* 252
Wunderer: Eine Brücke aus Pálapont mit Metallrückplatte für vitale und wurzelbehandete obere Frontzähne. Ref.: *Földvári dr.* 220

VI. TUDOMÁNYOS ÉLET.

A magyar fogászati tudományos élet 1945—46-ban. *(Huszár György dr.)* 18
A Stomatologiai Klinika Tudományos Ülése 32
A Fogorvos Szakcsoport Tudományos Ülése 32, 63, 92. 126, 157, 190, 420
Kötelező a fogászat hallgatása a magyar egyetemeken. *(Sugár László dr.)* 61
Árkövy Emlékkongresszus 62, 95, 223, 254, 286, 289, 369
Arpa Internationale X. Kongresszusa 91
A Gyógyszerész Tudományi Társaság Értesítője újból megjelenik 157
Beszámoló a Stomatologiai Klinika tudományos üléséről. *(Sugár László dr.)* .. 214
Beszámoló az Arpa Internationale Kongresszusáról. *(Prof. Morelli Gusztáv)* .. 215
Acta Urologica megindulása 222
Megalakult a Kariesz-Bizottság. *(Huszár György dr.)* 366
Megjegyzések az Árkövy-Kongresszushoz. *(Kende János dr.)* 366

VII. SZAKCSOPORT HÍREK.

Főtitkári jelentés az 1946. évi közgyűlésen 23
A Fogorvosi Szemle 1947. évi I. számának megjelenése 30
Vidéki Szakcsoportok 31
A Fogorvosi Szakcsoport tisztikara és választmánya 32
Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport választmányi üléséről 94, 158, 412
Szabó József—Salamon Henrik pályadíj 370
Morelli Gusztáv—Forgách Aladár pályadíj 370
Fried Samu pályadíj 370
Fogorvosi Szakcsoport 1947. évi Közgyűlése 372, 415
Fogászati reformtervezet az OTI számára 386

VIII. SZEMÉLYI HÍREK.

Dalnoky Viktor jubileuma 128
Prof. Balogh Károly és *dr. Fodor György István:* „Az International College of Surgeons alapító tagja" 91
Dr. Perint Jenő előadása 157
Dr. Kovács György előadása 157
Dr. Propper Miksa 80 éves 341

IX. HALOTTAINK.

Megemlékezés Árkövy József halálának 25-ik évfordulóján. *(Dr. Huszár György)* 182
Salamon Henrik síremlékének leleplezése. *(Dr. Varga István)* 193

X. VEGYES HÍREK.

Fogorvosi állásnyilvántartás 62, 160, 342, 371
Fogorvosi vándorambulanciák 63
American Dental Association anyagi ügyei 91
Aranyellenőrző Bizottság közleményei 28, 95, 341
A Budapesti Fogtechnikus Ipartestület új otthona 157
Magyar Orvosi Bibliographia felhívása 189
Amerikai fogászati filmek 189
Iskolafogászati rendelő Baján 189
Asszisztensnői vizsga 222
Látogatás a Mabi székházában 369
Dr. K. Gazda Lili pályadíja 371
Villanyáram korlátozási rendelet 371

A MOKT HIREI

Felhívjuk kartársaink figyelmét arra, hogy a MOKT kiadványait 40% kedvezménnyel szerezhetik meg, ha belépnek tagjaink közé. Tagok lehetnek orvostanhallgatók és orvosi intézmények is.

Tagdíj egy évre 50.— Ft, két részletben is fizethető.

Könyvvásárlásnál a tagdíj teljes összegét beszámítjuk a vételárba.

Felkérjük az 1945 előtt belépett tagokat, írjanak alá új belépési nyilatkozatot, mert a MOKT irattára a háború folyamán elpusztult s ezért nevük nyilvántartásunkban nem szerepel.

A régebbi gyakorlattal ellentétben lehetővé tettük, hogy a tagok kiadványaink közül *tetszés szerint*, minden kényszer nélkül válogathassanak. *Senkinek sem küldünk tehát illetménykötetet.*

Csakis olyan könyvet küldünk el, amit tagjaink nálunk megrendelnek.

azonban évente egy — tetszés szerint kiválasztott — kötetet feltétlenül át kell venni.

Régebbi kiadványainkból számos mű kapható. Ez évben három új kiadványunk jelent meg és továbbiak is vannak előkészületben.

Kiadványaink jegyzéke megjelent az Orvosok lapja 47. és 50. számában.

Könyvrendelésnél kérjük beküldeni a könyvek kedvezményes árának a befizetett tagdíjon felüli összegét, valamint az elküldés költségeire könyvenként 2.— forintot.

Minden érdeklődőnek készséggel nyujtunk felvilágosítást személyesen, levélben, vagy telefonon.

Kérésre ismertetőt küldünk.

MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ TÁRSULAT
Budapest, V., Nádor-u. 26. V. em.
Telefon: 127—752

Rövidesen megjelenik!

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadásában

Semmelweis emlékbeszédek

a budapesti Orvosi Kaszinó Semmelweis-serlegünnepein 1908-tól 1941-től elhangzott emlékbeszédek (Taufer, Korányi, Bókay, Hültl, Frigyesi, stb.) gyüjteménye.

BEVEZETŐ

DR. WEIL EMIL,
a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete elnöke

Sajtó alá rendezte és az előszót írta:

DR. DOMÁNY IMRE,
a v. budapesti Orvosi Kaszinó főtitkára.

A könyv, mely maradandó emléket állít a nagy tudósnak, egyszersmind a magyar orvostudomány legkiválóbbjainak megnyilatkozása.

Ára: Ft 30.— A MOKT tagjai részére Ft 18.—

Megrendelhető: A MOKT kiadóhivatalánál, Budapest, V., Nádor-utca 26. V. Telefon: 12-77-52.

Erélyes és teljesen ártalmatlan
FERTŐTLENÍTŐSZER

NEOMAGNOL-Chinoin

Tartalmaz tablettánként 1.0g. chlorogeniumot

10 és 50 tabletta

Száj- és toroköblítésre, foggyökkezelésre

Használjunk **Neonovoton** érzéstelenítőt!

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ TÁRSULAT ÚJ KIADVÁNYAI

Dr. **ERNST JENŐ** egy. ny. r. tanár

BEVEZETÉS A BIOFIZIKÁBA

c. műve

A fizikai és biológiai ismeretek egységes szemlélete és leírása néhány válogatott fejezetben (folyadékmobilizáció, izomműködés, stb.) Logikai és matematikai pillérei alapossá, szellemes tárgyalási módszere könnyen olvashatóvá teszik ezt az elgondolásaiban s kidolgozásában teljesen újszerű tankönyvet.

Bolti ára: Ft 50.—

Dr. **LISSÁK KÁLMÁN** egy. ny. r. tanár

ÉLETTANI GYAKORLATOK

c. munkájának IV. kiadása

Nélkülözhetetlen vezérfonal orvostanhallgatók számára az élettani kísérleti módszerek elsajátítására és ezeken keresztül az életjelenségek mechanizmusának megértésére. Bőven ismerteti mindazokat a vizsgálati eljárásokat is, amelyeket a gyakorló orvos diagnosztikai munkájában elvégezhet.

Bolti ára: Ft. 35.—

A MOKT tagjainak a kiadóhivatal (V., Nádor-utca 26.) 40%-os engedményt nyujt.

Minden szakkönyvkereskedésben is kapható.

50516

1947 JANUÁR XL. ÉVFOLYAM Nº 1. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Hungarian Review of Stomatology

BUDAPESTI ÁLLAMI ÜGYÉSZSÉG 1947 FEB 26 ÁTVETTE

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Varga István: Beköszöntő 1
Dr. Molnár László: A fogpótlás haladása 3
Dr. Halász László: Gyökérkezelés penicillinnel 14

KÖNYVISMERTETÉSEK

LAPSZEMLE

A SZAKCSOPORT HÍREI

Dr. Kende János: Főtitkári jelentés . . 23

ORIGINALIA: Page

Dr. I. Varga: Editors Adress 1
Dr. L. Molnár: Progress in prosthetics . 3
Dr. L. Halász: Root-canal treatment with penicillin 14

BOOK REVIEWS

CURRENT LITERATURE

308

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

Szerkesztőség: Editor: BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39.

Kiadóhivatal: Publischer: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32.

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED. FOLYÓIRATOK

Fogászatban használjuk a Theriaka gyártmányokat

KONZERVÁLÓ FOGÁSZATBAN

fertőzött gyökcsatornájú fogak, a periodoncium krónikus gyulladásainak és a periapikális zóna kóros elváltozásainak gyógyszeres terápiájában kiváló eredményeket érünk el a DR. HALÁSZ LÁSZLÓ előírása és felügyelete mellett gyártott

Solutio Phenoli Monochlorait Camphora Mentholica

S. C. M. C. és a vele készült JODOFORMOS pasztával.

Gyártja és forgalomba hozza:

„Theriaka" gyógyszervegyészeti vállalat

BARTHA JÓZSEF OKLEVELES GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, V., Zoltán-utca 12. szám. Telefon: 329—313

FOGORVOSI RENDELŐ felszereléssel bérbeadó

Esetleg lakrésszel is BÍRÓ, BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 25. I. 2.

Diktálja gépbe orvosi szakmunkáit

ilyenirányú gyakorlattal, magyar, latin, német, francia nyelvtudással bíró képzett, gyors munkaerőnek

Gerőné Heténvi Magda

V. Pannonia-utca 36. Tel.: d. e. 227—249.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

SZIKRA IRODALMI ÉS LAPKIADÓVÁLLALAT, NYOMDAI RT.

Felelős vezető: Nedeczky László.

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

BEKÖSZÖNTŐ

Másodízben írok most beköszöntőt, mint a Fogorvosi Szemle szerkesztője. Az első óta nagy idők viharát éltük át. De valami mégis változatlan maradt bennünk: tudományunk szeretete és törekvésünk, hogy szakmánkat jól ismerjük és fejlesszük a magyar nép egészségének, jólétének érdekében.

A közelmultban lezajlott Nagygyűlés s egyéb tudományos összejöveteleink nagy látogatottsága fényesen bizonyítja, hogy a magyar fogorvosok tanulni és tudni akarnak.

Nem is lehet egyéb célja a Fogorvosi Szemle szerkesztőjének sem, mint az, hogy a lappal is szaktudományunk fejlődését szolgálja, minél szélesebb fogorvosréteg ambícióját keltse fel és tartsa ébren, hogy ezzel is segítsen emelni gyakorlati tevékenységünk színvonalát.

E célok elérésére közölni fogunk alapos kutatómunkákról írt cikkeket, gyakorlati irányú összefoglalásokat és útmutatásokat. Törekszünk a külföldi tudományos irodalom bemutatására is oly módon, hogy értékesebb tanulmányokat gyakran és bő kivonatban ismertetünk. Így reméljük, hogy a külföld eredményes munkásságát Hazánk viszonyaira alkalmazva hasznunkra fordíthatjuk.

Sok teret kívánunk szentelni — a korszellemnek megfelelően — a népegészségügyi vonatkozások kimunkálására. A ma már hivatalosan is népbetegségnek elismert fogszuvasodás elleni küzdelem lapunkat mindig a csatasorban találja.

Várjuk, hogy olvasóink gyakorlatukban előforduló problémáikkal hozzánk fordulnak — megoldásért. Ezúton is szeretnénk olvasóinkkal és a mindennapi élettel kapcsolatunkat kimélyíteni.

Minden rendelkezésünkre álló eszközt meg fogunk ragadni, hogy a lapot külföldön is megkedveltessük, különösen a szomszédos ország-

gokban, hogy mi is elősegítsük az egymás mellett lakó s egymásra utalt népek igaz megértésén alapuló békés barátságának kialakulását.

És végül, de nem utoljára harcosai kívánunk lenni szakmánk érdekeinek, erkölcsi emelkedésének és anyagi boldogulásának.

Célokat kitűzni könnyű feladat, megközelíteni nehéz, s megvalósítani csak az egész magyar fogorvosi kar őszinte és lelkes támogatásával, mindannyiunk erejének összefogásával lehet.

Induljon meg tehát a munka, — a minőségi munka — hogy évek mulva nyugodt lelkiismerettel számolhassunk be e lap hasábjain közös programmunk megvalósulásáról.

Úgy legyen!

Varga István dr.

A fogpótlás haladása

Írta: MOLNÁR LÁSZLÓ dr., egyetemi magántanár.

Kell-e az elvesztett fogakat pótolni? Lehetőleg igen, mert minden fog zárókő a fogazat boltozatában és elvesztése nem csupán az egyik, de az ellenlábas fogív számára is jelentős. A kihúzott fog helyén megszünik a helyi működés; megszakad a fogív folytonossága, az érintkező felszín hiányzik és a szomszédos fogak billenése következhet be. Az antagonista fog kinövése fognyaklecsupaszodást, gyökércariest okozhat. A bifurcatio környékén tasak támadhat és így a fogtartószövetek is meggyengülhetnek.

Természetesen amíg lehet, szilárd pótlást igyekszünk készíteni, mert a rágónyomás átvitele így történik legkedvezőbben a paradentiumra. De a fix hidak nem alkalmazhatók minden esetben akkor sem, ha még elég szilárd pillérfogak vannak, pl. nagyon alacsony fogkoronák, erősen kopott fogak devitalisatio nélkül nem adnak jó tartást, az idegkezelés pedig ilyen okból nem javalt. Máskor a pillérek kedvezőtlen helyzete, dőlése akadálya a hídpótlás készítésének.

Régebben igen nagy, akár 14 tagú hidat is szívesen készítettünk. Ma már, ha számos kis hézag van a fogazatban, inkább *egy* részleges fémlemezt készítünk, mint 3—4 hidat, részben a pillérek előkészítésével járó csiszolás, csonkítás miatt. Máskor igen alacsony harapás esetén a fix hidak hídteste alatt nem teremthetnénk higienikus viszonyokat, így inkább fémrágófelületű lemezes fogművet készítünk.

A hidak készítéséhez röntgenfelvételek és tanulmányi minták szükségesek. Szabadvégű hidakat csak ritkán alkalmazzunk: ilyen eset, ha a hiányzó oldalsó metszőt az erőteljes szemfogra akasztjuk, fazettás koronával, vagy háromnegyedkoronával elhorgonyozva.

Ha a fogak röntgenfelvételei negatívak is, devitalizált többgyökerű fogra csak akkor helyezzünk hidat, ha a gyökértömés teljes. Röntgennegatív fogak is gyakran okoznak távolhatást a szervezetben, helyi lényeges panaszok nélkül.

Ha nem teljes borítókoronákat használunk horgonyoknak, fontos, hogy az öntvények a pillér rágófelszínét, oldalfelületeit és szájpadi részét fedjék és csupán az orcai rész maradjon szabadon.

A mesiosocclusodistalis egyszerű betét retenciós értéke csekély. Fix elhorgonyzáshoz nem szabad olyan betétet alkalmazni, amely a fog rágófelszínén és csupán *egyik* approximális felszínén támaszkodik.

Háromnegyed koronáknak újabban nem készítünk a metszőkön és a szemfogon incisalis barázdát, mert az élt gyengíti, áttűnővé és kékesszürkévé teszi; azonkívül a retentió szempontjából nem nélkülözhetetlen. Ha az oldalsó barázdák eléggé hosszúak, közelítően párhuzamosak

(csupán 5—6°-os összetérés engedhető meg) elegendő a metszőél ferde lecsiszolása (45°-os szögben); néha még ezt is elhagyjuk és a metszőélhez hozzá sem nyúlunk. A kis- és nagyőrlőkön oldalsó barázdák helyett retenciós szekrényt alakítunk ki.

Öntött koronákat nem csupán aranyból, hanem vitalliumból is készíthetünk, sőt 4—5—6 tagú hidakat is öntünk vitalliumból, egy darabból.

A fazetás korona jó horgony, de csak teljesen öntött, zárt keret ad megbízható tartást a fazettának. A Spring-korona jól bevált horgony.

A hídtest alakja nem megoldott probléma. Legtermészetesebb a nyeregalakú, felfekvő hézagfog lenne, mely az elvesztett fogat hűen utánozná. Ez azonban hygienikus okokból nem javalt. A rágófelszínt buccolingualis irányban a természetes fogszélesség ⅔-ára keskenyítsük. A csücskök alacsonyabbak legyenek, mint a természetes fogakon, nagyjából azokhoz alkalmazkodunk. Kétféle csücsökmagasság van: harant és nyílirányú, továbbá ezek kombinációja. Prothesiseken inkább nyílirányú (mesiodistalis) 20—25°-os csücsöklejtőket használjunk, míg a haránt csücsöklejtő kopott fogazatban esetleg csupán 5—10°.

Gyakori hiba, hogy a csücskök csúcsain át mérve a hídtest majdnem olyan széles, mint a legnagyobb buccolingualis átmérő. Pedig ez még a sokkal jobban megtámasztott természetes fogaknál sincs sohasem így. A felső I. kisőrlőfog ideális méretei mellett pl. a legnagyobb átmérő buccolingualis irányban *10 mm;* míg a csücskök csúcsának távolsága csupán *6 mm;* a mesiodistalis átmérő az érintkező pontok tájékán 7 mm; a zománc-cementhatáron pedig 4.2 mm. Másik bonctani jellegzetesség, hogy a kisőrlők nyelvi felszíne síma, legömbölyített, barázdák nincsenek rajta és keskenyebb, mint az orcai felszín. Tehát a hídtestet is keskenyíteni kell a lingualis oldalon. Ezzel nem csak a rágófelszínt kisebbítjük, hanem a természetes és művi tisztulást, masszázst, is elősegítjük.

Újabb, Kemény I. különleges módszerrel készített porcellángyökeres hídjaival tökéletes kozmetikai és funkcionális eredményeket ért el. A harántkengyel alkalmazása (levehető) még gyenge pillérek esetén is kitünő tartást biztosít a hídnak, a rágónyomást körben, egyenletesen osztja el az összes pilléreken, akkor is, ha a beteg csak egyes fogakkal vagy fogcsoportokkal rág.

A porcellángyökerek alkalmazását ma még a frontfogak területére korlátozzuk és inkább a természetes gyökérnél valamivel rövidebb porcellánkúpokat alkalmazzunk, melyeket a természetes foggyökér mintája után, 3-féle típusban az egyes fogféleségek szerint készen is tarthatnánk.

Az alsó állcsonton tojásdad vagy kártyaszívalakú hídtestet alkalmazhatunk, a felső állcsonton kozmetikai és beszédtechnikai okokból néha keskeny, nyeregalakú hídtest is készül, de ez se legyen teljesen nyeregszerű, hanem csupán haránt (bucco-lingualis) irányban kivájt, míg nyílirányban domború.

Háromnegyedkoronákhoz, nyeregbetétekhez megfelelő platinatartalmú ötvözeteket kell használnunk, amelyek hőkezeléssel nemesíthetők.

A kerámiai és műzománckoronák készítése mindinkább tökéletesebb alapokon történik. A fog zománcát teljesen le kell csiszolni a jacketkoronához, éles szögleteket nem szabad hagyni. Alacsony, kúpos praeparatio nem ad megfelelő csonkot.

Porcellán-, de különösen palapontkoronák körül gyakran látunk krónikus inygyulladást és vérbőséget. Ennek oka többféle. Már előkészítés közben is adódnak inysérülések, a lenyomatgyűrű a papillát leválasztja a fogról. A korona széle, különösen nem vállas csonkon, gyakran túlér a preparált felszínen és azt ingerli. De még pontos előkészítés és vállas műcsonk esetén is látunk inygyulladást, ha a zománcköpeny a fognyaki harmadban a természetes fog bonctani sajátosságait nem adja vissza teljes mértékben. A váll csak a buccalis oldalon terjedjen 1 mm-rel az iny alá, másutt mindenütt az iny fölött fusson. A középső metszőn a fognyak haránt átmérője 2—2·5 mm-rel kisebb, mint a legnagyobb mesiodistalis átmérő. Ez gyakorlati szempontból igen fontos, mert borítókoronák, porcelánköpenyek készítésekor a domborulatot adó pluszt, tehát mindkétoldalt 1·2 mm vastag foganyagot okvetlenül le kell köszörülni.

A kész koronán a fognyaki felszínek normális görbületét, domborulatát utánoznunk kell. A limbus v. cingulum dentis biztosítja az iny védelmét, akadályozza az ételpép bepréselődését a tasakba. Ha túlnagy görbületet, domborulatot adunk a koronának, az sem jó, mert az inyt a falat masszáló, dörzsölő hatása nem éri. Nagyobb baj azonban, ha a korona lapos, a limbus hiányzik. Az ételpép iderakodik, pang, bomlik és idült gyulladást okoz az inyen. Metszőkön a normális görbület a cementzománchatártól a domborulat tetejéig kb. 0.5 mm. A kerek (gömbölyű) kontaktus a legtökéletesebb alakja a fogak közötti, approximalis (interdentalis) érintkezésnek. A kontaktus közel feküdhet a marginális élhez, a felső kisőrlők ilyenkor átmetszetben tojásdad, az alsók kerek formájúak. Általában, minél közelebb esik a fog legnagyobb átmérője a középső harmadhoz, annál jobb a fogfelületek tisztulása. Ha a legnagyobb átmérő az iny széléhez közel van, úgy a gingivánál a fog felszíne nagyon ellaposodik, sőt néha homorú is lehet, mint pl. az I. felső kisőrlő mesialis felszíne. Az ilyen felület, ha nincs innyel fedve — igen hajlamos szuvasodásra. Minél hosszabbak a fogak (műfogak) csücskei, annál nagyobb lehet a rágónyomás eltérése a függélyes iránytól. 45°-os csücskökön a függélyes nyomás is átalakulhat vízszintes tolássá és ez prothesisek alaplemeze alatt a gerincek csontszövetének gyors sorvadását okozza.

Jacketkoronák előkészítését nem kell egy ülésben végeznünk, hanem az első ülésben csak az alámenő részeket, a konturokat tüntetjük el és a kissé összetérő falú csonkra guttaperchaszallagot helyezünk, ami másnapra az inyt kissé visszanyomja (kb. 1 mm-rel). Most végezzük a váll készítését a szabaddá tett felszínen.

A részleges és teljes prothesis indikációs területe úgyszólván korlátlan. A partialis prothesisek elhorgonyzására ma is a kapocs a legkonzervatívabb és egyszerű megoldás; semmi vagy csak igen kevés előkészítést igényel, szemben a preciziós csúsztatókkal, amiket mélyen a dentinbe vágott kavitásokban fekvő betétekre kell süllyeszteni. Helytelenül a fogorvosok egyrésze a részleges prothesist csupán átmeneti állapotnak tartja (hulló sárga falevél = a maradék fogazat) a teljes lemez felé.

Párhuzamos pilléreken, amelyeket esetleg koronák felhelyezésével tettünk alkalmas támfogakká, a végpilléres, közbeiktatott prothesis, dentalis elhorgonyzással majdnem a hídhoz hasonló, jó rágásteljesítményt nyújthat. Mást azonban a szabadvégű fogművek megité-

lése. Ezek — különösen a végükön, előbb-utóbb süllyednek. Emiatt a lemezt hátul kiterjesztjük a tuberre vagy a tuberculum mandibulaere, de rágófelszínnel nem látjuk el, ezt csupán retenciós résznek tekintjük. Mint Sears csatornás műfogain, úgy a prothesisen is van aktív, működő rágófelületi rész és van tehermentesítő rész.

A szilárd hidak elhorgonyzása, illetve a pillér és a horgony kapcsolata (horgonylat) vagy úgy történik, hogy a horgony kapaszkodik a fogba, azt körülveszi, mint pl. a borítókorona, vagy pedig a fog kapaszkodik, illetve rögzül a horgonyok által. Az utóbbi esetre jó példa a többcsaposkás félkorona: egyes csapokat a fogállomány, a dentin rögzit, de 2—3 csap kombinált hatása karomszerűen fogja a pillért és akadályozza annak kifordulását a horgonylatból.

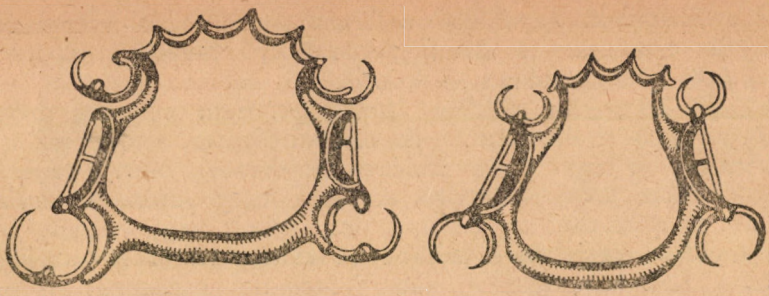
Általánosságban a fix hidak készítését kevés számú foghiány (1—2—3) eseteire korlátozzuk. 1—2 fog pótlásánál a gyengébb pilléren gyakran alkalmazhatunk labilis elhorgonyzást; a híd egyik végén az öntött támaszt inlay bemélyedésébe fektetjük. A támaszt úgy helyezzük el, hogy a rágónyomást főként a pillérfog hossztengelyében vezesse. Amerikai felfogás szerint a 2 nagyőrőt pótló híd tartósabb, ha kivehető és a rágónyomást, illetve megtámasztást a fogív távoli pontjaira is átviszi.

A betétes, labilis megtámasztást csak rövid hidakon szabad használni. A megtámasztást lehetőleg mélyen, a fognyak közelébe süllyesszük; a támasz elhelyezésének iránya párhuzamos legyen a másik fog praeparatiojának irányával. Rövid koronájú fogakon az egész oldalfalat igénybevesszük az elhorgonyzáshoz; hosszú fogon erre nincs szükség. Buccolingualis helyzetét tekintve a támaszt az érintkezőpont közelében kell befektetni. Az elhorgonyzás kissé fecskefarkalakú, a rágófelszín közepe felé szélesedik, tehát a horgony elmozdulásait korlátozza. Indirekt mintázásnál a támasz helyét teljesen elkészíthetjük a viaszban: közvetlen miután inkább csak körvonalazzuk és az aranyba vágjuk bele. A kész támasz rágófelszíni ⅔-át koronggal lesímítjuk és csak a cervicalis végét hagyjuk szoros érintkezésben a primaer betétbe vágott üreg falaival. Rendszerint az erősebb hátsó fogakra jut a főhorgonylat; kivéve, ha dőlt fogakról van szó. Ilyenkor a támaszt a rágósíkra merőlegesen álló fogba helyezzük, a mesialis vagy disialis irányban eldőlt fogra tesszük a koronát, mert ezen egy féloldali megtámasztás erővonala teljesen kívüleshetne a súlyponton.

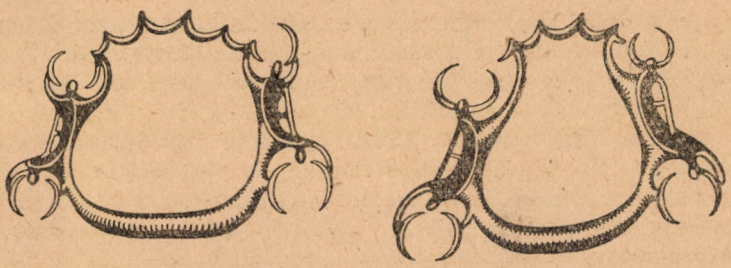
A szemfogra helyezett fazettás vagy háromnegyedkorona a középső metszőbe helyezett támasz nélkül is jól viselheti a hiányzó oldalsó metszőt. Erős, alacsony támfogakon a két felső kisőrlőt is pótolhatjuk olyan hiddal, mely a szemfogban betétes támasszal bír és a nagyőrlőn pedig öntött vagy öntött rágófelületű korona van.

A részleges prothesis erőátvitelének kedvező elosztása céljából célszerű számos fogat bevonni az elhorgonyzásba. Olyan megterhelés, amely csupán két fogra átvive idővel azoknak súlyos károsodását okozza, négy fogra elosztva hosszú idő múlva is alig idéz elő elváltozást a támfogak paradentiumában. Éppen ezért rágófelszini ütközővel, támasszal bíró kapcsok alkalmazása ajánlatos. Így pl. a Ney-f. kapocsrajzoló rendszer alapján végezhetjük a prothesistervezést, amely az összes kedvező lehetőségeket teljesen kihasználja.

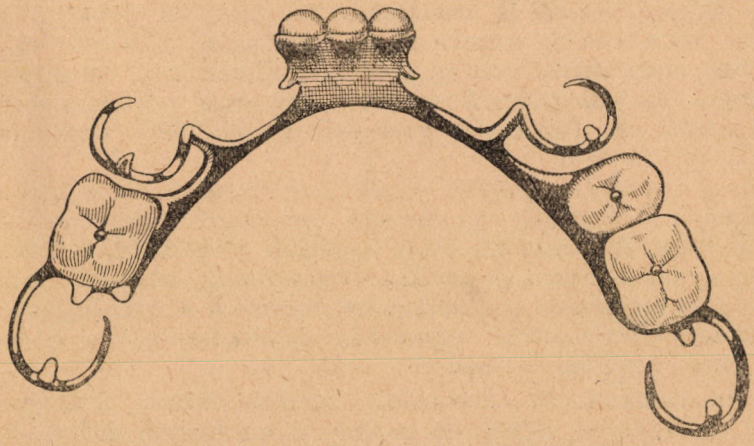
Kennedy 3. osztályú foghiány esetén a szemfogakra distalis irányból vezetjük a kapcsot; hasonlóképen hátulról öleli körül a körkapocs



Kapocsrajzolókészülékkel (I. M. Ney szerint) megtervezett részleges prothesisvázak. A esetben a minta kisfokú hátradöntése közben történt a kapocsrajzolás, 7 vágófelszíni támasz van. B esetben a tervezés rajzolókészülék mélkül történt. A merev támaszokon behelyezés előtt csiszolni kell, a retentio hiányos, mivel a rugalmas kapocskarok csak kicsiny alámenő fogfelületbe kapaszkodhatnak.



Kapocsrajzolókészülékkel (I. M. Ney szerint) megtervezett részleges prothesisvázak. A esetben a retentio hiányos, mert a támfogakat a kapocskarok az alámenő részeken nem övezik elég mélyen. B esetben a retentio jó, a minta előredöntése folytán a horgonyok elhelyezése megfelelő, de nem nyujt oly kiadós rögzítést, mint a minta hátradöntése közben megrajzolt elhorgonyzások (kapocskarok retenciós felületei).



Alsó részleges, rugós kapcsokkal rögzített fogmű.

a 2 hátsó őrlőfogat, összesen 7 rágófelszíni ütköző, 4 körkapocs szolgál elhorgonyzásra. A hátsó kapcsok egyrésze merev, míg a körülvevő kapocskarok jól rugóznak. Az alaplemez vázosított, csupán az I—II. felső nagyőrlők helyének megfelelőleg futó transversalis merevítő kengyel

halad át a szájpadon; egyébként a lemez térfogata a nyergekre és az elhorgonyzás eszközeire, a frontfogakon fekvő tovafutó kapocsra és a támasszal bíró kőrkapcsokra korlátozott.

A felső állcsonton néhány frontfogat nem célszerű meghagyni, inkább teljes lemezt készítsünk. Az alsó állcsonton sokkal inkább igyekezzünk még 2—3 fogat is összesínezve megtartani, mert a teljes prothesis elhorgonyzása jóval nehezebb. A részleges prothesisek tervezésekor felmerülhet az a kérdés, hogy a kapcsokat öntött vagy formált, hajlított, kalapált fémből készítsük-e inkább. A válasz: mindkét kapocsféleség használható. Erős támfogakon, hátsó fogakon, különösen ha párhuzamosan állnak, koronával vannak fedve, jól alkalmazhatjuk az öntött kapcsokat, míg pl. a szemfogra már inkább hosszúnyelű, rúgós, drótból készült (pl. Bonyhárd-féle) kapocs használatos.

Nehéz és fontos prothetikai feladat az alsó és felső szabadvégű fogművek szerkesztése, pedig az esetek nagyrésze (70—80%) idetartozik, mert ha végpillérek vannak, híd is készíthető.

A nyergeket lehetőleg szélesre készítsük. Az alsó állcsonton ez legjobban a *Spreng*-féle lenyomat alapján dolgozható ki. A kétoldali nyerget összekötő rész (nyelvi vagy szájpadi kengyel) merev legyen, hogy az egyik oldaltól a másikhoz közvetítse a megterhelést és elossza a rágónyomást a támfogakon. Csak keskeny műőrlőket használjunk, ez különösen áll, ha a gerincek sorvadtak. A rágófelszín pontos, harmónikus illeszkedése a részleges fogmű helyes működésének lényeges feltétele. Magascsücskű, 30—40°-os lejtővel bíró műfogakat lemezes prothesisekbe ne használjunk, mert a gerincek sorvadását okozhatják. Nagyjából a természetes fogak, a maradékfogazat rágófelszínéhez kell alkalmazkodni, de harántt, buccolinguális irányban mindig a természetes fogaknál keskenyebb és inkább csak mesiodistalis irányú csücsöklejtővel ellátott porcellánfogakat alkalmazzunk.

A részleges prothesis indikációs területét az a körülmény is bővíti, hogy 4—5 hézagból álló foghiány esetén számos hidat kellene készíteni és ép fogakat is lecsiszolni. Ezenkívül az egységes részleges fémlemez jóval kisebb munkával és költséggel állítható elő, mint a hézagoknak megfelelően esetleg 4—5 híd. Ehhez járul még, hogy kissé meggyengült tartású pillérek esetén a részleges prothesis szerkesztése révén, lemezkaros (tovafutó) kapoccsal a maradék fogazatot sínezhetjük.

Ha a szemfogak mögötti fogak hiányoznak, tehát a felső állcsontban csupán a 6 frontfog van helyén, nem szabad vázlemezt készíteni, hanem a szájpadot teljesen, vagy legalább jórészt fedni kell. A vázlemeznek ilyenkor nincs jó tartása, hamarosan süllyed, kimozdul a záródásból és meglazítja a frontfogakat. Célszerű a frontfogakat fazettás = háromnegyedkoronákkal egymással összesínezni, így a kapocsterhelést a front együttesen viseli.

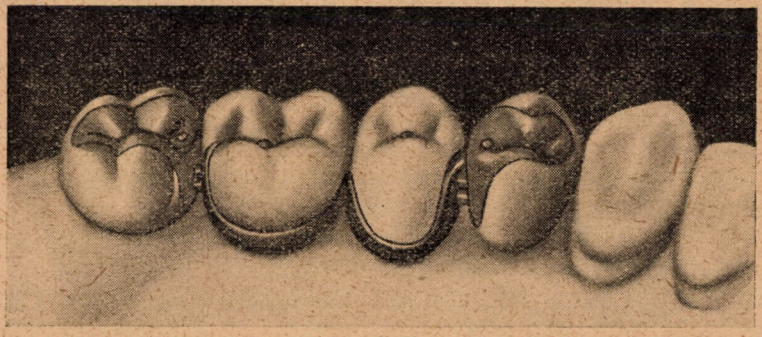
Mint Kemény dr. bemutatott eseteiből láttuk, *Stein*-prothesissel aránylag kedvezőtlen esetekben is igen jó eredményt ért el. Nagy előnye ennek a szerkezetnek, hogy a fogmű szabadon süllyedhet a nyálkahártyába; ennélfogva különösen szabadvégű prothesisek szerkesztésénél volna jelentősége. Elméletileg tehát a *Stein*-prothesisen kívül a *Beat Müller*-f. részleges lemezek a legmodernebb megoldások közé sorolhatók. Erőtörőnek drótokat, mozgókapcsot, vagy csúsztatókat használhatunk.

Ha a prothesis süllyed, a lemezkaros kapocs is lecsúszik a fogakról és azokat szétnyomja, a támfogak között hézagok, diasztémák támadnak. Erről veszi észre a beteg, hogy a prothesis már nem megfelelő.

Kicsiny rögzítőrészek különválasztásának az a hátránya van, hogy a beteg a kapcsos részt lenyelheti. Ha distalis támfogak nincsenek és a fogkoronák alacsonyak, a kapocselhorgonyzás is nehezen oldható meg; külső csúsztatókkal, lapos *Roach*-f. gombos csúsztató, horgonyozhatjuk el a lemezt, mégpedig izületes erőtörők beiktatása révén.

A rágófelszíni ütközők helyét — esetleg kisfokú csiszolással — pontosan meg kell adnunk. Ezenkívül az ütközők nagysága és alakja is fontos, mert ha rosszul készítjük, az ütköző rágáskor lecsúszik és ezzel együtt az alaplemez is elmozdulhat helyéről. A hátsó fogak, mint fontos rágófelületek aránylag nagy nyomást viselnek. Ennélfogva fontos, hogy a nyerget, mely a műörfogakat hordozza, ne szabjuk túl kicsinyre, mert így az egységnyi nyálkahártyafelületre túlzott nyomás juthat.

A részleges prothesisek és a kivehető hidak az ú. n. *stimuláló fogpótlások* csoportjába tartoznak, míg a fix hidaknak nincs ilyen ösztönző hatása az alattuk fekvő nyálkahártyára. A kivehető hidak készítése leginkább buccolingualis párhuzamos csúsztatókkal történik, mely a pillérfogak normális működését nem akadályozza. Ha a támfogak koronái igen alacsonyak, kivehető híd készítése nem javult, de a fix híd sem mindig indikált.



Csavarokkal rögzített, feltételesen levehető híd.

Újabban történtek olyan kísérletek, melyek alapján feltételezzük, hogy fix hidak, kengyeles rögzítősínek, porcellángyökeres szilárd pótlások is fejthetnek ki formatív, stimuláló ingert az alattuk fekvő lágyrészekre. Így *Balogh* prof. szabadvégű hidat üvegből készült nyereggel látott el, mely a lágyrészeken támaszkodott és az aranyvázba volt becementezve. *Kemény* dr. égetett porcellángyökeret helyez el a kihúzott fogak helyén, ilymódon immediat prothesissel akadályozza a lágyrészek sorvadását. Tekintettel arra, hogy a műgyökér pontosan illeszkedik a fogmederben, a szervezetben uralkodó horror vacui alapján kétségtelen, hogy a porcellánfelülethez a lágyrészek — esetleg szövetnedv közvetítésével — szorosan odafekszenek — és így, főként már kissé mozgó pillérek esetén a műgyökerek is felfoghatnak, illetve közvetíthetnek bizonyos megterhelést. Hogy a fogmeder zsugorodását foghúzás után biztosan akadályozzuk, célszerű a kihúzott gyökeret 5%-os chloraminoldatban

sterilizálva és előzőleg kerr- vagy gipszblokkban lemintázva a sebbe visszavarrni, vagy sínnel rögzíteni és így a műgyökér számára a megfelelő üreget biztosítani. Úgylátszik az égetett porcellán és az üveg azon anyagok, melyek ételpépet felületükön nem sűrítenek és így implantatióra is alkalmasak.

A már-már axiomaszerű elvet, hogy fix pótlások semmiképen nem támaszkodhatnak a lágyrészeken, a feltételesen levehető, haránt, csavaros kengyelek alkalmazása mellett részben fel kell adnunk, minthogy láttunk eseteket, midőn a nyálkahártya fix hidak nyeregszerűen fekvő szabad vége alatt sem károsodott különösebben 10—15 év után sem. De *gavirozni* ilyenkor semmit sem szabad a mintán.

A *polymerisatumok használata* Amerikában nagyon elterjedt. Crystolex, Lucitone, Luxene 44, Vernonite néven a paladonhoz és a palaponthoz hasonló anyagok nagy tömege került alkalmazásba a prothetikában.

Alábélelésre, régi lemezek átdolgozására is használnak különböző, védjegyzett anyagokat, melyekkel a régi prothesist csak be kell kenni és helyére nyomni. Lassan megkeményedik és kitölti a sorvadás folytán támadt hézagokat. Ilyen anyagok pl.: Acryline, Craig's Permanent Liner, Dura Liner, Dupracryl, stb. Ezek a masszák néha cellulosevegyületeket is tartalmaznak, de főként acrylszármazékokból állanak, melyek chloroformban, aethylacetátban vagy butylacetátban oldva, a prothesisre kenhetők. Az oldószerek a nyálkahártyán csípést, erythemát és izgalmat okoznak. Kísérletben a bőrön is okoztak irritációt. A behelyezés után 30—40 percig az izgalom a nyálkahártyán igen kellemetlen, égető érzéssel jár, később ez szünik.

A prothesis alapanyaga (paladon) is kissé megpuhul az alábélelő anyag alatt, mert az oldószer átjárja annak felületét is.

20—30 napra van szükség, míg az alábélelő anyag teljesen megkeményedik. Nem olyan tökéletesen szárad és keményedik, mint a 100 C°-on követtében polimerizált anyag, mert később levegőn szárad, így a szabadon kinthagyott alábélelt fogmű súlya 90 nap mulva csökkent, ezután már alig változott. A bélelő masszák vízben részben duzzadnak, részben súlyveszteséget szenvednek.

Elméletileg nem tekinthetjük kielégítőnek az olyan alábélelést, mikor oldószert kell alkalmazni, ami behatol az alaplemezbe, kivéve, ha az alábélelés után polymerisatio vagy hasonló, nyomás és hő alkalmazása mellett végzett folyamat révén az oldószert teljesen eltüntetjük, illetve egyesítjük az alapanyagokkal.

Lehetséges az is, hogy az oldószer csak akkor tünik el teljesen, ha az alaplemez anyaga és az alábélelő massza szervesen egyesülhet, mivel teljesen vagy majdnem azonos vegyületekből állnak.

A *polymerisatumok elterjedése* szinte új útakat nyitott meg a fogászatban. Régi tapasztalat, hogy prothesisekben az egymással szemben fekvő porcellánfogak évek alatt sem kopnak össze, nem támad abrasio. Éppen ezért kívánatos a kemény porcellánfogakkal szemben puhább alapanyagú műfogakat alkalmazni. Klinikánkon *Máthé*-val már 14 évvel ezelőtt kísérleteztünk a Naturdens fogakkal. Később hekodent-, palapontfogakat, majd palodens fogakat használtunk e célra. Most már Amerikában is elterjedt a műzománcőrlők alkalmazása lemezes prothesiseken. A H. D. Justi & Son, Inc., Philadelphia a „Denta Pearl" fogakat gyártja e célra, melyek 18 felső formában, 3 alsó formában készül-

nek a felső frontfogak számára, míg 3 különböző garnitura (sokféle szinben) szolgál a műőrlők kiválasztásához. Ezek a fogak kopnak a szájban. Nem tudunk azonban arról, hogy ezeket porcellánműfogakkal szemben helyeznék el, inkább úgy az alsó, mint a felső műfogak polymerisatumból vannak. Ez nem jó megoldás és az artikulációs probléma megértését sem árulja el. Egyféle anyaggal nem érhetünk el koordinált rágófelszineket és a csücsökzáródás automatikus becsiszolódása sem következhet be. A természet is többféle anyagot használ e célra. Igy pl. növényevők, a ló őrlőin a rágófelszint háromféle keményszövet alkotjat; zománc, dentin és cement. Ezeknek keménysége különböző, tehát nem egyformán kopnak és kialakulhat a functionalisan kedvező alak. A klinika prothetikai osztályán már 10 évvel ezelőtt öntött aluminium- és ergórágófelületeket használtunk lemezes prothesiseken. Rendszerint az alsó műőrlők készültek fémből, esetleg porcellánkeretben (mint pl. a Cavidensfogak); a felső prothesis fogait porcellánműmolaris rágófelületek képezték.

Jelenlegi keménységük mellett a polymerisatumok nem is egészen alkalmasak e célra, még porcellánfogakkal szemben sem, mert először is túlgyorsan kopnak, azonkívül nem képződnek finom élek, lefolyó csatornák, árkok az anyagban, hanem a műzománc a kopás folytán egyszerűen, egyformán kopik és lassanként kevés konturral biró, aránylag tompa, rágásmechanikai szempontból nem megfelelő felszin alakul ki. A 20 karátos arany, a palladiumötvözetek, ezüstcinn öntvények sokkal inkább használhatók. Az aluminium-műőrlők kiválóan alkalmasak a megfelelő rágófelszinek gyors kiképzésére, de inkább csak transferanyagnak tekinthetők, mivel a porcellánfogakkal szemben idővel, évek alatt túlzottan elkopnak, ellaposodnak és a harapás süllyedhet.

A paladonhoz hasonló műzománcalapanyagok tulajdonságait a Bureau of Standards számos kísérletben vizsgálta. Igy pl. gyakran látjuk, hogy a kész lemezen a harapás megemelődött, a frontfogak között rés van. Ennek több oka lehet. Néha rosszul záró küvettákat használnak; máskor a viaszprothesisen a fogak rágófelszínére is jut viasz. Ez a forrázásnál eltünik, de emiatt a fog rágófelszini megtámasztása gyengül, gyömöszölés és préselés közben a fog elnyomódik a helyéről. Néha korán fognak a munkához, mielőtt még a bougyazó teljesen megkeményedett volna. Lyukacsos lemezek nem az anyag, hanem a feldolgozás hibájából származnak: hibás technika, rossz préselés és nem kellő ideig, kellő hőfokon végzett polymerisatio miatt. Az amerikai anyagokat először 1 óráig 70 C°-on (158 F) tartják, majd azután fél óráig 100 C°-on főzik, igy polymerisálják. A porcellánfogak törése, kimozdulása a rossz polymerisátiós technikával függhet össze. Nem szabad a hőfokot fokozatosan 100 C°-ig emelni, hanem előbb 1 órán át 70 C°-on kell tartani. Javításhoz, alábéleléshez teljesen elég, ha a lemezt csupán 70 C°-ig hevítve, 1 óráig tartjuk a küvettában.

Kicsiny munkadarabokat, koronákat, hídakat fél óráig 70 C°-on, majd ismét fél órán át 100 C°-on keményítünk.

A színek elhelyezéséhez koronák vagy hídtest tömésekor ajánlatos a következő módszer: nedves masszával a gingivális részt teljesen kitömjük, majd az éli (incisalis) részt levágjuk és száraz, az éli résznek megfelelő színű porral kitömjük és azután nedvesítjük meg a monomer anyaggal.

Palapontbetétek I—III. és V. oszt. üregekbe készíthetők elsősorban, II. osztályú, vagy éppen nyeregalakú kavitásba csak kifejezetten mély kavitásba; gingivális és axialis alávágással, csupán kozmetikai

szempontból javaltak és a porcellán- vagy pláne a fémbetétek tartósságát meg sem közelítik, néha pedig kiugranak a kavitásból.

Kéttagú híd (pl. az oldalsó metsző pótlása) váz nélkül is eléggé tartósan készíthető, évekig eltarthat. Csapos fogat palapontból inkább csak műcsonkra készítsünk; a gyökércsonk befogására, védelmére a rugalmas műzománc nem alkalmas. A gyökércsapra, vagy annak meghosszabbítására mintázott és ráprésselt tömör palapontkorona alatt a gyökér tapasztalataink szerint számos esetben széttörött és ki kellett húzni. Általában a devitalizált csonkot célszerű öntött csapos betéttel erősíteni, vagy pedig teljesen műcsonkkal pótolni és erre külön cementezni rá a műkoronát, mintha élő, természetes csonkra készülne.

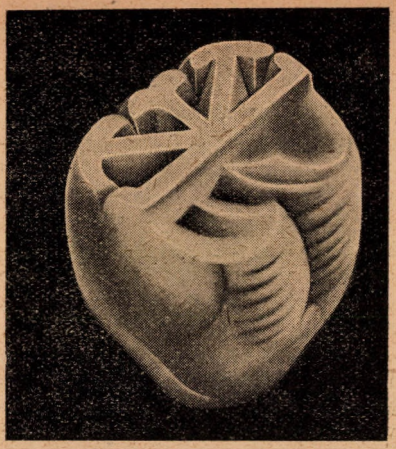
Prothetikai szempontból rendkívül fontos volna, hogy az állcsontgerincek alakváltozását, sorvadását lehetőleg akadályozzuk és így a fundamentum épségben maradjon. Néha a fogmedernyulvány gyors sorvadása a beteg alacsony phosphortükrével is összefügg, mely endokrin dysfunctio következménye is lehet. Így kétségtelen, hogy cukorbajosok, anyagcserezavarban szenvedők atrófiája gyors és alig akadályozható. Máskor a belső elválasztás hibás arányai miatt a Ph-Ca arány változik meg a vérben: a Ph több, mint normálisan. Az ilyen egyének fogai alig szuvasodnak, de arthritis deformansra, pulpakövekre és paradentosisra hajlamosak. Máskor a Ph-tükör ingadozó. Endokrin kezeléssel — megfelelő vizsgálatok után — jó eredményt lehet elérni.

A szakember tudja, hogy a sorvadást sietteti, ha a lemezes fogműveken magascsücskü porcellánfogakat alkalmazunk és a fogilleszkedésben ütközőfelszinek vannak, melyek a rágófelszinek szabad elmozdulását gátolják. Szorosan fekvő, kiálló csontrészeket nyomó lemezek a hajszálereket strangulálják és így okoznak csontpusztulást. A lágyrészek is jelzik az alattuk fekvő csont állapotát: hyperplasia csontfelszívódással jár; gyakran nem az ütköző rágófelszin helyén, hanem az ellenkező oldalon a gerinc külső oldalán következik be a sorvadás (eleinte decubitus), mert a kemény porcelláncsücskök ütközése oldalmozgáskor itt vált ki káros oldalnyomást. Megkülönböztetünk *pozitív* erőket, melyek jól elosztva az egész hordfelületen, harmónikus occlusió esetén csupán stimulálóan hatnak; míg a *negativ* erők túlzottan, bizonyos csontfelszineken érvényesülnek és ezeknek időelőtti pusztulását okozzák, ami a prothesisviselőre rendkívül hátrányos.



Alsó lenyomat széli részeinek kidolgozása fekete fogvíasszal.

Tudjuk, hogy a fogak hiánya esetén a sorvadás prothesis nélkül is igen nagyfokú lehet. Tehát célszerű prothesist viselni, de olyan kivitelben, mely az egész csontszövetet egyenletesen terheli meg.



French f. műőrlő.

Fémlemezek a normális hőingereket, melyek a lágyrészek ereire ösztönzőleg hatnak, jobban vezetik, mint a kaucsuk, vagy paladon. *Rövid fogak* kisebb emelőkaron hatnak, mint a hosszúak. *Sorvadt* gerinceken csak keskeny műőrlőket szabad használni. Ha a fogak a *gerincen* és arra *függőlegesen* állnak, ez a megterhelés szempontjából kedvező. Ha a gerincek inkongruensek, a fogak kiválasztásánál és felállításakor mindig a *rosszabb* gerinchez kell alkalmazkodni.

Vannak esetek, mikor a beteg ugyanazt a fémlemezt, esetleg kaucsukfogművet 30—40 éven át viselte. Csak eléggé stabilan fekvő fogmű szolgálhat ilyen hosszú időn át. Rendszerint az ilyen fogművön széles alaplemezeken kicsiny műőrlőket látunk; a rágófelszinekről az ételpép könnyen távozhat; alacsony csücskök, vagy nem bonctani alakú, esetleg csiszolással alakított műmolárisok alkotják a rágófelületeket.

Klinikánkon már 10 év óta az alsó fogsorban öntött aluminium- vagy ergórágófelszineket alkalmaztunk a felső porcellánműfogakkal szemben. Máskor üreges porcellánkereteket (pl. Cavidens-fogak) töltöttünk ki vestonfémmel, hogy a rágófelszinek automatikus becsiszolódását, koordinációját elősegítsük. Állatok fogazatán, különösen fűevőkön is háromféle szövetet találunk már a rágófelszínen: zománcot, dentint és cementet. Ezek mind különbözőképen kopnak és így mindig új, hatásos konturok támadnak, a felület nem válik simává, az articulatio pedig a tér minden irányában szabad.

Dr. L. Molnár: Progress in Prosthetic Dentistry.

This article is giving an account of the advancement in prosthetic dentistry with regard to the improvements of the last 3—4 years. It extends over the newest methods of construction both of the bridgework and partial and total prosthesis considering the functional and biological aspects and the recent modifications of technical procedures aswell. It touches upon the possibilities of using supplementary materialis too.

Használjunk Neonovofon *érzéstelenítőt*!

Gyökérkezelés penicillinnel

Irta: Dr. HALÁSZ LÁSZLÓ

(Előzetes beszámoló)

Dr. Balogh Károly professzor úr megtisztelő megbízásából, abba a szerencsés helyzetbe kerültem, hogy kísérletes vizsgálatokat végezhettem annak a kérdésnek eldöntésére, vajjon a penicillin-kezelés hasznosítható-e a fertőzött gyökcsatornájú fogak kezelésében. E kísérleteknek — egyebek mellett — legfőbb célja annak a megállapítása volt, hogy az eljárás a *magángyakorlatban* használható-e és melyik az a módszer, amelynek alkalmazása klinikai segédeszközök igénybevétele nélkül is megvalósítható.

Ez előzetes beszámolónk természetesen nem alkalmas arra, hogy a közölt néhány esetből statisztikai következtetéseket vonjunk le, de ezekből is már kétségtelennek látszik, hogy a penicillinben igen alkalmas és hatékony gyógyszert nyertünk a fertőzött gyökcsatornájú fogak kezelésére, csakúgy mint a szájbetegségek más eseteiben is. Az eljárás technikája — amire alább visszatérünk — némely tekintetben korrekcióra szorul, mentségül szolgáljon azonban, hogy az eddig rendelkezésünkre álló kevés, és egymásnak sokban ellentmondó külföldi irodalom alig ad útbaigazítást a penicillin használatára a konzerváló fogászatban és így az eljárás kivitelét saját elgondolásunk alapján kellett kidolgoznunk.

Öt betegnek 5 fogát vettük kezelésbe, ezek közül 4 esetben teljes sikert értünk el, 1 eset a beteg elmaradása miatt befejezetlen maradt.

I. eset: 52 éves férfi beteg $\frac{5}{5}$-ében 3 napja állandó, lüktető fájdalmat érez, a fogra — annak nagyfokú érzékenysége miatt — ráharapni nem tud. Bal arcfele mérsékelten dagadtnak látszik, a szájba betapintva a gyökércsúcs tájékán borsónyi, fluktuáló duzzanat érezhető. Röntgen: a gyökércsúcs felett borsónyi csontritkulás, mely a gyökér felső harmadának meziális oldalára is ráterjed. Gyökértömés nem látható, a kávumban röntgenpozitív tömőanyag (cement?), mely kis mennyiségben a gyökércsatornába is benyomul. Kezelés: A bemetszéstől eltekintünk és megkíséreljük a genny eltávolítását a gyökércsatornán keresztül. A tömés eltávolítása után azonnal bőven ürül a genny. 3%-os H_2O_2-dal végzett öblítés után a gyökcsatornát felületesen kitakarítjuk és a fogat nyitva hagyjuk. Három nap múlva az akut tünetek teljesen visszafejlődnek, a fog kopogtatási érzékenysége is megszűnik úgy, hogy a szokásos módszerekkel (diatermia) megkezdjük a gyökcsatorna sterilizálását, kitakarítását és tágítását. A gennyedés 2 heti rendszeres kezelés ellenére sem szünik, s a megkísérelt ideiglenes jodoform+klórfenol — mentol-kámfor — gyökértömésre a fog az akut tünetek fellobbanásával válaszol. Mielőtt még a gyökércsúcs reszekálására elszánnánk magunkat, megkíséreljük a penicillines kezelést. A kezelést megelőző bakteriológiai lelet: úgy a bouillonban, mint az agaron Gram pozitív, sztrepto- és sztafilokokkusz tenyészik ki. A fogat már az első penicillin töltés után zártuk. 24 óra után vett váladék bakteriológiai lelete az előzővel azonos. 24 óránként megismételt kezelés mellett még kétszer pozitív bakteriológiai leletet kapunk, a negyedik kezelés után azonban a bouillon négy nap után sem mutat zavarosodást. Egy negatív lelettel nem elégszünk meg, ezért a kezelést megismételve újabb bakteriológiai vizsgálatot végzünk: az eredmény ismét negatív. Ezután a gyökércsatornát cement-guttaperchával tömjük. A hat hét után készített röntgenfelvétel a rarefikációs zónában a csontosodási folyamat megindulását mutatja. Már itt kívánjuk megjegyezni, hogy minden esetben két helyről vettünk váladékot, illetőleg kaparékot a bakteriológiai vizsgálathoz, mégpedig a gyökércsatorna bemeneti nyílásából, amivel az ideiglenes tömőanyagon keresztül történő esetleges fertőzést kívántuk ellenőrizni, s az apex tájékáról.

II. eset: 36 éves nőbeteg. [1] approximális kárieszből kiinduló *pulpitis acuta purulenta* diagnózissal kerül kezelésünkbe. Fogát kb. 10 napja fájlalja, 24 órája fájdalmait csak úgy tudja elviselni, ha fogán állandóan hideg vizet

tart. Kopogtatásra a fog mérsékelten érzékeny. Röntgen: a periododonciumon elváltozást nem mutat. Terápia: helyi érzéstelenítésben a szétesett, bűzös pulpát eltávolítjuk, penicillin átöblítés után a gyökércsatornát penicillin oldattal töltjük. A kezelést megelőző bakteriológiai lelet az első esetével azonos. Már a harmadik kezelés után negatív bakteriológiai leletet kapunk, s a 24 óra múlva végzett újabb ellenőrző bakteriológiai vizsgálat is negatív lévén a gyökércsatornát cement+guttaperkával tömjük.

III. eset: 21 éves nőbeteg. $\frac{3}{}$-ból tömése régebben kiesett, 2—3 napja fogát hosszabbnak érzi, ráharapni nem tud. A röntgenfelvétel a gyökércsúcs felett kölesnyi csontritkulást mutat. Gyökértömés nem látható. H_2O_2 alatt a bűzös detrituszszal telített gyökcsatornát felületesen kitakarítjuk, majd penicillin öblítés és telítés fentebb ismertetett módon, végül a fog zárása. 24 óra után a fog kopogtatási érzékenysége feltünően csökken, a betegnek fájdalma nincs. A bakteriológiai lelet 3 egymást követő kezelés után pozitiv, még további két kezelés után negatív leletet kapunk. Gyöktömés mint fent. Röntgen ellenőrzés ezideig nem történt, a fog 6 hete panaszmentes.

IV. eset: 28 éves nőbeteg. $\frac{2}{}$-t két hónap előtt vidéken As.-nel devitalizálták. Azóta 2 naponként látogatta fogorvosát, aki a kifúrt fogba mindig újabb vattát helyezett, mivel „az ideget — mely a többszöri idegölő kezelés ellenére is érzékeny maradt — eltávolítani nem tudta". Azután megkísérelték az „ideg amputációját" (?!!). Jelenlegi panasza: két napja a fogát hosszabbnak érzi, hideg és melegre egyaránt érzékeny, éjjelenként erősebben fáj. Röntgen: a periapikális tér kiszélesedését mutatja. Műszeres vizsgálatnál a disztoapproximálisan készített kavitásban csak részlegesen eltávolított koronapulpát találunk, mely szondázáskor fájdalmasnak mutatkozik. Terápia: helyi érzéstelenítésben a fogat palatinálisan trepanáljuk, kávum tökéletes kitakarítása után a gyökérpulpát eltávolítjuk. Bakteriológiai lelet az I. esetével azonos. Terápia: penicillin kezelés az előbbiekhez hasonló módon. A fog az elzárást már az első kezelés után tűri. Második kezelés után a bakteriológiai lelet még pozitív. A fog kezelését a beteg hirtelen elutazása miatt — sajnos — nem folytathattuk és további sorsáról nincs tudomásunk.

V. eset: 32 éves nőbeteg. $\frac{2}{}$-én 4 év előtt gyökérkezelést végeztek. Két napja tűrhetetlen fájdalmai vannak, ajka előző este megdagadt és azóta fájdalmai kisebbek. Vizsgálatnál a fog már puszta érintésre is fájdalmas. Röntgen: a kávumban és a gyökércsatorna alsó felében röntgenpozitív (cement) tömés. A gyökértömés felett, erősen a fog meziális falához szorítva betört idegtű, mely a kráterszerűen tágult, rezorbeált gyökércsúcsot nem éri el. A gyökcsús felett lencsényi csontritkulás, mely a gyökér mindkét oldalán majdnem a gyökér feléig leterjed. Betapintáskor a $\frac{2}{}$ gyökerének megfelelő helyen, szilvamagnyi kiterjedésű beszűrődés, mely a gyökcsúcs táján elődomborodik és fluktuál. Terápia: bemetszés. Bő gennyürülés, jodoformos drén. Fájdalmai már 2—3 óra után csökkentek, másnapra teljesen megszüntek. 48 óra után a fog fájdalommentesen trepanálható. A cementtömést a gyökcsatornából is eltávolítjuk, azonban a betört tűt eltávolítani nem tudjuk. E próbálkozásunk a későbbi kezelések folyamán is sikertelen maradt. A gennyedést sem sikerült megszüntetnünk annak ellenére, hogy a diatermiás kezelésen kívül a Walhoff-féle kezelést is megkíséreltük, a gyökcsatorna többszöri átfecskendezésével a bemetszés nyomán visszamaradt fisztulán keresztül. A fog nem tűrte az ideiglenes jodoformos gyökértömést sem. E hosszú eredménytelen próbálkozás után megkíséreljük a penicillin kezelést. Ez esetben a penicillint átfecskendeztük a gyökércsatornán, majd a fisztula záródása után — amit a második kezelés után sikerült elérnünk — 2 esetben keveset a periapikális térbe is fecskendeztünk. Negatív bakt. leletet csak az öt és hatodik kezelés után kaptunk. A gennyedés azonban már a második kezelés után teljesen megszűnik. A penicillin kezelés után a fog a cement guttaperka gyökértömést is tűri, s a hat hét után készült röntgenfelvétel a csontosodás megindulását mutatja.

E fog kezelésével felvetődhet az a kérdés, hogy nem lett volna-e egyszerűbb a gyökcsúcs reszekciója. Tekintettel azonban arra, hogy a röntgen-lelet alapján

a gyökér felét el kellett volna távolítanunk, ez a beavatkozás a fog megszilárdulását kétségessé tette volna. Szóba jöhetne még ilyenkor a reszekció helyett a sebészi kitakarítás, ettől elállottunk, mert a fog renitens viselkedése miatt a konzerváló kezeléssel szemben, nagy valószínűséggel recidivával kellett volna számolnunk. Hogy a betört tűt a reszekció kapcsán a csúcson keresztül távolítsuk el, ez ellen két körülmény is szólott: 1. valószínű, hogy az évek óta benrekedt, elrozsdásodott tű a gyökcsúcs legóvatosabb ellávolítása mellett is eltört volna, 2. a retrográd gyökérelzárás tökéletes elvégzése csupán egészen különlegesen kedvező (anatómiai) viszonyok mellett lehetséges és csak a legritkább esetben sikerül. Természetesen legegyszerűbb és egyben legcélravezetőbb lett volna a fog eltávolítása, ez ellen azonban a beteg tiltakozott és szívesen beleegyezett minden kezelésbe, csakhogy „idegen" fog ne kerüljön a szájába. De magunk is érdemesnek találtuk a penicillin kezelés megkísérlését éppen az eset komplikáltabb voltára való tekintettel.

A penicillin kezelés *technikája:* két kezelést kofferdam alatt, hármat pedig anélkül, vattatekercsekkel történt izolálás mellett végeztünk. Tettük ezt azért, mert kísérletes vizsgálatainknál az a meggondolás vezetett, hogy a magángyakorlatban a kofferdamot — bármennyire kívánatos és nélkülözhetetlen is — a kartársak tekintélyes része nem használja. De számításba vettük a pénztári tömegrendeléseket is, ahol a penicillines gyökérkezelés bevezetése, egyszerű technikája folytán aligha késhet sokáig. Itt pedig részben anyagi okból, részben az egyes kezeléshez rövidre szabott idő miatt, a kofferdamot nélkülözni kénytelenek.

Sterilen tartott kézi műszereinket *közvetlenül* a használat előtt még Flahertiben is sterilizáljuk. Ez történik a folyadék kiitatására szolgáló Millertűre csavart vattaszálcsával is. Izolálás után az egész fogat, vattatekercs használata esetén az esetleg meglévő szomszédos fogat is, először benzinnel, majd alkohollal körülmossuk, utána jódtinktúrával bekenjük. A kezeléshez, illetőleg az ideiglenes tömés eltávolításához csak ezután fogunk.

A penicillin-oldat elkészítése: 5 cm^3-es fecskendőbe felhúztunk 5 cm^3 fiziologiás konyhasóoldatot és a gumitetőt átszúrva befecskendeztük az eredeti üvegbe. (Tanácsos az oldat befecskendezése előtt üres fecskendővel a penicillines üvegből 5 cm^3 levegőt kiszívni.) Kezeléshez minden esetben különkülön kb. 0.20—0.40 cm^3-t egy kisebb, előzőleg kifőzött üveg vagy porcellán edénybe fecskendezünk ki. Ezzel a fecskendővel azonban a foghoz nem nyúlunk, mert folyadék utánpótlása esetén ismét bele kell nyúlnunk az eredeti üvegbe, és a tű fertőzöttségével ilyenkor már számolnunk kellene. A gyökércsatorna átöblítéséhez és megtöltéséhez külön 1 cm^3-es ú. n. liliput fecskendőt használunk. Fölösleges talán külön is kiemelnünk, hogy ezt a fecskendőt is minden alkalomkor ki kell főznünk. Felületes és óvatos kitakarítás után a gyökcsatornát kétszer átöblítjük penicillines oldattal, *tűt cserélünk,* s azt — új oldatot felszíva — megtöltjük. A kávumba folyékony viaszba mártott vattát helyezünk, amivel azt is megakadályozzuk, hogy a vatta a folyadékot felszívja. Erre még akvadontot rétegezünk.

Tapasztalataink szerint ez a módszer a szájüreg felől történő fertőzés ellen — legalább 24 órára — biztosítékot nyújt. Ennek ellenőrzésére minden esetben kaparékot vettünk a gyökcsatorna bemeneti részéből is, mely az esetben ha az apex felől vett váladék, illetőleg kaparék sterilnek bizonyult, szintén mindenkor steril volt.

A kávumba helyezendő viaszos vattát leghelyesebb előre elkészíteni oly módon, hogy kevés vattát ujjaink között kis gombóccá formálunk, hő-ég- vagy Flaherty sterilizátorban csirátlanítjuk és folyékony viaszba mártjuk. (Megszilárdulás után üvegdugós edényben helyezzük el s használat előtt láng felett a viaszos réteget megolvasztjuk.

Átszámítva az egy-egy esethez adagolt penicillin összmennyisége átlagosan 15—30.000 egységre tehető.

Külföldi szerzők közül eddig csak L. *Weiner* (Tucson, Ariz) és *Buchbinder* dolgozatait ismerjük.

Weiner 7 fogon, hat betegnél végzett penicillin kezelést. Ebből 2 eredménytelen maradt, s ennek okát azzal magyarázza, hogy e két fog, amint az a reszekción kiderült, granulómás volt. *Ebből aztán azt a következtetést vonja le és*

tételként állítja fel, hogy granulómás fogak penicillin kezelésre nem alkalmasak, ezek vagy extrahálandók vagy reszekálandók. Akut pulpitisznél adott penicillin összmennyisége 10.000—30.000, periapikális abszceszusnál 20.000, gangrénánál pedig 40.000 Oxford egységet tett ki. Periapikális abszceszus esetében a gyökcsatornába mindössze 1400 egységet fecskendez, ezzel egyidejűleg pedig még az apex közelében ettől letirálisan 40.000 egységet infiltrál gingiválisan. Ezt az eljárást még kétszer megismétli.

M. *Buchbinder* annak megállapítására, hogy a gyökcsatorna flórája a penicillinnel szemben érzékeny-e, 36 röntgen pozitív fogat vizsgált in vitro. 33 fog szenzibilisnek mutatkozott, 3 nem. Ez utóbbi három esetben nem a szokásos Gram+ sztrepto- és sztafilokokkusz volt kitenyészthető, hanem monilia albicans illetőleg coli bac. Ugyancsak Buchbinder ellenőrizte, hogy a penicillin okoz-e irritációt az állcsont szöveteiben és e célból 10.000—15.000 egységet fecskendezett a periapikális régióba. Irritációt nem észlelt. Megfigyelései szerint nyitott foramen apikále esetében a penicillin gyorsan eltünik a gyökércsatornából, ami a diffuzió, oxidáció, hidrolízis és enzim hatás következménye. Szerinte a Ca. penicillinnek olajban való szuszpenziója stabilabb. (Dr. Kovács György ref. a M. O. L.-ban, Journal of Dental Research nyomán.)

Tapasztalatainkat és eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze: a penicillinben a fertőzött gyökcsatornájú fogak kezelésében oly hatásos gyógyszert nyertünk, hogy alkalmazása a mindennapos gyakorlatban is kívánatosnak látszik. Az eljárás egyszerű és veszélytelen. Ha számításba vesszük, hogy 200.000 egység 5—6 fog kezeléséhez bőven elegendő, beszerzése még a mai drágasága mellett sem lehet akadály sem a beteg, még kevésbbé az orvos részéről. Mindenesetre kívánatos lenne, hogy fogászati célra kevesebb egységet tartalmazó fiolák kerüljenek forgalomba, mert a penicillin oldat elég rövid idő alatt veszít hatékonyságából, de nehézséget jelent az oldat eltartása is a nyári hónapokban, amikor csak jégszekrényben tárolható. Az öt eset természetesen nem elegendő még arra, hogy a penicillin alkalmazásának pontos javallatait és ellenjavallatait megállapíthassuk, így ezt nagyobb anyagon végzendő kísérletek és megfigyelések alapján készülő későbbi beszámolónk számára tartjuk fenn. Eddigi tapasztalataink alapján is szükségesnek tartjuk az oldat töménységének emelését.

Tekintettel arra, hogy a penicillin az anérob baktériumokkal szemben hatástalan, ezek jelenlétével pedig számolnunk kell, sok esetben nem mellőzhetjük még a penicillin kezelés mellett a gyökcsatorna elektromos úton (diatermiásan) történő sterilizálását.

Vizsgálataink további tárgyát képezi majd a dentin mélyebb rétegeiből vett anyag bakt. vizsgálata is, annak megállapítására, hogy számolhatunk e penicillin mélyebb diffundálásával a dentinbe. Feltétlenül hathatósabb lenne penicillin oldat helyett penicillin por használata, csak meg kell találni a módját annak, hogy miképen volna elérhető a porkészítmény oly egyenletes elosztása az egész gyökcsatornában, mint az az oldattal történő elárasztásánál lehetséges.

Legyen szabad e helyen dr. *Balogh* Károly professzor úrnak a penicillin díjmentes átengedéséért, valamint dr. *Bugyi* Balázs tanársegéd úrnak, aki a bakt. vizsgálatokat végezte, ez úton is hálás köszönetemet kifejeznem.

(E közlemény lezáratott 1946 szeptember 15-én.)

Irodalom: L. Weiner, The use of Penicillin in Clinical Dentistry, The Journal of the American Dent Assoc. Number 9, 1946.

Dr. L. Halász: Root-canal Treatment with Penicillin. (A preliminary report.)

The use of penicillin is spread all over the therapeutics for curing infectious illnesses. The thought is quite obvious to use penicillin for treatment of infected root-canals. This paper is but a preliminary account when commencing a series of experiments. It accounts for 5 cases of which 4 were successful, in one case the treatment could not be accomplished because of the keeping away of the patient. The control referred to clinical symptoms and besides also bacteriological examinations took place.

Prof. Albin Oppenheim 1875—1945

Nemrég kaptuk meg a hírt, hogy *Albin Oppenheim* 1945 november 20-án az Amerikai Egyesült Államokban meghalt.

Nem általános szokás, hogy külföldi, a magyar fogorvosi karral alapjában véve eléggé laza kapcsolatban állott szakembert, elhunyta alkalmából hosszasabban méltassunk, különösképpen mikor saját halottainkról sem tudtunk és tudunk kellően megemlékezni. Hogy mindezek ellenére ismertetem *Oppenheim* személyét, működését, és eredményeit, arra nemcsak a tanítvány hálája indít mestere iránt, hanem *Albin Oppenheim* személyisége is.

1875-ben született Brünnben. Orvosi oklevelét 1899-ben Prágában szerezte meg, fogszakorvosi képesítését 1904-ben Berlinben. 1909-ben hívta meg *Weiser* Wienbe, ahol 1915-ben habilitálták, majd 1927-ben extraordinarius címmel tüntették ki. A fogorvosi intézet orthodontiai osztályának volt a vezetője. Virágzó magánpraxisát 1937-ben feladta, hogy idejét szabadabban szentelhesse tudományos célkitűzéseinek. Az 1938-as szomorú események folytán el kellett hagynia Ausztriát — Svájcon keresztül az Egyesült Államokba került, ahol a délkaliforniai egyetemen működött haláláig mint „research professor of orthodontics".

Ez a néhány adat csak keretét adja egy gazdag életnek; a keretet munka tölti ki. *Albin Oppenheim* gyakorló fogorvos volt, azonban egyben kutató is. Meglátta szűkebb szakmájának — a fogszabályozástannak — sok problémáját s a felmerülő kérdés megoldására a spekulatív szemlélet és irogatás helyett a fárasztóbb, de eredményesebb kísérletezést választotta. Ennek következménye hogy aránylag keveset közölt; de amit közölt, az maradandó értéke a fogszabályozástan és a kísérleti orvostudomány irodalmának.

Szakirodalmi működése elsősorban kritikai jellegű; nem oly értelemben, hogy kritikai ismertetéseket írt — hanem e szónak abban a nemes értelmében, hogy kísérletek alapján foglalt állást általánosan elfogadott nézetekkel, tetszetős beállításokkal szemben. Az igazságnak a bajnoka volt; a tudományos igazságért küzdött, nemcsak abban az értelemben, hogy saját maga derítse ki, mi a helyes, hanem abban az értelemben is, hogy bebizonyítsa, hogy amit más állít, az helytelen.

Szerette pályáját, gondos orvosa volt betegeinek; végül azonban mégis önként mondott le a betegek kezeléséről, hogy szabadon szentelhesse idejét szakmai és tudományos tevékenységének, mely a legszebb bizonyítéka annak, hogy a tudományág, amelyben dolgozott, a természettudományoknak egyik ága és nem iparos-mesterség.

Emlékét szeretettel őrzik azok, akik közel állhattak hozzá; s tisztelettel kell, hogy őrizzék mindazok, akik fogszabályozástannal foglalkoznak s talán azok is, akiknek a fogait szabályozzák.

Adler Péter

A magyar fogászati tudományos élet 1945—46-ban

Szaktudományunk életének központja mindenkor a budapesti Stomatológiai klinika volt. Nagy szerencse, hogy e klinika minden más egyetemi intézményt megelőzve, gyorsan magához tért a háború és ostrom okozta bénultságából. Még javában dörögnek az ágyúk Budán, mikor a klinika földszinti helyiségeiben már nagy forgalmat bonyolít le. 1945 március 1-én pedig ismét megindul a munka a II. emeleti nagy konzerváló teremben. A klinikai gyógyító tevékenységet hamar követi a tudományos munka is. A Stomatológiai klinika 1945 szeptemberében „Máthé Dénes emlékkönyv" címen 240 oldalas tanulmánygyűjteményt ad ki. „1945 — Míg e földön ember fog élni, addig emlékezésül szolgál e dátum, mely jelezni fogja egy kor beteljesedett végzetét, de jelezni fogja egy korszak kezdetét is. A lezárult világ romjai felett kezdjük az új életet és a pislákoló szellem fáklyáit élesztgetjük a tudományt

szolgálni akaró ember lelkének melegével...“ írja a könyv előszavában Dr. Balogh Károly professzor, a klinika igazgatója, akinek csüggedést, megállást nem ismerő, jobb jövőbe vetett hite tette lehetővé a klinika gyógyító és tudományos életének megindulását.

A könyv szerzői már az év kora tavaszán kezdték meg munkájukat és a tanulmányok nagyrésze még gyertya és petróleumfény mellett íródott. De megjelent a munka, amelyről az akkori napi- és hetilapok mind megemlékeztek, mint az „ostrom utáni első orvosi könyvről“. Ez a prioritás nemcsak a klinika, hanem az egész magyar fogorvosi kar dicsőségére szolgál. A könyv 8 fejezetének gyüjtőcímei: A fogászat általános kérdései, Anatomiai-anthropologia-pathologia, Szájbetegségek, Konzerváló fogászat, Fogpótlás, Fogszabályozás, Fogászati röntgen, Szociális fogászat. E fejezetekben a 30 szerző dolgozata tárgyalja a fogászat aktuális problémáit. A fogpótlástan fejezetében 4 fogtechnikus mester is szerepel; a technikus laboratóriumi tapasztalatai helyet kaptak a stomatologusok írásai között, áttörve egy régi, előítéleteken alapuló felfogást. A könyvet angol, német, francia és orosz nyelvű összefoglalás egészíti ki. A könyv szerzői a közlemények sorrendjében a következők: Balogh Károly, Bugyi Balázs, Kuchárik Stefánia, Kuchárik József, Moreli Gusztáv, Simon Béla, Szenthe István, Boros Sándor, Huszár György, Kocsis Antal Gábor, Lőrinczy Ervin, Sugár László, Tóth Pál, Földvári Imre, Papp László, Szlatinay Sándor, Záray Ervin, Brunekker József, Lakatos Manó Máthé Gábor, Molnár László, Stern Béla, Szabó József, Ádler Péter, Ferenczy Károly, Sztrilich Pál, Enyingi Lajos, Szabó László.

A Máthé Dénes emlékkönyv megjelenése előtt néhány héttel jelenik meg az Orvosok Lapjának első száma. A lap felelős szerkesztőjének, dr. Kovács György főorvos, szakorvostársunknak a személye, valamint a szerkesztő bizottságban Simon Béla professzornak résztvétele biztosítottak afelől, hogy fogorvosi tárgyú és vonatkozású cikkek számára a lap teret fog adni. Így is történt. Már az első számban örömmel olvastuk dr. Kovács György cikkét „A pulpitis Entin-módszerrel való kezelésének eredményéről“. Az Orvosok Lapjának 1945-ös csonka évfolyama (8 szám jelent meg), továbbá dr. Adler Péter „A parodontium megterhelése sematikus fogakon“, dr. Frankl Zoltán „A száj- és orrüreg közötti kiterjedt sipoly végleges zárása műtéti úton“ című cikkeinek, valamint dr. Miskolczy-Fodor Ferenc gégész, fogászati vonatkozású „Cystikus felső állkapcsi adamantinoma 14 hónapos gyermeken“ c. közleményének adott helyet.

A háború utáni első komolyabb orvosi tudományos megmozdulás a Szakszervezetnek azon előadássorozata volt, mely a háború és ostrom okozta nélkülözések hatásával foglalkozott. Fogorvosi részről az ülésen Sugár László ismertette a cariesszám háborús alakulását, valamint a stomatitis ulcerosa esetek nagymérvű megszaporodásának okait. Szenthe István a háborús állcsonttörésekről és azok kezeléséről tartott előadást. Az 1945 augusztusában tartott Sportorvosi Kongresszuson pedig Huszár György tartott előadást „Stomatológiai szempontok a sportorvostanban“ címmel.

Az emberi rugalmasság csodája és szakmánk szeretete magyarázza csak azt, hogy a szomorú és nehéz 1945. évben már ilyen termékenységet tudott felmutatni tudományunk. Az elmult nehéz év teljesítményei és az idő gyógyító hatása már kedvezőbbé tették az 1946. év munkáját. A Stomatológiai klinika érezve azt az űrt, amit a fogászati lapok hiánya jelent, megjelenteti kiadványainak II. kötetét: „A stomatológia haladása“ címen. A mű az 1944-ben elhunyt Salamon Henrik emlékének van szentelve. 1944 nyarán a náci terror nem engedte meg, hogy Salamon sírjánál a tanítványok és tisztelők leróják kegyeletük jelét. E könyv részben pótolja a mulasztást, mert a legnemesebb anyagból, szellemi tudományból font koszorút helyez sírjára.

A 325 oldalas kötet 12 fejezetből, illetve 47 tanulmányból áll. Az első fejezet Salamon Henrik emlékének van szentelve. A tudományos rész fejezeteinek címei: A fogászat általános kérdései, Fogorvosi foglalkozási ártalmak, Határterületek, Anatómiai-élettan, Szájsebészet, Szájbetegségek, Konzerváló fogászat, Gócfertőzés, Fogpótlástan, Fogszabályozás, Orvostörténelem. A tanul-

mányok szerzői, akik között fogtechnikusmesterek is vannak, a következők: Balogh Károly, Morelli Gusztáv, Huszár György, Haasz Zsarkó, Lányi Lajos, Pesthy István, Sztrilich Pál, Tarnai Károly, Erőss Sándor, Horváth Boldizsár, Bugyi Balázs, Kubányi Endre, Rehák Pál, Szarka Sándor, Boros Sándor, Földvári Ferenc, Kocsis Antal Gábor, Érczy Miklós, Fodor György István, Scheffer Mihály, Sömjén Iván, Szabó Jenő, Cserna István, Lőrinczy Ervin, Schranz Dénes, Sugár László, Vámos László, Makovényi István, Máthé Gyula, Papp László, Záray Ervin, Frankl Zoltán, Simon Béla, Varga István, Brunekker József, Földvári Imre, Hübner Béla, Kemény Imre, Molnár László, Szondy István, Wierik Vilmos, Adler Péter, Eidus Lili, Rehák Rudolf és Szenthe István. A könyvet idegennyelvű összefoglalás egészíti ki.

Az Orvosok Lapja 1946-os évfolyama számos külföldi fogorvosi tárgyú könyv és cikk referátumát közli a következő eredeti fogászati közlemények mellett: Sugár László: Hiányos táplálkozás okozta károsodások a szájban, Fodor György István: Állfurunkulusból keletkezett alsó állcsontosteomyelitisek, Pesti Lajos (gégész): Adatok a felső állcsontgyulladások propagációs alakjának kórképéhez, Lőrinczy Ervin és Bugyi Balázs: A mononucleosis infectiosa és fusospirochaetás fertőzés. Az Orvosok Lapjával együtt megjelenő Népegészségügyben Adler Péter: Fémborítókoronák előállítása különböző munkamódszerekkel című tanulmányát olvashatjuk.

A budapesti Bőrgyógyászati klinika a Stomatológiai klinika példáját követve „A bőrgyógyászat időszerű kérdései" címmel 1946-ban tanulmánygyűjteményt adott ki. Lőrinczy Ervin és Sugár László: Szájnyálkahártyatünetek értékelése, és Huszár György: Fogorvosi észrevételek a vérbaj kezelésénél című — bőrgyógyászati-fogászati határterületi tárgyú — közlemények e kötetben jelentek meg.

A Penicillin című tanulmánygyűjteményben Kovács György közli megfigyeléseit a stomatis ulcerosa gyógykezelésről.

Lehetetlen észre nem venni azt az örvendetes haladást, amelyet fogászati tudományos életünk már 1946-ban a szomorú 1945-ös esztendővel összehasonlítva felmutatott. Ehhez hozzá kell még vennünk azt is, hogy külföldi szaksajtó orgánumokban való szereplésünk is megkezdődött. A Ztsch. f. Stomatologie-ban Kovács Antal Gábor, Lőrinczy Ervin, Bugyi Balázs, Sugár László, Adler Péter, Bárczy Jenő és mások cikkeit olvashatjuk. Megvan minden reményünk arra, hogy a közeljövőben az angol-orosz-francia nyelvű szaksajtóval a bensőséges kapcsolatot fel tudjuk venni.

Nem volna teljes a kép az 1945—46. évek fogorvosi tudományos életéről, ha nem emlékeznénk meg a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának tudományos előadásairól és az 1946 szeptemberben tartott nagygyűlésről. Ezekről való részletes beszámolót a szakcsoporti híreknél közlünk.

És végül meg kell emlékeznünk a szakmai tudományos élet egy új intézményéről. Balogh Károly professzor kezdeményezésére a Stomatológiai Klinika Tudományos Ülésein már másfél év óta, hetenként egyszer, zsúfolt előadóteremben tárgyalják meg a klinika tagjai és vendégei a fogászat aktuális problémáit. Az ülések előadói sokszor más tudományágak prominensei, akik határterületi kérdések előadásával igyekeznek a stomatológia és más orvosi szakmák közti kapcsolat elmélyítésére.

Nehéz év volt az 1945. és 1946. a magyar fogorvosnak, szaktudománynak egyaránt. De ha e nehézségek közepette a magyar fogorvos nem ejtette ki a tollat a kezéből, reméljük, hogy az elkövetkezendő nyugodalmasabb esztendők tudományos téren is meg fogják hozni azt a sikert és eredményt, amelyre a magyar stomatológia multja kötelez.

Dr. Huszár György.

KÖNYVISMERTETÉS

Dr. Kiss Ferenc, Dr. Szentágothai János és Dr. Königseder Zsigmond: *Az ember anatomiájának atlasza. I. kötet. Csonttan, szalagtan, izomtan.* 1946. Posner. Budapest. 249 oldal.

Örömmel vettük kézbe az első *eredeti* magyar anatomiai atlaszt, mely hivatva van arra, hogy alapjául szolgáljon az új medikusnemzedék orvosi tanulmányainak, de arra is, hogy a szakorvosok és tudományos munkát végzők felfrissítsék belőle anatomiai ismereteiket. Az atlasz átlapozása után az a határozott érzése támad az olvasónak, hogy a munka e kívánalmaknak teljes mértékben megfelel. Nagy előnyére válik az atlasznak, hogy több olyan képet is láthatunk benne, mely a szokványos anatomiai ábrázolásokon kívül ferde vetületben is ábrázolja a készítményeket, s a megértést nagy mértékben elősegíti. Fogorvosi szempontból igen jó a koponyacsontok, valamint az arckoponya különbözően színezett csontjainak összefüggésben való ábrázolása és az állkapocsízületre vonatkozó képek. A kifogástalan kiállításban és papíron megjelent atlasz szerkesztésével és elkészítésével járó munka és ennek eredménye nehéz viszonyaink között minden elismerést megérdemel. Az atlasz ábrái szakavatott művész kezére vallanak.

Dr. Boros Sándor.

Went István: *Élettan.* A debreceni tudományegyetemi nyomda kiadása. 1946.

Tankönyvirodalmunk nagymértékű gazdagodását jelenti *Went* Istvánnak, a debreceni egyetem élettanprofesszorának kitűnő munkája. A közelmultban még a legnagyobb hiányosságok mutatkoztak az orvosi tankönyvek terén. Különösen az elméleti szakok tekintetében a legutóbbi időkig kizárólag idegennyelvű szakmunkákra vagy hiányos jegyzetekre voltak utalva az egyetemi hallgatók. *Beznák* kétkötetes élettankönyve hatalmas hiányt töltött be az élettani irodalomban és úgy látszott, hogy a következő évtizedekre az élettani tankönyvirodalom ismét megállott. Mindnyájan azt hittük, hogy *Beznák* mintaszerű tankönyve után lényeges mondanivaló az élettan terén legalábbis tankönyvszerűen nincsen többé. *Went* munkája bebizonyította, hogy szakavatott, nagymultú pedagógus és kísérletező egyazon kimerítettnek látszó tárgyat egészen más szemléletből is eredményesen dolgozhat fel. *Went* lépten-nyomon meglep érdekes nézőpontjaival.

A fogorvostársadalom idősebb korosztályainak ez a könyv betekintést nyújthat abba a csodálatos fejlődésbe, amely az orvosi élettani kutatás terén végbement. *Went* munkájában egyéb kérdések részletes ismertetése mellett a szájüreg élettanával sajnálatosan röviden foglalkozik. Inkább az élettan egészének áttekintésére, mint egyes — az általános érdeklődéstől távolabb álló — kérdések megbeszélésére szorítkozik. Mégis a szájüreg emésztéséről szóló rövid fejezetben is világos és áttekinthető képet nyerünk a szájban végbemenő folyamatok természetéről. *Pavlov* és *Ludwig* kísérleteinek megfelelően részletesen megbeszéli a nyál elválasztásának a mechanizmusát, ismerteti a különböző módokon nyert nyálak összetételét és a fogorvosi élettani szemléletnek megfelelően inkább az ingeranyagok különbözősége következtében termelődött különféle nyálak vegyi összetételét, valamint a nyálelválasztás mértékét beszéli meg.

Went munkája világos áttekintése és a stomatologus érdeklődési körének középpontjában álló nyálelválasztást tárgyaló ismertetése révén a fogorvostársadalom részére melegen ajánlható!

Bugvi Balázs dr.

Dr. Szabó Endre: *A vezetéses érzéstelenítés anatomiája és műtéttana.* Budapest. 1946. 147 oldal.

A munka békebeli kiállításban, jó papíron jelent meg. A sok jó ábrának jelentékeny része eredeti. Fogorvosi szempontból a szerző jól foglalja össze a trigeminus I. és II. ágát és azok beidegzési területeit, bár két ábrán is elmaradt a n. nasopalatinus Scarpae végágának a kemény szájpad megfelelő részén való érzékeltetése. A fogorvost érdeklő egyes érzéstelenítési módok leírásából, valamint az errevonatkozó közölt irodalomból kitűnik, hogy a szerző nem helyezett súlyt azokra. Különösen a n. alveolaris inf. érzéstelenítését tárgyaló részt olvasva, támadhat az a benyomás, hogy a szerző teljesen figyelmen kívül hagyta az állkapocsra vonatkozó, hazai szerzők (Lenhossék, Simon, Kőmüves) által kidolgozott mérési adatokat, valamint a hazai és külföldi szerzők által már régen igen pontosan leírt főbb érzéstelenítési eljárásokat.

Dr. Boros Sándor.

Hedvig Lidforss Strömgren: *Die Zahnheilkunde im neunzehnten Jahrhundert. Kopenhagen, 1945.* Ejner Munksgaard. 274. oldal.

Néhai *Salamon* professzor *H. Strömgren*-nek az 1935-ben megjelent XVIII

század fogászatának történelmét tárgyaló munkáját igen nagyra értékelte és több cikkében, előadásban méltatta. A nehezen meginduló posta *H. Strömgren*-nek a kopenhágai történelemíró-fogorvosnőnek egy újabb könyvét hozta el. Mint előszavában elmondja, 8 évi kutató munka eredményeként megírta a XIX. század fogászatának történetét, amely mintegy folytatása első könyvének. Tárgyalási módja hasonló az első könyvéhez. Nem kronológiai sorrendben tárgyalja a század fogászatát, hanem kiragad egy-egy problémát és annak egy század alatti fejlődését mutatja be egy-egy önálló fejezetben. Ilyen fejezetek: A fogorvosi prothezis a XIX. században, A fogak konzerválása, A fúrógép története, A tisztaságtól az antisepsisig, Harc a műtéti fájdalommal, Iskolafogászat, Oktatás, stb.

Dús és értékes képanyag teszi a könyvet élvezetessé. Az egyik legteljesebb fejezetben, mely a fúrógép történetével foglalkozik, a középkori sebészi trepántól a hetvenes évekig használt sokféle típusú kézifúrógépig, sok adatot és ábrát mutat be. Részletesen ismerteti az első lábhajtós gépek (1870) megalkotásának körülményeit. Bár a lábhajtós géppel majdnem egyidőben jelent meg a villanyfúrógép, az átlérés a villanygépre nagyon lassú. A fogorvosok a nehézkes kézifúrógép után szinte annyira meg voltak „hatva" a haladástól, amit a lábhajtós gép jelentett, hogy nem kívántak ezen változtatni.

A harc a műtéti fájdalom ellen című fejezetben kiemeli a fogorvosok *(Wells, Morton)* halhatatlan érdemeit az egyetemes orvostudomány szempontjából az inhalációs narkótikumok felfedezése körül.

Magyar vonatkozásban a könyv igen szegény. Magyar fogorvosok közül egyedül *Árkövy*nek szentel két oldalt a szerző, idézve *Diagnosztikájából* a paradentosisra vonatkozó megállapításait. *Árkövy* a paradentosist caries alveolarisnak nevezte. Az antisepsis fejezetben *Semmelweisre* vonatkozó megjegyzései igen precizek.

A magyar fogászattörténelmi irodalom igen gazdag. *Salamon Henrik*nek bibliográfiájában 46 fogorvostörténelmi munka, tanulmány szerepel, köztük a 686 oldalas túlnyomórészt a XIX. századdal foglalkozó *A magyar stomatologia története*. A fogászattörténelmi munkáink azonban túlnyomórészt magyar nyelven publikáltattak. A kis nemzetek sorsa, hogy nyelvi korlátok miatt sok értéke elsikkad a világ közvéleménye előtt. Kétségtelen, hogy az illusztris dán fogorvostörténetíró, ha ismerte és olvashatta volna a mi fogászattörténelmi munkáinkat, azokból sok értékes adatot beleillesztett volna művébe.

Strömgren műve élvezetes munka orvos, fogorvos, de talán átlapozgatásra a paciens számára is. *Heinrich* ajánlja azt, hogy a fogorvosi várószobában ne a hamar megöregedő, sokszor kigúnyoltan agyonlapozott, magazinokat tegyünk, hanem útleírásokat. E könyv nyugodtan ajánlható a fogorvosi várószoba asztalára. Ha betegünk várakozás közben átlapozva ezt a könyvet és a sok ábrán látja a fogorvosi műtőszék, fúrógép, a prothezis fejlődését, talán több megér éssel lesz fogorvosa munkája és talán még a gyűlölt fúrógép iránt is.

Dr. Huszár György.

LAPSZEMLE

R. Messerli: *Über verschiedene Speicheluntersuchungen und ihre Eignung zu einem Cariestest.* Sch. M. f. Z. 1946. 2. sz.

Régi törekvése az orvostudománynak, hogy a nyál alkatrészei és a carieshajlam, illetve cariesimmunitás között valamiféle állandó indexet állapítson meg. Igyekeztek összefüggést keresni a nyál rhodan, R. N., ammonia, diastase tartalma, CO_2 kapacitása, savtermelőképessége és a caries gyakorisága között. Mindezen a meghatározások azonban a klinikai tapasztalatokkal alig egyeztek meg. Messerli kontrollálta a vizsgálatokat és saját eredményeit a következőkben foglalta össze: 1. A nyálbaktériumok és gombafélességek savtermelésének quantitatív meghatározása bromkresolzöld-dexrose-bouillon táptalajon kolorimetriás eljárással 70%-os eredményt adott, azaz a laboratóriumi vizsgálatok a klinikai tapasztalatokat ilyen %-ban támasztották alá.

2. A nyál diastase tartalmának meghatározása jódtitrálásos methodussal nem mutatott ki különbséget carieshajlamos és immun-száj között.

3. A nyál ammononiának, alkalirezervének és p. H.-jának meghatározása 75%-ban egyezett meg a klinikai képpel.

E. K. Oppikofer: *Wurzelfüllpaste als Kieferhöhlenfremdkörper.* Sch. M. f. Z. 1946. 2. sz.

A sinus maxillarisba jutott idegen tes-

tek között gyökértömőpaszta ritkán szerepel. Egy esetet észlelt a szerző, amelyet Luc-Caldwell szerint meg is operált sinusitis chronica diagnosissal. A desinficiens hatású paszta kis tömeget képvisel, úgy hogy sem mechaniko-chemiai, sem bakteriumos gyulladást nem szokott okozni. Esetleg évekig nyugalomban marad és csak sérülés következtében lobban fel, mint Oppikofer esetében. Az sem ritka, hogy a paciens az ostium maxillaren keresztül kitüsszent kisebb idegen testet.

A. Gerber: *Die Gysischen Hebelgesetze am Unterkiefer.* Sch. M. f. Z. 1946. 2. sz.

Gysi „emelőtörvénye" szerint az állkapocs rágó- és balanceoldalán a rágóizmok egyforma nyomást fejtenek ki (12 kg!) a mandibula alátámasztási pontjára, mely valamivel az utolsó moláris mögött van. Az izületben vízszintes a rágóoldalon rágásnál negatív a nyomás (0.57 kg), míg a balanceoldalon erősen pozitív (8.57 kg). Gysinek ez a matematikailag és geometriailag felállított törvénye az újabb fiziológiai és pathológiai felfedezéseket, főleg a reflexpályákra vonatkozóakat nem veszi figyelembe. Habituálisan egyoldalú rágásnál, foghiánynál, az állkapocs gyulladásos folyamatainál ezek az értékek erősen megváltoznak.

Illyés-Wiener

R. Trauner: *Adamantinoma.* (A konzervatív-sebészi kezelési eljárás eredményei.) Z. St. 1946. 10. o.

Az adamantinoma eltávolítása után támadó gyakori recidivák miatt az állcsontsebészek közül sokan, mint *Axhausen, Lindemann, Wassmund, Rosenthal, Simmonds* adamantinomák esetében, mélyen az ép részekig terjedő állcsont-resectiót végeznek. *Pichler* (1926) az adamantinomák kezelésére konzervatív-sebészi műtéti eljárást javasolt. Nem resecálja az állcsontot, hanem széles feltárás után csak magát a daganatot hámozza ki igen gondosan és alaposan, ezáltal az esetek legnagyobb részében a csonkító műtét és a következményes deformitások elkerülhetők. Műtét után azonnal, vagy egy-két héten belül *Pichler* radiumbesugárzást végez. Újabban a besugárzást a gyakori ostitisek és következményes sequester képződés miatt elhagyta. A *Pichler*-féle műtéti eljárásnak előnye, hogy az esetek nagyrészében az állkapocs-csonkító műtét elkerülhető, de szükséges a betegek rendszeres ellenőrzése és amennyiben a daganat kiújulása bekövetkezne, ismételt műtéttel a recidiva eltávolítandó. A recidiva általában nem nagyon veszedelmes, mert ezeket is a jóindulatú daganatok lassú, beékelődés útján való növekedése jellemzi.

Vannak olyan adamantinomák, melyek kezdettől fogva rosszindulatú daganat módjára infiltrálva növekednek, áttörve az állcsontokat ráterjednek a környezetre és áttételeket okoznak. Itt természetesen csak az állcsonttal együtt történő, radikális eltávolítás jöhet szóba.

Trauner beszámol ezen műtéti eljárással a bécsi Kieferstationon 20 év alatt nyert tapasztalatokról. 1920—40-ig 29 esetet észleltek. Ezek közül 27 meggyógyult, 2 meghalt. Egyik malignus adamantinoma miatt, a másik évek mulva más betegségben. 22 esetben végezték Pichler szerint csak magának a daganatnak eltávolítását és ezek közül 16 véglegesen meggyógyult, 6 esetben recidiva támadt. Ezen 6 eset közül második műtéttel 5 eset végleg meggyógyult és csak egy esetben kellett az állkapocs felhágó ágát resecálni.

Nagy kiterjedésű cystikusan elfajult, az állkapocscsontot elvékonyító adamantinomáknál célszerű először csak a cystát Partsch szerint megnyitni és csak ha a csont megerősödött, távolítjuk el magát a daganatot. Ezáltal elkerülhető a műtétnél, vagy utána bekövetkező spontán állkapocs-fractura.

Dr. Sugár László.

HIREK

Főtitkári jelentés az 1946 szeptember 22-iki közgyűlésen

1939-ben Zürichben világkiállítás volt. A kiállítás bejáróján a következő felirat fogadta a látogatót: „Egy olyan ország munkájának eredményeit mutatjuk be, melynek nincs szene, nincs fája, nincs olaja, nincs búzája és bora. Mindezt pótolja szorgalmával, a munkába vetett rendíthetetlen hitével, a szellem, a találékonyság, a dolgozniakarás ápolásával. A svájci szabadság és humanitás kristálytiszta levegőjében minden emberi érték módot és alkal-

mat talál a legmagasabb teljesítmény kifejtésére". A kiállítás ezután bemutatta a kis ország minden ámulatbaejtő produktumát, melyhez minden atomnyi nyersanyagot kívülről hoznak be s melyet csak az emberi zsenialitás, szorgalom és tehetség alakít át aranynál is értékesebb kincsekké.

Mialatt a zürichi kiállítás 1939 augusztusában kitárta kapuit, hogy az alkotó és békés ember igazi hivatásának dokumentumait tárja a világ elé, Németországban már éjjel-nappal robogtak az ágyúkkal és tankokkal zsúfolt vonatok a keleti határok felé. Németországnak nincs elég olaja. Németországnak nincs elég búzája. Németországnak nincs elég aranya. Németországnak nincs elég Lebensraumja, hajrá tehát, szerezzük meg, tiporjuk le a világ békés népeit, romboljuk le gyárait és városait, iskoláit és kórházait, múzeumait és színházait, mert ebből lesz a német nyersanyag. A felsőbbrendű embernek, a Herrenvolknak Istentől adományozott joga, hogy mindazt, amit békés és szemérmes munka alkotott, a ragadozó állat vérszomjas dühével ragadja magához.

Elmegyógyászok, analitikusok most megállapítják, hogy a német nép kollektíven elmebeteg. A civilizáció és a technikai fejlődés hihetetlen irama, másrészt a politikai servilizmus évszázados diktatórikus uralmak alatt kifejlődött stupidítása, egy olyan schizoid típust termelt ki, mely megtalálva a maga elmebeteg vezetőit, az egész emberiséget veszélyeztető tömegőrületet produkált. És az őrült birodalom a maga dzsingiszkhánjával az élen elindult az emberiség elpusztítására. Őrült volt-e Magyarország is? Ez a józan és individualista nép, egy pillanatig sem kívánta a háborút. Csak az 1919-ben restaurált ellenforradalom, a nagybirtokot kiszolgáló középosztály, az uralkodó hivatalnok, az itthon basáskodó katonatiszt és a hivatását és küldetését hamisan beállító értelmiség egy része, volt fasiszta. Ez a — a hierarchia különböző fokán álló érdekszövetkezet — tökéletesen egységes volt, a maga uralmi pozíciójának minden eszközzel való fenntartásában. Szövetkezett a bizonyos vonalon szociális forradalmat is jelentő nácizmussal, de annak csak uralmi rendszerét vette át, a belpolitika és a gazdasági élet teljes és fenntartásnélküli militarizálását. Ezzel vélték a feudális nagybirtok befolyását és bürokrata kiszolgálóinak tökéletes terroruralmát konzerválni, sőt erősíteni. Becsapták tehát a németeket, mert az ország tényleg egy pillanatig sem vett igazán részt a német őrületben. Katonai ténykedései csak színlelttek voltak és a nácizmus kizárólag az uralkodó kaszt belső megerősödését kellett szolgálja. Becsapták természetesen a magyar tömegeket is, mert bár nem akartak a háborúban komolyan résztvenni, a legkisebb lelkifurdalás nélkül dobtak oda a háború molochjának rosszul felfegyverzett magyar százezreket, akik a tiszti vezetés teljes csődjének kiszolgáltatva, nyomorultul pusztultak el a Don mocsaras és havas pusztaságain.

A fasizmus, az öncélú bürokrácia és öncélú tiszti junták példátlan lázadása volt. Egy kis polgári csoport kisajátította a történelmi nemzet fogalmát, elbitorolta a kereszténység erkölcsi palástját, hogy alatta, minden erkölcs, minden humánum szégyenteljes megtagadásával, értelmetlen és borzalmas diktatúráját próbálja a történelem feltartózhatatlan fejlődése elé akadályul állítani.

Amikor ma, az értelmiség egy kis csoportja alakuló közgyűlését tartja, munkára indul, terveket kovácsol, tehát a nemzet és a maga optimizmusáról tesz tanuságot, lehetetlen, hogy vissza ne tekintsen a közelmult történelem eme apokaliptikus korszakára.

Számot kell vetni és le is kell számolnunk ezzel a multtal. És főleg le kell vonnunk a megfelelő konzekvenciákat.

Meg kell állapítanunk, hogy a politika, mikró- és makrokozmosok mozgató hatalma, nem valami embertől elvonatkoztatott, különleges kasztok részére fenntartott szellemi privilégium, hanem minden öntudatos és gondolkodó ember tisztánlátási kötelezettsége. Az egyes ember erkölcsi színvonalából, a maga részére felállított erkölcsi postulátumból, jogainak és kötelességeinek mértéktartó arányából tevődik össze a társadalom, mely pontosan olyan, mint az őt felépítő és tápláló sejtek. Ha mi, tehát ma azt mondjuk,

hogy összegyűltünk, mint egy ezer sebből vérző, egy ezerszer bűnös politikai mult által majdnem halálrasebzett nemzet, kicsiny csoportja és odakiálltjuk, hogy élni akarunk, hogy bízunk és hiszünk a munka és tudás szentségében, az emberi szolidaritásban, az annyiszor keresztrefeszített humánumban és újra kezdjük felépítőmunkánkat, mely tisztaságot, egészséget, szeretetet, jólélet és megértést fog produkálni, akkor politikai hitvallást tettünk. Csináljuk meg a magunk kis világában a humánusan érző és humánusan cselekvő, nem az egymást legyőzni, hanem az egymást meggyőzni akarók kis társadalmát, ahol a szabad vitatkozás keretében minden problémánkat békés és barátságos légkörben tisztázhatjuk.

Mutassuk meg, hogy a szűk magyar határok nem zárják el a teremtő szellemet, mutassuk meg, hogy az anyagi szegénységet a jószándék gazdagságával fogjuk legyőzni és nem letünt, hatalmaskodni akaró ábrándok felé kacsintunk, hanem előreszegezett tekintettel keressük jövőbeni feladatainkat.

Be kell számolnom szakcsoportunk egy évi működéséről. Még javában tartott Buda ostroma, mikor itt, e klinika pincéjében először ültünk össze, néhányan, az örök és javíthatatlan lelkesedők, hogy szakmai életünket új útjára indítsuk. E perctől kezdve és azóta mindig Balogh Károly professzor volt az a tényező, aki a maga emberi okosságával, a tudós bölcs megértésével, fiatalos lendületének egész hevével állott a közönség minden problémája mellé. Azt, hogy ma itt, legális formák között új életre indulunk, elsősorban neki köszönjük.

A Szakcsoport 1945 április 8-án alakult meg. Az akkori idők még nem voltak alkalmasak a végleges formák kialakulására és így a M. F. O. E. is fenn óhajtotta tartani a maga jogfolytonosságát. 1945 május 21-én tartotta meg közgyűlését, megadván a felmentvényt az addigi tisztikarnak. A megértés és elismerés szellemét misem jellemezhette jobban, minthogy ez a közgyűlés Morelli professzort, karunk e kitűnő előkelőségét, az Egyesület oly hosszú ideig érdemdús elnökét, örökös díszelnökké választotta meg. Büszkék vagyunk rá, hogy ő azóta is állandóan részt vesz munkánkban és bölcs tanácsaival mindíg rendelkezésünkre állott. Ma tulajdonképen már vissza sem emlékszünk a mögöttünk maradt év nélkülözéseire. Még nem járt villamos és a szürkület beálltával rohanni kellett hazafelé, de mi már magas színvonalú előadásokat tartottunk. Az 1945—46-os év tudományos működése, az előadások színvonala és tartalma, a viták emelkedettsége, teljes büszkeséggel tölthet el mindannyiunkat. Csak a legnagyobb hála és köszönet illeti mindazokat, akik egyéni és közszenvedéseik közepette, erre is ráértek. Sajnos, a hallgatóságról nem nyilatkozhatom ilyen elismerőleg. Mindig csak az évtizedek óta megszokott és megszeretett 30—40 arc, kartársaink nagy zöme távoltartotta magát tudományos életünktől. Remélni szeretnénk, hogy az új működési évben több érdeklődésre fogunk találni. Ez évben Morelli professzor elnöksége alatt megalakult a paradentozis kutatás alosztálya, mely a maga speciális témájának kimunkálásával belekapcsolódik az Arpa nemzetközi szervezetébe.

Komoly mozgalmat indítottunk a háború és üldözés által sujtott kartársaink megsegélyezésére. Kemény Imre és Grossmann Lili kartársaink heroikus munkájának eredményeként, sok száz gramm aranyat szedtünk össze. Nagyon sok özvegynek és árvának nyujtottunk az akkori viszonyok között komoly segítséget. Jelentős számú kollégánk, akik teljesen lerongyolódva, mindenüket elveszítve, ebből a 8—10 gramm aranyból nyílott alkalom egzisztenciájuk újrakezdésére, vitális segítséget nyujthattunk. Mindenki, aki adott, a jótett boldogító érzésével gondolhat erre, az a nagyon kevés kartárs, aki kivonta magát, meditáljon maga, a sors oly kiszámíthatatlan esélyei felett.

A Szakcsoport számos taggyűlésen foglalkozott a technikus kérdéssel. Mivel e témáról vasárnapi nagygyűlésünkön fogjuk álláspontunkat kifejteni, nem tartom szükségesnek az elmult év folyamán felmerült különböző momentumok felsorolását. A Szakcsoport vezetőségét azonban számos vád érte, hogy e kérdést elhanyagolta és ezáltal mulasztást követett el. Vázolnom kell tehát, mit miért tettünk. Álláspontunk sokáig az volt, hogy a kérdés aktivizálása nem érdekünk. Azt reméltük, hogy a politikai viszonyok stabilizálása

le fogja tompítani annak az agitációnak az élét, melyet a technikusok, minden politikai változás pillanatában, igazán mondhatjuk — rutinszerűen alkalmaznak. Megjelentünk tehát minden ankéten, melyet az erre hivatott szervek összehívtak. Balogh, Simon, Varga és szerény személyem számtalan órát töltöttünk e hadakozásban és nem hiszem, hogy a méltatlankodók csak annyi gondterhes pillanatot vállaltak ez ügyben, mint ahány délelőttöt mi áldoztunk közös érdekeink védelmére. Érzésem szerint, elgondolásunk nem volt rossz. A technikus agitáció a maga első futamát kifutotta, a nagy ágyúk elpuffogtak és ha látszólag rosszabbodott is a fogorvosok átmeneti helyzete, a döntésre hivatottak kezdik belátni, hogy az igazság, a méltányosság az orvosi oldalon van. Belátták azonkívül főleg azt, hogyha egy ilyen felemás és az erkölcsi alapot nélkülöző ügyet próbálnak valamiféle kaptafára húzni, minden elgondolásuknál és próbálkozásuknál menthetetlenül belekötöznek abba a tanítási és közegészségügyi morálba, melyet a demokratikus államvezetés semmiesetre sem gyengíthet. Utolsó tárgyalásaink tapasztalatai és holnapi állásfoglalásunk, e kérdés kedvező elintézését valószínűvé teszi.

A Szakcsoport egy évi élete, a napi küzdelmek sorozata volt. Pénz, helyiség, segítség nélkül vittük az ügyeket, minden levelet, beadványt Simon Béla vagy én írtunk, gépeltünk és kézbesítettünk. Ha munkánk tökéletlen is volt, nem a jószándékon múlott. Néhány kedves barát volt segítségünkre. Külön köszönetet kell mondjak Varga István, Aldor István, Kertész Jenő, Fischer Arthur és Sugár László kartársainknak, akik egész éven át dolgoztak a szakcsoportért, de ki kell emelnem a lelépő választmány majdnem teljes tagságát, akik nélkül ez a kongresszus soha nem lett volna összehozható s akik az utolsó négy hétben rengeteg időt és energiát szenteltek a közös ügynek.

A Szakszervezeti alapszabály, melyet az első küldöttközgyűlés fogadott el, a Szakcsoportoknak hatáskört és jelentékeny munkafeladatokat ad. Mind az az önállóság, mellyel az Egyesület rendelkezett tudományos működés és szakma-politikai kérdésekben, a szakcsoport részére is fennáll. A Szakszervezeti vezetőség felügyeleti joga, tulajdonképpen csak a szoros egybekapcsolódásunkat jelenti az orvosok összességével és biztosítékot arra, hogy retográd irányzatú politikai eltolódás, az orvosok egyetlen csoportjában se üthesse fel fejét. A Szakszervezeti tagság, önként vállalt hozzátartozás. A Szakszervezet egy láncszem, az ország összes dolgozóinak hatalmas szervezetében, összekapcsolásunkat jelenti a szellemi és testi munkások millióival.

A belügyminiszter úgy a M. F. O. E.-t, mint a Jóléti egyesületet feloszlatta és vagyonukat az Orvos Szakszervezetre bízta. A Szakszervezet vezetősége e vagyont a Szakcsoport kezei közé teszi le, efelett tovább is mi magunk fogunk őrködni, azt a jó gazda gondosságával kezelni és minden igyekezetünk oda fog irányulni, hogy e vagyon hozadékából teljesíthessük azokat a nemes célokat, melyeket az adományozók, és alapítók részünkre kitűztek.

A Szakcsoport első feladata, ha új tisztikarát és választmányát megválasztotta, hogy ügyrendjét megalkossa. Ez az új ügyrend természetesen M. F. O. E. régi alapszabályai és ügyrendje alapján készül, alkalmazkodva a Szakszervezeti alapszabályokhoz. Az ügyrendet a közgyűlésnek kell ratifikálni. Ez az ügyrend azonban még nem készült el s azért a közgyűlést arra kell kérnem, adjon felhatalmazást a választmánynak az ügyrend elkészítésére, a legközelebbi közgyűlésig, eme ügyrend alapján való működésre. A ratifikálást a legközelebbi közgyűlés lesz hivatva eszközölni. A megválasztandó tisztikar és választmány összeállítása egyezik az egyesületi szokásokkal, a közgyűléstől azonban annak a jóváhagyását kérem, hogy a tisztikar tagjai közé tartozzanak 1. örökös díszelnökök, 2. a vidéki szakcsoportok elnökei és titkárai. A vidéki szakcsoportok bár természetesen önálló működést fejtenek ki, szervezetileg a központi szakcsoporthoz tartoznak.

Arra kell kérnem a közgyűlést, állapítsa meg a szakcsoport évi tagdíját. Tudom, hogy a tagtársak már a Szakszervezet tagdíját is igen magasnak tartják, tudomásul kell azonban venni, hogy a központ még nem képes költségvetésének keretei közé felvenni a szakcsoportok külön kiadásait és így

kérem a közgyűlést, szavazza meg azt az előterjesztésünket, hogy 1946 XII. 31-ig 30 Ft tagdíj, az 1947-es évre pedig felhatalmazást kap a választmány, hogyha arra elkerülhetetlen szükség mutatkozna, Ft 45.— tagdíj befizetése háruljon a tagokra. Minden reményünk meg van arra, ha összes tagjaink teljesítik kötelességüket, hogy 1947-ben is ki fogunk jönni a Ft 30.-al és a választmány csak a feltétlen szükség esetén fog élni a felhatalmazással. Kérem a közgyűlés felhatalmazását, hogy a pénzkiutalás a főtitkár és a pénztáros együttes aláírással eszközöltessék. A Szakszervezet Központja állandó helyiséget bocsát rendelkezésünkre és ennek fűtéséről, világításáról és rendbentartásáról gondoskodik. Saját költségvetésünket terheli egy irodai alkalmazott fizetése, saját adminisztrációnk fedezése és a már rövidesen megindúló Fogorvosi Szemle kiadása. Tagjaink a Szemlét a tagdíj ellenében kapják, tehát a havonta megjelenő kétíves folyóirat előfizetési ára Ft 2.50, legfeljebb Ft 3.70 lesz. A fogorvos szakcsoportnak olyan rendkívüli és a többi szakcsoporttól eltérő feladatai lesznek, mint pld. az aranyelosztás, hogy ezt megfelelő önálló pénzkezelés nélkül megoldani nem tudjuk. Kérem tehát a közgyűlést, szavazza meg a kért tagdíjat.

Nagyon hosszúra nyúlna, ha a szakcsoport összes feladatait akarnám vázolni. Tudomásul kell venni azonban azt a tényt, hogy a szakcsoport a szakma összes kérdéseinek és problémáinak intéző szerve lesz és a demokrácia elveinek megfelelően, valóban önkormányzatát kell megalkotnia. Ez az önkormányzat pedig olyan eredményeket fog felmutatni, amilyen lelkesedéssel és szorgalommal munkálkodnak megválasztott vezetői, akiket az összes tagok állandó ellenőrzése, bírálata és segítő munkája kell serkentsen.

A legközelebbi napokban kell már hozzáfognunk az új naptári év adókivetéséhez. Az adóközösség jelenlegi kivetése ellen rengeteg a panasz. Tényleg, igen hevenyészetten történt az arányosítás, de az állam által adott terminus olyan rövid volt, hogy azt az — infláció őrületében — jól megcsinálni, semmiképpen nem lehetett volna. A Szakszervezet vezetősége teljesen új alapon óhajtja a jövő évi elosztást megcsinálni. A globális összegből az egyes intézményekre és szakmai csoportokra eső hányadot maguk az intézmények és szakcsoportok fogják tagjaik között elosztani. Ez gyakorlatilag annyit jelent, hogy az első év adatainak figyelembevételével, maga a szakcsoport fogja tagjai kategóriába való beosztását elintézni. Elkészítettük tagjaink adókerületi névsorát, ezen csoportok fognak külön összeülni és dönteni saját adózási kapacitásukról. Ezen csoportok kiküldöttei össze fogják hasonlítani az egyes kerületek kivetéseit és eliminálni fogják az esetleges aránytalanságokat. Minden kerület közös orvosi adóbizottsága fogja azután a szakcsoporti beosztást ellenőrizni, melyet a központi adóbizottság véglegesít. Az eddigi rendszerrel szemben tehát a megbeszélések, felszólamlások és így a korrigálások egész sorozata fog rendelkezésünkre állani s ezáltal talán sikerülni fog a méltánytalanságokat minimumra redukálni. Figyelmüket csak arra kell felhívnom, hogy az adózás igen magas, igen szigorú lesz és a legnagyobb önfeláldozást kell felmutatnunk, mert a rombadőlt országot csak akkor tudjuk új életre kelteni, ha mindenki becsületesen a maximális hozzájárulást nyujtja ahhoz.

Az aranykérdésben a szeptember 19.-én megjelent 10.820/1946. sz. M. E. rendelet intézkedik, melynek értelmében aranyellenőrző bizottság alakul. Ezen bizottságnak szakcsoportunk egy delegált tagja hivatalos résztvevője. Simon elnök úr személyes intervenciójára sikerült elérni, hogy az aranybizottság esetleges ellenőrzéseinél az orvosi feljegyzéseket, kartotékokat, az orvosi titoktartás védje. Előreláthatólag az aranybizottság napokon belül megkezdi működését és így Szakcsoportunk azon tagjai, kik évi tagdíjukat befizették, az aranybevásárló igazolványt kézhez fogják kapni.

A technikus-probléma körüli vitákban felszínre került főiskola kérdését, mint az orvosképzés reformjának egyik fejezetét kell rövidesen diszkusszió tárgyává tenni. Meg kell vizsgálnunk, hol és hogyan javíthatunk a fogorvos-képzésen és ha az általános reform időszerűvé válik, nekünk már kész tervvel, megvitatott és leszűrt véleménnyel kell az illetékesek elé állni.

Fel kell vennünk az összeköttetést a szomszéd népek szaktársaival és meg kell próbálnunk Budapestből a fogorvosi továbbképzés egy olyan centrumát kiépíteni, mely versenytársként jelentkezhetik a valaha egyeduralkodó Wiennel.

T. Közgyűlés!

E beszámolóból programmbeszéd lett. Nem tudom, meg fognak-e tovább is tisztelni minket bizalmukkal, de akárki lesz e bizalom letéteményese, mind az a feladat, mind az a kötelesség, melyet felvázoltam, elodázhatatlanul megoldásra vár és most az Önök tisztje, a megfelelő helyre, a megfelelő embereket állítani.

Tisztelettel kérem a Közgyűlést, eddigi működésünket megfelelő bírálat tárgyává téve, nekünk a felmentvényt megadni és indítványaimat és javaslataimat elfogadni. *Dr. Kende János.*

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportja

Összesített tudnivalók az aranyat feldolgoztató fogorvosok részére:

1. A 8400/1946. és a 10.820/1946. M. E. számú rendeletek továbbá az Aranyellenőrző Bizottság és a Nemzeti Bank hirdetményei szabályozzák a fogorvosi arany feldolgozására vonatkozó teendőket, amelyeknek legszigorúbb és legpontosabb betartására hívjuk fel igen tisztelt Kartársaink figyelmét tekintettel arra, hogy az aranyrendelet súlyos büntetést állapít meg azok részére, akik a törvényes rendelkezéseknek nem tesznek eleget, vagy az elkésve történik.

2. Aranymunkát csak az a fogorvos vállalhat (a legkisebb javítás is aranymunkának számít), aki az „Aranynaplót" és a „Készletbejelentési raktárkönyvet" kiváltotta. Aki nem óhajt semminemű aranymunkával foglalkozni, köteles a következő nyilatkozatot kiállítani és Szakcsoportunkhoz beküldeni:

> „Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy semminemű aranykészlettel nem rendelkezem és fogorvosi gyakorlatomban aranymunkát nem végzek. Amennyiben aranyat óhajtanék felhasználni, úgy az aranyellenőrző könyveket azt megelőzően be fogom szerezni".

3. *Milyen aranyat szabad felhasználni aranymunkák elvégzéséhez:*

a) Igénylés folytán kiutalt aranyat.

b) A betegtől átdolgozásra átvett darabos árut (tört aranyat tilos, mert ez nem is lehet a beteg tulajdonában) és használt hidakat, koronákat.

c) A jogosult dentál depotokban, vagy aranyváltóhelyeken napi áron vásárolt szabad aranyat.

ad. *A)* Az aranyigénylés a szakcsoport útján kiküldött igénylőlapok útján történik minden hó elején. Az Aranyellenőrző Bizottság 1947. I. 2-i ülésen úgy határozott, hogy újabb igénylést 1947 III. 31-ig beadni nem kell. A bizottság a december havi igénylés alapján fogja a megfelelő utalványt minden hó elején postán kiküldeni.

Ha az igényjogosult december hónapban nem kért aranyat és közben erre mégis szüksége lenne, úgy természetesen időközben is igényelhet. Ezt az igénylést a Szakcsoporthoz kell benyujtani az ott kapható előírt ürlapon.

Aranyat csak az igényelhet, aki az aranynapló birtokában van. Az utalványon jelzett engedélyezett aranymennyiség a naptári hó utolsó napjáig levásárolható.

Miután az aranyat kiszolgáltató cégek a Nemzeti Banktól nem egyszere veszik át az egész kiadott havi mennyiséget, azt ajánljuk, hogy az utalványozott aranyat ne a hó utolsó napján váltsák ki a Kartársak, hanem legkésőbb a hó 25. napjáig, mert különben megtörténhetik, hogy a megfelelő félkészgyártmány rendelkezésre nem állván idejében, az elvész az igénylő kárára. 1946 december havára a Bizottság az utalvány beváltásának határ-

idejét január 15-ig meghosszabbította, miután december havában elkésve kaptuk meg az aranyat. Ez az eset azonban precedensül nem szolgál.

A meg nem vásárolt mennyiség nem vihető át a következő hónapra. A vásárolt arany súlya és finomsága a napló I. rovatába bevezetendő.

ad *B)* A betegnek készülő aranymunkához a betegtől is átvehető arany. Ez lehet darabos aranyékszer, a levett korona, híd, használt kivehető aranyprothézis. Aranyérmét, 22-es lemezt átvenni tilos! Amennyiben az átvett arany súlya a szükségelt aranymunka súlyát meghaladja, a többlet napi áron átvehető a pácienstől, de a honoráriumot aranyban felszámítani vagy elfogadni tilos!

A használt fogarany becserélésére vonatkozólag miheztartás végett közöljük az Aranyellenőrző Bizottság 1946. XII. 16-áról kelt átiratát: „Az Aranyellenőrző Bizottsággal a 8400/1946., továbbá a 10820/1946. M. E. sz. rendeletben foglalt rendelkezések kapcsán történő ellenőrzés és elszámolás egységesítése és egyszerűsítése végett felkérjük az érdekelteket, hogy a jövőben a fogarany cseréjénél vagy beváltásánál, amennyiben az nem tűzipróba alapján történik, az alábbi finomságokat vegye figyelembe:

a) Használt fogkorona	860/1000	finomság
b) Használt foghíd	800/1000	„
c) Használt szájpadlás	720/1000	„
d) Fogkapocs	550/1000	„

Felhívjuk a figyelmét, hogy mindazokkal szemben, akik fenti beváltási kulcstól eltérően váltanak be, vagy cserélnek fogaranyat és ebből kifolyólag a naplóba be nem jegyzett aranytöbblettel rendekeznének, úgy a hivatkozott rendeletben foglaltak alapján fog a Bizottság velük szemben eljárni."

A betegtől átvett arany és a szabad arany súly és finomság megjelöléssel a napló II. rovatába vezetendő be.

4. Hogy vezessük az Aranynaplót?

Bevételi rész: I. rovat: Ide vezetendő be az Aranyellenőrző Bizottság által kiutalt és az utalvány alapján vásárolt aranymennyiség.

II. rovat: Ide írandó a betegtől átvett különböző fajtájú arany (darabos áruk, koronák, hidak, lemezek), valamint a szabad piacon vett arany súly és finomság feltüntetésével.

III. rovat: A cseréből visszakapott arany ide írandó, ugyanakkor a cserét végző cég neve a VI. rovatban tüntetendő fel.

IV. rovat: A fogtechnikustól leszállított kész aranymunka nettó súlya és finomsága, ugyanakkor a leszállító technikus neve a VI. rovatba irandó.

V. rovat: A fogtechnikustól átvett munka súlyvesztesége ide irandó; úgyszintén az a súlydifferencia, amely a cserére átadott és visszakapott félkészgyártmány között fennáll. Finomságul ez utóbbi esetben a cserére átadott arany finomsága tüntetendő fel.

VI. rovat: Ide irandó a technikai munkát leszállító fogtechnikus neve, illetve annak a cégnek a neve, amely az aranycserét végezte.

Kiadási rész: VII. rovat: Ide irandó be mindaz az aranymennyiség, amelyet a fogtechnikusnak feldolgozásra átadtunk, tehát a kiutalt arany, a vásárolt arany vagy a betegtől átvett különböző fajtájú arany, mindig a súly és finomság megjelölésével.

VIII. rovat: Ide irandó a fogtechnikus neve, ha feldolgozásra adunk át aranyat vagy a cserét végző cég neve, ha cserélünk.

IX. rovat: A cserére vagy színítésre átadott aranymennyiség súlya és finomsága. Ez utóbbira vonatkozólag utalunk a fentebb közölt Bizottsági rendelet finomsági meghatározására, amely a legpontosabban betartandó a cserét végző cég által.

X. rovat: A betegnek leszállított aranymunka nettó súlya közvetlenül a behelyezés után, amikor az már nincs a rendelőben.

5. Hogyan vezessük a raktárkönyvet?

Minden hó utolsó napján rendelésünk befejeztével megállapítjuk az otthon levő aranykészletünket:

Az I. rovatba beirandó az a súlymnenyiség a megfelelő karát-rovatba,

amely az orvos birtokában van a hó utolsó napján, tehát a használt koronák, hidak, aranylemezek, a betegtől átvett darabos áru, melyet majd később be akarunk cserélni, a szabad piacon vásárolt 22-es arany és a technikustól leszállított, de még át nem adott kész munkák.

A II. rovatba azok a koronák, hidak stb. aranyféleségek irandók be, amelyekre vonatkozólag a beteg még nem diszponált és feldolgozásuk függőben van.

A III. és IV. rovat nem töltendő ki.

A fenti készletjelentésben kimutatott készleteknek mindenkor összhangban kell lenni az aranyforgalmi napló adataival és az előző hónapban kimutatott készlettel, vagyis a bejelentett készleteknek egyezniök kell azzal a készlettel, amelyet az előző hónapban kimutatott készletek és a tárgyhónapban a forgalmi naplóba bevezetett változások figyelembevételével kapunk. Tehát a kimutatott tétel egyenlő a birtokban lévő tényleges készlettel.

6. Nemleges esetben az aranynapló és a raktárkönyv ennek megjelölésével szintén beküldendő az Aranyellenőrző Bizottsághoz minden hó 5. napjáig. E bejelentésnek a napló és a raktárkönyv 1—1 lapján kell megtörténnie, nem pedig egy magánlevélben, mert ez utóbbit a Bizottság nem fogadja el.

Budapest, 1947 január 7.

Az Elnökség.

A Fogorvosi Szemle 1947. évi első számának megjelenése fordulópontot jelent szakmai életünkben. Felépítettük hídunkat, melyen át meg kell induljon a szakcsoporti központ és a vidéki szakcsoportok között a közvetlen érintkezés életet jelentő vérkeringése. 1947 január emlékezetes dátuma kell legyen a magyar fogorvosi karnak, mely a Fogorvosi Szemle útján most már saját hasábjain vehet részt az országot újra felépítő munkában.

Orvosi életünk szervezete sok tekintetben eltér a mult formáitól. A belügyminisztérium az összes szakorvosi szervezeteket feloszlatta, és így megszűnt a Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete is. E feloszlatás azonban csak formai volt, mert a M. F. O. E. teljes egészében beolvadt a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetébe, melynek Fogorvos Szakcsoportját alkotja. Önállóságunkból nem veszítettünk semmit, szorosabb lett azonban az egész orvostársadalommal való együvétartozásunk. Érdekeink, harcaink, célkitűzéseink velük közösek, erőnk pedig megsokszorozódott.

Szakmai sajtónknak mégis meg van a teljes létjogosultsága. Szakmánk hagyományos munkássága nem fér egy általános orvosi lap keretei közé, szakcsoporti életünk, különleges problémáink pedig a fogorvosi kar teljes együttműködését, tökéletes szervezettségét, kategorikus imperativusként írják elő. A Szakszervezet alapszabálya szerint a szakmák országos szakcsoportba tömörülnek. Minden vidéki szakszervezeti csoporton belül, ahol több fogorvos van, helyi szakcsoport alakulása kívánatos. Alább közöljük a már eddig megalakult szakcsoportok nevét és tisztikarát. Kérjük azonban kartársainkat, ott, ahol erre alkalom nyílik, ahol egy helyen, vagy egy körzetben többen vannak, alakítsák meg mielőbb a fogorvos szakcsoportot. Az 1946 szeptember 22-én tartott közgyűlés kimondta, hogy minden vidéki szakcsoport elnöke és titkára tagja a központi választmánynak. A vidéki elnökségeknek minden választmányi ülésre meghívót küldünk és így módjuk van szakmai életünkben részt venni. A vidéki szakcsoportokra fontos feladatok várnak. Kérjük a vezetőséget, állítsák össze és küldjék be február 28-ig.

1. tagjaik névsorát,

2. azon kollégák névsorát, kik általános gyakorlatot folytatnak és emellett fogorvosi működést is kifejtenek.

Ezeket a kartársakat rá kell bírni, hogy lépjenek be a szakcsoportba, mert a tagdíjképpen kapott Fogorvosi Szemle különös súlyt helyez a kezdő kartársak továbbképzésére.

3. Az 1947. évi szakcsoporti tagdíj 45.— Ft. Kérjük a titkárságokat, szedjék be a tagdíjakat lehetőleg február 15-ig és fizessék azt be postacsekkszámlánkra. A befizetőkről kérünk pontos névsort.

A Fogorvosi Szemle elindításával kénytelenek voltunk élni a közgyűlés adta felhatalmazással és az 1947. évi tagdíjat 45.— Ft.-ra emelni. Tudjuk, hogy ez az összeg sokaknak megterhelést jelent. Gondoljanak azonban arra, hogy a Szakcsoport mint érdekképviseleti szerv működik és sokoldalú tevékenysége jelentékeny kiadást emészt fel. A Fogorvosi Szemle második számát már csak azon tagjainknak küldhetjük el, akik az 1947. évi tagdíjat befizették. Külön kérjük a titkár urakat, fejtsenek ki nagyfokú agitálást az egész évi tagdíj egyszeri befizetése érdekében és ne okozzanak a részletbehajtásokkal a közösségnek felesleges költséget. A fogtechnikusok szakszervezete sokkal magasabb tagdíjat vet ki tagjaira.

Közöljük tagjainkkal, hogy a Népjóléti Minisztérium felfüggesztette azon rendelkezését, mely a közigazgatási hatóságoknál szüneteltette a kuruzslás üldözését. A régi jogrend tehát helyreállt, általános orvosi, vagy szakorvosi gyakorlatot csak diplomával rendelkező orvosok folytathatnak. Kivételt csak a jogosítvánnyal rendelkező vizsgázott fogászmesterek képeznek.

Az 1936. évi I. tc., az orvoskamarai törvény, felfüggesztése a joggyakorlatban bizonyos zavart okozott a kuruzslás elleni eljárásoknál. Ez a törvény hatályon kívül helyezte az előbbi közegészségügyi törvényeket A kamarai törvény felfüggesztése (2250/1945. M. E. rend) természetesen a benne foglaltatott hatálytalanítást is megszüntette és így az előbbi összes közegészségügyi törvények (B. T. K. 92. §) és rendeletek újra jogérvényesekké váltak. Ezek alapján a kuruzslók ellen a közigazgatási hatóság eljárhat és el is kell, hogy járjon.

Az új orvosi rendtartás közvetlen kodifikáció előtt áll és rövidesen meg fog jelenni. Ez lesz hivatva az orvosi gyakorlat jogszabályait minden vonalon tisztázni és érvényt szerezni a M. O. Sz. Sz. országos választmánya által hozott azon határozatnak, mely szerint gyógyítótevékenységet csak orvos folytathat.

Szakcsoportunk legelső feladata arról gondoskodni, hogy az ország fogorvosi ellátása teljes legyen. A vidéki szakcsoportok állapítsák meg azon nagyobb községeket, ahol fogorvosi megélhetési lehetőség volna, de fogorvos nincs, hogy az állás- és elhelyezkedést keresőket irányítani tudjuk.

Ismételten kérjük a titkár urakat, állítsák össze a szakcsoport területén háborúban és deportálásban elhúnyt tagjaik névsorát és terjesszék azt fel február 28-ig a központnak. Megfelelő emléket fogunk állítani mártírjainknak.

A szakcsoport jóléti osztálya segélyt nyujt az arra szorulóknak. Keresetképtelen fogorvosok, fogorvosok özvegyei és árvái nyujtsák be kérvényeiket a szakcsoport vezetőségéhez, a helyi szakcsoportok vezetői vezessék rá véleményüket és továbbítsák a központhoz. Igyekezni fogunk minden jogos kérést kielégíteni.

Felhívjuk figyelmüket ugyanezen számunkban közölt utasításra, mely az aranykérdés minden egyes pontjára igyekszik megfelelő felvilágosítást adni.

Kérünk minden levelezést kizárólag a M O Sz. Sz. Fogorvosi Szakcsoport Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldeni, pénzbefizetéseket pedig a M. Postatakarékpénztár 52.344. csekkszámlára eszközölni.

Abban a biztos reményben indítjuk útnak első számunkat, hogy az előttünk álló év gyógyulást, erősödést, békés együttműködést fog hozni és a magunk elé kitűzött célt, hazánk demokratikus fejlődését, az értelmiségnek, a dolgozók millióival való teljes lelki egybeolvadását el fogjuk érni.

Elnökség.

Vidéki szakcsoportok.

1. Kiskunfélegyháza: E.: Dr. Bruckner Mihály, T.: Dr. Szelényi Ilona.
2. Debrecen: E.: Dr. Lőrincz Béla, T.: Dr. Adler Péter.
3. Orosháza: T.: Dr. Bohus Tibor.
4. Tata: E.: Dr. Horváth Ákos, T.: Dr. Vámosi Jenő.
5. Csorna: T.: Dr. Perlaky Géza.

6. Szeged: T.: Dr. Dénes Jenő.
7. Keszthely: Dr. Hermann Géza.
8. Gyula: E.: Dr. Gyarmati István.
9. Sopron: E.: Dr. Schummel Rezső, T.: Dr. Rares Claire.
10. Celldömölk: E.: Dr. Szalóky Lajos, T.: Dr. Török Gyula.
11. Kaposvár: E.: Dr. Gerő Imre, T.: Dr. Török József.
12. Kecskemét: E.: Dr. Burián József, T.: Dr. Flórián Szabó Zoltán.
13. Miskolc: E.: Dr. Szász Károly. T.: Dr. Balla Lajos.
14. Pécs: E.: Dr. Oravecz Pál, T.: Dr. Bajza Béla.
15. Ujpest: E.: Dr. Tauer Rezső, T.: Dr. Müller Jenő.
16. Marcali: Dr. Bognár Kálmán.
17. Hódmezővásárhely: E.: Dr. Grünfeld Sándor, T.: Dr. Hadas Lajos.
18. Baja: Dr. Brust Pál.
19. Makó: E.: Dr. Endrei Ármin, T.: Dr. Gera János.
20. Pápa: Dr. Baráth József.
21. Békéscsaba: E.: Dr. Szamek Oszkár, T.: Dr. Molnár János.
22. Nagykanizsa: Dr. Balázs András.
23. Gyöngyös: Dr. Porgesz Elemér.
24. Szombathely: E.: Dr. Heckenast János. T.: Dr. Métneki János.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

A Fogorvosi Szemle szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

A Stomatologiai Klinikán minden pénteken d. e. 8—10-ig tudományos és referáló ülés van, melyen érdeklődőket a klinika igazgatósága mindig szívesen lát. Január hó folyamán sorozatos ülésen tárgyalták a gócfertőzés fogászati, rheumatológiai, bőrgyógyászati, belgyógyászati, szemészeti és kórtani vonatkozásait. Úgy az előadásokat, mint a hozzászólásokat a Szemle egész terjedelmében hozni fogja.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

Február 27-én d. u. 1/2 7 órakor

Dr. Perint Jenő: Parotisvezeték elzáródása különös tekintettel a nyálkövekre.

Március 13-án d. u. 1/2 7 órakor

Dr. Szenthe István: A fogszabályozási gépek fejlődése.

Március 27-én d. u. 1/2 7 órakor

Dr. Ferenczy Károly és *Dr. Geringer Alajos:* Diathermiás gyökérkezelések.

A M. O. Sz. Sz. Fogorvosi Szakcsoportjának 1946 szeptember 21-én tartott közgyűlésén a következő tisztikart és választmányt választották meg:

Díszelnökök: Prof. Morelli Gusztáv, Prof. Balogh Károly.

Elnök: Prof. Simon Béla.

Alelnökök: Dr. Áldor István, Dr. Bokor Győző.

Főtitkár: Dr. Kende János.

Titkárok: Dr. Sugár László, Dr. Illyés Lajos.

Pénztáros: Dr. Veszprémi Olga.

Főszerkesztő: Dr. Varga István.

Szerkesztők: Dr. Huszár György, Dr. Sugár László.

Jegyzők: Dr. Földvári Imre, Dr. Harsághy Nándor, Dr. Nagy László és Dr. Kucharik Stefánia.

Ellenőr: Dr. Enyingi Lajos.

Ügyész: Dr. Kovács István ügyvéd.

Választmányi tagok:

Molnár László, Kovács György, Rehák Rudolf, Kemény Imre, Sömjén Iván, Ferenczy Károly, Papp László, Lőrinczy Ervin, Sztrilich Pál, Kocsis A. Gábor, Frankl Zoltán, Perint Jenő, Fischer Artur, Semi Laura, Kertész Jenő, Dulin Hugó, Pollatschek Gyula, Komor Szilárd, Gyertyámosy János, Gábor Gyula, Gombos Sándor, Lajta Márkus, Remetei Béla, Renk Ernő, Fodor Tibor, Biró Ödön, Sipos Stefánia, Záray Ervin, Hegedüs Zoltán, Szopkó Ernő, Grossmann Lili, Stark András, Cseres Pál, Danzinger László, Antal Erzsébet, Jakabházy István doktorok.

Számvizsgáló Bizottság: Dr. Baumerth Géza, Dr. Farkas Oszkár, Dr. Dalnoki Viktor.

A szövegrész vége.

Alkaloidamentes,

nem kábító

fájdalomcsillapító

injectio:

DEMALGONIL-

CHINOIN

5 ampullás csomagolás

Diathermiás készülékek



Bihari

dental-depot

BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.

TELEFON: 125-934

Kedvező fizetési feltételekkel.

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára. Húszezres fogválaszték. Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva. Hivatalos aranyelosztó. Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 FEBRUÁR XL. ÉVFOLYAM Nº 2. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

BUDAPESTI ÁLLAMÜGYÉSZSÉG 1947 APR -3 ÁTVETTE

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Kemény Imre: A paradentózis kozmetikai problémái és megoldásuk rögzített sinekkel . . . 33
Dr. Illyés Lajos: A paradentőzis sebészi kezelése . . . 42
Dr. Bugyi Balázs: A fluor kérdésének mai állásáról . . . 47

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Dr. Fischer Antal: A gócfertőzés jelentősége a belgyógyászatban . . . 50
KÖNYVISMERTETÉSEK . . . 56
LAPSZEMLE . . . 57

ORIGINALIA: Page

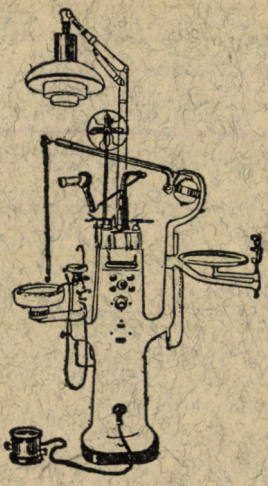
Dr. I. Kemény: Cosmetic Problems of the Paradentosis and their Solution by means of Fixed Splints . . . 33
Dr. L. Illyés: The Surgical Treatment of Paradentosis 42
Dr. B. Bugyi: The Present State of the Fluorin Problem . . . 47
Dr. A. Fischer: The Significance of Focal Infection in Internal Medicine . . . 50
BOOK REVIEWS . . . 56
CURRENT LITERATURE . . . 57

308

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN
TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39.
Kiadóhivatal: Publischer: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32.

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED POLYÓIRATOK



Érdemes

ezt az oldalt állandóan figyelemmel kísérni.

E helyen újdonságokat, nehezen beszerezhető műszereket és anyagokat fogok ajánlani.

Első ajánlat:

Lenyomat-gipsz,
a létező legjobb minőség

Csavaros higanyadagoló galalitból

Amalgámvivő-pisztoly
(külföldinél jobb minőségű)

Vajna-protektor

Ivory-matricák

Kaucsukmarók (Frézer)

Fogászati röntgenfilmek
és az összes fogorvosi berendezési tárgyak, műszerek és anyagok

Különböző típusú diathermiás készülékek kedvező fizetési feltételekkel.



1947 február hó *No. 2. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A paradentózis kozmetikai problémái és megoldásuk rögzített sinekkel

Írta: KEMÉNY IMRE dr.

Valamely szerv megbetegedését két fontos tünet közli az egyénnel: az egyik a fájdalomérzés, a másik a megbetegedett szerv működési zavara. Nagy hátránya az embernek, hogy ez a két fontos tünet nem minden kórforma kezdeti, hanem csupán előrehaladottabb stádiumában jelentkezik az ingerküszöböt meghaladó intenzitással. Ezáltal az orvos gyógyító tevékenysége nehezebbé, vagy igen sok esetben kilátástalanná válik. A sztomatológiában különösen két megbetegedés kerül ezen tünetek hiánya miatt későn orvosi kezelésbe. Az egyik a *fogszú*, a másik a *paradentózis*. A paradentózisnál rendszerint a megbetegedésnek két késői tünete az, ami a beteget az orvoshoz kényszeríti. Az egyik: a fogak vándorlása által okozott kozmetikai hiba, a másik: a rágási elégtelenség.

A paradentózis késői diagnozisa és gyógyítása egyik jelentékeny oka a kórlefolyás későbbi stádiumában fellépő kozmetikai zavaroknak. A paradentózis ugyanis kezdeti stádiumában sem tüneteivel, sem az ekkor alkalmazott helyi gyógykezelés által esztétikai defektust még nem okoz. Az ekkor fennálló tünetek: a *gingivitis marginális*, a fiziologiásnál csak valamivel mélyebb tasakok, a fogak igen kisfokú vándorlása és csekély mozgékonysága, csupán olyan mértékűek, hogy csak a vizsgáló orvos veheti őket észre. A paradentózis tulajdonképpeni esztétikai problémái csak a folyamat előrehaladásával kerülnek előtérbe, amikor a tünetek már olyan esztétikai defektusok is, amelyek hátrányosan változtatják meg az arcvonásokat és az arc karakterét is. Ezek a tünetek: a fogak vándorlása által keletkezett fogközti hézagok és helyzeti anomáliák, a kóros prognatia s ha a folyamat valamennyi elülső fogra kiterjed: a metszőfogak legyezőszerű szétterjedése miatt a fogsorív sokszor az arcot torzító kiszélesedése. A kórlefolyás ezen stádiumában már elkerülhetetlenné válik a gingivektomia vagy a *Neumann*-féle radikális műtét elvégzése is, amely súlyosabb esetben a gingiva propria nagy részének igen gyakan a gyökér csúcsi harmadáig való eltávolítását jelenti. Ezáltal a fogak gyökerei szabaddá válnak, *tehát a fogak a látható rész megnövekedésével jóval hosszabbnak látszanak, mint eredetileg*

voltak. Ugyancsak elkerülhetetlenné válik ilyenkor az *artikulációs egyensúly* helyreállítása is, ami a túlharapásban lévő metszőfogak megrövidítését és a harapási magasságot tartó őrlőfogak csücskeinek lecsiszolását is jelenti. Ennek következtében *a harapási magasság csökken* s ezáltal *az orrcsúcs és áll közti távolság megrövidül.* Mindezek a tünetek az arc karakterét és az arcvonások harmóniáját szintén hátrányosan megváltoztatják.

A paradentózis ezen stádiumában a megmaradt paradenciumnak a normálisnál már amúgy is nagyobb szenzibilitása nagy mértékben fokozódott; a megterhelés határa pedig jelentékenyen alacsonyabb lett a fogak erő és teherkarjának — az extra- és az intraalveoláris részek — arányban beállott hátrányos változás miatt. E két ok következtében a paradencium a normális rágónyomásnak még kis töredékét sem képes elviselni. A paradentózis terápiájában ilyenkor abszolut indikációt képez az elülső fogak sínezése, merev rendszerbe való foglalása, amit még rendszerint megelőz, a jobb esztétikai eredmény elérése érdekében *a fogsorív elvándorolt fogainak szabályozása is.*

A sínezés — akár a *Mamlok*-féle csapos-betétes, akár a *Häupl-, Lang- Engel*-féle háromnegyed koronás, vagy a *Strunz-* és *Jeanneret*-féle incizalis rendszerű — mindig fémből készül. Ezáltal a sínezett fogak éli és aproximális részein, a *Máthé* rendszerünél még a fog labiális felületén is, a fém lesz látható. Az így sínezett fogak esztétikailag a gyárilag előállított típus-műfogakból készült pótlással válnak csaknem egyenértékűekké. A sínezés tehát a paradentózis esztétikai problémáinak számbeli növekedését jelenti.

Az elülső fogakat rögzítő sínezés igen sok időt, az orvos részéről nagy tudást és felkészültséget, a páciens részéről pedig sok türelmet követel. A sínezés esztétikai eredménye azonban ezt az orvos és páciens részéről igényelt nagy erőfeszítést nem indokolja és ugyanezt a megállapítást tehetjük a sínezett fogak mechanikai, illetve funkcionális értékéről is. *A rögzítő sín ugyanis mechanikailag nem nagyobb értékű egy olyan hídrendszernél, amelyben számos hiányzó fog is pótolva van: ahol tehát műfogak és ezeket tartó pillérfogak vannak s amelynek funkcionális értékét a pillérfogak paradenciumának állapota határozza meg.* A sínezéssel ugyanis nem növeljük — amint tévesen hisszük — a sínezett fogak paradenciumának teherbírását — mechanikai eljárás erre nem is lehet alkalmas — hanem a sínezett fog rágási funkcióképessége azért fokozódik, mert a sínrendszer, mint merev rendszer a kétoldali pillérfogak stabilitása által *kikapcsolja* a sínezett fogak paradenciumát a rágási funkció hatása alól. Ebből aztán logikailag az következik, hogy a sínezett fog úgy viselkedik, mint egy hiányzó fogat pótló, tehát paradencium nélküli műfog — ezért válik azzal egyenértékűvé is —, amely a ránehezedő rágónyomást a hídtest közvetítésével a pillérfogak paradenciumának adja át. Ezt az elgondolást igazolja az, hogy a sínezésnek a pillérfogakat illetőleg ugyanazok a feltételei, mint a hídrendszereknek és hogy a sínrendszer pillérfogainak paradenciuma túlterhelés következtében ugyanúgy elpusztul, ha a sínezett fogak száma

nagy, vagy a pillérfogak helyzeti elosztása kedvezőtlen, mint a hídrendszeré, ha sok műfogra nehezedő rágónyomást kell elviselnie, vagy ha a pillérfogak elosztása szintén kedvezőtlen. De kell, hogy ez az elgondolás helyes legyen, mert másként nem is lehet megmagyarázni azt a tünetet, hogy egy fog, melynek periodenciuma a legkisebb mérvű kopogtatásra is fájdalommal reagál, a sínezéssel a maximális rágónyomással szemben is ellenállóvá lesz.

A sínezés további kritikai elemzésénél még meg kell említeni, hogy egyes sínrendszer elkészítésekor a fogakat devitalizálni kell, vagy a fogbél elhalhat később, mert preparálásunkkal nagyon megközelítettük, ami által gócfertőzésre teremtettünk lehetőséget. De erre lehetőség nyílik ettől függetlenül is a paradentális abszcesszusok keletkezése miatt, amire a sínezés után éppúgy lehetőség van, mint volt előtte. Talán mulasztás lenne említés nélkül hagyni még azt is, hogy a sínezés az alveolus rezorpcióját nem állítja meg, legfeljebb lassítja, mert megszünteti a paradentózis egyik — *Gottlieb* szerint — secundär jellegű ártalmát, a túlterhelést. Ezért sokszor olyan helyzet áll elő, hogy a sínezett fogak gyökércsúcsai szabaddá válnak, ami újabb esztétikai defektust jelent a paradentózisban szenvedő beteg számára.

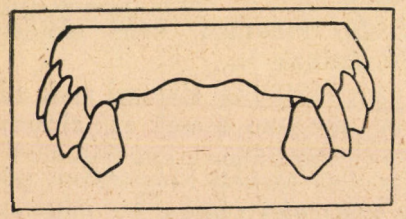
A paradentózis kórlefolyásának ismeretében és mechanoterápiájának eme kritikai elemzése után, az orvos számára felmerül a kérdés: miért sínezünk és miért nem extraháljuk az ilyen elülső fogat, amely ennyi hátrányt és veszélyt jelent az egyén számára, funkcionálisan pedig egy hídtaggal egyenértékű, holott kis- és nagyőrlőket, vagy akár szemfogat is, kisebb bántalmak miatt is eltávolítunk. A feleletet abban adhatjuk meg, hogy az oldalsó fogakat úgy funkcionálisan, mint esztétikailag tökéletesen tudjuk pótolni. Elülső fogaknál azonban az esztétikai problémák fokozódnak — nem ok nélkül — jelentőségükben, mert *az elülső fogak úgy színeikkel, a mint mindig individuálisan jellegzetes alakjukkal és térbeli elhelyezkedésükkel dominánsan vesznek részt az arc karakterének kialakításában,* épp úgy, mint az arc egy másik jellegzetessége: az orr. Ebből következik, hogy elülső fogak esztétikailag hibás pótlásánál a hiba már nem lokális jellegű — mint oldalsó fogaknál —, hanem következményeiben nagyobb kihatású, mert előidézője lehet az arckarakter hátrányos megváltozásának is.

Ugyanis elülső fogak pótlása a kivánt esztétikai sikerrel csak addig nem ütközik nehézségbe, míg a gyökér megvan s csak az elpusztult koronai részt kell restaurálni. *Ez az anatómiai helyzet ugyanis lehetővé teszi, hogy a fog elpusztult koronáját eredeti térbeli helyzetében pótolhassuk s ezáltal a korona minden egyes anatómiai része a tér ugyanazon síkjába kerüljön, ahol eredetileg állott.* Ha a pótlást *jacket*-koronával végezzük, akkor még arra is meg van a lehetőség, hogy az elpusztult koronának egyéni adottságait, úgy alakban, mint szineiben is rekonstruálhassuk. Ez a tökéletes esztétikai eredmény, melynek bonctani feltétele a gyökér jelenléte, érthetővé teszi azt a fogorvosi törekvést, hogy elülső fogaknál igyekszünk a gyökeret megtartani. még olyan esetben is, amikor az — mint a paradentózis sok esetben — orvosilag kontraindikált lenne.

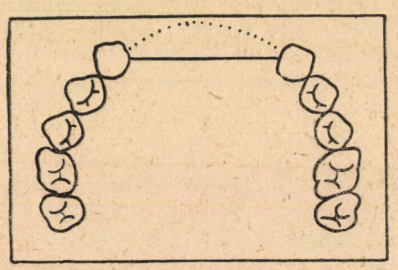
A restauráció szempontjából ez a kedvező anatomiai helyzet azonban nincs meg, ha olyan elülső fogat kell pótolni, ahol a gyökér már hiányzik. Ilyenkor ugyanis már nem csak a fog koronáját, de a gyökeret körülvevő csontszövetet, azaz az elsorvadt *processus alveolaris*-t is pótolni kell. Miután fix hídakon úgynevezett műfoghust, mellyel az elpusztult alveolust kivehető protéziseken pótolni szoktuk, esztétikai és higiéniai okokból nem készíthetünk, kénytelenek vagyunk ezt az elsorvadt fogmedernyulványt is a műfog vagy *jacket*-korona koronai részével rekonstruálni. Ezek nagyobb kiterjedésű alveoláris atrofiánál a korona nyaki részénél a gyökér labialis felületét utánzó konfigurációban szoktak folytatódni. Természetesen ezzel az anatomiai rendeltetéssel biró műfog vagy *jacket*-korona *szükségszerűen kell, hogy nagyobb legyen az eredetinél. Ennek azután az lesz a következménye, hogy a fogkorona minden egyes anatomiai része a tér más sikjába kerül, mint ahol eredetileg volt s a környező fogak szerint lennie kellene.* Ez a nagyobb, az eredetitől és környező fogaktól elütő tipusú műfog vagy jacket-korona már nem illeszkedik be harmonikusan a fogsorívbe s ez az oka annak, hogy a pótlás ilyen rendszerénél a transzparens és legtökéletesebb színezésű *jacket*-korona is a szemlélőben mindjárt a műfog benyomását kelti.

Paradentózisnál elég gyakran fordul elő, hogy a zárt elülső fogsorívből valamelyi metszőfogat kell a nagyfokú csontrezorpció vagy a csaknem csúcsig érő paradentális abszcesszus miatt eltávolítani. A pótlásnál aztán a nagyfokú alveolaris atrofia miatt szemben találjuk magunkat a most ismertetett esztétikai problémák megoldási nehézségeivel.

Az esztétikailag sikeres pótlás szempontjából azonban még súlyosabb az orvos problémája, ha paradentózis miatt mind a négy metszőfogat kell eltávolítani és pótolni. *Paradentózisnál ugyanis olyan nagy fokú lehet a fogmeder sorvadása, hogy mélysége a gyökércsúcsok nivójáig terjed és megszünik a kétoldali szemfog között lévő állcsont íveltsége is és egyenes lefutású lesz.*



1/a. ábra.



1/b. ábra.

Ilyen esetben, még ha a maradékfogazat elosztása és paradenciumának állapota meg is engedné a fix híd készítését, mégis a lemezes pótlás válik szükségessé, mert a fix hídban technikailag nem lehetséges, az állcsont ily nagymérvű sorvadását pótló, úgynevezett műfoghús alkalmazása. Ezen a téren a „*block*"-fogak sem esztétikai, sem higiéniai szempontból nem váltak be.

Mindezekből látjuk, hogy elülső fogak esztétikailag sikeres pótlásának elengedhetetlen feltétele a gyökerek jelenléte. Ezeknek hiánya és a következményes alveolaris atrofia alig leküzdhető akadálya az esztétikailag kifogástalan megoldásnak. Ezért különösen nagy jelentősége van a porcellángyökerek alkalmazásának súlyos paradentózis miatt kihúzásra kerülő elülső fogak pótlásához. Ezzel ugyanis egyrészt olyan kedvező anatomiai helyzetet teremtünk, mintha az eredeti gyökér meglenne, másrészt a porcellángyökér jelenléte megakadályozza úgy a maradék alveolus atrofiáját, mint a gingiva propria retrakcióját. Ez utóbbinak a paradentózis *Weski* által *„atrophia partialis supraalveolaris"*-nak nevezett kórképénél van nagy jelentősége, amikor is a csont és a lágyrészek sorvadása egyenlőtlen mértékben történik. Ennél a kórformánál adódnak olyan esetek, amikor a csontállomány már csak a gyökércsúcs körül észlelhető, a gingiva propria szabad széle azonban még mindig a fog nyaka körül végződik. *Porcellángyökereknek az általam már ismertetett módon történő alkalmazásával a csontos alap nélküli gingiva is megmarad az eredeti nivón s nem következik be visszahúzódása.*

Ezen csontos bázis nélküli gingiva propria anatomiai rögzülésének megmagyarázásánál különbséget kell tenni a gingiva atrófiája és retrakciója között, amely a gyakorlatban azonos, de kórbonctanilag különböző fogalmat jelent. Atrófiánál ugyanis a gingiva térfogatmegkisebbedése, a mennyiségbeli csökkenésnek, a szövetelemek pusztulásának a következménye. Ezt látjuk többek között a gingiva fiziologiás involuciójánál, a fekélyes folyamatoknál és a nyomás következtében kifejlődött úgynevezett nyomásos atrofiánál. A gingiva retrakciójánál azonban nincsen szövetpusztulás okozta mennyiségbeli csökkenés, *csupán a változatlan mennyiségben megmaradt szövetelemek zsugorodása, retrakciója.* Ezt látjuk paradentózisnál az atrofia parcialis szupraalveolarisnál.

A gingiva propria ugyanis fiziologiás körülmények között a csonthártya közvetítésével kifeszített állapotban tapad az alveolus facialis falán. Ha azonban a gingiva propria feszültségének mértéke csökken azáltal, hogy a csontos alap, a processzusz alveolarisz, amelyre ráfeküdt, részben vagy teljesen felszívódott, *a feszültség csökkenésének mértékében, szöveteinek mennyiségbeli csökkenése nélkül, retrahálódik.* Ez történik a szájban végzett műtéteknél, a lebenyeknél, s ez történik paradentozisnál, a részleges atrofiánál. Ennek egyes eseteiben — amint már említettem, — a csontállomány csupán a gyökércsúcs körül látható s a gingiva széle a fog nyakától mégis alig 2—3 mm-re húzódott vissza apikális irányban. *A nagyobb mérvű retrakció azért nem következik be, mert a gingiva számára egy további feszülési lehetőséget biztosít a gyökér felülete, amelyre most az eltünt fogmeder helyett ráfekszik.* Ha paradentózis ilyen eseteiben extraháljuk a fogat, akkor a gingiva jóformán a szemünk előtt retrahálódik, vagy befordul a sebüregbe. Porcellángyökérnek az alveolus üregbe való behelyezésével azonban ez nem következik be, mert a *műgyökér felülete a gingiva számára ugyanolyan feszülési lehetőséget teremt, mint a fog eredeti gyökere.* A gingivalis retrakció elmaradása tehát ezzel magyarázható s ez biztosítja egyszersmind a por-

cellángyökeres pótlásnak nagy esztétikai sikerét az „atrophia partialis supraalveolaris"-nál.

Mindezen ismeretek és meggondolások alapján, a paradentózis minden olyan esetében, mikor a folyamat következtében az arc karakterét is hátrányosan megváltoztató tünetek már kifejlődtek, vagy szükségessé vált a gingiva propria nagy részének eltávolítása, vagy pedig a fogak sínezése, akkor az ilyen súlyosan beteg paradenciumu elülső fogakat eltávolítom s porcellángyökeres jacket-koronákkal pótolom. Az ezeket rögzítő kétoldali pillérfogakat a rajtuk lévő horgonyok segítségével, csavarokkal rögzített, tehát az orvos által bármikor leszerelhető palatinálívvel összekötöm.

Csavarokkal a hídtestbe rögzített, ezért bármikor leszerelhető palatinálívnek a paradentózis mechanoterápiájában csaknem nélkülözhetetlen szerepe van. *A palatinálív ugyanis a nagykiterjedésű sínrendszernél, vagy körhídnál, olyan merev szisztémába foglalja az összes pillérfogakat, hogy azok elvesztik mechanikai és funkcionális különállásukat. Ennek következtében a rágónyomásból keletkező különböző irányú erők, ha azok akár csak egy-egy fogra is irányulnak, csak az egész rendszerre elosztva fejthetik ki hatásukat.* A palatinálív tehát mint erőtörő és erőelosztó működik s így a leghatásosabban paralizálja a paradencium számára nagy ártalmat jelentő szagittalis és tranzverzális irányú erőhatásokat. A rendszernek nagy jelentőségét csak akkor értékelhetjük kellő mértékben, ha arra gondolunk, hogy minden nagyobb kiterjedésű sínrendszernél vagy körhídnál a pillérfogak megterhelése — már mechanikai rendeltetésénél fogva is — mindig nagyobb, mint amennyit egy fog paradenciuma biológiai adottságánál fogva károsodás nélkül elviselni képes. A palatinálív alkalmazásával azonban ezek a károsodások igen nagy mértékben lecsökkennek.

Ezen mechanikai meggondolások, tapasztalataim és eredményeim alapján a palatinálív alkalmazását abszolut indikáltnak találom az őrlőfogakra is kiterjedő sínrendszernél, minden körhídnál, függetlenül a pillérfogak paradenciumának állapotától, valamint olyan kis- és nagyőrlőket pótló, tehát kisebb terjedelmű hídmunkáknál is, ahol az egyes pillérfogak paradenciumának az állapota esetleg már kontraindikálná a fixhíd készítését.

A paradentózis terápiájában ezen elgondolások alapján elérhető esztétikai és fixációs eredményeket egy beteg kórtörténetének ismertetésével és bemutatásával óhajtom szemléltetőbbé tenni.

Kórelőzmény. A 48 éves beteg anamnézisében mint érdekességet és tanulságosat csupán azt érdemes megemlíteni, hogy bár több, mint 10 évvel ezelőtt diagnosztizálták nála a paradentózis kórképét, ennek ellenére soha semmiféle, a paradentózisnál szokásos gyógykezelésben nem részesült.

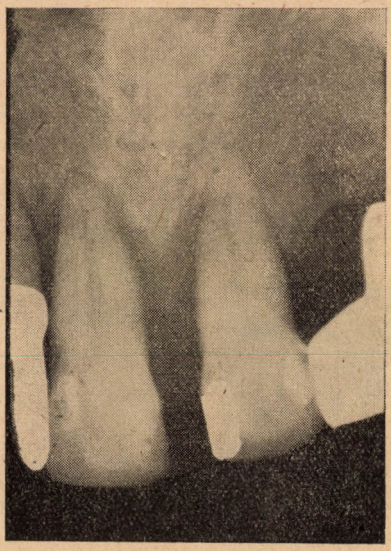
Jelen állapot: A fogak megtekintésekor feltűnik a két középső és a két szemfog igen hosszú klinikai koronájukkal. E fogak gyökereinek felső harmada lecsupaszított. A két nagymetsző állása aszimetriás, a balodali kissé a fogsoríven kívül helyezkedik el, s a két fog között

3 mm-es diasztéma látható. A két szemfog jelentékenyen kiáll, mintegy kiugrik a fogsorívből s éli harmaddal túlér a többi fogak éli és rágófelszíni határán. A bal kettes gyökerében *Richmond*-korona, a hiányzó jobb kettes a jobb hármasra készült háromnegyedkorona segítségével van pótolva. A kis- és nagyőrlők csücskei mindenütt olyanok, mint áttöréskor az okkluziós sík elérésekor szoktak lenni, rajtuk semmi kopási csiszolat nem látható. A metszőkön sem látszik kopás; anatómiai koronáik az élet folyamán nem lettek rövidebbek. Valamennyi őrlőfogban túlérő, kontaktpontnélküli amalgám tömések láthatók. A harapás mély és elől nyitott. A gingiva halvány rózsaszínű a szabad szélén hipertrofiásan megvastagodott, de nem gyulladásos és nem vérzékeny. Valamennyi fognál 4—5 mm. mélységű, az elülső fogaknál és a bal négyesnél 5 mm. mély tasakok észlelhetők. Az elülső fogak minden irányban mozgathatók; a kis- és nagyőrlők mozgékonysága — kivéve a bal négyest — kisebb mértékű. *A tasakokból nyomásra genny nem ürül.*

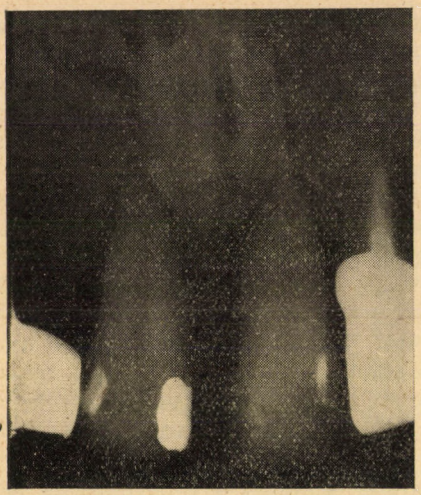
A klinikai tünetek és a röntgenlelet alapján a paradentózis diagnózisa nem kétséges.

A kezelés szempontjából esetemnél két kérdés érdemel figyelmet: az egyik kozmetikai, a másik mechanikai.

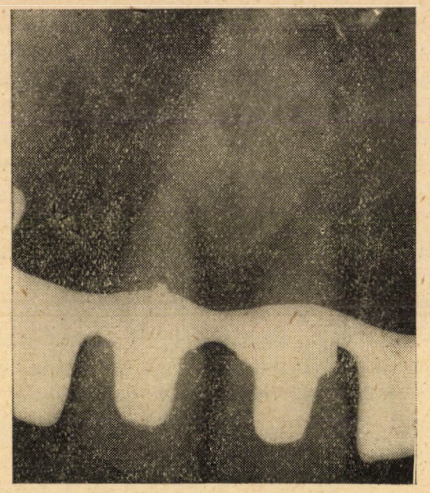
A kozmetikai problémát az adja, hogy a két nagy és a bal kis metszőt el kell távolítani, a jobboldali pedig már hiányzik. Ezen a területen a proc. alveolarisz a paradentózis miatt már egészen az alapjáig elsorvadt, úgy hogy csontos fogmeder nincs, a fogakat csupán a lágy részek tartják. Ennek következtében az említett három fog eltávolítása után. a lágyrészek összetapadása majd zsugorodása miatt. a szemfogtól szemfogig megszünik az állcsont ívelése és a két fog között az állcsont lefutása egy egyenes vonal lesz. Ha a pótlásnál az eredeti fog-



2. ábra.



3. ábra.

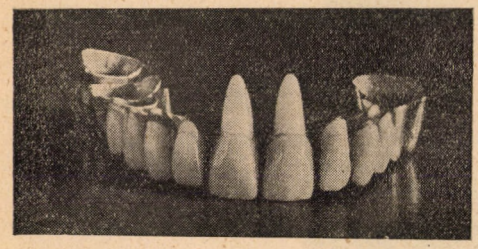


4. ábra.

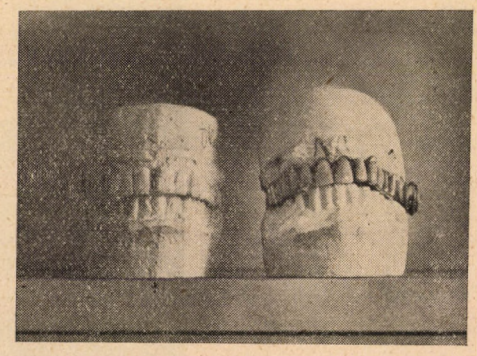
sorívet akarjuk visszaállítani s ez kell, hogy feladatunk legyen, akkor kénytelenek vagyunk a pótlásul szolgáló műfogakat „foghúsba" állítani, ami az állcsont ilyen nagymérvű sorvadásánál, bár kozmetikai igényeket kielégítő pótlás lenne — amint már említettem — fixhíd esetében technikailag kivihetetlen. Tehát betegemnél kénytelen lennék kivehető protézist készíteni, ami a maradékfogazat rögzítése szempontjából is hátrányos lenne.

Hogy a pótlás szempontjából nagyon kedvezőtlen anatómiai helyzetnek a kialakulását elkerüljem, az eltávolított két nagymetsző fogmedrébe porcellángyökereket helyeztem és a koronai részt *Richmond*-műcsonkos *jacket*-koronákkal pótoltam, restaurálva az eredeti fogak konfigurációját és színét. Természetesen a *Richmond*-műcsonkok egymással és körhíddal is összeforrasztásra kerültek.

Ezzel az eljárással a már kifejtettek alapján megteremtettem a kozmetikailag sikeres pótlásnak anatómiai feltételeit és elkerülhetővé



5. ábra.



6. ábra.

vált a műfoghús alkalmazása, amely akadályozta volna egy fixhíd építését. 2—6. ábra.

Ez a munka félévvel ezelőtt készült s a porcellángyökereknél a csontos alap nélküli gingiva propria most is ugyanazon a helyen van, ahol a fogak eltávolítása előtt volt. Ellenben a bal kettes helyén jelentékeny szöveti atrofia állapítható meg, mert a műfog és a gingiva között kb. 3 mm-nyi hézag keletkezett. A sínrendszer szájba helyezésénél ez természetesen nem volt, akkor a műfog szorosan ráfeküdt a gingivára. *Ez a jelenség talán a legszemléltetőbben bizonyítja azt a megállapításomat, hogy a porcellángyökerek helyes technikával történő alkalmazásánál sem az alveolaris atrofia, sem a gingivalis retrakció nem következik be, hanem az anatómiai viszonyok rögzülnek.*

Betegemnél a mechanikai, illetve a fixátiós probléma — tekintve a pillérfogak nagy számát és kedvező helyzeti elosztásukat — csekélyebb jelentőségű. Azonban a sínrendszer nagy kiterjedése és a pillérfogak paradenciumának megbetegedése itt is szükségessé tették a palatinálívnek az alkalmazását. Az érdekes talán csak az, hogy a jobboldali csavarházat a szokástól eltérően nem egy műfog kramponjai között, vagy két műfog közti területen, hanem a pillérül szolgáló két praemoláris *Spring*-koronája között helyeztem el. Ez csak azáltal vált lehetővé, hogy a szokásos 1.4 mm vastag csavar helyett 1 mm vastagságút alkalmaztam. A pillérfogak nagy száma és jó helyzeti elosztásuk mechanikailag megengedte ennek a gyöngébb teljesítményű csavarnak a felhasználását.

Az elülső fogak pótlásának ezzel az új rendszerével, a paradentózisnak és a sínezésnek a beteg számára oly nagy jelentőséggel bíró kozmetikai problémái megoldást nyerhetnek. Nem kényszerülünk továbbra is orvosi meggyőződésünk ellenére — pusztán a sikeres pótlás akadálya miatt — a funkcionálisan értéktelen, a gócfertőzés szempontjából pedig a szervezet számára komoly veszélyt jelentő elülső fogakat megtartani és sínrendszerbe foglalni. Felfogásom szerint ezzel a rendszerrel nagy lépéssel jutottunk közelebb a biológiás fogpótlás ideáljához.

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ** egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

A paradentózis sebészi kezelése

Írta: dr. ILLYÉS LAJOS.

Nem hálás és nem könnyű feladat a paradentózis gyógyítását rövid előadás keretében taglalni, mert az egyes műtéti eljárások részletes ismertetése javallataival, technikájával és kritikájával együtt messze felülmúlná a rendelkezésre álló keretet. Megkönnyíti azonban feladatunkat az a tény, hogy az utóbbi évek idevonatkozó irodalmában egy-egy régebbi bevált metódus jelentéktelen módosításán kívül újat nem találunk. Ez vagy azt jelenti, hogy a régebbi műtétek a gyakorlatban jól használhatók, vagy azt, hogy várakozáson alul maradnak. Ez utóbbi feltevés mellett szólna az a tény is, hogy a gyakorló fogorvosok oly kevéssé favorizálják a paradentózis sebészi kezelését. A különböző intézetek műtéti naplóiból azonban kiderül, hogy a műtéti eljárások nem mentek feledésbe, hanem az őket megillető helyet foglalják el a statisztikában. Mi az oka tehát, hogy intézetekben működő kollégákon kívül oly kevés híve van a sebészeti beavatkozásoknak? A pacienseknek a műtétekkel szemben érzett ellenállásán kívül nyilván az, hogy a gyakorló kartársaknak nem volt módjukban praktikusan megismerni és értékelni e metódusokat.

Ez a rövid közlemény azt a feladatot tűzte maga elé, hogyha a műtéti technikát nem is, de az operációk lényegét és eredményeit összefoglalva ismertesse.

Mai tudásunk szerint a paradentózis okát *endogén és exogén* faktorokban kell keresni. Küzdelmünk az endogén faktor ellen (a terhességi és klimekteriális paradentózistól eltekintve) mindeddig kevés eredményt mutatott fel. Tehát a rendelkezésre álló eszközeinkkel az exogén foktor ellen kell felkészülni és közvetlenül itt jut fontos szerep a sebészeti gyógymódok szerény, de hatásos sorának.

A sebészeti terápia egyenértékű minden egyéb gyógymóddal, ha megfelelő javallatok mellett alkalmazzuk és így értékes támasza lehet a többi eljárásoknak, ha azok egymagukban nem vezettek megfelelő eredményhez.

A sebészeti beavatkozások az egész organizmusra vagy egyes szervekre áthangoló hatással lehetnek. Minthogy a paradentózisos egyéneknél a paradencium biologiai tekintetben kétségtelenül alacsonyabb értékű, mint egészségeseknél. Anergiás állapotban van és elvesztette vagy világra sem hozta immunitását bizonyos káros, nagyrészt még ismeretlen behatásokkal szemben, azért egy-egy paradentális tasak kikapcsolása vagy a csont lefrézelése már kedvező irányba hangolhatja az egész beteg paradenciumot, annak életfunkcióit fokozhatja és igen gyakran hosszú tartamú gyógyulást hozhat létre. De ha ennyit nem is várunk minden operált esettől, a paciensnek megígérhetjük, hogy a sebészeti és kombinált eljárások segélyével fogainak élettartama jelentékenyen meghosszabbodik.

A paradentózis sebészeti kezelésére gyakorlatban a következő műtétek jöhetnek szóba:

1. *foghúzás,*
2. *tasakcurettage,*
3. *gingivektomia,*
4. *radikális műtét.*

1. Foghúzás.

Legegyszerűbb sebészeti eljárás a fog eltávolítása. Mikor mondunk minden más gyógymódot hiábavalónak? Teljes biztonsággal sohasem! Mindnyájunk praxisában fordultak már elő esetek, amikor csak a paciens határozott kérésére nem nyúltunk fogóhoz és évek multán láttuk viszont a még mindig meglevő fogával. E tapasztalat miatt nehéz jól körülhatárolt indikációs területet felállítani.

Nagy — 3.—4. fokú — atrofia esetén a fogeltávolítást válasszuk műtétül, különösen ha egyéb megbetegedés is van jelen, pl. apexgranuloma.

Fundus atrofiánál, amikor szinte már a gyökércsúcsig terjed körkörösen a csonthiány, szintén felesleges egyéb eljárásokkal kísérleteznünk.

Egyes fogak nagyobbfokú vándorlása, torziója esetén, amikor a fogazat többi része aránylag ép. szintén extraháljunk, főleg ha híddal vagy protézissel akarjuk helyreállítani az artikulációs egyensúlyt.

Nagy paradentális tasakoknál se konzerváljuk a fogakat, elsősorban akkor ne, ha már magában a fogmeder falában is tasakok, öblök, retenciós helyek vannak, mert a fokális infekció kóroktanában elsőrendű jelentőségük van a szájüreg felé zárt, vagy azzal csak szelep módjára kommunikáló körülírt gennygyülemnek.

Tapasztalati tény és a már említett áthangolási elmélettel függ össze az, hogyha egymás mellett lévő paradentózisos fogak közül egyet-kettőt extrahálunk, a többinek az állapota is jelentősen megjavul.

2. Curettage

Kis beavatkozás és megfelelő javallat esetén igen hatásos a tasak kikaparása.

A curettage előtt bizonyos elővizsgálatok szükségesek, mint a tasakmélység meghatározása és röntgen felvétel készítése.

A tasakmélységet paradentometerrel határozzuk meg, melyet könnyűszerrel mi is készíthetünk, ha hajlított fogorvosi szonda végén milliméteres bevágásokat ejtünk. A tasak tapadási vonalán végigvezetve a szondát, pontosan le tudjuk olvasni annak mélységét.

A csont, illetve alveolus állapotát röntgenfelvétellel határozzuk meg. Milyen felvételi eredményt várunk a fotográfiától, ha azt akarjuk, hogy a curettage eredményes legyen?

Ha kisfokú horizontális csontatrofia van jelen, azaz az interdentalis fogmedernyúlvány csúcsán indult meg a felszívódás, a kikaparás eredményes lesz, mert a sarjszövet és egyéb detritus eltávolítása a

paradencium gyulladásos állapotát kedvezően befolyásolja. Ha azonban a felvétel a csont vertikális atrofiáját mutatja, azaz ha a sorvadás a gyökér hossztengelyével párhuzamosan halad, sőt ha már magában a fogmeder falában is retenciós helyek keletkeztek, a műtét nem ad kielégítő eredményt, mert csak a lágyrészelváltozásokra van hatása.

A curettage tehát egyedülálló, nem túl nagy supraalveoláris tasakok megbízható kezelési módja.

Mély tasakok esetében, amikor a fogmeder fala már a gyökércsúcsig felszívódott, a fog eltávolítása mellett alig választhatunk más eljárást, mint a kikaparást, ha a fogat még ideig-óráig meg akarjuk tartani. Ebben az esetben természetesen nem egyenértékű az extraktióval, mert a kóros tasak megmarad, legfeljebb annak elodázását jelenti azáltal, hogy a tasak belső falának és a cementnek felfrissítése által új, a fogat szilárdabban rögzítő sarjszövet keletkezik. Messzire vezetne a műtét technikáját részletesen ismertetni, de felesleges is, mert mindegyik tankönyvben fellelhető. Inkább szeretném a figyelmet olyan szempontokra felhívni, amelyeknek elmulasztása döntően befolyásolhatja a jó műtéti eredményt.

Kikaparás előtt 1—2 nappal tárjuk fel a tasakokat kis jodoformcsík vagy paraffin betömeszelésével, mert csak ily módon válnak láthatóvá a tasakok fenekén szinte láthatatlanul meghúzódó fogkövek, melyeknek maradéktalan eltávolítása biztosítja csak a sikert.

A kis kürettek, kanalak élét oly módon húzzuk végig a tasakok belső falán, hogy a külső falra ujjunkkal ellennyomást gyakoroljunk és ezáltal is védjük az átszakadástól.

A beavatkozás végén alkalmazzunk paraffinos kötést, hogy a zavartalan gyógyulást és fájdalommentességet biztosítsuk.

Az utókezelés, mely éppen olyan fontos beavatkozás, mint maga a műtét, másodnaponkinti edzésből áll. A megszokott edzőszereken (50%-os trichlorecetsavon és 8%-os zinkchloridon) kívül eredményesen használhatjuk a karbolsavat, mégpedig 1—2 alkalommal *ac. carb. liquefact.* formájában, majd utána 10%-os oldatban. A karbolsav használata nagy körültekintést igényel, lévén erős protoplazmaméreg. Előnyét a többi edzőszer felett abban látjuk, hogy vízelvonó, baktericid és érzéstelenítő hatása is van.

Az utókezelés célja részben a visszamaradt, részben a rostonyából ujonnan képződött sarjszövet elroncsolása. Az edzést mindaddig folytatnunk kell, amíg a gyulladásos jelenségek vissza nem fejlődnek és a gingiva ismét halványrózsaszínű, feszes nem lesz.

Gingivektomia.

A gingivektomia a legtöbb sikerrel biztató műtéti eljárás. Sikertelen esetek a helytelen indikáció és a hiányos műtéti technika számlájára irandók. Szájsebészeti osztályon nem láttunk sohasem teljes eredménytelenséget, ha az összes indikációs, műtéti és utókezeléses kautelákat betartottuk. A gingivektomia éppen úgy, mint a tasakkürettage, a mély csontelváltozásokra hatással nincsen, mivel a fog-

medernek olyan mértékű feltárását nem biztosítja, amelynek révén a csontfal mélyebb, disztrofiás részeihez is hozzáférhetnénk. Ez a korlátolt lehetőség adja meg műtéti javallatait. Mikor végzünk tehát gingivektomiát?

A gyulladt, paradentózis marginalis állapotában levő gingiva eltávolítása eredménnyel jár, ha a fogmeder vertikális atrofiát, disztrofiát nem mutat.

Nem túl mély tasakok kimetszése akkor hoz létre gyógyulást, ha a csont legfeljebb az atrofia horizontalis állapotát mutatja. Ha már retenciós helyek vannak az alveolusban, a műtétet az alveolektomia irányába is ki kell terjeszteni.

Atrofia horizontalis totalisnál, ahol a lágyrész és csontsorvadás parallel halad, helytelen lenne operálni, mert itt szinte önmaguktól kínálkoznak a sínezési eljárások.

A műtét lényegét egészen röviden a következőkben jellemezhetjük: Arról a fogcsoportról, melyet operálni szándékozunk, ortoradiális irányú felvételt készítünk, meggyőződni arról, hogy alkalmas-e az esett gingivektomiára. Elvégezzük a szokásos és minden műtétnél elengedhetetlen depurációt. Lokális anaesztéziát alkalmazunk. Tekintve, hogy a tasakokat tapadási vonalig kell kiírtani, kijelöljük a tasakmélységet. Utána vestibulárisan és orálisan a megjelölt helyeken kimetsszük a tasakokat és eltávolítjuk a lemetszett lágyrészeket, majd a sarjszövetet, felrakódásokat kanalakkal, Black-féle exkavatorokkal alaposan kitakarítjuk. A műtéti területen itt is alkalmazzunk védőkötést, hogy részben a sekundär sebfertőzést, részben az utóvérzést megakadályozzuk.

Magától értetődik és csak a teljesség kedvéért említjük meg ismét, hogy itt is csupán a megfelelő utókezelési biztosítja a sikert. A sebvonal edzése gyógyulásig folyamatosan történjék.

Egyesek a műtétet elektromos késsel végzik, amelynek előnye a sterilitás és vértelenség, viszont fokozott körültekintést igényel, mert a csont könnyen koagulációs nekrózist szenvedhet, mely aztán bonyolulttá teszi a gyógyulást.

Gyakran csak műtét közben derül ki, hogy egyes helyeken, noha a fotográfia vagy a szondázó vizsgálat erre vonatkozó adatot nem szolgáltattak, az alveolus falában lágyulások, kavernák vannak. Ilyen esetekben nem elégséges a klasszikus gingivektomia, hanem azt módosítani kell: a disztrófiás helyeken felszabadítani a gingivát, a beteg csontrészt eltávolítani és az ínyszélt megrövidítve, varrattal elzárni az operált területet. A gingivektomiának ez a módosítása adja meg az átmenetet a *Pickerill—Neumann* és mások által is kidolgozott, radikálisnak nevezett műtéti technikához.

Radikális műtét.

Hogy mikor végzünk ú. n. radikális műtétet, azt kizárólag a fogmeder állapota és nem a tasak mélysége határozza meg. Az elv, amelyen az egész műtét felépül, az, hogy a parciális atrófiát, kavernát mutató fogmederfalat olyan nyugalmi állapotba hozzuk, mely a jobbindulatú atrófia horizontális totalis képének felel meg. Egyetlen helyes

sebészi gyógyítása tehát mindazon paradentózis eseteknek, ahol a csont disztrofiája uralja a kórképet. Minden más eljárás felett nagy előnye, hogy a beteg alveolus nyálkahártyájától felszabadítva áll szemünk előtt; annak minden kóros elváltozása, fellágyulása, granulációja jól áttekinthető. Nem kell sötétben operálni, mint a kürettnél és így a legfontosabb sebészi elv, a műtéti terület jó áttekinthetősége, adva van. A *Pickerill—Neumann* műtét technikailag nagyobb körültekintést igényel, mint a többi beavatkozás, de az eredmény rendszerint kielégíti a várakozást. A technikai nehézség nem abszolut értelemben veendő, mindössze azt jelenti, hogy elsajátítása nagyobb gyakorlatot és szájsebészeti meglátást igényel, mint pl. a gingivektomia.

A műtét lefolyása nagyjából a következő: A beteg fogcsoportnak megfelelően vesztibulárisan és orálisan nyálkahártya-csonthártyalebenyt készítünk, a fellágyult beteg alveolusrészeket eltávolítjuk, a gyulladt gingivaszélt lemetsszük oly módon, hogy új árkádok és papillák képzésével utánozzuk az eredeti állapotot és végül interdentális papillavaratal rögzítjük a lebenyeket.

A műtét gerince a fogmeder disztrofiás részeinek eltávolítása. Ez jó látási viszonyok mellett tökéletesen keresztülvihető.

A lebenyek visszafektetésénél legyen gondunk arra, hogy a megrövidült alveolust oly módon fedjük az ugyancsak megrövidített lebennyel, hogy a csonton túlérő nyálkahártyafelesleg ne maradjon, mert akkor az eredeti kóros állapotot állítottuk újra vissza.

A radikális műtét — quo ad paradentosim — kielégítő eredményt ad, noha kozmetikaliag épen úgy, mint a gingivektomia a meghosszabbodott fognyak miatt kozmetikailag kívánnivalót hagy maga után. Hogy ezt mily módon küszöböljük ki, a fogkoronák lecsiszolásával vagy porcellánkoronákkal, azt mindig az adott esetben döntjük el. A fognyak hőhatásokkal szemben fellépő érzékenységét szokásos módon a nem látható helyeken ezüstnitrát ecseteléssel, látható helyeken nátronlúgos glyecrinpaszta bedörzsölésével küszöbölhetjük ki.

A teljesség kedvéért megemlítjük, hogy a műtét legnehezebben keresztülvihető fázisán, a gingiva megrövidítésén és a mesterséges árkád s papilla képzésen *Widmann* úgy segített, hogy még az ínyszél leválasztása előtt szikével elhatárolta a tasakok fenekét, úgy hogy a lebenyek leválasztásánál már önként adódik az újgingivaszél.

Összefoglalás.

A paradentózisnak — ennek az igen elterjedt népbetegségnek — a tüneti gyógyításában a sebészeti eljárásoknak komoly szerepük van. A műtéteket 2 csoportra oszthatjuk fel: lágyrész- és csontműtétekre. A lágyrész-műtéteket (curettage, gingivektomia) akkor alkalmazzuk, ha a tasakok képződése mellett a fogmeder legfeljebb horizontális atrofiát mutat. Radikális csontműtétnek pedig akkor van létjogosultsága ha az alveolus fala már disztrofiás. Hangsúlyozni szeretném még a következőket:

Igen előrehaladott sorvadás esetén, amikor a csont a gyökér api-

kális harmadáig felszívódott vagy éppen már az alveolusba a fog benyomható (3.—4. fokú atrofia) sem a sínező methodusokkal, sem műtéttel jó eredményt nem tudunk elérni. Ilyenkor kizárólag a fog eltávolítása javallt.

Kezdődő, 1.—2. fokú atrófiánál, ha a paradencium gyulladása kisfokú, feltétlenül kíséreljük meg előbb a fogakat sínekkel egy merev rendszerbe foglalni. Ilyenkor ugyanis még annak a lehetősége is fennáll, hogy a kóros mozgás kiiktatása után a gyulladásos jelenségek visszafejlődnek. Ha ez nem következik be, akkor vegyük segítségül a műtéti eljárások közül a megfelelőt.

A fogazat artikulációs egyensúlyának megbomlása miatt keletkezett paradentózis esetek az egyensúly helyreállítása után javulni fognak és a lágyrészlobok itt is önmaguktól eltünhetnek.

És végül a sebészi eljárásoknak önálló szerep akkor jut, ha fogmeder csontos falának akár horizontális, akár vertikális sorvadása vagy disztrofiája még kezdeti stádiumban van, a fogak nem, vagy alig mozognak s a lágyrészgyulladás és tasakképződés dominálja a kórképet.

A fluor kérdésének mai állásáról

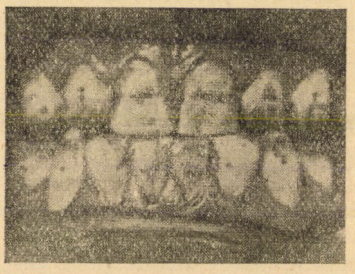
Közli: BUGYI BALÁZS dr., egyetemi tanársegéd.

1867-ben *Rabuteau* kimutatta, hogy a fluor a szervezetre hatást fejt ki, amely véleménye szerint károsító természetű. Azóta a fluor biológiai hatásáról koronként változó érdeklődéssel történik említés, hogy végül is a legújabb amerikai vizsgálatok a fogszúvasodás létrejöttében a szervezet lokális vagy generális fluortartalombeli csökkenésének egyelőre nem ismert mechanizmus révén fontos szerepet tulajdonítsanak. A fluorkérdéssel stomatológiai vonatkozásban külföldi szerzők ezt megelőzően is rendszeresen foglalkoztak, amióta *Gasparini* és *Piergili*, valamint szintén 1916-ban, de tőlük függetlenül *Black* és *McKay* kimutatták, hogy a foltos zománc — mottled enamel — olyan vidékeken jelentkezik, ahol az ivóvíznek a fluortartalma igen magas. Későbbi vizsgálatok során megállapítást nyert, hogy az ivóvíz 5.0—15.0 mg/kg fluortöménysége esetén a foltos zománcnak az előfordulása annyira gyakori, hogy szinte rendszeresnek vehető. 2.7—4.0 mg/kg töménység mellett az elváltozás még mindíg gyakori ugyan, azonban csak enyhén kifejezett a zománc foltos volta. 1.5—2.7 mg/kg koncentrációnál e változás helyenként még előfordul, míg 1.3 mg/kg alatti fluortöménység mellett foltos zománc nem észlelhető *Smith* és *Smith* Arizonában végzett vizsgálatai szerint. *Churchill* és *McCure* ezt megelőzően hasonló eredményekhez jutottak. Stomatológiai tekintetben tehát az lenne a helyzet, hogy az ivóvíznek bizonyos fluor tartalmán felül, amely 1.3 mg/kg-ra tehető, fordul csak elő foltos zománc, míg annak gyakorlatilag szóbajövő gyakoriságú és súlyosságú megjelenésével csak mintegy 2.5—3.0 mg/kg esetén lehet egyébként kedvezőtlen viszonyok között is számolni. Ezzel szemben bizonyos ma még kellően nem ismert fluortartalmon alul már a fogszúvasodás jelentkezik.

A fluornak eszerint az emberi szervezetre gyakorolt biológiai hatásait a szervezetbe jutó fluormennyiségtől függően három csoportra kell osztani:

1. *Nagy mennyiségben* való előfordulása esetén a szervezetre kifejezetten *toxikus hatást gyakorol*. Etekintetben a fluorral történő ipari mérgezések-

nek van gyakorlati jelentősége. Lefolyását illetően a fluormérgezésnek három típusát különböztetjük meg: *a)* a helyi, *b)* az akut resorptiós és *c)* a chronikus intoxicatiót. *a)* A helyi hatás a fluorvegyületeknek kifejezetten maró hatása révén jön létre. Megtámadja a bőrfelületet, gyakran hólyag- és pustulaképződést eredményez. *b)* Heveny mérgezések közül jelentősége van a belégzéses fluormérgezésnek, amely súlyos tüdőelváltozások között vezet halálhoz. *Roholm* feltevése szerint a híres *Maas-Tal*-i tömegszerencsétlenséget fluorpor és fluortartalmú gáz idézte elő a tüdőn át hatva. A resorptiv heveny fluormérgezés hányás, bélgörcsök, tetaniás jelenségek és idegizgalmi állapotok között vezet halálhoz. A fluormérgezés mechanizmusát calciumkicsapásként képzelik el annál is inkább, mert az oxalsavmérgezéssel a legszorosabb hasonlatosságot mutatja. Ennek megfelelően intravénásan adott calcium a beteg állapotának javulását eredményezi. A mérgezés egyébként ritka, bár igen súlyos lefolyású — az eseteknek mintegy a felében halálhoz vezetett. — 1935-ig bezárólag a világirodalomban 112 fluorintoxicatiós eset volt található. *c)* Idősült fluormérgezésnek súlyosabb tünetei: az osteosclerosis, a gerincoszlop fokozott hajlata, a mészlerakódásnak a csontokban tömegesebb, de szabálytalanabban elhelyezett volta, valamint a csontok fínomabb szerkezetében jelentkező fínomszerkezetbeli változások. Ilyen jelenségekkel legfőképpen kryolith-munkásoknál találkozni. *Velu* felfogása szerint ennek *az idősült mérgezésnek* lenne *legkezdetibb* és egyben legenyhébb *tünete a foltos zománc*. Az a körülmény, hogy még néhány évvel ezelőtt a fluornak csupán ezeket a mérgező hatásait ismerték érthető módon mind az ivóvízből, mind egyébirányú a szervezettel érintkezésbe jutó anyagokból, táplálékból stb. a fluort lehetőleg eltávolítani igyekeztek.



2. Amióta megállapítást nyert az a tény — 1916 —, hogy a foltos zománc a fluormérgezés kezdeti, igen érzékeny jeleként értékelendő, állandó vizsgálatok folytak a fluornak ilytermészetű toxicus hatására vonatkozóan. Hazánkban foltos zománcnak sorozatos előfordulására utaló észleleteink nincsenek annak ellenére, hogy ez a kóros jelenség könnyen és megfelelő szakismeret nélkül is felismerhető. Ennek megfelelően az ivóvíz stb. fluor tartalmának az itteni viszonyok mellett nincsen gyakorlati jelentősége. (Kunszt, Kárpáthy, Simon és Belák.)

3. Az újabb amerikai fogorvoskutatók a szervezet fluorhiányára vezetik részben vagy egészben vissza a fog szúvasodásának létrejöttét. Az a tény, hogy a fluor a caries keletkezésében szereplő tejsavképző bacillusokat növekedésükben gátolja, hogy a cukorlebontást kis adagban adva is akadályozza, hogy a fog zománcát alkotó apatit mikrokristályoknak szerkezete a fluor belépése folytán stabilabbá és kevésbbé oldhatóbbá válik, végül, hogy a vér stb. phosphatase tartalma megcsökken, illetve a phosphatase aktivitására gátló hatást fejt ki, a fluornak egyidejűleg számos olyan hatásmódjára utal, ame-

lyek mindegyike akár egymagában is, méginkább egyidejűleg hatva a fog szúvasodását akadályozhatja. Így az amerikai szerzők gyakorlati tapasztalatainak, valamint az elméleti meggondolásoknak megfelelően a szervezet fluortartalombeli megcsökkenése tényleg előidézheti vagy elősegítheti a caries kialakulását. Hazánk egyik legelterjedtebb népbetegsége a fogszúvasodás, melynek egyik, legalábbis preventív vonatkozású gyógyszerét a fluor képezné. Ennek a megismerésnek megfelelően ivóvizeinket egyenesen dúsítani kellene fluort illetően.

Hazai ivóvizeink fluortartalmát *Bodnár és Straub* alapos vizsgálatnak vetették alá és megállapították, hogy azok fluortartalma általában magas. Továbbmenve azt is kimutatták, hogy a budapesti ásványvizek fluortartalma oly nagy, hogy pl. már a Zsigmondy-féle Széchenyi gyógyforrás vize a kritikus concentratiót meg is haladja. Így ezeknek a gyógyforrásoknak a vizét rendszeresen és tömegesen fogyasztva netalán fennforoghat a foltos zománc jelentkezésének a lehetősége. *Hazánkban* azonban ennek ellenére is *ritkaságnak tekinthető a foltos zománc, míg a legelterjedtebb népbetegség a fogszúvasodás, amelynek megelőzésére* az amerikai fogorvosi irodalom jó eredménnyel *a fluor adását javasolja.* Ezért használatos ivóvizeinknek fluorban való dúsítását kívánatosnak kellene megítéljük a jelen viszonyok között. Ennek megfelelően tehát nemcsak, hogy nem ítélhetjük károsként valamely — különösképpen nem állandó fogyasztású gyógyvíznek a viszonylagosan magas fluortartalmát, hanem annak fogyasztását egyenesen propagálandónak hisszük jelen körülményeink között, így *Bodnár* és *Straub* precíz chemiai analizisei a budapesti gyógyvizeknek új és eddig nem értékelt hasznosítható tulajdonságára, a magas fluortartalom miatti cariesprophylaxisban való értékesíthetésére mutatnak rá. *Bodnár* és *Straub* analiziseinek értékét még emeli az a körülmény, hogy megállapításaikat akkor tették, amikor ezzel a gyógyvizeknek az értékét veszélyeztetve látták egyesek és így amidőn ismereteink bővülésével a magas fluortartalmat inkább hasznosnak tekintjük, adataikat mint értékes adalékot kell etekintetben is felhasználni.

Ivóvizeink magas fluortartalma ellenére is hazánkban igen gyakori a fogszúvasodás, amely mintegy eléri az összlakosságnak a 90%-át. Ez a körülmény főképpen a meg nem felelő néptáplálkozási viszonyokban lelheti magyarázatát. Hasonló megállapítást már *Smith, Lantz* és *Smith,* valamint *Koehne* és *Bunting* még a foltos zománccal kapcsolatosan tettek a fluorhatással kapcsolatosan. Megállapításaik szerint minél inkább kiegyensúlyozott táplálkozási étmódunk, a magas fluortartalom annál kevésbbé gyakorol károsító hatást. Feltehető, bár ma még nem bizonyítható, hogy étmódunk nem célirányos volta folytán jön létre a megfelelő fluortartalom ellenére is a fogszúvasodás. Ezek *az adatok is alátámasztják Balogh professzornak azt a felfogását, hogy a fogszúvasodásnak népbetegségkénti jelentkezésében néptáplálkozási hibáink a legfontosabbak.* Ezek mellett a fluor csak másodlagos szerepet játszhat. Mindenesetre hazai viszonyaink mellett fennálló nagy caries-gyakoriság és az ivóvizek viszonylag magas fluortartalma a fogszúvasodás kizárólagos fluortheóriájának bizonytalanságára engednek jogosan következtetni.

Kérem Dr. Úr ne feledje el!
GINGIVITIS, STOMATITIS, PYORRHOEA ALVEOLARIS ELLEN
25 éve kitünően bevált ínykezelő gyógyszer a
BYOSANOL „Theriaka"
Gyártja és forgalomba hozza **Bartha József** okl. gyógyszerész. **Budapest, V., Zoltán-u. 12. Telefon: 329-313**

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A BUDAPESTI STOMATOLOGIAI KLINIKÁN Balogh professzor minden pénteken tudományos ülést rendez. Ezekre az ülésekre a fogászat kitünőségeit és a határterületi szakmák reprezentánsait szokta előadókul felkérni. A gyűléseknek olyan nagy a sikere, hogy a kezdetben gyér számú hallgatóság annyira megsokasodott, hogy az utóbbi időben még a folyosón is szorongott az érdeklődők tömege. Túlnőtte a klinika — sajnos — elég kis tantermének kereteit e tudományos vitaülések iránti érdeklődés, ezért úgy véljük, jó szolgálatot teszünk, ha a közérdekű előadásokat és hozzászólásokat olvasóközönségünk elé visszük.

Elsőnek a fogeredetű gócfertőzés jelentőségét és összefüggését a szervezeti megbetegedésekkel tárgyaljuk öt eredeti közlemény keretében, majd a vita lefolyását ismertetjük.

Az itt következő első közlemény a gócfertőzés belorvosi vonatkozásaival foglalkozik.

A II. sz. belgyógyászati klinika közleménye

A gócfertőzés jelentősége a belgyógyászatban

Irta: DR. FISCHER ANTAL egyet. tanársegéd.

A belgyógyász feladata a gócfertőzéssel kapcsolatban elsősorban abból áll, hogy megállapítsa, melyek azok a betegségek, amelyek gócfertőzésre vezethetők vissza és hogy milyen módon lehet az adott esetben a fertőző gócot felismerni. Az ebbe a kategóriába tartozó kórképeket két csoportba oszthatjuk:

I. Az első csoportba azok a betegségek tartoznak, amelyeknél az elsődleges „góc" és a másodlagos betegség között az összefüggés evidens és kétségbevonhatatlan. Ide tartozik az akut tonzillitiszt követő poliartritisz és endocarditisz reumatika, a glomeruloneritisz akuta és a pielitisz. Ide tartoznak a tonzillogen vagy odontogen eredetű szeptikus folyamatok.

Ezeknek a kórfolyamatoknak az összefüggése kétségbevonhatatlan és éppen ezért igen tanulságos a szóbanforgó gócok szerepét közelebbről megvizsgálni. Az akut reumatizmust megelőző tonzillitiszre két tulajdonság jellemző: a különben ki nem mutatható, *Lancefield* által szerologiásan meghatározott típusú haemolitikus sztreptokokkusok fellépésre, melyek a tonzillitisz lezajlása után újból eltünnek és a lappangási időszak, mely a tonzillitisz és az utóbetegség között fennáll.

Mint ahogy később még meg fogjuk állapítani, sztreptokokkuszokat a reumatizmusnál sem a vérben, sem az izületi folyadékban, sem szövettani metszetekben kimutatni nem lehet, a reumatizmus nem szeptikus állapot, még „*mitigált*" formában sem. A tonzillitisz ennélfogva

még csak nem is *„behatolási kapu"*, legalább nem mikroorganizmusok számára; a szembeszökő hasonlatosságra a skarlattal gyakran rámutattak. Mindebből a tonzilla szerepére az következik, hogy ennek az akut gyulladása ugyan előfeltétele a későbbi reumatizmusnak, ill. vesegyulladásnak, de további szerepe a másodlagos betegségnél nincs és a tonzilla maga a lezajlott gyulladás után semmiféle kóros elváltozást nem kell, hogy mutasson.

Más a helyzet a tonzillogen, ill. dentális szepszisek esetében, amikor helyi tályogokból kerülnek mikroorganizmusok a keringésbe, ahol rendszeresen kimutathatók; a gócok itt mint behatolási kapuk szerepelnek, bár igen gyakran sor kerül a másodlagos ú. n. szepszisgócok keletkezésére, főleg az endokardiumban. Mivel a metasztatikus szervelváltozások is fertőzöttek ,a behatolási kapuk szanálása az eseteknek csak kis százalékában eredményez gyógyulást.

II. A második csoportba azokat a betegségeket sorolhatjuk, amelyeknél az összefüggés a feltételezett góc és a másodlagos betegség között távolról sem evidens, amennyiben a betegséget nem előzte meg klinikailag manifesztálódott gócfertőzés és az utóbbit a betegség folyamán sem tudjuk kétséget kizárólag mint *aktív* gócot megállapítani. Ami az összefüggés feltételezésére vezetett ezeknél a nagyrészt még tisztázatlan aetiologiájú kórképeknél, az elsősorban az első csoportba tartozott betegségekhez való hasonlatosságuk volt; mivel az *akut* reumatizmust tonzillitisz előzi meg, feltételezték, hogy a krónikus izületi gyulladások oka is a tonzillákban keresendő. A gyakorlatban a feltételezett gócfertőzésből következő terápiás eljárások sok esetben tényleg frappáns eredménnyel jártak; nincsen olyan gyakorló orvos, aki ne látott volna messzemenő javulást, vagy gyógyulást tonzillektómia, illetve granulómás fogak extrahálása után. Az eredmények azonban távolról sem mindig ilyen jók és az orvos gyakran kerül abba a kínos helyzetbe, hogy bár betegét meggyógyítani nem tudta, azonfelül még egy fájdalmas és eredménytelen műtétet hajtatott végre vagy megfosztotta még használható fogainak egy részétől is. A fokális infekció elméletének legfanatikusabb hívei is betegeiknek csak egy töredékét voltak képesek meggyógyítani a radikális góceltávolítással. Az orvosi gyakorlat számára tehát feltétlenül szükséges volna olyan kritériumokra, amelyek a góceltávolítás indikációját racionális alapra helyezve, a terápiát biztonságosabbá tennék. Mivel racionális indikációt csak a gócfertőzés patogenezisének ismerete alapján állíthatunk fel, szükségesnek látszik ez utóbbira részletesebben kitérni.

A) A gócfertőzés tanának első stádiumát a *baktériumos teoria* jellemezte. *Paessler, Hunter* és *Billings* a fertőző gócokat, mint zárt gyulladásos területeket (holt tér) fogták fel, melyekből időnként mikroorganizmusok, főleg streptokokkuszok kerülnek a keringésbe és metasztatikus úton idéznek elő másodlagos szervelváltozásokat. Azt a körülményt, hogy rendszerint csak egy szövetcsoport (pl. izületek) betegszik meg, immunizálási folyamatokkal igyekeztek megmagyarázni; a legérdekesebb magyarázat *Rosenow* ismert elektív lokalizációs teóriája volt.

A gócok ezen bakteriális teóriája ellen, mint ismeretes, *Schottmüller* foglalt a legélesebben állást. *Schottmüller* rámutatott arra, hogy a vérbe kerülő baktériumok csak akkor okoznak metasztatikus elváltozásokat, ha a szervezetet egy szepszisgócból a baktériumok elárasztják. Csak *massziv* fertőzés esetében kerül sor szepszisre; a keringésbe kerülő kisszámú csirával a szervezet ellenállóereje könnyen végez.

A kérdés tehát az volt: szepszisnek foghatjuk-e fel azokat a betegségeket, amelyeket gócfertőzésre vezetünk vissza? Errevonatkozólag főleg a reumatizmussal kapcsolatban kiterjedt vizsgálatokat végeztek, melyekre részleteseen nem térek ki, ez annál kevésbbé szükséges, mivel végeredményük azonos saját eredményeinkkel. Mivel a tonzillákban és foggranulomákban egyedül a sztreptokokkust lehet rendszeresen kimutatni, a legtöbb vizsgálat erre a mikroorganizmusra vonatkozott. Sztreptokokkust sem a vérben, sem ízületi izzadmányban kimutatni nem sikerült. A szerologiai vizsgálatok sem adtak pozitív eredményt, tekintve a sztreptokokkusoknál gyakori auto-agglutinaciót és azt a körülményt, hogy egészségesekben is előforduló csírákról lévén szó, antitestek jelenléte normális körülmények között sem feltünő. Az autovakcinák hatása sem olyan frappáns, hogy fajlagosságuk bizonyítva látszanék. Ami végül az állatkísérleteket illeti, úgy saját kísérleteink, mint *Albertini* és *Grumbach* kísérletei bebizonyították, hogy bár a gócokban történő mutációról és konzekutív, elektív lokalizációról szó sem lehet, a sztreptokokkuszoknak feltétlenül *„arthrotrop“* hajlamuk van — a szeptikus artritisz sztreptokokuszfertőzésnél a klinikai patologiában ismert tünet. A döntő kérdés az, hogy a sztreptokokkuszartritisz, amelyet az állatokban előidézünk, mennyiben felel meg a reumatizmus ma már ismert kórszövettani képének. Errevonatkozólag a válasz nem kétséges: a kísérleti sztreptokokkuszartritisz teljeseen megfelel a szepszis kórképének, de *alapvetően különbözik úgy az akut, mint a kronikus reumatizmus szövettani képétől.* Ezen nem lehet sem előzetes immunizálással, sem a fertőzési mód variálásával változtatni; a gócfertőzésnek leginkább megfelelő szubkutan agardepók fertőzése révén is csak szeptikus jellegű artritiszek keletkeztek.

Egy további súlyos érv a gócfertőzés bakteriális felfogása ellen a szulfamidkészítmények, ill. a penicillin hatástalansága a reumás betegségeknél és a diffuz glomerulonefritisznél. Nehezen volna elképzelhető, hogy a gócokból a sztreptokokkuszok ugyan bekerülhetnek a szervezetbe, a gócokba viszont a jóval kisebb molekuláju antibiotikumok se tudjanak bejutni. Ezzel szemben nem kétséges, hogy a bakteriális gócnefritis, ill. szeptikus artritiszek esetében a kemoterápia jól beválik, itt tehát egészen más jellegű megbetegedéssel állunk szemben.

B) Az utolsó másfél évtizedben a gócfertőzés pategenezisében az a felfogás kerekedett felül, amely szerint a gócok nem mint fertőző, hanem mint szenzibilizáló források károsítják a szervezetet és a szekundär megbetegedések nem metasztikus folyamatok, hanem allergiás reakciók a gócokból származó antigénekre. Bármilyenek legyenek is ezek az antigének, a betegség lényege ezek szerint nem az antigén ter-

mészetétől függ — amely lehet p. o. sztreptokokkuszok valamilyen anyagcsere terméke is — hanem a szervezet hiperergiás reakciójától.

A szóbanforgó betegségek eme allergiás teóriájának eredetét a szérumbetegséggel kapcsolatos klinikai megfigyelésekre vezethetjük vissza, melyeket később Bieling megfigyelései is alátámasztani látszottak az immunizálás folyamán fellépő steril artritiszekről. Újabb lendületet vett a kérdés azon modellkísérletekkel kapcsolatosan, amelyek segítségével endokraditiszt *(Siegmund* és *Gerlach)* artritiszt *(Klinge)* és nefritiszt sikerült allergiás úton előidézni. Különösen imponálók voltak *Klinge* és *Vaubel* kísérletei, amelyekben sikerült szenzibilizált állatokon artritiszt nem-fajlagos behatások segítségével (izületek lehütése) előidézni.

Saját vizsgálatainkban sikerült megerősíteni, hogy szenzibilizált állatoknál tényleg sikerül az izületekbe való reinjekció segítségével egy helyi, steril gyulladást, izületi *Arthus*-féle anafilaxiás jelenséget előidézni; általános allergiás kezeléssel vagy az izületek nem-fajlagos károsításával pozitív eredményt nem tudtunk elérni. Ami a nefritiszt illeti, ott is csak az Art. renalisba való reinjekcióval sikerült allergiás elváltozásokat létrehozni. A szóbanforgó betegségek állatkísérleti reprodukálása tehát nem sikerült teljes mértékben, hiszen nem magyarázható meg, hogyan kerül az allergiát kiváltó antigén koncentrált formában a megbetegedett szervekbe. A döntő kérdés azonban itt is a szövettani elváltozások természete: megfelelnek-e a *Klinge* által leírt szövettani képek az emberi patológiából ismert elváltozásoknak?

Amint tudjuk, erről a kérdésről heves vita folyt egyrészt *Klinge* és *Rössle*, másrészt *Aschoff* és *Graeff* között. Míg az előbbiek a hyperergiás gyulladás szövettani elváltozásait az akut reumatizmus specifikus képével azonosnak találják, addig az utóbbiak ezt kétségbevonják és a reumatizmust egy még ismeretlen kórokozó által előidézett specifikus kórfolyamatnak tartják. Nem vagyunk hivatottak, hogy ezt a vitát eldöntsük: némileg szkeptikussá kell, hogy tegyen *Klinge* felfogásával szemben az a körülmény, hogy *Klinge* olyan kórfolyamatoknál is megtalálta az állítólagos „reumás" elváltozásokat, amelyeknél klinikai szempontból nem is gyulladásos, hanem pusztán elhasználáson alapuló degeneratív elváltozásokról van szó. Ami a nefritiszt illeti, úgy az általánosan megerősített *Masugi*-féle kísérleti eljárás segítségével teljesen sikerült reprodukálni a megbetegedés klinikai és kórszövettani képét, ez az eljárás viszont immunizálás által nyert nefrotoxin alkalmazásán alapszik és nem vezethető vissza allergiára a szó szokott értelmében.

Hozzájárul még ezen kísérletek értékeléséhez az a körülmény, hogy újabb amerikai vizsgálatok *(Freund, Leichentritt)* alapján a krónikus reumatizmus (rheumatoid arthritis) kórszövettani képe lényegesen különbözik az akut reumatikus granulomatozistól és ezek az elváltozások, amelyeket a perineuriumban és az izomzatban találtak, lényegesen különböznek úgy a szeptikus, mint az allergiás elváltozásoktól is.

A reumatizmus allergiás patogenezisét más módon is igyekeztek alátámasztani. A különböző antigénekkel — többek között sztrepto-

kokkusz-tozinokkal is — végzett bőroltások tényleg gyakran mutattak reumás betegeknél pozitív reakciót, gyakrabban mint egészséges kontrolloknál. Ez a reakció sem volt azonban eléggé specifikus és inkább azt a felfogást támasztja alá, hogy ennél a betegségcsoportnál egy általános túlérzékenység áll fenn, amely gyakori „parallergiák" formájában is megnyilvánul. A *Veil* által leírt komplementtiter-csökkenés tényleg az anafilaxiás állapot jele volna, de ezt a jelenséget *Veillel* ellentétben csak nagyon ritkán észleltük, mint ahogy a többi, anafilaxiára jellemző laboratóriumi lelet reumás betegeknél rendszerint negatív. A legsúlyosabban esik a latba az eozinofilia hiánya, mely utóbbit sem a szérumbetegségnél, sem a többi, biztosan allergiás jellegű kórképnél nem nélkülözzük soha.

Ha a gócfertőzés patogenezisének eddigi teoriáit áttekintjük, úgy arra a következtetésre kell jutnunk, hogy egyik sem volt képes a gócfertőzés tényét és hatásmódját kielégítő módon bebizonyítani és megmagyarázni. Valószínű, hogy a „reumásnak" tartott folyamatok között akad gócfertőzésen alapuló szeptikus artritisz, amelynél a góc eltávolítása természetesen mindenképpen indikált; az esetek nagy többségében bizonyára nem erről van szó. Az is valószínű, hogy az allergiának valamilyen szerepe van, de az aetológiájuk ezzel még nincs megmagyarázva. Lehetséges, hogy a viruskutatás fog a jövőben fényt deríteni a kérdéses folyamatok eredetére — von *Neergaard* klinikai meggondolások alapján a reumatizmust a virusok által okozott „katarrális" infekciók körébe sorozza. Egyes elszigetelt megfigyeléseken kívül *(Schlesinger)* erre még kísérleti bizonyítékunk nincs.

A kísérleti kutatásnak mai állása tehát nem nyujt bizonyítékokat a fokális infekció jelentőségére, sem nem nyujt segítséget arra nézve, hogy egy adott esetben eldöntsük, hogy van-e aktív fertőző góc a szervezetben, nem is szólva arról, hogy melyik góc a fertőző. Ilyen körülmények között a gócfertőzés értékelésére nem marad más út hátra, mint a következtetés „ex juvantibus". Az irodalomban igen sok statisztikát találunk a „gócszanálás" terápiás eredményeiről. Ezek a statisztikák ellentmondók és nehezen értékelhetők, mivel nagyrészt nem exakt matematikai kiértékelés segítségével történtek és nélkülözik a kezeletlen kontrollokat. Rendszerint az egyes kórképek sincsenek pontosan elkülönítve és nincs megállapítva, hogy a szerzők mit értenek „javulás" alatt. Krónikus jellegű betegségeknél tekintetbe kell venni spontán remissziók lehetőségét és az esetleges javulás sem mindíg jelenti az ätiológiásan felelős góc kiirtását, hanem a műtéti schock ingerhatására is visszavezethető lehet. Ilyen körülmények között többet tanulunk az egyes esetek gondos, kritikai analiziséből, mint nehezen értékelhető statisztikákból.

Mivel, mint láttuk, nem áll módunkban a gócfertőzés fennforgását exakt módon megállapítani, a számba jöhető betegségeket a következő szempontok segítségével válogathatjuk ki. 1. Minden más ätiológiás faktor kizárása: artritiszek esetében eliminálnunk kell tehát a tbc. és a

gonorrea eredetét, pielitisznél esetleges aszcendáló és ginekológiai folyamatokat, iszkiasznál gerinc-folyamatokat stb.

2. Csak olyan kóros folyamatoknál vegyük tekintetbe a gócfertőzés lehetőségét, amelyek klinikai értelemben gyulladásos jellegűek, tehát vagy lázzal, vagy gyorsult süllyedéssel, leukocitózissal, balratolódással járnak. Porcdegeneráción alapuló artropatiáknál teljesen értelmetlen a „gócok" utáni kutatás.

Ezen elvek tekintetbevételével a következő belgyógyászati megbetegedéseknél jöhet szóba a gócfertőzés lehetősége:

poliartritisz reumatika akuta,
endo-myo-et perikarditisz reumatika,
kriptogen eredetű endo- és miokarditiszek,
primär kron. poliartritisz,
hämorrag. nefritisz,
gócnefritisz,
pieletisz,
neuritiszek és burzitiszek.

A felsorolt betegségek egy részénél a góceltávolításnak csak profilaktikus jelentősége lehet, így az akut reumatizmusnál és nepritisznél, ahol recidivákat akarunk a tonzillektómiával megakadályozni. Az eredmény itt sem lesz biztos, hiszen *Graeff* a reumatizmus primäraffektusát nemcsak a tonzillákban, hanem a garat nyálkahártyájának egész területén is kimutatta.

Ha nem a profilaktikus szempont vezet bennünket, úgy céltalan a góc eltávolítása olyan betegségeknél, amelyek már az inaktív stádiumban vannak, tehát deformálással vagy ankilázissal gyógyult, normális süllyedést mutató krónikus poliartritisznél, kifejlett viciumoknál és krónikus nefritisznél hämaturia és cilindruria nélkül.

Mikor és milyen gócokat távolítsunk el? Az eddigiekből következik, hogy semmiféle radikalizmusnak nincs helye. Ismeretlen aetiológiáju betegségekről lévén szó, könnyelműség volna a gócokkal mint esetleges kútforrásokkal nem törődni — annál inkább, mivel, mint a bevezetésben már mondottuk, a góceltávolítás egyes esetekben tényleg használ. Másrészt el kell kerülnünk a beteg károsítását, melynek terápiás haszna nincsen. El fogjuk tehát távolítani a tonzillákat, ha a betegnek gyakran van anginája, ha a betegséget tonzillitisz előzte meg. Ami a dentális gócokat illeti, feltétlenül el fogjuk távolítani azokat a fogakat, amelyeknél klinikailag aktív apikális folyamatok észlelhetők, ha dentális eredetre gyanus limfadenitisz van jelen, ha a fogorvosi vizsgálat aktív folyamat mellett szól. Kétes esetekben valamelyik aktiválási eljárás, p. o. a *Gutzeit*-féle rövidhullámpróba is számba jöhet. Ezen a téren a fogorvos és belgyógyász közötti együttműködésnek tág tere nyílik, mely nem szorítkozhatik a gramulomás fogak szkematikus extrahálására, hanem a beteg általános állapotának tekintetbevételével kell, hogy megvilágítsa a helyes terápiás eljárást.

Dr, A. Fischer: The importance of focal infection in internal medicine (Summary.)

We have to distinguish between the diseases, in which the causative part of a foregoing focal infection is evident, such as tonsillitis and consecutive rheumatic fever or nephritis, and other diseases, in which neither the anamnesis, nor the clinical examination gives a sure argument in favour of the alleged focal origin. In the former diseases, the tonsils serve perhaps only as entrance of the infection and offer later no pathological changes; in the latter diseases, chronic inflammation of the tonsils, dental granuloma etc. are supposed to support the diseases in question. In the first period of the theory of focal infection it was supposed, that streptococci of the foci incidentally enter the blood stream and cause metastatic inflammations in the various organs. The uniformity of the morbid processi was ezplained, by *Rosenow*, through the theory of elective localization. Control ezperiments resulted in the confirmation of the existence of strongly artrophil strains of streptococci, but the existence of an elective localization could not be confirmed. Whatever the modus of infection of the experimental animals may nave-been, the pathological changes were of septic nature and did not resemble the histological changes of human rheumatism or nephritis. The inefficacity of nodern chemotherapy in these conditions is an argument more against the infectious theory. In the last decade, foci have been considered rather as sources of sesnibilization with antigens of various origin and the secondary diseases as hyperergic reaction against these antigens. Specific antibody response has however not been proved in the diseases in question and it is not certain whether experimental hyperergic tissue response is identical with the histological changes seen in human diseases. The lack of eosinophil reaction is a striking point too. In the absence of experimental confirmation, precaution is indicated relating to surgical treatment of alleged foci: the latters should exhibit signs of probable activity. Only in the acute stage of diseases of inflammatory character should surgical treatment of foci be considered and only, when hematological or other signs of active infection are still present.

KÖNYVISMERTETÉS

Sztrilich Pál dr.: *A modern fogorvosi rendelő.* 240 oldal, 300 ábra. Novák kiadás. Ára Ft 48.—.

A stomatológiai klinika kiadványai során rövid időn belül a harmadik könyvet jelenteti meg. *Balogh* professzor legyőzve a tudományos könyvkiadás mai, közismert nehézségeit, utat és ütemet mutat a köznek, hogy miként kell az újjáépítés munkáját értelmezni. Hézagpótló e kötet és a „hézagpótló" szót nem üres fráziskent írom, hanem tényt állapítok meg vele. Tudtommal még a hatalmas angolszász fogászati szakirodalomban sincs hasonló könyv. Hasznát veheti a fiatal kezdő, mikor rendelőjének berendezési problémáit kell megoldania, de profitálhat belőle az idősebb gyakorló is. A fogorvos praxisa folyamán megszokik egy bizonyos munkamenetet és nem is gondol arra, hogy azon időnként változtatni lehetne, sőt kellene.

Pedig gyakran hasznos lenne a változtatás, racionalizálás, mert sok testi és szellemi energiát takarítana meg vele. *Sztrilich dr.* könyvének átolvasása közben biztosan mindenki rájöhet, hogy munkamenete hol hibás, hol lehetne rajta úgy a saját, mint betegei érdekében javítani. És végül nagy haszonnal olvashatják a kezdő és gyakorlott asszisztensnők is. Ők is sok megszívlelésre méltót tanulhatnak belőle, de azért is — és ezt szeretném hangsúlyozni, — mert tudatosítja bennük, hogy a fogorvosi asszisztensnő munkája, ha lélekkel végzi, nem robot, hanem hivatás. Önbecsülésüket, ambiciójukat növeli, ha erre ráeszmélnek és látják, hogy mennyivel szebb és változatosabb a tevékenységi körük, mennyivel több egyéni színt adhatnak munkájukba, mint — a talán irigyelt — irodai alkalmazott, ki egész munkaideje alatt sablonos leveleket másol az írógépen. Ez a könyv legnagyobb érdeme és méltán remélt sikerének kulcsa.

De bíráló szemmel valami hibára is rá kell mutatnom. Hiányolom a könyvből egy-két célszerű beredezésű rendelő alaprajzát, vagy fényképének közlését.

Öröm a jó magyar nyelvhasználat és a könnyed, világos stílus. A könyv kiállítása, képei, nyomása, papírja még békeviszonylatban is kifogástalan.

Méltán tarthat számot a könyv arra, hogy egy fogorvos könyvtárából se hiányozzék.

Dr. Varga István.

LAPSZEMLE

PAEDIATRIA DANUBIANA címmel nemzetközi gyermekgyógyászati folyóirat indult meg. Az új lapnak *Gegesi Kiss Pál* prof. a főszerkesztője. A szerkesztőbizottságban helyet foglaló 19 hazai és külföldi orvoskiválóság biztosítékot adnak, hogy a nemzetközi publicitású lap, az első számhoz hasonlóan, magas színvonalú lesz. Már maga a tény, hogy egy olyan nemzetközi folyóirat indult meg nálunk, melynek szerkesztő-bizottságában képviselve vannak New-Yorktól Leningrádig és Stockholmtól Ankaráig a gyermekgyógyászok legkiválóbbjai, felér a tudomány-diplomáciai síkon kivívott győzelemmel. A folyóirat magyar, orosz, angol, francia és német nyelven közöl eredeti cikkeket. Minden cikk után részletes összefoglalás következik a közlemény nyelvén kívüli négy nyelven. A főszerkesztő beköszöntőjében a derűs életű gyermekről, a derűs életért dolgozó orvosról szól. Jólesik az elmúlt idők harsogó, hamis célkitűzési jelzői után a „derűs" szót hallani.

Az első szám szerzői között szerepel prof. *Debre* (Páris) és prof. *Eckstein* (Ankara) is. Fogorvosi-szájsebészeti szempontból tanulságok levonására alkalmas *György Ede:* „Penicillin hatása antrotomizált csecsemőknél és gyermekeknél" című közleménye. Dobüreggenyedésnél, ha a folyamat ráterjedt a sziklacsontra, a penicillin nem pótolja már a műtétet, de az általános tüneteket kedvezően befolyásolja. Antrotomia esetén a beteg csont eltávolítása után a sebüreget penicillinnel átöblíti, úgyszintén az adituson keresztül a dobüregbe is penicillint fecskendez. A sebüreget per priman egyesíti. A műtét után a penicillint parenterálisan adja; 10.000 egységet a műtét után i. v., három napon keresztül pedig i. m. 120.000—240.000 egységet összesen. A penicillin alkalmazása antrotomiánál a gyógyulási időtartamot megrövidíti, fájdalmatlan utókezelést biztosít és szebb műtéti heget ad.

A folyóirat kitünő papíron, szép kiállításban havonként jelenik meg. Az első szám terjedelme 64 oldal, műnyomópapíron közölt röntgenfelvételeken kívül. *Dr. Huszár György.*

PREVENTIV FOGÁSZAT.

Basil G. Bibby, *Use of Fluorine in the Prevention of Dental Caries.* (Fluor a fogszu megelőzésében.) Dentistry in the U. S. A. 1945.

Járványtani, kémiai tanulmányok és állatkísérletek bizonyítják, hogy a fluornak nagy szerepe van a fogak kárieszmentességében. Amerikában úgy tapasztalták, hogy azokban a helységekben, hol az ivóvíz fluortartalma egymilliomod részénél nagyobb, a gyermekek fogszuvasodásának száma harmadakkora, mint azon helységek gyermekeié, hol az ivóvíz fluortartalma 0,5 milliomod alatt van. Feltűnő, hogy a szuvasodás csökkenése a felső frontfogakon a legnagyobb. — Kárieszellenálló fogak fluortartalma nagyobb, mint a kárieszhajlamosaké. E többlet a zománcban jelentős, a dentinben jelentékeny.

telen. — Állatkísérletekben a patkányok megóvhatók a káriesztől, a per os adagolt fluorral, de a parenterálisan adagolt fluor hatástalan.

A fluor hatásmechanizmusát illetően három lehetőség van: 1. szisztémásan hat a kinőtt és még ki nem nőtt fogakra, 2. a nyálon keresztül hat megváltoztatva annak összetételét, 3. a fogakat direkt úton befolyásolja.

Ad 1. A szisztémás hatás nem lehet jelentős, amit bizonyít az, hogy az egyidőben elmeszesedő egyes és hatos közül az utóbbinak kárieszcsökkenése csak ¼-e a frontfogakénak.

Ad 2. A nyál összetételében különbséget kimutatni fluortartalom szempontjából nem lehetett. Azonkívül felső fogaknál, hol a fluorhatás a legfeltűnőbb, a fogak a nyállal alig érintkeznek, míg alsó molárisoknál, melyek a nyállal sokkal inkább érintkeznek, a kárieszcsökkenés lényegesen kisebb.

Ad 3. A fogzománc foszfátjai direkt úton lekötik az ivóvíz fluorját, miáltal csökken annak savakban való oldhatósága. A fogak mentessége egyenesen arányos a vízzel való érintkezés fokával. Felső elülső fogak az ivóvízzel legintenzívebben érintkeznek az ivás folyamata alatt, míg a molárisokkal való érintkezés felületes. Éppen ezért az ivóvíz fluortartalmának növelésével nem érhetnők el az optimálisan várható eredményt, hanem tekintettel arra, hogy a fluor és a zománc között létrejövő reakció igen gyors, észszerűnek látszott fluortartalmú folyadékot közvetlenül a fogakon alkalmazni.

A *Brockton*-iskolában folytak a kísérletek: két éven keresztül évente háromszor alkalmaztak a fogakra egyezrelékes Natrium fluorid oldatot, mégpedig csak egy állkapocsnegyedben kontrollnak használva a kezeletlen állkapocsnegyedeket. A vizsgálatok a káriesz kifejezett csökkenését észlelték átlagban a 33%-ban a kezeletlen oldallal szemben. Ez a százalék még nem éri el a magas fluortartalmú ivóvizek esetében a frontfogaknál talált 95%-os kárieszcsökkenést, tehát valamely más tökéletesebb helyi alkalmazási módot kell kidolgozni. Lehet, hogy a kezelések számának növelése, ill. módosítása vagy fluortartalmú szájápolószerek alkalmazása hozza meg a kívánt eredményt, esetleg elektroforézis útján sikerül a zománc fluortartalmát emelni. Mindenesetre a fluort olyan szernek kell tekintenünk, amely nagy szerepet fog játszani a káriesz elleni küzdelemben.

Dr. Papp László.

H. Eggers Lura: *Az enzymek jelentősége cariesnél.* Sch. M. f. Z. 1946. évi 1. sz.

A nyál enzymjeire mindmáig kevés figyelmet fordítottak. Noha kb. 10 féle hatású fermentum ismeretes (lipásék, phosphatasék, proteinásék, oxydásék, peroxydásék stb.) az egyetlen amylásén — ptyalinon — kívül alig szerepel más fajta az irodalomban.

A caries kóroktanában a fermentumokról ezideig említés nem történt. Legfeljebb annyiban, hogy a Miller-féle theoria értelmében a tejsavbacillusok enzymjei hydrolizálják a szénhydrátokat és az így keletkezett tejsav a zománc anorganikus phosphorkötéseit oldja.

Az új elmélet értelmében a nyálban sok és erősen aktív phosphatase van. Ez érthető is, mert a nyál phosphortartalma 18 mgr. % a vér 4 mgr. %-val szemben. A phosphor legnagyobb része organikus kötésben van phosphorlipoidok, kreatinphosphorsav, mucin stb. alakjában. Ennek az organikus phosphornak hydrolysisét és syntézisét végzi a phosphatase. Eddig még ismeretlen körülmények folytán a nagyaktivitású phosphatasék a fogzománc anorganikus kötésben levő phosphorjából organikusat syntetizálnak és végső fokon ez vezet carieshez. Ehhez természetesen az is szükéges, hogy a phosphatasék a fogak cariesre hajlamos helyein felhalmozódjanak és ne legyenek egyenletes eloszlásban a nyálban.

Mely tényezők segítik elő a caries prophylaxist?

1. Alapos rágás, hogy a nyál enzymjei a táplálékkal jól elkeveredjenek. Ne maradjon a szájban semmi emésztetlen anyag, mert az enzymeknek jellemző tulajdonságuk, hogy saját reactiótermékeik akadályozzák működésüket (pl. sok phosphor a phosphatasehatást).

2. Éhségérzet nélkül ne együnk, mert a physiologiás éhség kedvezően befolyásolja az enzymtermelést.

3. A sötét hónapokban D. vitamint, a világosakban C. vitamint vigyünk be a szervezetbe. Az enzymek ugyanis nagymolekulájú, de önmagukban inaktív fehérjéből állanak. Ehhez kapcsolódik a kismolekulájú koenzym (az éjjeli pihenés alatt), mely mindig vitamin.

4. Elegendő phosphortartalmú táplálé-

kot vigyünk be a szervezetbe, mert a phosphatase az anorganikus phosphorból organikusat synthetizál, mely nemcsak az összes szervek életfunctióihoz szükségesek, hanem az enzymek molekuláinak felépítésében is nagy jelentőségük van. *Dr. Illyés Lajos.*

SZÁJSEBÉSZET.

E. Emminger: *Zur Kenntniss der malignen Adamantinome.* Z. Stomat. 1946. H. 8. S. 356.

Az állcsontokban kifejlődő típusos adamantinomát eddigi ismereteink szerint általában jóindulatú daganatnak tartottuk. A szerző két érdekes esetet közöl: az egyikben 59 éves férfi jobb állkapcsából eltávolított adamantinoma a rákos elfajulás minden szövettani jelét mutatta. A második esetben 52 éves férfi bal állkapcsának adamantinomája morfológiailag kereksejtes sarcomás elfajulást mutatott. Utal az irodalomban *Heath-Eve* és a magyar *Pertik*, ill. *Krompecher* hasonló eseteire, amelyeknél a rosszindulatúság jeleként a koponyacsontokban és környéki nyirokcsomókban keletkeztek áttétek. A szerző felveti esetei kapcsán azt a lehetőséget, hogy az adamantinoma mellett a száj nyálkahártyájából mélybenyomuló elszarusodó laphámrák, a másodiknál pedig embrionalis kötőszöveti csirokból kiinduló sarcomáról van szó, amelyekre az adamantinoma növekvő embrionális zománcepithelje formatív hatással bírt. Mindkét esetet *Pichler* klinikáján operálták, mégpedig konzervatív módon a tumort csak excochleálták és rádiumbesugárzással folytatták a terapiát. Az első esetben, az eltelt 4 év óta sincs semi recidiva, sem egyéb komplikáció, a második esetben a beteg szívgyengeségben bekövetkezett haláláig, mintegy három hónapig tünetmentes volt. Ezek alapján a szerző csatlakozik *Pichler* felfogásához, hogy a még a hisztológiailag rosszindulatúnak mutatkozó adamantinománál sincs radikális totalis reszekcióra szükség. *Dr. Falussy Ágnes.*

KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT.

George G. Stewart, *Preliminary Report on Penicillin in Root Therapy.* J. of the Amer. Dent. Assoc. Numb. 19. 1946.

Stewart előzetes beszámolónak szánt ismertetésében közli penicillinnel végzett gyökérkezeléseinek eredményét. Az eddig ismeretes publikációk között számszerint ő végezte kísérleteit a legnagyobb beteganyagon. 100 betegnek 112 fogát kezelte, ebből 28 pulpanekrózis, 15 akut periapikális abszcesszus, 55 krónikus periap. abszcesszus, 11 granulóma és 3 pericementális abszcesszus diagnózissal került kezelésbe. Az összes kezelt fogak közül egyetlen egy veszett el, ez egy alsó nagy metsző volt, amelynél az akut gyulladás oly rohamosan terjedt, hogy 4 napi kezelés után a fogat el kellett távolítani. Két esetben a kezelést gyökércsonkolással fejezték be. Ezek közül az egyik fog gyökércsatornájából Gram-negatív bac.-t tenyésztettek ki, a másik fogon egy nagy kiterjedésű granulóma dacolt a penicillin kezeléssel. A penicillint 3-féle higításban használták, oly módon, hogy 1 cm^3 fiziológiás konyhasóoldatban 20-, 40- és 80.000 egységet oldottak. Egy-egy kezeléshez 5—10.000 egységet használtak fel és a legtöbb esetben 2—3 kezelés elegendő volt ahhoz, hogy a végleges gyökértömést — *Grossmann* metódusa szerint — elvégezhessék. Az oldatot előzetesen kitakarított és kiszárított gyökércsatornába enyhe nyomással fecskendezték be. Szerző *Dundy* és *Osterberg* eljárásától eltérően szükségtelennek tartja a penicillin subgingiviális injiciálását a gyökércsúcs tájékán, már csak azért is, mert ez a kellően kitágított gyökércsatornán keresztül is elvégezhető. A subgingiviális befecskendezés fájdalmának csökkentésére a penicillinhez procain oldatot kevertek és tapasztalat szerint ez a penicillin hatását nem befolyásolja károsan. A fogat az egyes ülések között oly módon zárták, hogy a kávumba penicillin oldatba mártott vatát helyeztek, mely hivatva volt a szájüreg felőli fertőződést távoltartani, s erre zinkoxid-eugenol tömést alkalmaztak. Akut periapikális abszcesszus esetében, az akut tünetek lezajlásáig a fogat csak penicillines vattával zárták. A fogat a penicillin nem színesíti el, mert az oldat gyökértömés előtt desztillált vízzel vagy fiziológikus konyhasóoldattal maradéktalanul kimosható. Gyökértömés előtt minden esetben bakteriológiai vizsgálatot végeztek. *Stewart* megfigyelése szerint a tömény penicillinoldat hatékonyabb s a penicillinnel kezelt fogaknál az elpusztult csontszövet regenerációja hamarább következik be mint más kezelések után.

Dr. Halász László.

ODONTOTECHNIKA.

G. Hollenback és W. Skinner: *Arany és aranyfémek térfogatváltozása betétöntésnél.* J. of the Amer. Dent. Ass. 1946. Nr. 21. Pag. 1391.

Betétekhez használt arany és aranyötvözetek, öntésnél mutatkozó térfogatváltozása, legtöbbször zsugorodása, szükségessé tette, hogy az öntési zsugorodást pontosan meghatározzuk. A szerzők errevonatkozó vizsgálataikat közlik és ismertetik azt a műszert, amelylyel a legnagyobb precizitással meg lehet határozni egy fém térfogatváltozását (betét öntésénél).

Price és *Coleman* vizsgálatai alapján a direct mérést alkalmazták. Műszerük lényegében egy *Brown-* és *Sharpe*-féle mikrométerből áll, mely állítható állványon nyugszik. A mikrométer-csavar két vége közé egy kombinált öntőhengert helyeznek. Ez tartalmazza a mérendő fémrúdat, melynek két vége érintkezik a csavarral. Először meghatározzák a nyers rúd hosszát. Ezután az öntőhengert, melyben a rúd rögzítve van elhelyezve, megtöltik beágyazó anyaggal és fél órán át 450 fokon hevítik. Ezután következik a fémrúd megolvasztása oxigénlánggal, ugyancsak a leírt készülék elmozdítása nélkül. Az öntőhenger vízhűtéses búrával van körülvéve, amely biztosítja a fém fokozatos lehülését. Amikor a fém teljesen kihült, beállítják a mikrométer-csavart és elvégzik a második mérést. Ilymódon a fémrúd eredeti hosszúsága és öntés után mért hosszúsága közötti különbözet, az öntési zsugorodás együtthatója. A következőkben ismerteti az arany és aranyötvözetek pontos adatait. Az összes mérések alapjául, egységesen egy olyan hengeralakú rudat választ, melynek hossza 1 inch = 2.54 cm, átmérője 0.22 inch = 0.56 cm. Az arany, hőhatásra, kiterjedési együtthatója és lehüléskor ugyanilyen arányú összehúzódása: a lehülő tömeg egyetlen centiméterére = kb. 0·14 mm, 140 *u*. Ezt az eddig használatos adatot helyettesíti a szerző által meghatározott zsugorodási együttható: 22 karátos fémaranynál: *1.67 + 0.02%*. Ez a szám állandó, melyet nem befolyásol sem az olvasztási hőmérséklet, sem az öntésre használt forma anyaga, ill. minősége.

Aranyötvözetek zsugorodási coeficiense alacsonyabb az aranyénál, még pedig: *1.30 + 0.01%* (az ötvözet atomsúlyszázalékos összetétele = arany = 43, ezüst = 13.7, réz = 21.6, cink = 2.2 és platina = 15.0%). Vizsgálataik alapján kiderül, hogy minél nagyobb a palladium és platina tartalma egy arany ötvözetnek, annál inkább kisebb lesz a zsugorodási együtthatója.

Végre a betét alakjától, azaz felületétől függő differenciákat vizsgálják. Általában az igen kisterjedelmű betét zsugorodási együtthatója alacsonyabb valamivel, az igen nagy felületű, továbbá sarkos és szögletes betét együtthatójánál.

A szerzők végül is egy praktikus tanácsot adnak. Fogtechnikusok számára, arany és aranyötvözet forgalombahozatalánál a zsugorodási együtthatót kellene közölni, az illető anyag további tulajdonságaival együtt. Csak ezen adatok ismeretével lehet a pontos betétet elkészíteni! *Dr. Kovácsy.*

FOGTECHNIKAI KÖZLÖNY címmel a Budapesti Fogtechnikus Ipartestület havonta megjelenő folyóiratot indított meg. A lap mintegy utóda az ostrom előtt megszűnt *Fogtechnikai Szemlének*. A folyóirat első számának előszava azt mondja, hogy a lap híd akar lenni a megrendelőkör és a fogtechnikus között. E helyes szándékot megfelelő szakcikkekkel lehet elérni. A lap különben kis terjedelmű, első számaiban a szakmai, közérdekű és hivatalos híranyag mellett némileg háttérbe szorultak a szakcikkek. A február havi számban azonban örvendetes nivójavulás vehető észre. E számból ki kell emelni *Nagy* Sándor *Porcellángyökeres hidak technikai munkamenete*" c. közleményt. A porcellángyökeres hidak az utolsó években újra az érdeklődés középpontjába kerültek. A fogorvos és fogtechnikus együttműködését igen elősegíti, ha a stomatológus által javasolt egyes, a szokványostól eltérő fogpótlások laboratóriumi megoldását technikus ismerteti kartársaival a szaksajtóban. Ilyen szempontból is jelentőséggel bír *Nagy* Sándor közleménye.

Lapszemlét nem találunk az új lapban, pedig emlékezünk a régi *Fogtechnikai Szemle* e jól vezetett rovatára.

Örömmel olvassuk a lapban, hogy 1946 őszén a Baselban és Bernben rendezett nemzetközi fogtechnikus kongresszuson és kiállításon magyar fogtechnikusok is résztvettek. A magyar fogtechnikusmesterek (Farkas Mihály, Fái László, Gonda

Pál, Götzl György, Kain László, Karácsonyi László, Lajta Ernő, Lakatos Zoltán, Petkov Ferenc, Szilas József, Szemere Miklós) kiállított munkáinak nagy sikeréről számol be a lap.

A Fogtechnikai Közlöny szerkesztője *Szemere Miklós* és *Dénes M. Lajos.*

Itt emlékezünk meg *Weisz Zsigmond* haláláról, aki a Fogtechnikai Szemlének hosszú időn át szerkesztője és a magyar fogtechnikusok szellemi irányítója volt. A fasizmus áldozata lett.

Dr. Huszár György

HIREK

Kötelező a fogászat hallgatása a magyar egyetemeken

„A magyar vallás- és közoktatásügyi minisztertől. 30.534/1947. VI/a. szám. Tárgy: A fogászat kötelező hallgatása. Hivatkozási szám: 885/1946—47. Értesítem a Tanács útján az orvostudományi kart, hogy a Fogászat című tárgy (beleértve a Fogászati műtéttant is) az 1946—47. tanév II. félévétől kezdődőleg a klinikai tárgyakat hallgató orvostanhallgatók részére egy féléven át heti öt órában hallgatásra kötelező tárgyként minősítendő. Budapest, 1947. évi február hó 8-án. A miniszter rendeletéből: Dr. Zsebők Zoltán s. k., miniszteri osztályfőnök. A királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Tanácsának, Budapest.“

A vallás- és közoktatásügyi miniszter az 1946—47. tanév II. félévétől elrendelte az egyetemen a fogászat kötelező tárgyként való hallgatását. Ez a rendelkezés határkövet jelent a magyar fogászat történetében. Jelentőségét és fontosságát mi, a kortársak, talán nem is tudjuk kellően értékelni, mert számos üdvös hatása csak később fog jelentkezni.

A fogak megbetegedései: a caries, a parodontózis és az ezzel kapcsolatos kórfolyamatok a leggyakoribb megbetegedések közé tartoznak. Alig van ember, aki élete folyamán ne igényelne fogászati kezelést. Szükséges tehát, hogy a gyakorló orvos ismerje a fogbetegségek jelentőségét, következményeit és gyógyítását. A gyakorlati élet követelményeihez alkalmazkodik az új rendelkezés akkor, amikor a fogászatot szervesen beilleszti az orvosképzésbe. Jelenti ez a tény annak a szoros kapcsolatnak a felismerését, mely a szervezet és a fogak megbetegedése között fennáll és szükségessé teszi, hogy minden orvos stomatológiai tudással is rendelkezzék.

A háború és a háború utáni idők a közegészségügy kérdéseit az érdeklődés előtérbe állították. A betegségek megelőzése a kezdődő elváltozások korai gyógyítása éppen a fogbetegségeknél éri el a legjobb eredményt, de szükséges ehhez az általános orvos, a hygienikus és a fogorvos szoros együttműködése is.

A fogászat az elmult néhány évtized alatt hatalmas fejlődésen ment át. Köszönhető ez a fejlődés elsősorban azon orvosok munkájának, akik mai tudásunk alapjait megvetették. *Árkövy* hirdette a stomatológia eszméjét, mely szerint a fogászat az orvostudomány integráns része és a budapesti Stomatológiai klinika volt az első, mely az orvosi fakultás keretében a stomatológiát, mint önálló tudományt művelte.

Most ismét a budapesti Stomatológiai klinikáról, *Balogh* professzortól indult ki az a kezdeményezés, hogy az orvostanhallgatók számára a fogászat hallgatása kötelezővé tétessék. Méltán mondhatjuk, hogy ebben a munkában és az elért eredményben *Balogh* professzornak igen jelentős része van, aki a maga személyes varázsával, nagy munkaszeretetével és aktivitásával meg tudta valósítani e nagy feladatot.

Azt az alapot, melyet *Árkövy* épített azzal, hogy a fogászatot hazánkban besorozta az orvostudományok közé, *Balogh* fejlesztette tovább, hogy elismertette a stomatológia tudásának szükségét és ezáltal lehetővé tette, hogy a klinika hármas célját: a gyógyítás és a tudományos kutatás mellett a tanítást tökéletesebben és kiterjedtebben valósíthassa meg. *Sugár László dr.*

FOGORVOSI ÁLLÁS NYILVÁNTARTÁS

A *Fogorvosi Szemle* a jövőben minden fogorvos-szakorvosi állás pályázati hirdetményére a figyelmet fel fogja hívni.

A *Magyar Államvasutak Betegségi Biztosító Intézete* pályázatot hirdet az alábbi fogszakorvosi állásokra:

A budapesti üzletvezetőség területén:

Budapest székhellyel, az Északi főműhelyben rendelő fogszakorvosi állásra.

A pécsi üzletvezetőség területén:

Pécs, Szekszárd és Dombóvár székhellyel fogszakorvosi állásra.

A miskolci üzletvezetőség területén:

Miskolc székhellyel fogszakorvosi állásra.

A szegedi üzletvezetőség területén:

Hódmezővásárhely, Mezőtur, Szentes és Makó székhellyel fogszakorvosi állásra.

A szombathelyi üzletvezetőség területén:

Veszprém és Ajka székhellyel fogszakorvosi állásra.

A pályázatok határideje 1947 március 31. Részletes pályázati feltételeket az *Orvosok Lapja* 1947. 11. sz. közli.

A Fogorvosi Szemle a jövőben minden fogorvos-szakorvosi állás pályázati hirdetményére a figyelmet fel fogja hívni.

A Magyar Államvasutak Betegségi Biztosító Intézete pályázatot hirdet az alábbi fogszakorvosi állásokra:

I. A budapesti üzletvezetőség területén:

Budapest székhellyel, az Északi főművekben rendelő fogszakorvosi állásra.

A pécsi üzletvezetőség területén:

Pécs, Szekszárd és Dombóvár székhellyel fogszakorvosi állásra.

Miskolci üzletvezetőség területén:

Miskolc székhellyel fogszakorvosi állásra.

A szegedi üzletvezetőség területén:

Hódmezővásárhely, Mezőtur, Szentes és Makó fogszakorvosi állásra.

A szombathelyi üzletvezetőség területén:

Veszprém és Ajka székhellyel fogszakorvosi állásra.

A pályázatok határideje 1947 március 31. Részletes pályázati feltételeket az Orvosok Lapja 1947. 11. sz. közli.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelzést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

A M. O. Sz. Sz. 1947 szeptemberében megrendezi az első orvosi nagyhetet. Ennek keretében szakcsoportunk is meg fogja tartani szokásos évi tudományos Nagygyűlését. Ennek különleges ünnepi jelleget kölcsönöz, hogy az idén van Árkövy József halálának 25. évfordulója. Ez alkalommal óhajtunk a stomatológia nagy magyar úttörője emlékének áldozni. Emlékünnepélyünkre meghívjuk a külföld összes fogorvosegyesületeit és reméljük, hogy nagy számmal fognak kongresszusunkon részt venni. Kérjük azokat a kartársakat, kiknek személyes külföldi összeköttetés-

seik vannak, legyenek segítségünkre a szervezésben és lépjenek ez ügyben összeköttetésbe az Elnökséggel.

A Nagygyűlés tudományos programjának összeállításához is hozzáfogtunk. Mindazok, kik előadást óhajtanak tartani, küldjék be június 30-ig előadásuk teljes szövegét a szakcsoport tudományos bizottságához (Nádor-utca 32). Előadási szándékukat azonban ettől függetlenül minél előbb jelentsék be, előadásuk címével együtt.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

Március 27-én d. u. ½7 órakor

Dr. Ferenczy Károly és dr. Gerinczy Alajos: Diathermiás gyökérkezelések.

Április 24-én d. u. ½7 órakor

Dr. Fodor György István: Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok gyulladásos betegségeinek penicillin-kezelésében.

A F. Sz. 1. számában felszólítással fordultunk tagjainkhoz, hogy az 1947. évi tagdíjat: 45 Ft-ot lehetőleg egy összegben fizessék be csekkszámlánkra. Újból kérjük Kartársainkat, tegyenek eleget kérésünknek, mert a Szemle megjelenése a tagsági díjak befizetésétől függ. A Szemlét magunk adjuk ki és így a költségeket előre kell fizetnünk. Kérjük a vidéki szakcsoportok titkárait, gyüjtsék össze a tagdíjakat és fizessék be minél előbb a postatakarékpénztárnál lévő 52.344. sz. számlánkra.

Fogorvosi vándorambulanciák. A Népjóléti Minisztérium a Magyar Nők Demokratikus Szövetségével és az Orvos-Szakszervezettel karöltve 10 mozgó ambulanciát küld szét az országba. Minden csoportban fogorvos-szakorvos is működni fog. Szükség volna vállalkozó fogorvosok jelentkezésére. Jelentkezés: a Szakszervezetben dr. Csákány titkárnál. A jelentkezők teljes ellátást és napidíjat kapnak. Alkalmazott orvosok fizetéses szabadságban részesülnek, mely szabadság nem számít bele a rendes évi szabadságukba. Az első csoport április 15-én indul, április 30-án érkezik, a második csoport május 3-án indul és május 15-én érkezik.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

A Szerkesztőség ezúton is felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már eddig beküldött, vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást mellékeljenek. Ha módjuk van rá, az összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljék. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

Kérjük az olvasókat, hogy tudományos problémáikkal, vagy gyakorlati kérdéseikkel forduljanak a szerkesztőséghez. Kérdéseikre, ha közérdekűek, mindig a lap legközelebbi számában válaszolunk. Magánjellegű kérdésekhez felbélyegzett borítékot kérünk, ha a választ nem a nyilvánosság előtt óhajtják.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közleményekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap színvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára írva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

A szövegrész vége.

Most hagyta el a sajtót! *Egyedülálló nélkülözhetetlen ujdonság!*

A Budapesti Stomatologiai Klinika kiadványai

Igazgató. Dr. BALOGH KÁROLY egyet. tanár

A modern fogorvosi rendelő

Felszerelés Gondozás Segédkezés

Írta:
Dr. Sztrilich Pál
egyet. tanársegéd.

Előszót írta:
Dr. Balogh Károly
egyet. tanár.

Az előszóból: Az új időknek új követelményei közé tartozik, hogy növelnünk kell a meglevő fogorvosi rendelők teljesítőképességét. A fogorvosok munkateljesítményét csak úgy fokozhatjuk, több és jobb munkát csak úgy végezhetünk a munka időtartamának meghosszabbítása nélkül, ha a fogorvosi rendelő felszerelését, berendezését és a segéderők igénybevételét úgy szervezzük meg, hogy az ott végzett munka a racionalizálási kívánalmaknak megfeleljen.

Rövid kivonat a gazdag tartalomból:

A modern fogorvosi rendelő berendezése: Gépek — Butorzat — A rendelő kézi és gépi műszerei — A használatos kötszerek és gyógyszerek — A különleges fogorvosi anyagok — stb. stb.

A modern fogorvosi rendelő gondozása: Tisztaság — Sterilitás — Csíramentesítési és fertőtlenítési módok — Csíramentesítési táblázat — Az eszközök és gépek karbantartása — Egyenesdarab szétszedése és tisztítása — Eszközélesítés — stb. stb.

A modern fogorvosi rendelő jelentős idő- és energia megtakarítása a segédkezés: Segédkezés különféle foka — Tömőanyagok és a lenyomatanyagok előkészítése — Segédkezés műtéteknél és gyakoribb fogorvosi beavatkozásoknál — stb. stb.

A modern fogorvosi rendelő korszerű tudnivalói: Rendszer és rend — Adminisztráció — Röntgenfilmek kidolgozása, eltevése és nyilvántartása — Laboratóriumi tudnivalók — Takarékoskodás anyaggal, idővel és energiával — Időttakarító ügyes fogások — Egészségvédelem a rendelőben — Foglalkozási ártalmak és balesetek elkerülése — Mérés és számítás — Kezelés rendelőn kívül — Dolgozás segítőerő nélkül.

A modern fogorvosi rendelő felszerelésének betűrendes leltára.

A RENDKIVÜL SZÉP KIÁLLÍTÁSÚ KÖNYV — melynek ismert szerzője „Gyakorlati tanácsok és fogások" című műve által szakkörökben általános elismerést nyert — a gyakorló fogorvosnak nagy segítséget jelent. Gyakorló fogorvosok hálával fogadják majd ezen a szakirodalomban valóban hézagpótló művet, melyet mindenkor nagy haszonnal forgathatnak.

A gyönyörű kiállítású mű 240 oldalon, műnyomó papiron nyomva **300 eredeti ábrával** jelent meg és ára csak Ft 48.—

NOVÁK RUDOLF és TÁRSA

orvosi szakkönyvkereskedés és tudományos könyvkiadóvállalat
Budapest, VIII., Baross-u. 21. Telefon: 137—718.

A szállítás legegyszerűbben és legolcsóbban történik, ha a könyv árát 50.489. sz. csekkszámlánk, vagy postautalvány útján a rendeléssel egyidejüleg megkapjuk. A rendelés a csekklapon vagy postautalványon díjmentesen eszközölhető!

NEOMAGNOL-CHINOIN

erélyes és teljesen ártalmatlan fertőtlenítőszer

Gyökkezelésre 1—10% oldatban vagy substantiában.
Szájöblítésre 0·05% oldat (½ tabl. 1 liter vízre.)
Tartalmaz tablettánként 1·0 g Chlorogeniumot.
10 és 50 tabletta.

„LABOR"

Műszaki vezető: **Grausz István**
Uj telefonszámunk: 329-058
Árajánlattal és szaktanáccsal díjmentesen szolgál
SERVICE BEMUTATÓ ELADÁSI IRODA

orvos-
fogorvosi
műszerüzem

Budapest, V.,
Klotild-utca 22.
(a Nyugatinál)

Gyárt: Fogászati röntgen, Unit- és diathermiás készülékeket, könyökkaros villany- és lábhajtásos furógépet, vízvezetékes köpőcsészét, fogorvosi kézi műszereket, berendezési tárgyakat stb., stb.
Vállal: Régi- és sérült rendelők újjáalakítását, dukkozását és nikkelezését, továbbá fogorvosi rendelők komplett berendezését és felszerelését.

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

TELEFON:
226-887

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA
CSENGERI-U. 3

Jól bevezetett privát praxist

esetleg fix állásokkal együtt ***átvenne***, beteg idősebb, vagy kivándorló kollégától Budapesten vagy nagyobb vidéki centrumban, munkaszerető, igen szép felszereléssel rendelkező, jó manualitású leigazolt fogorvos szakorvos. Válaszokat: „Magas lelépést fizetek" jeligére a kiadóba, Közvetítőt díjazok.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 MÁRCIUS XL. ÉVFOLYAM Nº 3. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Prof Balogh Károly: A fogászat közegészségügyi jelentősége és korszerű feladata 65

Dr. Deák László: Egyszerű módszer individuális rágópályával biró fogsorok készítésére 68

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Dr. de Chatel Andor: A dentális gócfertőzés szerepe a mozgásszervi betegségekben . 76

KÜLFÖLDI CIKK:

E. Wilfred Fish: A fogászat jövője 83

KÖNYVISMERTETÉSEK 85

LAPSZEMLE 87

ORIGINALIA: Page

Prof. K. Balogh: The Social Importance and Taks of the Stomatology 65

Dr. L. Deák: Individual Total Prosthesis . . 68

Dr. A. de Chatel: Dental foci and Rheumatism. . 76

BOOK REVIEWS 85

CURRENT LITERATURE 87

BUDAPEST ÁLLAMI ÜGYÉSZSÉGÜNYI ... 1947 ... ÁTVETTE

308

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR

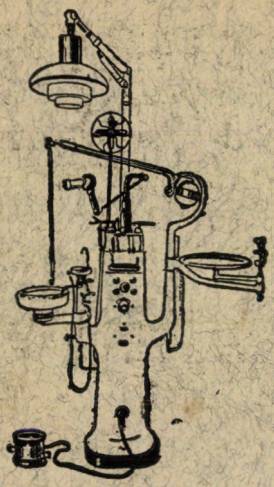
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:

DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Érdemes

ezt az oldalt állandóan figyelemmel kísérni.

E helyen újdonságokat, nehezen beszerezhető műszereket és anyagokat ajánlok.

Második ajánlat:

Unit-készülék
Winter-típusú gyökéremelő
Kis Winter-típusú gyökéremelő
Lecluse gyökéremelő
Ólombetétes sebészi kalapács
Móczár-típusú véső
Kétvégű fémspatula
Nyálszívópipa
új típusú (A nyálkahártyát nem szívja fel)
Amalgámvívő-pisztoly
tökéletesített kivitelben
Kaucsukmaró
Higanyadagoló csavaros, galalitból

Különböző típusú diathermiás készülékek kedvező fizetési feltételekkel.



Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934



Fogorvosi Szemle különlenyomat árai:		
	25 pld.	50 péld.
2 oldal	Ft 38·—	Ft 45·—
4 „	„ 68·—	„ 84·—
6 „	„ 106·—	„ 130·—
8 „	„ 128·—	„ 153·—
10 „	„ 168·—	„ 199·—
3% forg. adó, számlabélyeg.		

Herkules
(volt TOLDI)
fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules
(VOLT TOLDI)
fogtechnikai laboratórium
Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.
Laboratóriumvezető: VOGL EDE
(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 március hó *No. 3. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A fogászat közegészségügyi jelentősége és korszerű feladata

Írta: Prof. BALOGH KÁROLY.

A közösség egészségével — a közegészségüggyel — foglalkozó szakemberek általában oly kérdések iránt érdeklődnek — mint pl. a fertőző betegségek, ipari, foglalkozási, iskolai, higiéniai ártalmak —, amelyek a népesség kisebb-nagyobb csoportjának egészségét veszélyeztetik. Működése és hatásköre szerint a közegészségügy profilaktikus tevékenységet végez, tehát nem gyógyítást. A közegészségügy érdeklődési köre nem elhatárolt, mert állandóan bővíthető az egészség tökéletesebb védelme érdekében.

Hogy a fogászat mindezideig oly kevéssé építette ki kapcsolatait a közegészségüggyel, annak oka a fogorvostársadalomban keresendő. Első sorban azért, mert a fogászat mint szaktudomány nem tudta, vagy nem tartotta érdemesnek a fog- és szájbetegségek elleni védekezést — prevenciót — sem módszertani, sem hatástani szempontból intézményesen megteremteni. A kollektív felelősségen kívül kisebb fokú mulasztás, vagy legalábbis közöny terheli az egyes fogorvost is, mert minden erejét a gyógyító tevékenységre összpontosítja, teljesen megfeledkezve a profilaktikus működésről.

A közegészségügy szakemberei — a higienikusok — nagy örömmel fogadják és várják a kezdeményező tanácsokat, kívánságokat a fogászat részéről is, hogy az áldatlan technikus-kérdésen kívül pozitív kapcsolatokat építhessenek ki. Kétségtelen, hogy kapcsolatunk a közegészségüggyel oly mértékben fog kiépülni, amily mértékben a preventív fogászat terén eredményeket tudunk elérni.

A fogászat közegészségügyi jelentőségét nagymértékben emeli az, hogy számszerint és személyre vonatkoztatva a legelterjedtebb népbetegséggel, a fogszúvasodással foglalkozik. Amikor a *Közegészségügyi Tanács* és a *Népjóléti Minisztérium* a fogszúvasodást népbetegségnek nyilvánította, valójában egy szomorú tényt ismert el, — amit mi szakemberek régen tudtunk — hogy hazánkban a lakósság kb. 90%-a fogszúvasodásban szenved. Ez gyakorlatilag azt is jelenti, hogy míg sok ember leélheti életét anélkül, hogy belgyógyászra, sebészre, urologusra, stb.-re reászorulna, addig fogorvosra minden embernek előbb, vagy utóbb szüksége van.

A közegészségügy a fogászat jelentőségét az iskolafogászat megteremtésével ismerte fel. Az iskolafogászatok további fejlesztése a köz-

vetlen egészségügyi szempontokon felül a legcélszerűbb propaganda volna a fogászat népszerűsítésére. De a fogorvosok társadalmi megbecsülésén kívül nagy lehetőséget nyujtanak sok fogorvos elhelyezkedésére is.

Igen fontos kérdése a közegészségügynek a néptáplálkozás a fogszuvasodás szempontjából. A kárieszkutatásnak egyik feladata éppen az, hogy népünk hiányos és célszerűtlen táplálkozását pontosan megmegismerve, megállapítsa a magyar tájviszonyok szerint megvalósítható táplálkozási követelményeket, normákat.

A szuvasodásnak következményeképpen előálló kórtani, de munkaegészségügyi, közgazdasági és az arc harmóniájának esztétikai vonatkozásai is érdeklik a közegészségügyet.

Közvetlenebbül érdekli a közegészségügyet az ipari munkásság, de a falusi lakosság fogászati ellátása is. E téren a jószándékú kezdeményezéseken kívül alig történt valami.

Az *Országos Közegészségügyi Intézetben* megtartott előadásommal kapcsolatban kívánatosnak tartottam a fogászat közegészségügyi jelentőségén kívül annak korszerű feladatait is megismertetni az összegyült tisztiorvosokkal.

Az alábbiakban ismertetem feladataink csoportosítását, amire azért is szükség van, hogy a fogorvostársadalomban tudatossá váljék mindaz, aminek szolgálata és megvalósítása köz- és magánérdekünk.

I. *Oktatásügy:*
   - *a)* orvostanhallgatók tanítása,
   - *b)* szakorvosképzés,
   - *c)* szakorvostovábbképzés,
   - *d)* gyakorló orvosok részére fogászati alapismeretek tanítása,
   - *e)* külföldi csereorvosakció,
   - *f)* fogtechnikus tanoncok oktatása,
   - *g)* fogtechnikus segédek és mesterek továbbképzése,
   - *h)* asszisztensnők kiképzése és továbbképzése.

II. *Közegészségügyi:*
   1. profilaxis (az összes tejfogak megjelenéséig, kb. 2 éves korig):
      - *a)* terhesség alatt,
      - *b)* szoptatáskor,
      - *c)* csecsemőkori táplálkozás;
   2. prevenció (2 éves kortól):
      - *a)* rágástanítás,
      - *b)* helyes táplálkozás,
      - *c)* fog- és szájápolás,
      - *d)* félévenkinti ellenőrzés,
      - *e)* fogszabályozás,
      - *f)* szisztémás fogkezelés;
   3. gyógyítás:
      - *a)* iskolafogászat,
      - *b)* társadalombiztosító intézetek fogászata,
      - *c)* kórházak fogászati rendelése,
      - *d)* iparegészségügyi fogászat.

e) katonai fogászat,
f) dispanzer fogászat,
g) háborús arc- és állcsontsérültek fogászati ellátása,
h) vándorfogászat,
i) magánfogorvosi rendelés.

III. *Szaktudományi:*

a) káriesz-parodentózis kutatás,
b) fogpótlástani kutatómunka,
c) határterületek tudományos művelése a szakma haladása és a túlzott specializálódás megakadályozása érdekében,
d) normák kidolgozása a fogászat minden területén, a minőségi munka elérése érdekében és a kidolgozott normák alkalmazása szociális rendeléseken.

IV. *Szakmapolitikai:*

a) gazdasági és jóléti ügyek,
b) a fogorvos társadalmi feladatai,
c) fogtechnikuskérdés: 1. laboratóriumi munka. 2. kuruzslás,
d) fogorvosi anyagellátás: 1. fogászati anyagok olcsóbb előállítása, 2. fogászati anyagvizsgáló állomás felállítása.

V. *Fogászati propaganda:*

felvilágosítás, tömegnevelés *(save our teeth)*, korai öregedés és a foghiány.

VI. *Organizáció:*

Vallás- és közoktatásügyi Minisztérium — Népjóléti Minisztérium — Egyetemek.

V é g r e h a j t ó s z e r v e k: Klinikák, Országos Közegészségügyi Intézet, Betegbiztosítók, a Szakszervezet Fogorvosi Szakcsoportja.

A fogászat korszerű feladatai, mint látjuk, igen bőségesek. Nem szabad megriadnunk azonban e feladatok vállalásától, mert ezeknek feltétlenül meg is tudunk felelni, ha egyénenként vállaljuk szakmánk letagadhatatlan előnyei mellett azokat a kötelezettségeket is, amelyek bizonyos áldozatot kívánnak. Némelykor ez az áldozat csak annyi, amennyi az önműveléshez és továbbképzéshez szükséges a tudományos kiadványok elolvasása által. Máskor gyárakban, iskolákban, munkástelepeken, tanyákon falvakban kell felvilágosító munkát végezni annak bizonyítására, hogy a dolgozó társadalom egészségügyi és fogászati ügyeit önzetlenül is szolgálni kívánjuk. Ezenkívül azonban tudatában kell lennünk annak is, hogy a falvaknak és kisebb városoknak is szükségük van jól képzett fogorvosokra. Nagyobb városi központokból lehet irányítani, de kivitelezni, közvetlenül gyógyítani, vagy felvilágosító munkát végezni csak a helyszínen lehet.

Az egészség jelentőségéről sem egységes a vélemény. A dolgozók társadalmában az egészség a munkaképességnek és a közérzetnek a tükre. Munkaképességünk a kenyeret, közérzetünk pedig a kenyér elfogyasztásához szükséges jó érzást szolgáltatja. Ennek a jóérzésnek sok zavaró körülménye lehet, testi, lelki vonatkozásban egyaránt.

Sajátos, hogy az egészségről, mint az élet legharmónikusabb megnyilvánulásáról nekünk orvosoknak sem egységes a véleményünk. Ennek talán az a magyarázata, hogy többet tanultunk és tudunk a betegségről, mint az egészségről, ezért ismereteink a betegség fogalmi köréhez kapcsolódnak. Érdekes az is, hogy az egészség értékelésében bizonyos egyéni szempontok beállítottságok is érvényesülnek és gyakran tapasztaljuk, hogy némelykor, aminthogy helytelenül ítéljük meg egyes foglalkozások előnyeit és hátrányait, ugyanúgy eltúlozzuk, vagy lekicsinyeljük egyes szervünknek, vagy testrészünknek a jelentőségét is. Megszoktuk azt is, hogy figyelmünk főképpen azokra az okokra, illetve körülményekre van beállítva, amelyekre tanulmányaink során különösen felhívták a figyelmünket. Így lehetetlen észre nem venni az egyes orvosi szakok bizonyos hierarchiáját, miértis az ú. n. nagyszakmák reprezentálói rossz szemmel nézték az ú. n. kisszakmák egyenrangosító törekvéseit. Bizonyos, hogy a multból ránkhagyott alacsonyrendűségi érzésektől, előítéletektől és gátlásoktól meg kell szabadulnunk, és tudatossá kell váljon az, hogy a legtöbb szakembert foglalkoztató szakmának mi fogorvosok vagyunk a reprezentánsai.

Ne higyje azonban senki, hogy az ismertetett feladatok önmaguktól megoldódnak. Azt sem szabad feltételezni, hogy egyes lelkes vezetők munkája a fogorvostársadalom részére biztosítani fogja a társadalom megbecsülését és a nyugodt megélhetést. Nem, erről szó sem lehet. Minden fogorvosnak vállalnia kell valamilyen szerepet és kötelezettséget, mert sikert csak így fogunk elérni.

Budapest, VIII., Mária-utca 52.

Egyszerű módszer individuális rágópályával biró fogsorok készítésére

Írta: Dr. DEÁK LÁSZLÓ.

A fogorvoslásban éppúgy, mint az általános orvostudományban mind jobban tért hódít ma már a biológiai irányzat. Ez a fogorvosi protetikában arra késztet bennünket, hogy oly fogpótlásokat készítsünk betegeinknek, amelyek a biológiai szempontokat a lehetőséghez képest figyelembe veszik. A legnehezebben sikerülhet ez, termszetszerüleg, a nem fix protéziseknél, az úgynevezett lemezes fogpótlásoknál. Ez utóbbiak vagy részlegesek, vagy teljesek. A részleges lemezes fogpótlásokat különböző kapcsok segítségével aránylag jól el tudjuk horgonyozni, tehát az esetleges artikulációs hiba nem válik mindjárt szembeötlővé. Nehezebb már a helyzet a teljes lemezes fogpótlásoknál és talán a legnehezebb, teljes alsó és felső lemezes fogpótlások esetén. Itt az artikuláció figyelmen kívül hagyása a fogsorokat működésre teljesen alkalmatlanná teheti.

A fogorvosi tudomány régi törekvése ennélfogva, oly készülék szerkesztése, mellyel a laboratóriumban nemcsak a fogaknak a szájban való nyugalmi helyzete, az úgynevezett okkluzió, hanem a fogak működ-

dés alatti helyzetváltozása, az úgynevezett artikuláció is figyelembevehető legyen. A sok bosszúság forrása, amit egy különben jól okkludáló protézis okoz, majdnem mindig az, hogy a fogsorok felállításánál az artikulációs helyzeteket figyelmen kívül hagytuk. Igy a harmonikusan együtt dolgozni nem tudó alsó és felső fogsor egymást nem segíti, sőt zavarja, ami természetesen avval jár, hogy vagy a felső protézis esik le, vagy az alsó esik ki. Az úgynevezett „becsiszolással" — ami tudvalevőleg abból áll, hogy indigópapír-csíkot rágatunk a beteggel és a kékkel megjelzett pontokat lecsiszoljuk — próbálunk ilyenkor, több kevesebb sikerrel, a bajon segíteni. Mennyivel kellemesebb tudat azonban számunkra az, hogy a magunkat és betegeinket fárasztó és mindkét félre nézve kellemetlen utáncsiszolásra semmi szükség nem lesz, ha olyan protéziseket tudunk készíteni, amelyeknél az artikulációt már eleve figyelembevettük.

E cél elérésére konstruált készülékek az artikulátorok és a rágópályavivők (Kaubahnträger), amelyeknek célja az artikulációt figyelembe vevő műfogsorok felállításának lehetővé tétele. Nevezett készülékek ezen céljukat azonban csak akkor érik el, ha betegeink individuális rágópályáját rögzíthetjük velük és rajtuk az állkapocs egyéni mozgásai utánozhatók.

Az nem vitás, hogy az állkapocs által leírt pálya, vagyis másképpen az állkapocs kondiluszainak az izvápában történő mozgásai éppoly egyéniek, mnt az egyéb öntudatlanul végzett mozgások. *Wustrow* nagyon találóan a végtagok mozgásaival hasonlítja össze az állkapocs mozgásait. a lábak mozgása azaz a járás, a kéz mozgása, például a kézírás oly egyéni sajátossága mindenkinek, melyet a mozgási izmok több ivadékon át öröklött innervációja pontosan megszab és körülír. Az ismerős járást, az ismerős kézírást rögtön felismerjük.

Az állkapocs a nyugalmi helyzetéből, vagyis a centrális okkluzióból kiindulva különböző mozgásokat végezhet:

1. Az állkapocs süllyed, majd eredeti helyzetébe tér vissza. Ez a mozgás a száj nyitásakor és csukásakor történik.

2. Az állkapocs nyugalmi helyzetéből előre csúszik és visszatér, ez az előreharapás v. propulzió.

3. Egyes egyének állkapcsa a centrális okkluzióból elcsúszhat kissé hátrafelé és visszatér ismét előre a nyugalmihelyzetbe, ez a hátraharapás, vagy retropulzió. Az állkapocs e mozgása ritkán jön létre, mert mindig megerőltető izommunkát kíván. Normális körülmények között nem is következik be. Tudni kell azonban létezéséről, mert oka lehet egyebek között a centrális okkluzió hibás felvételének.

4. Elmozdulhat az állkapocs nyugalmi helyzetéből jobbra vagy balra, tehát oldal felé, ez az úgynevezett laterális okkluzió. Akadnak betegek, akik nyitott harapásuk miatt állkapcsukat a nyugalmi helyzetben a centrális okkluzió helyett a laterális okkluzióba állítják be. Ehhez járul még, hogy a laterális okkluziónál az állkapocs nem is csupán oldalirányú, vagyis tranzverzális mozgást végez, hanem ez mindig össze van kapcsolva kisebb-nagyobb fokú propulzióval, tehát az állkapocs két irányban is kitér a nyugalmi helyzetéből.

Az állkapocs leírt négy fajta főmozgása a rágás mechanizmusában egyformán szerepet játszik.

Az állkapocs mozgásait utánozni vélő apparátusokat *Wustrow* szerint három csoportba oszthatjuk:

1. Okkludátorok, ezek az emberi állkapocs sok mozgása közül csak a vertikális irányú elmozdulást, tehát a száj nyitását és csukását, csuklóizület körül utánozzák. Ezek egyáltalán nem felelnek meg a célnak, hisz az emberi állkapocs szabad izület lévén mozgásai, amint fent leírtuk a legváltozatosabbak. Annak ellenére, hogy ezeknek már régen el kellett volna tünniök a gyakorlatból, azt látjuk, hogy a legtöbben még ma is ilyen okkludátorokkal dolgoznak. Ezeknek a legegyszerűbb alakja az ú. n. „drótokkludátor".

2. Artikulátorok, melyek az állkapocs összes mozgásait utánozni akarják, e célból segítségül veszik a kondiluszok és az állkapocs szimfizispontjának mozgása által leírt pályát.

Az artikulátorok egy része középértékkel dolgozik, abból a legelőször *Balters* által hangoztatott álláspontból indulva ki, hogy egy fog nélküli állkapocsnak az individuális rágópályája is megszünik. Az egyéni rágópályát tehát a fogak szabnák meg, melyek elvesztésével, amaz is veszendőbe menne. Tovább folytatva e következtetést, elegendő, ha az anatómiailag elvégezhető mozgásokat az artikulátorban utánozni tudjuk, tekintet nélkül a illető egyéni rágópályájára. Az állkapocs majd alkalmazkodni fog úgyis a fogakhoz, illetve a fogak által rákényszerített pályához.

Ennek azonban ellentmondanak a *Wustrow* klinikán végzett vizsgálatok, amelyek bebizonyították, hogy a fog nélküli állkapocs mozgásai is egyéniek, mert különböző időben felvéve is mindig ugyanazok. Ennélfogva tökéletes eredményt a középértékkel dolgozó artikulátorokkal nem érhetünk el. Ebbe a csoportba tartoznak egyébként a *Balters*-, *Gritmann*-, *Bonvill*-féle artikulátorok, *Gysi* simplex artikulátora és még mások.

Az artikulátorok másik csoportja már nem elégszik meg középértékekkel, hanem individuális beállítással dolgozik. Ezeknek két főtípusa a *Gysi—Trubyte*- és a *Schröder—Rumpel*-féle artikulátorok.

Ezek leírása nem tartozik cikkem keretébe, csak meg akarom jegyezni, hogy ha fenti szerzők utasításait a legpontosabban is követjük, akkor sem tudjuk a kondilusz pályát pontosan leraizolni. Gysi a kondilusz pálya kezdetének átlagos hajlását, míg *Schröder—Rumpel* e pálya kezdeti és végi része közötti összekötő vonalat használja fel. Amint látható, ezeknek az artikulátoroknak megbízhatóságához is szó fér. Ettől eltekintve is eme artikulátorok használata oly körülményes, beszerzésük oly drága, hogy már ezért is kevés fogorvosnak lesz türelme és módja velük dolgozni.

3. Rágópályavivők (Kaubahnträgerek), melyek az artikulátorokkal ellentétben nem a kondiluszok pályáit, hanem kizárólag az állkapocs fogmedri nyúlványának mozgásait akarják utánozni. A rágómozgásokat intraorálisan veszik fel.

A rágópályavivők ismét felosztathatók 2, 3 és 4 vezetőponttal bírókra. Megint *Wustrow* kísérleteire kell utalnom, aki bebizonvította, hogy nemcsak a 2, de a 3 vezetőponttal bíró rágópálya vivő, amilyen pl.

a *Fehr* v. *Eichentropf*-féle sem megbízható, mivel mellékmozgásokat végezhet. Hogy ezen mellékmozgások, amelyek zavarólag hathatnak, kiküszöbölhetők legyenek 4 vezetőpontra van szükségünk. Ilyen 4 vezetőponttal bir a *Wustrow*-féle, melynek előnyeit a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Individuális rágópályával dolgozik, tehát az állkapocs egyéni sajátos mozgásai a legmesszebbmenően figyelembevételnek, ami a jó funkciónak egyik feltétele.

2. A harapási próba kétszer vétetik. A másodiknál, ahol a páciens nemcsak harap de rág is, az elfáradás miatt még az esetben is, ha az állkapocs kezdetben kényszerhelyzetben volt, a helyes beállítás, a centrális okkluzió okvetlenül bekövetkezik, tehát a „harapás" nem lehet rossz. Ha első alkalommal rossz volt, a rágóharapás igénybevételével a rágópályavivőbe gipszelt modellek helyzete korrigálható.

3. Az előírt módszerrel dolgozva a kész protézist a rágópályavivőbe visszahelyezhetjük és így a laboratóriumi munka ellenőrizhető.

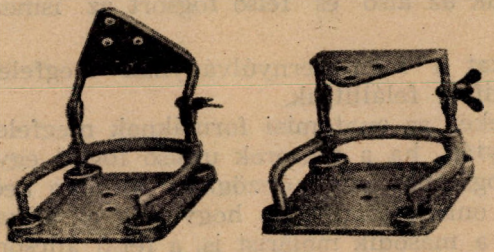
4. A kész protézisek minden utáncsiszolás nélkül jól funkcionálnak.

5. A fogpróba elesik és ezáltal szükséges ülések száma nem több, mintha egyszerű okkludátorral dolgoztunk volna.

További előnyei: a kezelés egyszerűsége, ami által bárki a vele való dolgozást félóra alatt elsajátíthatja és a készülék olcsó ára, ami a könnyű beszerzést is lehetővé teszi.

Az apparátus áll egy alsó és egy felső részből, melyek egymástól elemelhetők. Az alsó rész egy négyszögletes fémlemez, melynek mind a négy sarkában egy-egy csészealakúra kiképzett rész van, a közepén egy köldökalakú behúzódással, a *Schlamp* által megadott okkluziós pontokkal. A felső rész egy előrefelé nyitott, tehát csak három oldalt bezáró horizontális ív, amelynek négy lába a csészék köldökalakú behúzódásaiba illik. A horizontális ívből két fémszár nyúlik felfelé. Ezek egy háromszögalakú fémlemezt hordanak. A fémlemez a tranzverzális tengely körül csukló ízületben elforgatható, ezáltal a készülék, mint egyszerű okkludátor is használható. Az alsó fémlapon és a felső háromszögalakú lemezen lyukak vannak, melyek a gipszmodellek megerősítésére szolgálnak. (1. ábra.)

Azzal a megjegyzéssel, hogy a rágópályavivő éppoly jól használható parciális protézisek, valamint csak egy fogsor elkészítésére, — oly esetben, amikor a másik fogsor meg van, vagy a beteg saját fogai állnak



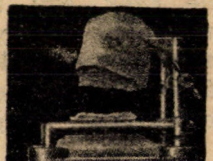
1. ábra. A Wustrow-féle rágópályavivő a képen félig nyitott és zárt állapotban is látható.

még —, az eljárás kevésbbé egyszerű voltánál fogva egy totális alsó és felső protézis elkészítését fogjuk vázolni.

A felső és alsó állkapocsról készített lenyomatok — esetleg funkciós lenyomatok — után az ismert módon harapási próbát veszünk. A helyes harapás elérésére, vagyis arra, hogy a beteg az állkapcsát ilyenkor tényleg a nyugalmi helyzetbe állítsa be, sokféle fogást ajánlottak és mindenki az ízlésének megfelelőt használhatja. Bizonyosnak lenni affelől, hogy a beteg tényleg jól harapott-e, már egy második kérdés. Ennek megállapítására *Green* roppant egyszerű fogást ajánlott. Ez abban áll, hogy hüvelyk és középső ujunkkal a musculus temporális elülső nyalábjait kitapintjuk. Ez mindkét oldalt erősen de egyenlően kidagad, ha az állkapocs a centrális okkluzióban van. Baloldali laterális okkluzióban csak a bal, míg jobboldali laterális okkluzióban csak a jobboldali izomnyalábok összehúzódását érezzük. Előre harapásban egyiket sem

A harapási próbánál megállapított harapási magasság alapján összeállított két giszmodellt most behelyezzük a rágópályavivőbe, még pedig oly módon, hogy először az alsó modellt gipszeljük be, azután a modell és a felső fémlemez között fennmaradó teret gipsszel kitöltve a felső modellt erősítjük meg.

A következő lépés, hogy az alsó rész csészéit valailyen plasztikus lenyomat-anyaggal pl. *Kerr*-masszával töltjük is, ezután az egész alsó részt egy melegvízzel telt edénybe mártjuk, amíg a massza ott megpuhul. Most kivéve az alsó részt a plasztikussá tett lenyomatanyagba nyomjuk a felső rész lábait, ügyelve arra, hogy ezek csúcsa a csészék köldökalakú behúzódásaiba kerüljenek. Ezután hagyjuk a masszát kihülni. Most a harapási sablont kivéve előttünk van az állcsontokról készített két modell az okkluziós helyzetnek megfelelően. (2. ábra.)



2. ábra. A két gipsz-modell a harapási sablonok eltávolítása után, a centrális okkluziónak megfelelő állásban.

Az eljárás további menete még mindig megegyezik azzal az eljárással, amellyel egy egyszerű okkludátoron dolgoznánk. Felállítjuk és készre modelláljuk az alsó és felső fogsort az ismert elvek szerint, vagyis

1. a fogakat a fogmedernyúlványnak megfelelően, tehát nem attól befelé v. kifelé felállítjuk,

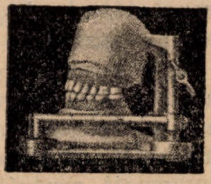
2. a fogíveket az anatómiai formáknak megfelelően kell kiképeznünk, minek folytán, ha a fogsorok utolsó fogait egy egyenessel összekötjük a felső fogsorban egy hétszög, az alsóban pedig ötszög alakul ki. A különbség onnan származik, hogy míg az állkapocsban a premoláris érintő eléri a második molárist is, a felső állcsontban a premoláris érintők elől képzeletben meghosszabbítva metszik egymást, a moláris érintők pedig párhuzamosan haladnak.

3. Ki kell képeznünk a kompenzációs görbéket. Ezek egyike a *Spee*-féle görbe, melynek legmélyebb pontja tudvalevőleg az alsó első moláris. Célja a fogsorok szagittális irányban egymástól való elmozdulását lehetővé tenni, tehát propulzió és esetleg retropopulzió. A másik görbe frontális irányban halad és egy aláfelé domború ívet alkotva, lehetővé teszi a rágófogak táján a fogak egymáson való elmozdulását az állkapocs oldal kilengésénél. Ezen utóbbi görbe megfelelő kiképzése után a molárisok rágó síkja kívülről felülről befelé és lefelé halad.

A teljesség kedvéért még megjegyzem azt is, hogy a felső metszőfogak alsó széle kis szájnyitás mellett, tehát mikor az ajkak minimális távolságban vannak egymástól, másfél-két milliméterrel kell, hogy meghaladja a felső ajak alsó szélét. Ezt a vonalat a harapás vételekor a harapási sablonon egy vízszintessel megjelöljük. Ez egyben a rágósík magassága is. A felső szemfogak helyét úgy kapjuk meg, hogy a pupilláris vonalat a nazolabiális vonal felezési pontján átvezetve, a fogsor irányában meghosszabbítjuk. Ahol ez a felső fogsort metszi, ott van a felső szemfog helye. Ezt természetesen szintén a harapási sablonon jelöljük meg. A többi fogak azután ehhez igazodnak.

Fontos még, hogy a fogak színét és alakját se hagyjuk figyelmenkívül, mert a műfogsor az arccal csak így harmonizálhat. A szín a szivárványhártya színe és a kor után, az alak pedig az arckontur szerint igazodik. Az arckonturt úgy kapjuk meg, hogy a két szemöldök ívet és az álcsúcsot összekötjük. *Williams* e szerint 3 főtipust különböztet meg: a négyszögletes, a háromszögletes és az ovális arctípust.

Mindezeket azért tartottuk szükségesnek megemlíteni, bár ezek általános és nem speciális irányelvek, mert aki ezeket figyelmenkívül hagyná, a rágópályavivővel sem tud jó fogsort készíteni. (3. ábra).



3. ábra. A készre modellált alsó és felső fogsor a rágópályavivőben.

A fogsorok felállítása közben a felső részt az alsó résztől csuklóizületben elmozdítva, úgy dolgozhatunk a készülékkel, mint egy egyszerű okkludátorral. Ez a laboratóriumi munka szempontjából fontos.

Az eljárás idáig meg is egyezett az okkludátornál használatos eljárással. Innen kezdve azonban a munka menete más lesz.

A viaszba felállított alsó protézist a modellről eltávolítjuk, sellakból egy bázis-lemezt készítünk, melyet a modellra teszünk. Ebbe most jobbról és balról a premolárisok tájékán egy szagittálisan meghajlított pléhlemez kerül (lovas), melyet felmelegítve a sellaklemezbe süllyesztünk és olymódon erősítünk meg, hogy a centrális okluzió alatt a felső fogsor ezt a lovast érintse. A lovas célja, amint most már látható, az, hogy a harapási magasságot, melyet a harapási sablon által megállapítottunk, fixálja. (4. ábra)



4. ábra. Az alsó protézist eltávolítottuk a modellről, ennek helyét egy sellakból készített bázislemez a két kis lovassal foglalja el, melyek a harapási magasságot rögzítik.

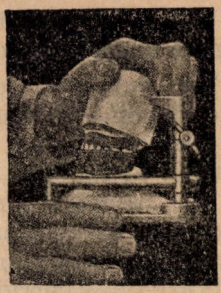
A továbbiakban a készre modellált felső fogsort is eltávolítjuk a modellről, azt készre vulkanizáltatjuk és kidolgoztatjuk.

Itt most a következőket kell közbeszúrnunk: a modellek megtartása, a rágópályavívőben csak úgy lehetséges, ha az úgynevezett cseppentési metódussal (Tropfmethode) dolgozunk. Ennek lényege az, hogy a modellokra a viaszlemezt nem rányomjuk, hanem a viaszt rácseppentgetjük. Eljárhatunk úgy is, hogy a megolvasztott viaszt ecsettel felkenjük, természetesen előzőleg a modellokat jól beolajozzuk. Az ily módon nyert viaszlemez, illetőleg viaszprotézis azután a modellről nehézség nélkül leemelhető és beágyazható. A leemelt viaszprotézist a világosság felé tartva, rögtön szembetűnik az a hely, ahol a lemez túlvastag, vagy túlvékony, amin azután még tetszés szerint változtathatunk.

Ezen metódus nagy előnye abban rejlik, hogy ily módon a modellok a rágópályavívőbe gipszelve maradhatnak és a kész protéziseket oda visszahelyezve, ellenőrizhetjük, hogy a vulkanizálás alatt egyes fogak nem tolódtak-e el helyükről.

A vulkanizált és kidolgozott kész felső protézis azután visszakerül a készülékben lévő modellre, és ott viasszal vagy gipsszel megerősítjük. Az előbb készített alsó sellakbázist ugyancsak visszahelyezve, mindenekelőtt konstatáljuk, hogy a helyzet nem változott-e. Ha nem, utóbbira oly magas viaszsáncot építünk, mely valamivel túl ér a lovasokon. Ezután a kész felső protézist és a felpuhított alsó rágási sablont a paciens szájába téve, felszólítjuk, hogy rágjon erőteljesen, vagyis csináljon úgy, mintha a viaszt szét akarná rágni. 5—6 percnyi rágás után a beteg rágóizmai elfáradnak és állkapcsa akaratlanul is a nyugalmi helyzetbe, az úgynevezett centrális okkluzióba állítódik be. Ha tehát az első harapási próbán a paciens rosszul harapott, úgy ez alkalommal a hiba korrigálható. 5—6 percnyi rágás után azonban a beteg állkapcsával az általa megszokott összes mozgásokat is elvégezte és így rágási pályáit a puha viaszba berágta. Az előbb említett lovasok ezen művelet alatt azt a célt szolgálták, hogy a beteg az általunk már helyesnek meghatározott rágási síknál mélyebben ne haraphasson. A két lovas előbb leírt elhelyezési módja ugyanis megakadályozza az állkapocsnak a kívántnál nagyobb mértékben való közeledését az állkapocshoz.

A rágási pálya felvétele után a kész protézist és a rágási sablont újra visszahelyezzük a modellekre. A rágópályavívő alsó részének csészéibe tett masszát, az alsó rész melegvízbe való állításával, ismét plasztikussá tesszük. Ezután a felső protézist a rágási sablonba berágott úton óvatosan végigvezetjük, miközben a felső rész lábai a plasztikus masszá-



5. ábra. A rágási sablonra felvett rágópályák átvitele a rágópályavivőre. A felső rész mozgatása által annak lábai csészékben levő lágy, plasztikus masszába a rágópályákat beírják.

ban szükségszerűen ugyanezen utat írják be. Arra természetesen vigyáznunk kell, hogy a fogak a rágási pályával, illetve az azt közvetítő viaszsablonnal állandó érintkezésben legyenek és sagittális irányban egy vertikális tengely körül mozogjanak. (5. ábra.)

Ha a plasztikus massza megkeményedett, a rágási sablont eltávolítjuk, mert most már bármikor módunkban lesz a két modellt egymással szemben úgy elmozdítani, ahogy az alsó és felső állcsont ezt a valóságban teszi.

Az alsó rágási sablon helyébe most már a viaszba felállított alsó protézis kerül. A két fogsort egymással szemben a plasztikus masszába rögzített individuális rágási pálya szerint elmozdítva vizsgáljuk most, hogy az artikuláció milyen, illetve a fogak hol ütköznek egymásba. A szükséges változtatásokat a még viaszba ágyazott fogakon könnyen eszközölhetjük és ha szükségesnek látszik, az ütközőpontokat lecsiszolhatjuk.

Azután az alsó protézist is vulkanizáljuk. A két kész protézist még egyszer visszavisszük a készülékbe, újólag megvizsgáljuk, hogy vajjon a munka alatt eltolódás nem következett-e be. Ha mindent rendbenlévőnek találunk, úgy a kész alsó és felső protézist átadhatjuk páciensünknek anélkül, hogy azon most már további változtatást, értve alatta becsiszolást, eszközölnünk kellene.

Befejezésül fel szeretném még a figyelmet hívni arra, hogy az OTI-nál és egyéb biztosító intézeteknél, ahol protézisek tucatszám készülnek, milyen fontos volna az itt ismertetett módszer bevezetése, és ez még csak különösebb anyagi megterhelést sem jelent, mert hiszen a munkamódszer átállítása után csupán a fent leírt készülék néhány darabjának beszerzésén múlik. Ez az anyagi megterhelés is sokszorosan visszatérülne, a rossz fogsorok megjavítására fordított és ily módon felszabaduló, számot tevő munkaidőben.

IRODALOM:

1. *Göpfert:* Weitere Versuche darüber, ob es individuelle Bewegungsbahnen des menschlichen Unterkiefers gibt und diese auch bei zahnlosen Individuen zu verschiedenen Zeiten immer dieselben sind. Zahnärtzl. Rdsch. 1930. 45.

2. *Flatow:* Ist zur Erlangung einer individuellen Kondylenbahnbewegung im Kaubahnträger eine Vierpunktführung unverlässlich? Zahnärtzl. Rdsch. 1929. 11.

3. *Wustrow:* Die Plattenprothese, Handbuch der Zahnheilkunde. 1929.

Dr. L. Deák. Simple system for constructing prosthesises having an individual chewing-road.

The author is dealing the question, how one can follow the biological tendency — which extends its influence to all branches of medicine — at the construction of total prosthesises. Based on the fact that the movements of the jaw are individual, he concludes that total prosthesises should not be made but by taking into consideration the individual articulation. For this purpose we must have an apparatus in the laboratory by which the individual movements of the jaw can be imitated, Such apparats are those carrying the chewing-road, named „Kaubahnträger" and the articulators which can imitate the individual movements. The use of these last ones is very complicated, on other hand their price is high, so that they are seldom used. The first ones are not always sufficient either, only those having four leading points, the „Kaubahnträger" constructed by *Wustrow*. By the help of this we can obtain good prosthesises, because: 1. It works with an individual chewing-road. 2. At the registering of the chewing-road the central occlusion — the false registering of which causes many troubles — certainly will succeed, in consequence of the circumstance, that the jaw muscles become tired. 3. Working according to the prescriptions, the prosthesis functions well, without any later grinding. Its further advantages are: the simplicity of managing and its low price. The author describes in details how to work with the „Kaubahnträger". He finally emphasizes, how important the introduction of this apparatus would be at the institutions of social insurance — where prosthesises are made in large numbers — in order to meet better the necessities of the patients.

Budapest, VII., Erzsébet-krt. 28.

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A dentalis gócfertőzés szerepe a mozgásszervi betegségekben

Irta: Dr. DE CHATEL ANDOR.
Budapest Székesfőváros Gyógyfürdői és Gyógyforrásai igazgató főorvosa.

Bennünket reumatológusokat fogorvos kollégáinkkal közösen az a kérdés szokott foglalkoztatni, hogy adott esetben reumás betegünk, kinek granulomás, vagy tályogos foga van, számíthat-e rá, hogy dentális gócának kigyógyítása után panaszai megszűnnek.

A kérdés eldöntése két tényezőtől függ: egyrészt attól, hogy az illetőnek milyen mozgásszervi betegsége van, másrészt, hogy beteg foga vagy más, fogakkal összefüggő betegsége valóban tekinthető-e gócnak? Ez utóbbinak eldöntése elsősorban a fogorvosra tartozik, míg az első kérdésben a döntés a reumaorvosra marad. Hogy e téren egyöntetű állásfoglalásra jussunk és ellentétbe ne kerüljünk, célszerű egymást kölcsönösen tájékoztatnunk.

Feladatom tehát a mozgásszervi betegségeknek a rövid vázlatát adni abból a szempontból, ahogy bennünket közösen érdekel.

Amikor a góckérdésben állást foglalunk, erre két támpontunk van: 1. a gócfertőzés patogenezisének elméletei, 2. a gócok konzervatív kigyógyítással vagy kiírtással elért klinikai eredmények. Mindkét téren számos érvvel és ellenérvvel találkozunk. Több kórtani elméletet ismerünk, melyek nem állanak elég szilárd kísérleti és tapasztalati alapokon, és szerzői nagyon sokszor eltávolodtak a betegágytól. Még nincs eldöntve, hogy azoknak van-e igazuk, akik ismert, vagy ismeretlen virus által okozott specifikus infekciónak tulajdonítják a reumás kórképeket, vagy pedig azoknak a szerzőknek, akik a szervezet speciálisan megváltozott hiperergiás reakciójának tekintik a reumatizmust. Mindkét tábor hívei között akadnak, akik elméletüket teljesen bizonyítva látják.

Ugyanígy ellentétesek a gócszanálással elért klinikai eredmények is. Az elmúlt 10 évben Németországban elfoglalt radikális álláspont után a legújabban amerikai szerzők által végzett statisztikai vizsgálatok eredményei teljesen megrendítették a fokális fertőzés létalapját. Ennyi ellentmondás közepette tehát ítéletünk konkrét esetben ma még távolról sem lehet teljesen objektiv, hanem messzemenőleg individuális, sőt intuaitiv.

*

A mozgásszervi megbetegedések etiológiájában mai tudásunk szerint a következő tényezők szerepelnek:

1. Mechanikus trauma, akár krónikus, akár akut formában, ideszámítva a túlerőltetést és a statikus rendellenességek következményeit is.

2. Klimatikus behatások, lakásvizsonyok, hideg, nedvesség, átfázás.

3. Konstituciós adottságok, ideszámítva belső szekréciós rendellenességeket, anyagcserezavarokat is.

4. Fertőzés, mely lehet ismert kórokozó által okozott (dizentéria, skarlát, tbc, luesz stb.), az esetek túlnyomó többségében azonban fokális fertőzés.

A felsorolt tényezők közül elvileg egymagában egy is elég ahhoz, hogy megbetegedést idézzen elő. Tehát van tisztán traumás vagy fertőzéses artritisz, burzitisz, tendovaginitisz. Az esetek túlnyomó többségében azonban több kórok van jelen, más és más képet hozva létre, aszerint, hogy az egyes tényezők milyen mértékben szerepelnek. *Van Breemen* igen szemléltetően egy kör kisebb-nagyobb szektoraiba osztja be a kórokokat jelentőségük szerint.

Klinikailag többé-kevésbbé élesen elkülöníthetők egymástól a gyulladásos és degenerativ kórképek. Előbbiekhez tartoznak az akut és krónikus poliartritiszek és monartritiszek, bizonyos tendovaginitiszek és burzitiszek szerepelnek. Utóbbi csoportba soroljuk a degenerativ, tehát porckopáson alapuló megbetegedéseket, az artrózisokat. A kettő elkülönítése a klinikai kép és a vérsejtsüllyedés viselkedése alapján legtöbbször könnyű. Azonban vannak kombinált esetek, mikor a gyulladás degenerált izületben lép fel; másrészt minden súlyosabb izületi gyulladás a porcnak olyan pusztulásához vezet, mely a későbbiekben anatómiailag megfelel a primer degenerativ elváltozásnak. Ezeken kívül a mozgásszervi betegségeknek van egy serege, mely egyik csoporthoz sem sorolható, miután nem állanak fenn kórbonctani értelemben vett gyulladásos jelenségek és degenerativ elváltozások sem. Ilyen pl. a mindennapos

izomreuma, továbbá a neuralgiák. Hangsúlyoznom kell azonban, hogy csak a ma vizsgálati eszközökkel nem mutathatók ki kórszövettani elváltozások, ami nem jelenti azt, hogy ilyenek egyáltalában nem állanak fenn.

A következőkben megkísérlem a mozgásszervi betegségek tömegéből azokat a kórképeket kiragadni, melyek gyakoriságuknál fogva bennünket legjobban érdekelnek a góckérdés megvitatása szempontjából.

Akut poliartritisz. Ennek etiológiájában a gócfertőzés a legáltalánosabban elfogadott és *Graeff* monografiájában szereplő egyik esetében az akut poliartritiszt éppen gennyes fogfertőzésre tudta visszavezetni. Annak ellenére, hogy nagy statisztikák szerint az eseteknek csak mintegy 20%-ában szokott a fertőző gócok eltávolítása a beteg számára gyógyulást és hasznot jelenteni, azt hiszem Magyarországon nem fogunk olyan orvost találni, aki ilyen betegnek gennyes, vagy granulomás fogát el ne távolítaná. Hogy adott esetben a rezekció elegendő-e, vagy talán jobb is, mint az extrakció, azt nem akarom megvitatni, mert saját tapasztalataim e téren nem meggyőzőek. Az akut poliartritiszekre tehát elmondhatjuk, hogy a dentális gócok kigyógyításának indikációja abszolut megvan. Kérdés csak az, hogy mikor történjék. Ma azon az állásponton vagyunk, hogy igyekszünk ugyan bevárni az izületi gyulladások aktiv szakának lezajlását, a góckiirtást azonban mégis minél előbb elvégezzük, mert sokszor tapasztalhatjuk, hogy éppen a góc jelenléte akadályozza a folyamat teljes megnyugvását.

Krónikus poliartritisz. Szokás megkülönböztetni a primer és szekunder krónikus poliartritiszt. Az első láz nélkül, vagy csekély hőemelkedéssel kezdődik és szinte észrevétlenül kúszik egyik izületről a másikra, jellemzően a kézujjakon szimetrikus, orsószerű duzzanatokkal, később ulnaris deviációkkal. A szekunder poliartritisz viszont lezajlott akut lázas poliartritisz maradványaként lokalizálódik egyes izületekben, azoknak kontraktúráját, deformitását eredményezve. Gócfertőzés szempontjából az akut poliartritiszhez hasonlóan abszolut indikáltnak tekintjük a fókuszok kigyógyítását, úgy hogy alig találkozunk olyan beteggel, aki tonzillektomián, fogextrakciókon még át nem esett volna. Az eredmény néha igen meggyőző, de a primer krónikus formánál legtöbb esetben teljesen elmarad, vagy csak időleges. Éppen ezért Amerikában, ahol 20 év előtt nagyon radikálisan jártak el, ma tartózkodóak, különösen a sokezres beteganyagon végzett statisztikai vizsgálatok után. Magam részéről azon a nézeten vagyok, hogy nem lehet fertőző gócot bent hagyni olyan szervezetben, amely éveken belül állandóan fennálló és progrediáló gyulladásos folyamatok áldozata. Az indikáció tehát itt is abszolut fenn áll.

Degenerativ izületi megbetegedések. Klinikailag középkorú, főleg elhízott nők idült térdfájásai és csípőfájdalmai tartoznak ide. A betegeknek az a panaszuk, hogy hosszabb ülés után nehezen állnak fel, nehezen indulnak meg, fájdalmaik és nyomás érzékenységük a térdek belső kondilusza felett a legkifejezettebbek és lépcsőnjáráskor erősen fokozódnak. Lázuk nincs, vérsejtsüllyedésük normális és fájdalmaik súlyosbodását rendesen valamilyen traumára, túlerőltetésre vezetik vissza.

Artrózisok esetében a dentális gócok jelentősége legtöbbször kérdéses és statisztikai adatok szerint is kis %-ban mutatható csak ki. Tagadhatatlan azonban, hogy egyes esetekben kétséget kizáróan szerepet játszik, éppen a góckiírtással elért eredmények tanusága szerint. Nagyon meg kell fontolnunk, hogy mit cselekedjünk, különösen, ha a gyanus fogak fontos hidak pilléreit képezik. Az indikáció ezekben az esetekben tehát semmiesetre sem abszolut, azonban véleményem szerint elhúzódó és a szokásos belgyógyászi és fizikális kezelésekre nem javuló betegeken a dentális gócok kiírtását mégis csak keresztül kell vinni, még akkor is, ha ennek kilátásai csak néhány %-ban jók. Nehezen fogja ugyanis úgy a reumatológos, mint a fogorvos vállalni, hogy az általa hosszú hónapokon át konzervatíve eredménytelenül kezelt beteg más orvoshoz fordulva, annak kezében radikális megoldással egycsapásra gyógyuljon. Döntésünket tehát el kell halasztanunk arra az időpontra, amikor a beteg gondos kezelés és megfigyelés után arra a meggyőződésre jutunk, hogy a beteg fogak mégis csak kórokként kell, hogy szerepeljenek. Előfordulhat, hogy tévedünk, de azt hiszem, kötelességünknek teszünk eleget, amikor ezt a tévedést magunkra vállaljuk, még ha ez a betegnek egy költséges hídpillérjébe is kerül.

A degenerativ izületi megbetegedések, tehát artrozisok csoportjába tartoznak a csigolyák ilyen természetű elváltozásai is, melyet *spondilozis*-nak nevezünk. Klinikailag hátfájásban, derékfájásban nyilvánulnak, valamint nyaki és kar neuralgiáknak képezhetik alapját, amennyiben a csigolyaközti porcok elkeskenyedése és a csigolyatestek csőrképződése idegkompressziókhoz vezet, a *„foramina intervertebralia"* beszűkülése folytán. A gyakorló orvos ilyen esetekben többnyire izomreuma, vagy neuralgia diagnózisát állítja föl és nem mindig van módja Röntgenfelvételek segítségével utána nézni, hogy milyen a csigolyák képe. Sokan vitatják a spondilózis etiológiai jelentőségét, tekintve, hogy *idősebb korban* (negyven év fölött) a porcok kisebb-nagyobb degenerativ elváltozása *fiziológiás*, de éppen ezért kell foglalkoznunk azzal a kérdéssel, hogy e mechanikus ok fennállása mellett *mi az a tényező, ami a nyugvó*, panaszokat nem okozó, *spondilózisból izomreumát, vagy neuralgiát vált ki*. Megint visszatérek *Van Breemen* állítására, mely szerint a traumának, lehülésnek, túlerőltetésnek kóroki szerepe után kell kutatnunk, de nem utolsó sorban a gócfertőzést is számításba kell vennünk.

További igen gyakori megbetegedés a *„periarthritis humeroscapularis"*, vagyis a vállak fájdalmas megmerevedése, mozgási korlátozottsága. Az akut kórkép rendesen *„bursitis acromialis"*, vagyis *„bursitis subdeltoidea"* következménye, a krónikus, sokszor egészen megmagyarázhatatlanul fejlődik ki, főleg középkorú nőknél és férfiaknál. A belső sekréciós zavaroknak és traumának, hűlésnek jelentőségét sok esetben megtaláljuk az anamnézisben, de sokszor hiába kutatunk utána. Ilyenkor kezdünk a gócok után kérdezősködni és miután középkorú egyénekről van szó, dentalis gócot nem ritkán fogunk találni. A fogfertőzés jelentőségének elbírálása ismét nehéz. Nagyon hiányzik a provokációs eljárások (rövidhullám) tökéletes kidolgozása. Kérdés tehát ismét, hogy

elhatározzuk-e magunkat extrakcióra, vagy rezekcióra a fizikális és belgyógyászati kezelés előtt, vagy pedig várjuk meg, míg ezen a téren sikert, vagy sikertelenséget látunk? Véleményem szerint csakis egyénileg szabad elbírálni az eseteket és nem lehet szabályt felállítani. Ha a betegnek olyan gyanus foga van, mely tályogos, és nagyobb veszteség nélkül eltávolítható akkor ezzel kezdjük a kezelést.

Az akut, igen heveny tünetek között lezajlott *burzitis* esetekben *nem nehéz dönteni*, mert annak gyógyulása szakszerű kezelés mellett rövid idő alatt bekövetkezik-e, vagy nem következik be. Sokkal nehezebb a helyzetünk az idült vállmerevségeknél, mert azok hosszú hónapokig, sőt évekig is elhúzódhatnak, és a beteget agyonkezelik, úgy, hogy nagyon nehéz neki azt ajánlani, hogy mindennek tetejébe még megszabaduljon egy nagyon szükséges hídpillérjétől is, esetleg minden haszon nélkül. Megint abban a helyzetben leszünk tehát, hogy hibát követhetünk el úgy a túlságos aktív, mint a túlságos konzervatív beállítottsággal. Ilyenkor kénytelenek vagyunk nem egyszer nyiltan feltárni betegünk előtt ezt a problémát és felelősségünket vele megosztani, ami nem minden betegre tesz jó benyomást. Ismételnem kell azonban, hogy néha kénytelenek vagyunk akarva, nem akarva a betegnek kárt okozni, csakhogy szabaduljunk attól a lehetőségtől, hogy mulasztást követünk el. A *„periarthritis humeroscapularis"* esetekben tehát a dentális gócok szanálásának *indikációja*, amennyiben fogorvosi szempontból áldozatokat követel, *nem abszolut.*

Az elmult években igen gyakori kórkép volt a *tendoviginitisz nem gennyes alakja.* Oka elsősorban nyilván a szokatlan testi munka volt, melyre oly nagy tömegek kényszerültek: csomagcipelés, favágás s a többi. Az esetek igen makacsak. A dentális gócfertőzés ma, mikor sok ember nem tudja rendben tartani a fogait, természetesen fennállhat. Hogy a túlerőltetések mellett milyen jelentősége van, azt ismét csak egyénenként lehet elbírálni. Sem lázzal, sem fokozott vérsejtsüllyedéssel, sem a vérkép elváltozásaival nem jár, úgy hogy abszolut indikációról szó sem lehet. A fogászati beavatkozás elbírálása tehát csak úgy történhetett, mint az előbb felsorolt kórképeknél. Feltétlen eltávolítandó a tályogos, vagy kifejezetten granulomás fog, erősen megfontolandó a pilléreket tartó fogak sorsa.

Fischer Antal kollégám előadásában utalt az *iszkiász etiológiájában* napvilágot látott újabb felfedezésre, az intervertebrális porcsérv szerepére, úgy, hogy legyen szabad erről a tárgyról kissé bővebben beszámolnom. Amerikai, angol, svájci szerzők nagy statisztikájára alapított véleményem szerint a diszkushernia kóroki szerepe kétségtelen, és ezt magyar szerzőkkel együtt magam is nagyon valószínűnek kell, hogy tartsam. Ez azonban csak *egy* ok és nem magyarázza azoknak a recidiváknak a fellépését, amelyek minden mechanikus, traumás tényező közbejötte nélkül biztosan átfázásnak tulajdoníthatók. Nagyon valószínű tehát, hogy fennálló porcsérv mellett is meggyógyulhat és évekig teljesen nyugalomban maradhat az iszkiász, amíg közbe nem jön valami, ami a nyugvó kompresszióból neuritiszt vált ki. Hogy meghülés mellett ez lehet gócfertőzés is, az a mult tapasztalataiból kétségtelen. A dentalis

gócok kigyógyításának indikációja tehát ismét fennáll és az eddig elmondottaknak megfelelően bírálandó el egyrészt az eset sulyossága, másrészt a fogászati beavatkozással járó veszteség mérlegelésével.

A brachiális neuralgiákra már célzást tettem a spondilózisok tárgyalásánál és említettem, hogy azoknak egyik oka a nyaki csigolyák közötti rések beszűkülése lehet. A gócfertőzés szempontjából a kérdés hasonlóképpen áll, mint a diszkuszhernia-iszkiász esete: igen sok egyénnek van nyaki spondilozisa és kompressziója tünetek nélkül, igen sok meggyógyul annak ellenére, hogy csigolyaközti nyílásai nyilván nem lesznek tágabbak és igen sok olyan egyén van, aki változatlan csigolyák mellett recidivál. Tehát ismét fel kell tételeznünk és keresnünk kell a további kóroki tényezőket, közöttük a gócfertőzést, és annak jelentőségét az előbbiekhez hasonlóan bíráljuk el. Tapasztalat szerint azonban *több brachiális neuralgia eset gyógyult meg góckiirtásra, mint amennyi iszkiász*, ami arra utal, hogy a *fokus szerepe jelentősebb*, mint a foramen beszűkülés, tehát a nyaki spondilózisé.

Befejezésül még beszélnem kell a *mialgia, izomreuma kórképéről*, mely klinikailag mint lumbago, tortikollisz s a többi jelentkezik. Kétségtelen, hogy mint önálló kórkép is létezik, de az is kétségtelen, hogy krónikus formái mögött mindig lappang valamilyen csontrendszerbeli, vagy izületi elváltozás, tehát artritisz, vagy artrozis. Hasonlóan a *„periartritisz humeroscapularis"*-hoz a *heveny alakban* góckérdés szempontjából *nem fognak soha fejtörést okozni*, mert azoknak etiológiájában rendszerint megtaláljuk a hülést, rándulást, vagy túlerőltetést, a gyógyulási hajlamuk pedig megfelelő kezelés mellett — melyhez a nyugalombahelyezés is hozzátartozik — igen jó. A *krónikus alakok mindig másodlagosak* és mögöttük az említett csontrendszerbeli, vagy ízületi, igen gyakran pedig ortopédiai rendellenességeken kívül egyes ritka esetekben szerepelhet a gócfertőzés is, melynek kigyógyítása a fentemlített megfontolások szerint történik.

Kórtanilag nem tartozik ide, de klinikailag laikus szemmel nézve, mint egyszerű derékfájás, lumbago jelentkezik a *Morbus Bechterew* is kezdeti szakában. Ilyenkor végtelen fontossága van a helyes diagnózis azonnali felállításának, amely szerencsére igen egyszerűen, vérsejtsüllyedés vizsgálattal biztosítható és Röntgenfelvétellel tökéletesíthető. Ez a betegség a fertőzés eredetű infekt artritiszekhez tartozik mai felfogásunk szerint és a fertőző gócok között szerepelnek a fogak is. Rendbehozataluk tehát abszolut indikált, mert senkisem vállalhatja ennek az igen rosszindulatú betegségnek kezdetén azt a felelősséget, hogy megállítására a legcsekélyebbet is elmulasztotta légyen.

Mindaz, amit az eddigiekben mondtam, *talán pongyolának tünhet fel* azok számára, akik megkívánják, hogy valamely terapiás beavatkozást csakis szigorú statisztikai adatokhoz igazodva határozzunk vagy vessünk el. Sajnos, a *gócfertőzés szerepe* a reumás betegségek etiológiájában *statisztikailag*, az erre vonatkozó igen nagy anyagon szerzett tapasztalatok *ellenére sincs tisztázva*, még pedig azért, *mert a mozgásszervi betegségeket „reumás" megjelöléssel minden vizsgáló egy betegségként tárgyalja*. Ez a nagy hiba a statisztikák használhatóságát úgy-

szólván teljesen megbénítja és a mindennapi gyakorlatra használhatatlanná teszi. Azt hiszem, ez az elmondottakból nyilvánvaló, mert egész bizonyos, hogy hamis képet kap, aki összeadja az akut és krónikus poliartritisz, spondilozis, lumbago, periartritisz humeroszkapularis s a többi eseteket, s mind egy kalap alá vonva értékeli dentalis góc szempontból statisztikailag. Olyan ez, mint hogyha az összes gyomorbajok összefüggését kutatnók valamely kórokkal és ebből az egy számból vonnánk le következtetést terápiás beavatkozásokra. Mindezeket látva és az irodalmi adatok hiányos voltára tekintettel, igyekeztem *saját anyagomból tájékoztatást szerezni*, bizonyos statisztikát csinálni. Ennek a munkának a folyamán alakult ki az a felfogás bennem, melyet részletekben ismertettem már és *amelynek rövid konkluziója az, hogy az infekciózus eredetű fokozott vérsejtsüllyedéssel*, esetleg lázzal és az aktivitás más jeleivel járó poliartritiszek, monartritiszek, tendovaginitiszek, burzitiszek gócainak szanálása *abszolut indikált*. Ezzel szemben a nem gyulladásos *artrózisok, spondilozisok, mialgiák esetében a gócok szanálásának indikációja relatív*. Utóbbi esetben is *abszolut indikált azonban a gócok kivizsgálása*, ha lehet kutánpróbák végzése, *mielőtt* még belgyógyászati és fizikóterápiás kezelésekhez hozzá kezdünk, vagy legalább is azok elvégzésének folyamán. Itt a fürdőorvos beszél belőlem, aki feltétlenül ragaszkodjék hozzá, hogy a négyheti fürdőkúrára utalt betegek előzőleg tökéletesen ki legyenek vizsgálva. A gócok szanálása gyulladásos betegségeknél okvetlenül történjék meg a kúra megkezdése előtt, a nemgyulladásos kórképeknél ráér később is, de ha fogextrakció vagy rezekció a rágás szempontjából és technikailag nem jelent veszteséget, szintén történjék meg a kúra előtt.

Dr. A. De Chatel. The role of dental foci in the aetiology of deseases of the „motion organ".

Opposite to the standpoint stated twenty years ago, the therapeutic value of curing or destroying of oral foci (dental or other) seems to be very doubtful in chronic deseases of the *„motion organ"*, judging on the basis of the newest american statistical contributions. On the other hand the therapeutic results obtained in unique cases point to the fact that coherence is possible, but not sure. It would be a great mistake to contract all the deseases of the *„motion organs"* under the name: *rheumatic deseases*. We have to separate muscular and joint illnesses with utterly infectious character, where the role of focal infection stands in the foreground, from the pathologic changes of mentioned deseases of degenerativ, statical, endocrine, neurogene character or where the overstress or cold is the aetiologic factor. In cases of inflammatory deseases the indication for removal of foci is an absolute one, despite the fact that it often does not bring relief in the artritic condition. In the other cases the indication to extract teeth is relativ, and has to be considered thoroughly. The time is over, when we mercilessly attacked the teeth of our patients because of indefinite rheumatic complaints. In such cases there is the real need of cooperation between the rheumatologist and dentist.

BUDAPEST, Szent Gellért-gyógyfürdő.

KÜLFÖLDI CIKK

E. Wilfred Fish: A fogászat jövője

(The future of dentistry.) Brit. Dent. Journ. 1947. No. 2.

A *Dental School and Hospital* alapításának ötvenéves évfordulóján 1945-ben a *King's College* tanácsának ünnepi előadásán az angol fogászat multját, jelenét és jövőjét tárgyalták.

A jubiláló intézetet 1895-ben hat fogorvos alapította *New-Castle upon Tyne*-ben. 1931-ben kibővitve áthelyezték a *Royal Victoria Infirmary*-be és 1936-ban mint egyetemi külön tanszék kezdte meg működését.

Az angol fogorvosok 1921—1923-ban külön testületet alakítanak 12.000 taggal, mely testület taglészáma ma is csak 15.000. Ez a szám a szerző szerint korántsem elegendő, hogy az ország fogászati ellátását biztosítsa, mert csupán a háború alatt felülvizsgált három és félmillió iskolásgyermeknek, akik közül két és negyedmillió szorult kezelésre, csak 65%-át tudták ellátni. Ez is nagy eredmény, mert mindössze 800 fogorvos végezte ezt a feladatot. Viszont az iskolásgyermekeknek csak a felét vizsgálták meg.

A szúvas fogak ellátása Angliában is nagyon kedvezőtlen. Ezt bizonyítja, hogy egy 20.000 főnyi 19 év körüli bevonuló katonaévjárat 96%-a szorult fogászati kezelésre és nagyrészük egyáltalán nem részesült fogászati kezelésben. Viszont ez a kérdés kedvezően oldódott meg, mert az egész háború alatt az összes katonák rendszeres fogorvosi kezelésben részesültek és mindazok, akik leszereltek, fogászatilag teljesen rendbe hozott szájjal hagyták el a hadsereget.

Ezt a feladatot a *National Health Insurance* (Nemzeti Egészség Biztosító) látta el a háború alatt, természetesen ingyen, de a polgári lakosság részére ez már mérsékelt díjazással jár. Biztosra veszik, hogy akiket a háború alatt díjtalanul ellátták, bizonyára a civil életben is igényt tartanak ezekre a kezelésekre. Ugy képzelik, hogy körülbelül tíz év alatt az egész biztosított lakosság kezelésére sor kerülhet.

Amidőn 1921—1923-ban a külön fogorvosi testület alakult, a rendelkezésekkel megszűkítették a belépési lehetőséget és új tagok kizárólag a fogászati iskolák végzett növendékei lehettek.

Az átfogó országos fogászati ellátást biztosító tervhez azonban sok fogorvosra lenne szükség. A jelenlegi fogorvosok kétharmada 46 éven felüli, tehát utánpótlásra sürgős szükség van.

Elsősorban növelni kell a fogászati iskolák számát, kellő számú tanerőről kell gondoskodni és a fiatal fogorvosgenerációnak kedvező lehetőségeket kell teremteni a fogászat gyakorlására. Ehhez szervesen kapcsolódik a fogorvosi iskolák tantervének reviziója, az iskolafogászat kiterjesztése és a beteg-ellátás adminisztrációjának tökéletesítése.

Szerintük legfontosabb a gyermekek. serdülők, állapotos- és szoptatós anyák ellátása. Ehhez az iskolafogászathoz (úgy látszik iskolafogászat körébe tartozna a még nem iskolaköteles gyermekek és anyák ellátása is — a ref.) 3500 szájsebész-fogorvosra lenne szükség. A háború

előtt mindössze 800 ilyen minőségben alkalmazott fogorvos volt. A meglévő fogorvosokból ezt a 2700-as hiányt nem lehet pótolni, mert a felnőtt lakosság ellátásában is relative kevés a fogorvos és erre a feladatra idősebb praktizáló fogorvosok nem is lennének alkalmasak. (Angol fogorvosok napi öt óránál több orvosi munkát nem végeznek — a ref.)

A II. világháború előtt évente átlag 340 fogorvos került ki az iskolákból. Ennek a számnak legalább 560-nal kellene emelkedni ahhoz, hogy az iskolafogászatot elláthassák, tehát magának az ifjúságnak fogászati ellátására évi 900 fogorvosra lenne szükség!

A dominiumok igyekeznek egyetemi hallgatókkal ellátni az angol fogászati iskolákat, de kevés a hely, még az anyaországbeli fiatalság számára is. Ezen úgy segítettek, hogy a dominiumokban egymásután állítják fel a fogászati iskolákat, de viszont nincs előadó tanár, mert előadó tanárhiány van magában Angliában is és hiába kérnek az új intézetek előadókat. Tehát nemcsak új intézetekre volna szükség, hanem a tanári kar számát is emelni kellene.

A fogászati iskolákban pedig külön iskolafogászati szakot kívánnak felállítani, ahol a hallgatók a klinikai kutatások révén a preventív fogászat külön tudományában elmélyedhetnének.

A felnőttek kezelésének kérdése a szerző szerint nem annyira tudományos, mint szociális probléma: gyakorlott, megfelelő munkaerők beállítása. Viszont a kitünő kezelésekre súlyt helyeznek, mert nem szabad, hogy a biztosító fogászatba helyezett bizalom elveszítse vonzóerejét.

Rendszeres továbbképző kurzusok kötelező elvégzését javasolják, melyet felkért kiváló klinikusok tartanának a betegbiztosítást ellátó orvosok részére.

Az új tanterv, illetve tananyag összeállítása körül is nagy viták folynak. A „*General Medical Council*" (megfelel a mi Orvosi egyetemi tanácsunknak) a fogorvosok részére protetikai tanumányokra 2000 órát ír elő. A jövő irányzata a prevenció és konzerváló fogászat, tehát kérdéses, hogy az inkább technikai beállítottsággal rendelkező fogorvosok erre a feladatra alkalmasak-e. Hogy a hallgatók mindkét irányú tanulmánynak eleget tehessenek taunlmányidejüket öt évre kellene meghosszabbítani.

Vajjon helyes-e a „*General Medical Council*" közel 2000 órás technikai tanulmány ideje? A technikai munka a fogászatban szorosabban kapcsolódik a hivatásbeli munkához, mint a szemészetben az optika vagy az ortopéd-sebészetben az ortopédiai munka, de a fogorvos mégis csak a legritkábban végzi személyesen a fogtechnikai munkákat és csak az irányításban vesz részt. Nem vitás, hogy technikai elgondolásaihoz és a munkák tökéletes keresztülvitelének elbírálásához alapos előtanulmányban és gyakorlatban kell részesülnie, de a szerző tagadja, hogy a feltételezett kézügyességet a technikai laboratóriumi munka biztosítja. A szerző véleménye szerint az operatív fogászat gyakorlása több eredményre vezetne ezen a téren. Hiszen a szemorvos sem két évi lencsecsiszolás és szemüveg készítés által nyeri el pl. az iridektómia elvégzéséhez szükséges manualitást. A túlzott technikai elmélyedés pszichológiai hatása sem kedvező a fiatal hallgatóra, aki lelkesen a gyógyítás szolgálatába akar

állni és ehelyett kénytelen technikai laboratóriumi munkákat végezni. Az ilyen tanítás a biológiai gondolkozást nem fejlesztheti ki a fiatal fogorvosokban, pedig a jövő iránya csakis ez lehet.

A két felfogás közötti ellentétet a prevenció kérdésének előtérbe hozásával és a konzervatív kezelések fokozottabb oktatása által ki lehetne küszöbölni. A szájápolás fontosságának népszerűsítése is fogorvosi feladat. Helyesli a szerző, hogy az egyetem kötelező tantárgy gyanánt bevezette a paradencium betegségeinek speciális tanfolyamát. (Úgy látszik a szerző a fogorvosi iskoláktól független orvosi egyetemre gondol. — a ref.)

A fogászati iskolák és klinikák a tervbe vett államosítások ellenére teljes autonómiát és anyagi függetlenséget fognak élvezni és így a tudományos kutató munka és a nemes verseny az orvosi gyakorlati kiképzésben nem szűnik meg.

A szerző az oktató tanári kar nívóját is emelni kívánja, azáltal, hogy a fogászati szakismereten kívül az orvostudomány elméleti alaptudományainak alapos ismerői és kutatói legyenek. *Dr. Perint Jenő*

KÖNYVISMERTETÉS

Bakács Tibor dr.: Budapest Székesfőváros közegészségügye 1946 második felében. Budapest székesfőváros tisztiorvosi hivatalának kiadványa. 1947.

1945—46. tanévben Budapest ostromának az egészségügyre vonatkozó hatásait tették részletes megbeszélés tárgyává az orvosi szakszervezet egyes szakcsoportjai és mutattak rá arra a szörnyű hatásra, amelyet a háborús nélkülözések, a pincelakás stb. a főváros lakosságára kifejtettek. Mindezek az „*ostromankéten*" elhangzott előadások egyes orvosoknak erősen szubjektív természetű, viszonylag kevés betegen tett megfigyeléseit juttatták csupán kifejezésre. Statisztikai adatok, legalábbis nekünk orvosoknak érthető formában nem állottak rendelkezésre. *Bakács* tisztifőorvoshelyettes számszerű táblázatok és grafikonok formájában foglalja össze Budapest közegészségügyére vonatkozó, az 1946. év második felében összegyűjtött statisztikai adatokat. Mi, orvosok általában unalommal szoktuk magunktól elhárítani a jelentéseket, különösképpen hogy ha azok statisztikai adatok összefoglalását célozzák. *Bakács* könyvét az olvasó az első pillanatban talán csak pompás kiállítása és gyönyörű többszínnyomású képei miatt veszi a kezébe, únottan lapoz benne és egyszerre megragad a szeme egy grafikonon, a halálozások arányszámának 1945. évben történő alakulásán és a számok egyszerre élni kezdenek. Mindazt a sok, inkább csak szubjektíven átérzett egészségügyi nehézséget, a gyógyító tevékenység körülményessége, a kórházak pusztulása, az ország anyagi leromlása folytán létrejött egészségügy terén különösen súlyosan megnyilvánult hiányosságot és a következményes egészségkárosodást *Bakács* tisztifőorvoshelyettes igen plasztikus módon vetíti elénk világos, áttekintő, szűkszavú és mégis oly sokat mondó statisztikáival.

Budapest közegészségügyéről szóló jelentés azonban nem pusztán statisztikai adatfelvétel, hanem ennél sokkal több: mutatója annak a csodálatos fejlődésnek, amelyet Budapest egészségügye 1945 tavasza óta elért. Itt valóban a számok beszélnek és jobban bizonyítják a legszebb dicsőítő beszédnél is azt a hatalmas munkát, amelyet a közegészségügyi hatóságok Budapest egészségügyének érdekében nemcsak magukra vállaltak, hanem amelynek eleget is tettek.

Dr. Bugyi Balázs.

G. Izard: Orthodontie (Orthopédie dentofaciale). Masson et Cie, Paris, 1943, II. kiadás. 1189 oldal, 1153 ábra, a szerző saját rajzaival. (A „*La pratique stomatologique*" című, dr. Chompret szerkesztésében megjelenő könyvsorozat VII-ik kötete.)

Az első kiadáshoz (1930) viszonyítva, lényegesen bővült, gyönyörű kiállítású

tankönyv, mely felöleli mindazt, amit eddig az ortodoncia tudományának művelői írtak és alkottak. A vaslogikával és éles kritikával felépített mű minden szavából sugárzik a latin ész világossága. Hozzájárul a könyv élvezetes olvasásához a szép nyelvezete és kitűnő stílusa.

A könyv első részében a koponya, arc és száj képleteinek normális morfologiájával és fiziologiájával foglalkozik. Kiterjed annak onto- és filogenetikus fejlődésére, antropologiai vonatkozásaira és a csontos fejlődés összes faktoraira. (A szerző egyéni módszere, az osszifikációs státus megállapítása, a kéztőcsontok radiologiai vizsgálata alapján.)

A diagnosztikáról írt fejezetben megállapítja, hogy nincs olyan diagnosztikai rendszer, melyet szolgailag 100%-ig követhetnénk. A szabályokat ne alkalmazzuk mereven, hanem mindig bizonyos hajlékonysággal, esztétikai érzékünk ellenőrzése mellett. A *„normális"* fogalma nagyon félrevezető, hiszen a normálison belül sok *normálvariáció* létezik. Ezen változatok közül az anatómiai, funkcionális, individuális és esztétikai optimumot tekintsük elérendő célnak, az eddigi ú. n „normális" helyett.

Csatlakozik *Rubbrecht* (1923) véleményéhez, mely szerint az ortodoncia legalább annyira művészet, mint tudomány. Nem lehet az ortodonciát kizárólag mértani alapokra fektetni, mert ez súlyos eltévelyedésekre vezethet. Ahogy megdőlt *E. H. Angle* „Molariskonstans" elve, éppúgy kitünt, hogy *P. W. Simon* sziklaszilárdnak hitt „Orbital-caninusgesetz"-e is csak hozzávetőlegesen és viszonylagosan felel meg a tényeknek.

Izard terminológiája kizárólag deskriptív, morfologikus. Semmiben nem mulja felül a többi ismert terminológiát.

A terápiáról szóló fejezetekben a szerző azon véleményének ad kifejezést, hogy nincs exkluzív eljárás, nincs univerzális gép. Minden esetben egyéni elbírálás tárgyát képezze, hogy milyen módszert vagy módszereket alkalmazzunk. Szerinte az erős kritikával, gyakorlati és esztétikai érzékkel vezetett eklekticizmus legyen terápiás vezérelvünk. Ami a különböző gépi kezeléseket illeti, a levehető készülékeket általában csekélyebb értékűeknek tartja a fix készülékeknél. Nem tagadja azonban, hogy hasznos kiegészítői fegyvertárunknak és bizonyos esetekben igen jó szolgálatot tesznek, (egyszerű tágítás, harapásemelés, „jumping the bite"). A laboratóriumi munkák ismertetésénél helyet ad az új, nem-nemes fémeknek. Ismerteti a rozsdamentes acél és króm-nikkel ötvözeteket és ezek felhasználását.

Az utolsó három fejezetben a sikertelen kezelések okait taglalja, tanácsokat ad nem specialista, ortodontiával foglalkozók részére, továbbá egy szellemesen megszerkesztett ortodontiai dosszievel ismerteti meg az olvasót. Ezen fejezetekkel értékesen bővült a második kiadás.

Befejezésül meg kell említenünk azt az örvendetes tényt, hogy *Izard* hatalmas könyvében nem feledkezett meg a fogszabályozás magyar vonatkozásairól sem. Könyvében több helyütt találkozunk *Iszlai, Zsigmondy, Salamon, Rehák* és *Szenthe* neveivel.

Dr. Ábrányi Zoltán.

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ** egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

LAPSZEMLE

ÉLETVEGYTAN

H. Eggers Lura: *A nyál lipázéjának vizsgálata.* Sch. M. f. Z. 10. 1946.

A lipázék vagy esterázék a zsírokat és olajokat (az oxyketonokat és oxyaldehydeket) hydrolizálják és syntetizálják. A nyálesterase hasonló a pankreaséhoz és főleg a neutrális zsírokat hasítja. Ezenfelül a szájhygiénében van fontos szerepe. Aktivitását albumin és $CaCl_2$ elősegíti.

A nyállipáse működése 2 módszerrel vizsgálható:

1. Stalagmometrikus eljárással, mely az alapsubstratumnak és az elbontott substratumnak felületi feszültségi különbségén alapszik. Ez speciális pipetta segélyével a cseppszámmal lemérhető.

2. Zsírsavtitrálási módszerrel, mely a hydrolyzisnél keletkezett sav quantitatív megmérésének elvén nyugszik.

A nyálesterasék működésük első 2 órájában legaktivabbak. Friss nyálnak nagyobb az enzymhatása, mint állottnak, ugyancsak nagyobb a centrifugált nyálnak, mint a le nem centrifugáltnak. (Baktériumok és levált hámsejtek is tartalmaznak fermentumokat.)

A parotis secretuma tartalmazza a legtöbb esterasét. *Dr. Illyés Lajos.*

SZÁJSEBÉSZET.

Dr. R. Fürst: *Kompressenhalter für Operationen am sitzenden Patienten.* Z. *Stomat.* 1946., 8. szám.

Ülőhelyzetben, tökéletes sterilkendős izolálásnál a szerző alkalmasnak tartja 3 mm vastag, puha, nem rozsdásodó acéldrótból készített, nyakbaakasztható törlőtartóját. Ez csupán két szárból álló drótváz, mely a paciens köldöke táján a testtől 10—15 centiméterre eláll. A leterítésre használt steril lepedőt ebbe kettőzet alakjában benyomkodjuk, első részén két kapoccsal (cserebogár) rögzítjük, hogy mozgás közben el ne mozogjon. Alkalmas a műtét közben többször használt törlők és kisebb eszközök megtartására. *Dr. Sztrilich Pál.*

Koch—Langentreu: *Utóvérzések és kezelésük a fogorvosi praxisban.* Z. Stomat. 1946. 5.

A vérzés oka lehet lokális (csont, lágyrész, artéria alveol. inf., artéria palatina) és általános (vérképzőszervi bántalom). A helyi okból támadt vérzés az esetek egy részében akkor indul meg, amikor az érzéstelenítő folyadék érszűkítő hatása megszűnik (3—5 óra). Máskor a seb fertőződésével kapcsolatban arrodálódnak erecskék, s ez a magyarázata az utóvérzéseknek. A vérképzőszervi eredetű vérzésre sokszor már a beteg előre felhívja az orvos figyelmét. A helyi kezelés — szerző szerint — a seb tamponálásából áll. Legjobbnak tartja a „*stryphnongaze*"-t, bár ennek az a hátránya, hogy hamar bűzös lesz. Igen jónak mutatkozik és tartósabban alkalmazható a jodoformgaze is, továbbá a Koagulen pora és a Klauden lokálisan. Makacs vérzés esetén a seb összevarrása és a tampon rögzítése is szükséges. Végső esetben az *art. carotis externa* lekötése jöhet szóba. Vérképzőszervi bántalom esetén az alapbajt is gondosan kezelni kell, *s az ilyen beteget feltétlenül intézetben kell ellátni.*

Dr. Schranz Dénes.

ODONTOTECHNIKA

Kemény Imre dr.: *Felső ajak aszimmetria stomatológiailag korrigált esete.* O. L. 1947. 4. sz.

Az arc karakterének kialakításában az alsó és felső ajak, de különösen az utóbbi, épp oly fontos szerepet tölt be, mint az arc egy másik jellegzetessége, az orr. Az ajak ívelését szinte következményesen meghatározza az a csontos alap, amelyre szorosan ráfekszik s amelynek konfigurációját fotografiaszerűen követi: a különböző ívelt ségű és magasságú fogmedernyulvány, a fogak külső konturjai, a fogsorívek és az okkluziós viszonyok. Ebből a viszonyból aztán következik, hogy a csontos alapon történő bármely morfológiai változás következményesen maga után vonja az ajak alakbeli változását is. Ezt bizonyítja a szerző egy esete, ahol a felső-ajak szinte az arcot torzító aszimetriáját, a középvonaltól a szemfogig terjedő alveolusnak a hiperosztozisa okozta. A deformitást növelte, hogy a balodalon ciszta-műtét miatt a fogmedernyúlványt a limbusig el kellett távolítani. Szerző ezt a deformitást úgy korrigálta, hogy jobb oldalon a szemfogig alveolotomiát végzett, ezáltal az ezen oldali állcsontív *beszűkült;* baloldalon pedig az eltávolított alveolust égetett porcellánnal pótolta: az állcsontív ezzel itt *kiszélesedett.* Az eltávolított jobb egyes és kettes helyére porcellángyökereket helyezett, a fennálló anatomiai viszonyok rögzítése

céljából. Ezen eljárásokkal és a jacket koronák helyes térbeli elhelyezésével sikerült a kétoldali állcsont és fogsorív szimmetrikus kialakítása s ez következményesen megszüntette a két ajakfél íveltsége közti aszimmetriát.

Autoref.

HATÁRTERÜLET

Dr. Oláh Dániel: *Új gombás eredetű szájnyálkahártyabetegség: oidiomykosis (Soormykosis) nodularis mucosae oris.* (Debreceni bőr- és nemikórtani klinika emlékkönyve. 1946.)

Három kórképet ismertet, mikor különben egészséges és jó erőben lévő embereknél a soorgomba (oidium albicans) által okozott szájnyálkahártya elváltozást talált. A szájban gombostűfej, üveggombostű fejnyi, a nyálkahártya síkjából részben laposan, részben kúposan előmagasodó kisebb számban kék, nagyobbrészt sárgásfehér, porcellánszerű, porckemény tapintatú apró csomók láthatók, melyek közül egyikmásik kissé beszűrődött és gyengén hiperémiás alapon ül. A csomók kaparással erőszakosan el nem távolíthatók és fájdalmatlanok. A csomók kaparékában nativan vizsgálva az oidium alb.-ra jellemző spórákat talált. Tenyésztési próba oidium alb.-ra pozitiv volt. Szövettani vizsgálat, próbaexcizió kapcsán, soorfertőzésre jellemző elváltozást nem mutatott. A szerző az általa leírt kórformának a címben feltüntetett nevet adta. Valószínűnek tartom, hogy hasonló esetekről gyakorló fogorvosok is be tudnának számolni, hiszen a betegek szájnyálkahártya elváltozásokkal inkább fogorvoshoz, mint dermato-ógushoz fordulnak. A fogorvos az ilyen betegeket híg jódoldatos ecsetelléssel kezeli, hasonlóképpen a szerzőhöz, aki Lugol oldatos és 10%-os bóraxglycerines ecsetelléstől, 10%-os NaJ-os, valamint Neoriodine i. v. injekcióktól és szódabikarbonátos öblítésektől látott jó eredményt.

Dr. Huszár György.

Symposium on Problems of Aviation Dentistry. — J. A. D. A. 1946 július.

A chikágói fogorvos társaság 1946 februárjában tartotta meg „kerekasztal" vitaülését, melynek célja az lett volna, hogy tisztázza a repülés közben fellépő fogbántalmak okát és megkeresse a módját az „aerodontalgia" megelőzésének és gyógyításának. (Aerodontalgiának nevezik a repülés közben fellépő fogeredetű fájdalmakat.) Az eredmény, sajnos, mögötte maradt a hozzáfűzött reménynek, s bár vannak kétségtelenül pozitivumok is, az esetek nagy részében csak feltevések szerepelnek. Ennek okát legfőképen hiányos pulpadiagnosztikai módszereinkben találhatjuk meg.

Az esetek megítélésénél tekintettel kell lennünk a repüléssel, bombázással, esetleg légiharcokkal járó lelki izgalmakra, fiziológiai jelentőségű környezetváltozásra, valamint a repülők testi kondíciójára. Bár a pilóták általában jobb ellátásban részesülnek, mint a földi hadsereg katonái, mégis, a rendszertelen étkezés és pihenés, alkohol és nikotin fokozott élvezése csökkenti a szervezet ellenállóképességét, ez ismét magával hozza a felfokozott érzékenységet testi fájdalmakkal szemben.

A magaslati fogfájásra már az újonc kiképzés alatt figyeltek fel, amikor is a pilótajelölteket, a magaslati légnyomásnak megfelelő, ritkított levegőjű zárt kamrákba helyezték el. Fogfájás mellett természetesen más elváltozások is mutatkoztak a szervezetben és vizsgálatok alapján készített táblázat szerint a fogfájás, sorrendben, csak az ötödik helyen szerepel. Így pl. 167.000 repülőnél végzett megfigyelés alapján otitisz 7.86%-ban, hasifájdalom 3.11—4%-ban, szinuszfájdalom 1.10—1.52%-ban, míg fogfájás csupán 0.74—1.02%-ban lép fel. Igen jelentékeny eltolódást mutat e százalékarány (9.7%) valóságos repülésnél, de emlékedett a fogfájások száma akkor is, ha a kamrába zárt repülővel kényszerleszállást végeztettek. Általában pedig minden pilóta pályája alatt legalább egyszer szenvedett aerodontalgiában.

A fájdalom kizárólagosan már előzőleg kezelt fogakon jelentkezik s klinikai lelet alapján az aerodontalgiás bántalmak 3. csoportba oszthatók. I. csoportba osztjuk a destruált, s többnyire nyitott pulpájú fogakat. Therápia: gyökérkezelés vagy extrakció. II. csoportba azok az esetek tartoznak, melyeknél a pulpa megtartása még valószínűnek látszik és a bántalom oka: hiányos tömés, szekunder káriesz, megfelelő szigetelés nélkül mély kavitásba készített tömés, szilikáttömés, fokozott dentinérzékenység és kezdődő szuvasodás. Ezeket az eseteket az I. csoporttól úgy különítik el, hogy megfelelő kezelés (új tömés) után, figyelik az újabb repülések hatását.

Gyökérkezelést csak ismételt fájdalom esetén végeznek. III. csoportba kerültek az aeroszinuszitisz és aero-otitiszhez társult fogfájások. Ide sorolták még az im-

paktált vagy retencióban lévő 3-ik molárisból eredő fájdalmakat. Nem alakult ki azonban egységes vélemény arra vonatkozólag, hogy ezek a fájdalmak a repüléssel összefüggésbe hozhatók-e? Bár az aerodontalgiás fájdalmak szubjektív megnyilvánulásai igen változatosak, mégis van néhány olyan általános tünet, mely az esetek elkülönítését lehetővé teszi. Pl. éles fájdalom a felszálláskor akut, ugyanekkor tompa fájdalom krónikus pulpitiszre vall. Akut pulpitisznél a fájdalom már röviddel a felszállás után, kisebb magasságban is jelentkezik. Tompa fájdalom leszálláskor, aeroszinuszitisre gyanus s ha a fájdalom a leszállás után is megmarad aeroszinuszitisz mellett periapikális szövődményre kell gondolnunk.

A fájdalom lokalizálása nehézséget okoz, mert a beteg a quadránst megjelöli, ellenben magát a fájós fogat csak a legritkább esetben. Ilyenkor röntgenfelvétel mellett a termikus és elektromos ingerhatást is segítségül veszik, s a legmegbízhatóbb eredményt a szomszédos fogakkal történő összehasonlítás adja. Tekintettel kell lenni a pontos kórelőzményekre is, különösen oly vonatkozásban, hogy a kérdéses fog a tömés elkészítése után, hosszabb vagy rövidebb ideig érzékeny, illetőleg fájdalmas maradt-e? Sok esetben a tömések korrigálásával a panaszok is megszüntek, természetesen csak oly fogaknál, amelyeknél a pulpa fertőzöttségét teljes bizonnyossággal ki lehetett iktatni. A szigetelés zinkoxid-eugenollal történt, ezt az eljárást később elhagyták, mert a hisztológiai vizsgálat kimutatta, hogy az eugenol a pulpát irritálja.

Az aerodontalgia sok esetben társul maxilláris aeroszinuszitiszhez, kezelésük ritkán igényel sebészi beavatkozást. Normális szinuszokban a ventilláció biztosított s így a légnyomás kiegyenlítődése nem okoz zavart. Anatómiai elváltozásoknál, krónikus gyulladások esetében, amikor a nyálkahártya duzzadása folytán a ventilláció tökéletlen, a vákuumot követő hirtelen szinus nyomás, az állcsontöböl bázisán, vagy annak közelében fekvő idegeket nyomja és fájdalmat okoz. Ezekre a fájdalmakra jellemző, hogy leszállás közben jelentkeznek, s kizárólag a felső fogakra szorítkoznak. Tünetei: égető, bizsergő érzés a foghúson, az infraorbitális táj fájdalmas, a fogak zsibbadtak és „meghosszabbodottak".

Kezdetben a hőmérsékcsökkenést is összefüggésbe hozták a magaslati fogfájással. (Tudvalévő, a hőmérsék 1000 láb magasságonként 2 C°-al csökken. 1 láb = 0.305 m. Ref.) Igen pontos eszközökkel történt mérések alapján kiderítették, hogy —4 C° külső hőmérsék mellett a száj különböző helyein elhelyezett hőmérő +20 C° alá sohasem süllyedt, a kérdéses fogakon pedig fájdalmat csak +12 C°-ra hűtött vízzel lehetett kiváltani. Szorgos utánvizsgálattal azonban megoldódott a rejtély. U. i. 10.000 láb magasban már szükségessé válik az oxigén utánpótlás. Ez kezdetben kissé primitív módon történt, amennyiben az o.-t palackokból, egy pipaszárformájú készüléken vezették a szájba. Az erős nyomás alatt kitódu.ó hideg o. közvetlenül jutott a foghoz s így fájdalmat okozott. (Természetesen csak előzőleg kezelt, vagy más okból érzékeny fogakban.) A későbben bevezetett speciális oxigén-maszkok használata mellett a panaszok megszüntek.

Az eddigi vizsgálatokat összegezve, két pozitivumot állapíthatunk meg: 1. magaslati fogfájás csak beteg, vagy leg-

PRODENT
Prodent
Dental-Depot
Tel.: 187-492 Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.

alább is előzőleg kezelt fogakon jelentkezik; 2. előidézésében részben közvetve, részben pedig közvetlenül a légnyomás csökkenésének van fontos szerepe.

Ez utóbbit bizonyítják azok az esetek, amikor a gyökcsatornában keletkező gázok, vagy hiányos gyökertömés folytán beszorult levegő, a csökkent légnyomás folytán tágul és a nyitott foramen apikálén át fertőzött anyagot préssel a periapikális térbe, sokszor még azon túl is, az állcsont egészséges szöveteibe. Az egyébként — éveken át — lappangó folyamat érthető módon fellángol és súlyos szövődményekhez vezet. Ennek bizonyítására a németek végeztek kísérleteket. A gyökcsatornát — megfelelő sterilizálás után — megtöltötték sűrű konzisztenciájú, pasztaszerű anyaggal (thorotrast), a kavitásba cement, erre pedig adhezív viasz került, hogy a szájüreg felől a légmentes elzárást biztosítsák. A légritkított kamrában a pilótákat 38.000 láb magasságig „vitték fel", időközönként — különböző magasságokban — a repülést megszakítva, röntgen felvételt készítettek. E felvételek megmutatták, hogy a gyökértömő anyag kétharmada a periapikális zónába, sőt egyik esetben — 28.000 láb magasban — a meglévő fisztulán keresztül a szájüregbe került.

Periodontális zavarok előidézésében szerepe van még a fogcsikorgatásnak, illetőleg a fogaknak szokatlanul erős és hosszantartó összeharapásának. Rendes körülmények mellett az összeharapásnak részben az izomerő kifáradása, részben pedig a fog érzékenysége szab határt. A repülés izgalmai alatt azonban ez a fájdalom vagy egyáltalában nem, vagy csak igen későn jut érvényre, s a szokatlanul erős trauma aktiválja a nyugvó gócot. Sokáig a légnyomás csökkenésének tulajdonították a tömések meglazulását is. Az erre vonatkozó vizsgálatok azonban kimutatták, hogy csak a helytelenül előkészített kavitásban elhelyezett, hiányosan elhorgonyzott, vagy pedig túlérő tömések, vagy helytelen okkluzióba hozott — kiálló — tömésekről van szó, ezeket pedig az erős összeharapás mozdította ki helyükről.

Ha mindezek a megfigyelések és kísérletek nem is oldották meg teljesen az aerodontalgia kérdéskomplexumát, az elért eredmény jelentékeny hasznára válik nemcsak a „repülő", hanem a mindennapi fogászati tudománynak is.

Dr. Halász László

KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT

Hilding Björn: *Electrical excitation of Teeth.* (A fogak elektromos ingerlése.) Fahlcrantz, Stockholm, 1946. 101. old. Supplementum a Svensk Tandläkare-Tidskirft 39. kötetéhez.

Szerző monográfiájában a fogak elektromos ingerlését tárgyalja. A pulpa vitalitásának vizsgálatára az elektromos ingerlés látszik a legbiztosabb módszernek. Szerző erre a célra egyenáramot használ, és pedig egy bizonyos adott erősséget hirtelenül elérő, de ezen az intenzitáson konstánsan megmaradó egyenáramot. A differens elektród mindig a katód. Áramfejlesztésre speciális kapcsolású „stimulátor"-t használ. Kiterjedt vizsgálatokat végzett a fogak által percipiált stimulus nagyságára, a fogak chronaxiájára, valamint az áram útjában álló közegek ellenállására vonatkozóan. Különösen értékesek a stimulus küszöbértékének meghatározására vonatkozó vizsgálatai, melyeket nagy körültekintéssel és többirányú ellenőrzéssel végzett. Munkájával lényegesen hozzájárult a fogak elektrofiziológiájának ismeretéhez. A pulpa-megbetegedések diagnosztizálására természetesen *Björn* metódusa sem használható, jóllehet az eddigelé használatos elektromos vizsgálati módszerekkel szemben bizonyos előnyei vannak. Arra azonban alkalmasnak látszik az eljárása szerinti excitació, hogy kétséges esetekben útmutatásul szolgáljon, melyik fog trepanálandó s melyik nem. A javasolt vizsgálati eszköznek es módszernek lényeges előnye, hogy a periodoncium részéről reakciót nem tud kiváltani, mert a használt áramerősség erre a célra nem elegendő, úgyhogy ezáltal okozott téves kórismézés lehetetlen.

Szerző alkalmasnak véli vizsgálati módszerét a helyi érzéstelenítők hatásának ellenőrzésére is. Ebben az irányban referensnek kételyei vannak. Helyi érzéstelenítők összehasonlító vizsgálatára egy módszer nem lehet elegendő, mert a vizsgálati eredmények a vizsgálati módszertől nagy mértékben függenek.

A fogak elektromos ingerlésére vonatkozó irodalomnak igen értelmes áttekintése is megtalálható a monográfiában, melynek végén a forrásmunkák pontos felsorolását találjuk.

Dr. Adler Péter

HIREK

A CSEHSZLOVÁK STOMATOLOGIAI EGYESÜLET Prágában ünnepli alapításának 50. évfordulóját, mely alkalommal június 10-től 15-ig tudományos kongresszust rendez. Egyidejűleg június 11—13-ig ugyancsak Prágában üli meg az ARPA Internationale 10. kongresszusát. A Csehszlovák Stomatologiai Egyesület Szakcsoportunkat és a magyar ARPA-t is meghívta mindkét kongresszusra, mint vendégeket és egyúttal előadások tartására is felkéri tagjainkat. Az előadások francia vagy angol nyelven tarthatók és előre kell őket bejelenteni. Pontos felvilágosítást a következő címen lehet megtudni: La societé tchécoslovaque de stomatologie. Praha II. Sokolská 31. Lékařský dům.

A Szakcsoport tudományos bizottságának titkára: Dr. Perint Jenő, Budapest, Andrássy-út 20., szintén ad részletes felvilágosítást és nála kell bejelenteni az esetleges előadásokat, vagy a kongresszuson való részvételt.

Az „INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS" kb. 20 hazai sebészt, illetőleg a sebészettel rokonszakmájú orvost, közülük — a stomato-kirurgiai szakról — *dr. Balogh Károly* professzort és *dr. Fodor György István* egyetemi magántanárt, alapító tagjának választotta meg. Az alapító tagokat egyben meghívta a Chicagoban, szeptember 28-án kezdődő kongresszusára.

Az *International College of Surgeons*" magyarországi tagozata 1947 március 21-én tartotta meg alakuló ülését a Frigyesi klinikán, amelyen megjelentek a megválasztott alapító tagok, többek között, *Frigyesi, Balogh, Babics, Sebestyén, Hedri, Nónay, Baló, Germán, Schmidt, Fekete, Zalka* professzorok és több magántanár. Az alakulóülésen ismertették a Nemzetközi Sebésztársaság célkitűzéseit, szigorú alapszabályait (a legmagasabb fokú orvosi etika, stb.) és tagkiválasztását. Eszerint a „*College*" mintegy munkaközösség jelleggel bír. A tagok kicserélik nemzetközi viszonylatban is munkájuk eredményeit, a tagok elmennek más országbeli tagok intézetébe és azok munkájáról tájékozódnak, stb. Amerikában igen magas kitüntetés a társaság tagsága. A tagságnak kilenc gradusa van, melyek legelején állnak az alapító tagok. Az alapító tagok száma zárolt. Évek folyamán az alapító tagok számát, legfeljebb 40-re, kiegészíthetik a választmány által javasolt és a közgyűlés által $^2/_3$ szótöbbséggel elfogadott érdemes tudósokkal. Rendes taggá ugyancsak a választmány által ajánlottak vehetők fel. Maximális számuk 60. (A legalsó gradus magyar elnevezéséről hosszabb vita folyt. Ezeknek maguknak kell kérni a felvételüket. Számuk korlátlan, ezek pártolótagfélék, de ezeket is erősen szelektálni kívánják.)

AZ AMERIKAI FOGORVOSEGYESÜLET (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION) anyagi ügyeiről érdekes összeállítást közöl hivatalos lapjában a Journal of the American Dental Association novemberi számában. Összes jövedelmük 1946. évben 685.000 dollár volt. Ebből 375.000 a tagsági díj, 175.000 a lap hirdetési jövedelme, míg a fennmaradó összeg különböző vagyontárgyaik és könyvkiadások jövedelméből tevődik össze. Hivatalos lapjuk kiadására ebből 257.000 dollárt, adminisztrációra 200.000 dollárt, tudományos kutatásokra 62.000 dollárt költöttek. Összes kiadásaik 807.000 dollárt tesznek ki, vagyis jövedelmük 122.000 dollárral maradt el kiadásaik mögött. *Dr. Varga István.*

Használjunk Neonovoton *érzéstelenítőt*!

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport tudományos üléseiről

1946. december 12-én a *Fogorvos Szakcsoportban* Dr. Rados Imre *„A tömegek fogkezelésének megszervezése és ennek alapelvei"* címen tartott előadást. Előadásában hangsúlyozta, hogy a fogszú és a foghúny a legelterjedtebb népbetegség. A fogászat gyógyeljárásai viszont egyéniek és időrablóan aprólékosak. A tömegellátásban módot kell találnunk ennek az ellentmondásnak megoldására. Erre három lehetőség kínálkozik: 1. Az ellátandó tömeg megszervezése, 2. A betegforgalom és az orvosi munka racionalizálása, 3. Gyógyeljárásaink bizonyos fokú egyszerűsítése és ökonomizálása. Különösen ki kell emelnünk egy technikai kutatóállomás létesítésének jelentőségét, melynek munkájától a fogászatban használatos anyagok vizsgálata, új feldolgozási eljárások kikísérletezése, új munkamódszerek kutatása, stb. terén igen sokat várhatnánk.

Dr. Kovács György: *„Penicillin a stomatologiában"* című előadásában leszögezte, hogy a szájban előforduló kórformákat túlnyomórészben olyan mikroorganizmusok okozzák, amelyek *Fleming* legutóbbi felsorolása szerint penicillinérzékenyek. Hangsúlyozta azonban, hogy a penicillinérzékenységen kívül a penicillin hatásának még más előfeltételei is vannak, így pl. az, hogy a penicillin közvetlen kontaktusba kerüljön a kórokozóval, a baktérium elpusztításához szükséges koncentrációjában legyen jelen a szervezetben és adagolása addig tartson, amíg az infekció teljes megszűnése be nem következett. E feltételek és egyéb körülmények következtében (pl. hogy a penicillin vízben és nyálban rendkívül gyorsan bomlik, továbbá, hogy kevert flóra esetén a penicillin iránt nem-érzékeny flóra fokozottan érvényesülhet) a penicillintől csupán határozott indikációk és anatómiai s fiziológiai adottságok mellett, esetleg egyéb gyógyszeres és sebészi eljárásokkal karöltve várhatunk sikert. Előadó ismertette *W. Fish* érdekes felfogását abban a tekintetben, hogy a szájüregi fertőzések közül miért várhatunk inkább csak az akut esetekben eredményt a penicillintől. Majd a külföldi irodalom és saját tapasztalatai alapján megállapította, hogy a pulpánok penicillinnel való kezelése egyelőre a szer hazájában (Angliában és Amerikában) is még csak kísérleti stádiumban van; pozitív eredmények még nincsenek. Annál biztatóbbak a penicillin alkalmazásának eredményei *„stomatitis ulcerosa"*-nál, szövődményes sebhelyek (dry-socket is) kezelésében, perikoronitiszben, aktinomikozisban, akut oszteomielitiszben.

Az előadást követő élénk vitában *Dr. Frankl Zoltán* kedvező eredményekről számolt be szájsebészi praxisából, *Dr. Róna Alfréd* felhívta a figyelmet a különböző törzsekből tenyésztett penicillinek különböző hatásmódjára. *Dr. Záray Ervin* és *Dr. Kucharik Stefánia* a stomatológiai klinika tapasztalatait közölték, amelyek a pulpa kezelésének területén még bizonytalanok. *Dr. Perint Jenő* beszámolt kedvező tapasztalatairól.

majd *Prof. Balogh Károly* hangsúlyozta, hogy a kellő kritikával alkalmazott penicillin kezelés, márcsak megelőzés szempontjából is értékes segedeszköze a stomatológiának.

1947 január 9-én tartott ülésen Dr. Huszár György *„Műfogsorviselők lélektana"* címen tartott előadást. A száj élettani sajátosságai, a szájüreg finom tapintó érzéke igen megnehezítik a műfogsor megszokását. A fogorvosnak ismernie kell a műfogsorviselő lelkiségét, hogy át tudja segíteni betegét a kezdeti nehézségeken. Az éjjel vizespohárba helyezendő protézis ma már a multé, de emléke még kísért és a műfogsorral szemben lelki averziót okoz. Rámutat a beteg kezébe adható mintamunkák hasznosságára. A műfogsorviselés gondolatával már a lenyomatvétel előtt kell a betegnek lelkileg megbarátkoznia. A protézis elkészülte alatt és közvetlenül az első behelyezés előtt lelki előkészítő munkát kívánatos a fogorvosnak végeznie. A megszokást elősegíti a műfogsor éjszakai viselése. A nők a protézist könnyebben szokják meg. A száj ízérző képességét kezdetben a műfogsor súlyosan megzavarhatja, ez azonbar idővel részben visszatér. A protézis pilánysági érzést válthat ki, mert viselőjének sexuális értékét csökkentheti és társaságban, nyilvánosság előtti étkezését megnehezíti. A műfogsor jelentőségére jellemző, hogy eltitkolása hazai törvényeink szerint válóokként szerepelt. Lélektani mozzanatok figyelembevétele elősegíti a műfogsor megszokását és hasznos adatokat ad a műfogsorral szemben érzett előítéletek kiküszöbölésére.

Dr. Gartner Pál, mint felkért hozzászóló az analitikus szemszögéből világítja meg a kérdést: az ideg- és elmeorvosi praxisban igen szórványosan fordul elő, hogy a protézis neurózist váltson ki, vagy egy már fennálló neurózist súlyosbítson. Pszichózis keletkezését a műfogsortrauma következményeként soha nem látta. Amit a fogorvosok protézisre szorulóknál tapasztalnak: enyhe és nem jelentőségteli neurotikus reakciók, mellyel a lelki apparátus különösebb támogatás nélkül is megbirkózik. Éppen azt tartja elemzésre érdemesnek, hogy miért nem traumatikus a protézis. A csonkulást különösen esztétikailag kiválóan ellensúlyozza a protézis. A protézist viselőben a „titok" öröme él, becsapja azokat, akik nem tudják, hogy protézist visel, ez is prémium a veszteségért. A protézist viselő a szájában játszik a protézissel, a ludlizásnak valóságos röneszanszát éli meg, a szájzónához tartozó örömkielégülés is kárpótlás a fogak elvesztéséért. A protézis az ösztönkiéléseket (szexuális, táplálkozási ösztön) bizonyos fokig korlátozza, de sokkal kevésbbé, mint amennyire félnek tőle. Mint az öregedés jele is traumatikus. Ajánlja, hogy a műfogsorok hidakat utánozzanak, tehát ne tiszta fehérek legyenek, így még kevésbbé tünik fel a „hibátlan" fogsor. Hogy a protézis ellen érzett általános averzió enyhüljön, azt javasolja: úgy, mint Amerikában, nálunk is, kis hiányokat protézisekkel és ne hidakkal pótoljanak.

Az előadást követő élénk vitában Dr. Kende János rámutat arra a tényre, hogy a kultúra fejlődése az emberek és a család életmódját úgy befolyásolta, hogy bizonyos intim ügyeket, pl: a műfogsor viselését diszkréten lehet lebonvolítani. A protézis legyen a család, a háztartás számára láthatatlan. Dr. Molnár László felhívja a figyelmet

az immediát protézisek jelentőségére. Ne legyen a páciens fog nélkül, mert megszokja a foghiányt. Dr. Krebs Etel elmondja, hogy nő számára a protézisnek nagyobb jelentősége van, mint a férfiak számára. A műfogsorviselés az öregedés jele, ezért iparkodik minden nő ezt titkolni. Prof. Balogh Károly javasolja, hogy a fogpótlás készítésének ideje alatt a lelkileg kényes beteget fogászati, illetve szanatóriumi fekvőosztályon helyezzék el. Rámutat az öregség előidézésében a fogazat szerepére. Az általános életkor meghosszabbodott, a fogak viszont fokozottan romlanak, tehát nő a foghiányos idős emberek száma. Dr. Rehák Rudolf szerint a betegbiztosító intézeteknek csak azok a betegei elégedetlenek a kivehető protézissel, akik különben hidat is kaphatnának. Az intézetek szabályzata azonban erre nem ad módot. Dr. Lajta Márkus véleménye szerint az averzió okai a rossz emlékek és helytelen szokások. Küzdeni kell a műfogsornak éjszakai vízben tartása ellen. Jó eredményt tapasztalt az *Euphagin* tabletta hatásától hányinger ellen. Prof. Simon Béla hangsúlyozza az éjszakai protézisviselés szükségességét. A műfogsornak éjszakai nem viselése állkapocsizületi elváltozást és az arc karakterének megváltozását hozza létre. Amerikában sokkal gyakoribb a kivehető fogpótlás javallata és ezért ott nincs is a protézis viselése az öregedés fogalmával összekapcsolva.

BESZÁMOLÓ A FOGORVOS SZAKCSOPORT 1946 december 19-iki választmányi üléséről.

Prof. *Simon* Béla elnöki megnyitójában a stomatológia kötelező hallgatásáról beszélt. Átírtak ez ügyben a három vidéki egyetemnek is.

Prof. *Balogh Károly* hozzászólásában elmondta, hogy a budapesti egyetem orvosi kara elfogadta a fogászat kötelező hallgatását a következő félévtől kezdve, függetlenül az orvosképzés reformjától. (L. lapunk februári számát.)

Dr. Kende János főtitkár a vidéki szakcsoportok működéséről számolt be. Indítványt terjesztett elő, hogy a fiatal munkásnők hídpótlásának elkészítését, melyre az OTI berendezkedve nincsen, a fogorvosok vállalják magukra. Az orvosok munkájukat díjtalanul adnák, a szükséges anyag és technikus költség egy részét a beteg fizetné.

A választmány több hozzászólás után az indítványt 3000 ilyen munka felajánlásával elfogadta.

Dr. Sugár László ismertette, a Népjóléti minisztérium által összehívott értekezletet, mely egy karieszbizottság felállítását javasolta. A Bizottság feladata a karies elleni küzdelem megszervezése. Beszámolt ezenkívül a Pesszentlőrincen felállításra kerülő minta iskolafogászati rendelőről.

A Szolnoki Orvosszakszervezet keretén belül fogorvos szakcsoport alakult, melynek elnöke: *Dr. Fodor Károly*, Szolnok, titkára: *Dr. Székely Sándor*, Szolnok.

A SZAKCSOPORT TUDOMANYOS BIZOTTSÁGA 1947 márc. 20-án ülést tartott. *Morel'i* prof. elnök megnyitója után a Bizottság titkárrá *dr. Perint Jenőt*, jegyzővé *dr. Sömjén Ivánt* választotta meg. Az elnök örömmel bejelenti, hogy az ARPA hivatalos lapja a *Paradentologie* újból megjelenik, mint a *Schweizerische Monatschrift* melléklete és kéri, hogy a fogorvosok közül minél számosabban fizessenek erre elő. A negyedévenként megjelenő lap évi előfizetési díja 5 svájci frank (kb. 20 Ft). Előfizetést *dr. Perint Jenőnek* (VI., Andrássy-út 20.) lehet bejelenteni. Az előfizetők egyúttal tagjai lesznek a nemzetközi ARPA-nak is.

A Tudományos bizottság örömmel üdvözli a *Fogorvosi Szemle* megjelenését és elhatározza, hogy a szerkesztőség munkájának megkönnyítésére Varga főszerkesztő a beküldött cikkeket a Tudományos bizottság tagjainak tudományos és stiláris szempontból történő átnézésére kiadhatja. A főszerkesztő kéri, hogy a szerzők cikkeikhez összefoglalást magyar és lehetőleg valamely idegen nyelven (angol, francia, orosz, német) is mellékeljenek.

A Szakcsoportban tartandó tudományos előadásokra vonatkozóan elhatározza a Bizottság, hogy az előadások bejelentésével egyidejűleg az előadás szövegét is bekéri, hogy módja legyen a Bizottságnak azt megbírálni és egyúttal a felkért hozzászólók személyéről is dönteni. Tudományos előadások *dr. Sugár László* szakcsoporti titkárnál jelenthetők be. (Stomatológiai Klinika — v. Szakcsoport iroda, Nádor-u. 32.)

Dr. Kende János főtitkár bejelenti, hogy az Orvosi Nagyhét keretében ez év szeptemberében tartandó Nagygyűlésünket *Árkövy* emlékének fogjuk szentelni, halálának 25. évfordulója alkalmából. Erre a Nagygyűlésre külföldi fogorvos egyesületeket is meghívtunk. A Nagygyűlés főtémái: 1. A pulpabetegségek kórtana és terápiája. 2. Állítható-e fel norma gyökérkezeléseknél?

A Bizottság elhatározza, hogy a főtéma egyik előadójául *Balogh* professzort kéri fel.

Dr. Kende főtitkár bejelenti, hogy a Népjóléti minisztériumtól a Szakcsoport felhívást kapott, hogy a Népjóléti minisztérium 3 éves tervének keretében a Fogorvos szakcsoport is dolgozzon ki tervet az ország lakosságának fogorvosi ellátásáról.

Dr. Sugár titkár ismerteti a Szakcsoport 3 éves tervét, melyet a legközelebbi választmányi ülés elé terjesztenek.

A terv:

1. oktatásügyi vonatkozásban a szakorvosképzésnek, továbbképzésnek, valamint a gyakorló orvosok fogászati képzésének intenzívebbé tételét,

2. preventiv közegészségügyi vonatkozásban a vidéki iskolafogászatok megszervezését és az országos D-vitamin-akció kiterjesztését,

3. gyógyítás terén üzemi fogorvosi állások megszervezését és vidéki nagyobb kórházak fogászati osztállyal való kibővítését tervezi és igyekszik megvalósítani.

AZ ARANYELLENŐRZŐ BIZOTTSÁGTÓL a következő levelet kaptuk közlésre:

Az utóbbi időben az Aranyellenőrző Bizottsághoz több esetben bejelentés érkezett egyesek részéről, hogy a Bizottság által kibocsátott arany forgalminaplójukat, illetve készletbejelentési könyvüket elvesztették, vagy ellopták tőlük.

Felkérjük t. Címet, közölje tagjaival, hogy a jövőben a Bizottság ilyen eseteknél megkívánja, hogy a bejelentő fél a rendőrségen bejelentést, illetve feljelentést tegyen és ezt hiteltérdemlően igazolja a Bizottságnál.

A M. O. Sz. Sz. 1947 szeptemberében megrendezi az első orvosi nagyhetet. Ennek keretében szakcsoportunk is megfogja tartani szokásos évi tudományos Nagygyűlését. Ennek különleges ünnepi jelleget kölcsönöz, hogy az idén van Árkövy József halálának 25. évfordulója. Ez alkalommal óhajtunk a stomatológia nagy magyar úttörője emlékének áldozni. Emlékünnepélyünkre meghívjuk a külföld összes fogorvosegyesületeit és reméljük, hogy nagy számmal fognak kongresszusunkon résztvenni. Kérjük azokat a kartársakat, kiknek személyes külföldi összeköttetéseik vannak, legyenek segítségünkre a szervezésben és lépjenek ez ügyben összeköttetésbe az Elnökséggel.

A Nagygyűlés tudományos programjának összeállításához is hozzáfogtunk. Mindazok, kik előadást óhajtanak tartani, küldjék be június 30-ig előadásuk teljes szövegét a szakcsoport tudományos bizottságához (Nádor-utca 32). Előadási szándékukat azonban ettől függetlenül minél előbb jelentsék be, előadásuk címével együtt.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

Április 24-én d. u. ½7 órakor:

Dr. Fodor György István: Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok gyulladásos betegségeinek penicillin-kezelésében.

Május 8-án d. u. ½7 órakor:

Dr. Deák László: Reformtervezet az OTI fogászati rendelőintézete számára.

Felkért hozzászólók: Dr. Pollatschek Gyula, dr. Kocsis Antal Gábor, dr. Krebs Etel, dr. Szabó Jenő, dr. Kovács György.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelezést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Szerkesztőség örömmel veszi tudomásul, hogy a Kartársak szívesen fogadták a F. Sz. újramegjelenését, habár egyelőre külsőségekben szegényesebb is, mint a régi Szemle volt. Ezt dokumentálja az alanti levél is, melyet írójának szívből köszönünk. Bátorítást ad ez a jövőre!

A levél:

Amidőn újra kezembe vettem a szaklapot, amit küldtek mutatványszám gyanánt, őszinte örömmel olvastam, mert hiszen ez szakunk tudományos megnyilatkozását is jelenti, valamint azt, hogy mi, vidéken gyakorlatot folytató szakorvosok — a folyóiraton keresztül — tudomást szerezhetünk a fogászat fejlődéséről és szakmai kérdéseinkről.

Sok-sok sikert kívánok a most újra megindult folyóirat Szerkesztőségének.

Tolna, 1947 március 26.

Kartársi tisztelettel:
Dr. Knézy Jenő s. k.
orvos, fogszakorvos.

A Fogorvosi Szemle Szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

A Szerkesztőség újból és nyomatékosan felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már **eddig beküldött**, vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljenek. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közleményekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap színvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik. Csak jól olvasható, gépen írt és nyomdaképes cikkeket fogadunk el közlésre.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára írva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

A szövegrész vége.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

Fogorvosi gyakorlatunkban

„Theriaka"

gyógyszereket használjunk
Devitalisatiós készítmények
Gyökérkezelési gyógyszerek
Pyorrhoea Byosanol-kezelés

„THERIAKA" GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT
BARTHA JÓZSEF OKL. GYÓGYSZERÉSZ BUDAPEST
V., ZOLTÁN U. 12. TELEFON: 127—694

Fej- és fogfájás, extractio utáni fájdalmak,
pulpakezelés, idegfájdalmak esetén:

DEMALGON-CHINOIN

FELNŐTTNEK ÉS GYERMEKNEK! 10 tablettás csomagolás

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZITŐJE

TELEFON:
226-887

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA
CSENGERY-U. 3

Kérem Dr. Úr ne feledje el!
GINGIVITIS, STOMATITIS, PYORRHOEA ALVEOLARIS ELLEN
25 éve kitünően bevált inykezelő gyógyszer a
BYOSANOL „Theriaka"
Gyártja és forgalomba hozza **Bartha József** okl. gyógyszerész. **Budapest, V., Zoltán-u. 12. Telefon: 329-313**

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 ÁPRILIS XL. ÉVFOLYAM Nº 4. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908–1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924–1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Adler Péter: A parodontózis megelőzése, különös tekintettel a túlterhelésre 97

Dr. Eidus Lili: A szociális fogorvoslás néhány aktuális problémája 105

Dr. Ritlop Béla: Az üzemi orvos munkaköre . 116

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Dr. Zselyonka László: A gócfertőzés kórtani és balneológiai szempontból 120

KÖNYVISMERTETÉSEK 125

LAPSZEMLE 126

ORIGINALIA: Page

Dr. P. Adler: The Prevention of the Parodontosis with Special Regard to the Overstress 97

Dr. L. Eidus: Actual Problems of the Social Dentistry in Hungary 105

Dr. B. Ritlop: Tasks of a Factory'-doctor . 116

Dr. L. Zselyonka: The Pathology of Focal Infection 120

BOOK REVIEWS 125

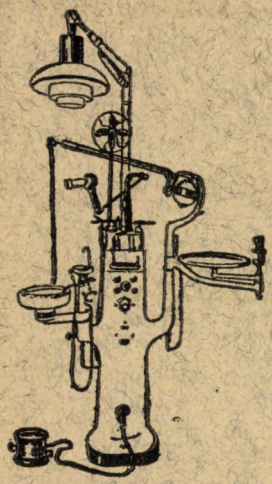
CURRENT LITERATURE 126

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED. FOLYÓIRATOK 19 / /



Érdemes

ezt az oldalt állandóan figyelemmel kísérni.

Most érkezett áruk:

Guttapercha-csúcs
Koronafelvágó-fúró
Kavitás lack, porcellántömés alá
Fogsebészeti műszerek stb.

UNIT KÉSZÜLÉKEK:

Különböző összeállításban:

Unit I. Törzs
Köpőcsésze
Fúrógépmotor
Műszerasztalka
Bunsengázégő
Flacherty sterilizátor

Unit II. + Nagy műtőlámpa

Unit III. + Reflektor

Unit IV. + Melegvízberendezés, hideg-melegvíz fecskendő

Unit V. + Levegőberendezés: Hideg-meleg levegőpisztoly
2 drb. porlasztó (Spray) palack
Elektromos kompressor

Bővebb leírással és árajánlattal készséggel szolgálok



AZ
S.S. White
GYÁRTMÁNYU PORTEX PROTHEZIS LEMEZ



SZANTÓ P.

teljesen átlátszó,
jól tapadó,
rehelykönnyű,
a legideálisabb
fogsoranyag

KÉSZITI.
LAJTA ERNŐ
FOGTECHNIKAI
LABORATORIUM
RÁKÓCZI UT 32.
TEL: 428-790.

KOVÁCS
DENTAL-DEPOT
(cégt.: Kovács Béla)
Budapest, Rákóczi-út 55.
Telefon: 335—188.

Harvard, Bayer, Pontofix, Ontophos, Fixodont cementek. — Syntetic, Roessler, Kohinor, F. P. 7. Translucin porcellánok. — Schweizi villany fúrógép komplett 850 forint. — Csőszék kárpitozott, köpőcsészével, pohártartóval 450 forint.

DIATHERMIÁK
12 havi részletre.

Komplett operatív és technikai berendezések.

KOVÁCS-FÉLE KOMBINÁLT GÉP villany öntő- és ponthegesztő egyben.

„THERIAKA"

V., Zoltán-u. 12.

Kérjük a nagyrabecsült Doktor Urak szíves pártfogását a már **három évtizede** kitűnően bevált, megbízható „Theriaka" fogorvosi készítményeire!

Új telefonszáma: 127—694

Herkules (volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules (VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 április hó *No. 4. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Debreceni Stomatológiai Klinika közleménye

A parodontozis* megelőzése, különös tekintettel a túlterhelésre

Írta: Dr. ADLER PÉTER egyetemi magántanár.**

A parodontozis gyüjtőnév alatt összefoglalt marginális parodontopát'ák kóroktanukat tekintve, multikauzális megbetegedések. Ezért úgy gyógykezelésükben, mint megelőzésükben egyidejüleg több szempontra kell figyelemmel lenni.

A parodontozis kóroktanát illetőleg néhány alapvető megállapítást kell mindíg szem előtt tartanunk, és pedig:

1. nem ismerünk olyan általános vagy szervi megbetegedést, melynek során a parodontoz'is minden esetben fellépne;
2. több olyan kóros állapotot illetve kórfolyamatot ismerünk, melynek során paradontoz'is gyakran lép fel;
3. egyébként egészséges, tehát szervi megbetegedésben nem szenvedő személyeknél is előfordul parodontozis.

Ezeknek a tényeknek szem előtt tartásával a parodontozis okait célszerűen két csoportra oszthatjuk, és pedig:

A) konstitucionál'is (alkati) és

B) kondicionális (állapotbeli) okokra.

Konstitucionak *Tandler* szerint a szervezet veleszületett, külső körülmények és behatások által meg *nem változtatható* tulajdonságait értjük. Kondiciónak a szervezet pillanatnyi állapotát nevezzük, mely külső behatásokra változ'ik. Ezért úgy a gyógykezelés, mint a megelőzés szempontjából a parodontosis kondicionális okai azok, amelyekre figyelmünket összpontosítani kell.

A paradontozis konstitucionális oka a szövetek adott, meg nem változtatható reakció-készsége és formája, első sorban a mesenchym és kötőszövet reakciómódja, valamint a hám válasza a mesenchym elváltozásaira. Ezeken a szöveti adottságokon változtatni nem tudunk.

* A szerző a közismertebb, de nyelvészetileg helytelen *paradentozis* szó helyett használja a *parodontozis* kifejezést. (A szerk.)

** Előadás az ARPA Hungarica 1946 szeptember 20-án tartott tudományos ülésén.

Kondicionális okként megemlíthetjük a belső szekrécios mirigyrendszer megbetegedéseit vagy még megbetegedésben nem is nyilvánuló kis egyensúlyzavarait. Kondicionális okként értendők a helyi kiváltó okok. Mind a gyógykezelés, mind a megelőzés szempontjából ezek a helyi ártalmak a legfontosabbak, mert legkönnyebben befolyásolhatók. A helyi okok közül kettőnek van nagyobb jelentősége: a fogkőképződésnek, és a mechanikai behatásoknak.

A fogkőképződés biokémiájára, valamint a fogkőeltávolítás módszereire nem óhajtok kitérni. A rendszeres és célszerű fogápolás fontosságát nálam hivatottabbak annyiszor hangsúlyozták, hogy e téren újat mondani nem tudok. De ezzel kapcsolatban szeretnék egy-két szempontra rámutatni:

A fogkő eltávolítása, illetve a konkrétum- és lepedékképződés megakadályozása nem bztos óvszer a parodontozissal szemben. Egyébként ezen a téren a profilaxis nem annyira a fogorvos, mint az egyén feladata. A fogorvos feladata az egyén kioktatása, hogy a szükséges száj- és fogápolást hogyan végezze. Ehhez tartozik a megfelelő formájú és nagyságú fogkefe kiválasztása is. Hogy a forgalomban lévő fogkefék formagazdagsága mind orvosi, mind gazdasági szempontból hátrányos, talán mondani is felesleges. Fogkefe-készítőink nem tudnak megszabadulni a multból hozott célszerűtlen formák babonás tiszteletétől; s még kevésbbé tud ezek használatától megszabadulni a nagyközönség, melynek fogkefe-vásárlásnál a kefekötő, illatszerész vagy az elárusító ad tanácsot, csak éppen fogorvos nem.

Részletesebben szeretnék foglalkozni a fogakat érintő mechanikai behatásokkal, melyeknek szerepét a parodontozis kóroktanában a „túlterhelés" „traumás záródás", „helytelen (t. i. irányú) terhelés" néven rég ismerjük. A túlterhelés ide s lova fél évszázada használt kifejezése a szakirodalomnak, azonban, hogy mi értendő rajta, pontosan meghatározva nincs. *Baloghgal* együtt a fogra ható külső és belső, aktív és passzív erők egyensúlyzavaraként határoztuk meg, amely a növekedés keretein kivülálló fogelmozduláshoz vezet. Ezen meghatározás megalkotásánál abból indultunk ki, hogy a fog mindenkori helyzete a reá ható erők eredőjének felel meg. A fogra ható erők részint a fog növekedéséből, részint a környező szövetek (paradoncium és állcsontok) növekedéséből adódnak (belső aktív erők), részint a rágási, beszéd- és mimikai funkciókból (külső aktív erők), valamint a fogelmozdulással kapcsolatos szövet-változásokból (ellenállások, belső passzív erők). Ezek közül is első sorban a *külső aktív erők azok*, amelyek aránylag könnyen befolyásolhatók. Sokszoros tapasztalati tény, hogy paradontozis első sorban a frontfogakon észlelhető, mély harapással és kiegyensúlyozatlan artikulációval társultan.

A fogszabályozástanban *Angle* óta a normális záródás fogalmával operálunk, melyet egyrészt a fogaknak, másrészt az állcsontoknak egymáshoz, továbbá modernebb iskolák szerint a fogaknak és állcsontoknak a koponya többi (immobil) részéhez való viszonyából ítélünk meg. Ortodonciai szempontból elsősorban a záródásnak szagittális, kisebb mértékben tranzverzális irányú eltérései keltettek érdeklődést, míg

a vertikális eltérések jelentőségét csak jóval később ismerték fel. Igen jellemző, hogy az *Angle*-féle klasszikus osztályozásban a szagittális eltérések két külön osztályt képeznek, a vertikális eltérések pedig egyszerűen az egyes fogak helyzeti rendellenességeihez sorolódnak. A normális záródásnak (okkluzió) a fogszabályozástanban közhasználatú fogalmához hasonlóan köztudottá és főképpen tudatossá kellene tenni *a kiegyensúlyozott artikuláció* fogalmát is. Kiegyensúlyozott az az artikuláció, melyben a mandibulának a fogak vezetésével történő minden irányú elmozdulásakor több fog érintkezésben marad egy vagy több ellenlábasával. Ez megfelel annak az állapotnak, melyet a protetikában sok-pont-érintkezés (Vielpunktkontakt) névvel illetünk. Szabályosnak csak azt a fogazatot szabad tekintenünk, melynél nemcsak a záródás normális, hanem az artikuláció is kiegyensúlyozott. Ennek az a gyakorlati előnye is megvan, hogy logikusan vezethető le belőle a *mélyharapás* meghatározása. Akkor mély a harapás, ha a frontális túlharapás oly nagy, hogy a frontfogak élre találkozásakor a hátsó fogak már nem érintkeznek. A szabályos záródású, de kiegyensúlyozatlan artikulációjú fogazatot működés szempontjából csökkentértékűnek kell tekintenünk.

A parodontozis szempontjából a kiegyensúlyozatlan artikuláció alakjai közül — legalább a mi viszonyaink között — első sorban a mély harapásnak van jelentősége.

A mélyharapás eseteiben gyakorlati szempontból két nagy csoportot különböztetünk meg, s az egyiken belül további alcsoportokat:

I. *Genuin mély-harapás,* mint fejlődési rendellenesség (vagy variáns), amely híjjatlan fogazatban is jelen van:

a) A kifejezett sagittális kompenzációs görbével társultan előforduló mély-harapás, melynél az alsó metszők magasabb szinten állnak és hosszabbak, mint az alsó őrlők. Gyakran észlelhető az alsó szemfogak mögött a „záródási sík" hirtelen, szinte szögben történő megtörése. Állandó kísérő tünete a prognátiával társult disztálharapásnak (Angle II. o./1. csoport).

b) A felső, sok esetben a felső és alsó frontfogak retrudált állásával együttjáró mély-harapás, mely fedőharapás (= Deckbiss néven ismeretes és egyik jellemzője az Angle II. osztály 2. csoportjának.

c) Az *Oppenheim* által *elsődleges* mély-harapásnak nevezett állapot, melynél a frontfogak tengelyállása szabályos, a kompenzációs görbe nincs erősen kifejlődve, azonban a metszők egymás mögé harapnak. Sok esetben véresre harapják az inyt az alsó metszők labiális oldalán, illetve a szájpadnyálkahártyáját a felső metszők mögött. Rendszerint szagittális eltérések nélkül észlelhető.

II. A harapásmagasság csökkenése, maradó fogak elvesztése következtében beálló mély-harapás. Ez a forma talán a leggyakoribb. Különösen jellegzetes alakja az első alsó nagyőrlő elvesztése után jelentkező, ú. n. másodlagos fedőharapás. Az alsó fogsor kontinuitásának megszakítása lehetővé teszi, hogy a hézag előtt álló fogak hátrafelé vándoroljanak. Ez a vándorlás megszünteti az alsó és felső metszők közötti érintkezést; ennek folytán az eredetileg helyes tengelyállású

felső metszők befelé dőlnek, kisebb körívben helyezkednek el. Ennek folytán nem férnek el egymás mellett, hanem össze-vissza helyzetbe kerülnek.

Ezeknek a harapási rendellenességeknek a parodontozist illetően annyiban van gyakorlati jelentőségük, hogy az ú. n. elsődleges mély-harapás kivételével fiatal korban konzervatív fogkezeléssel megakadályozhatók, illetve fogszabályozással könnyen megszüntethetők. Ezért a modern iskola-fogászattól nemcsak azt kell kívánnunk, hogy a gyerek 14 éves korában teljes és szúvasodástól mentes fogazattal hagyja el az iskolát (ami magában foglalja, hogy másodlagos mély-harapása nem keletkezhetett), hanem azt is, hogy artikulációja funkciós szempontból kifogástalan legyen. Sokkal kisebb fogorvosi feladat a kiegyensúlyozott artikuláció elérése fiatal korban fogszabályozással, mint későbbi korban a szánkaartikuláció köszörülése. Közismert tény, hogy éppen a harapás mélysége miatt a legtöbb parodontozis esetben nem sikerül a szánka-artikuláció beköszörülése.

A szánkaartikulációnak minden esetre igen nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk nemcsak a terápiában, hanem a paradontozis profilaxisában is. A fogak természetes kopása a szervezet egyik legfontosabb védekezése a túlterheléssel szemben. A fog funkciós igénybevételekor a tartó-berendezésekre, a parodonciumra nehezedő terhelés — ceteris paribus — a klinikai korona és klinikai gyökér hosszának egymáshoz való viszonyától függ, különösképpen a fog hossztengely-irányától eltérőleg ható terheléskor. A hossztengely-irányától eltérő terhelés mechanikai törvényszerűségek folytán nagyobb veszélyt jelent a fogra és parodonciumára, mint a hossztengely-irányába ható. Közismert tény, hogy a fog állandó előtörése folytán az élet folyamán meghosszabbodik a klinikai korona s ennek megfelelően rövidül a klinikai gyökér. Ennek kiegyenlítését jelenti sokszor a fogak kopása. Ideális körülmények között olyan nagymérvű a kopás, hogy a fog állandó előtörése ellenére sem változik a klinikai korona és klinikai gyökér hosszának aránya. Ebből következik, hogy a kopásnak nagyobb mérvűnek kell lenni, mint a fog „meghosszabbodásának".

Felnőtt korban a fog progrediáló előtörése passzív folyamat, azaz nem a fog növekedése, hanem a parodoncium széli sorvadása révén jön létre, tehát nem is vezet a harapásmagasság emelkedéséhez, ellentétben a fogváltás idején lejátszódó fogáttöréssel. Sőt a fogak kopása még csökkenti is a harapásmagasságot. Ez kifejezésre jut az arc lassú alakváltozásban is, a száj körüli redők elmélyülésében, az arcvonások markánsabbá válásában. A harapásmagasságnak ez a csökkenése élettani folyamat, amely a domesztikáció folytán a jelenkori embernél csak kis mértékben jut érvényre.

Mi sem mutatja jobban eme állítás igazságát, mint az a tapasztalati tény, hogy a protetikai rekonstrukciókkor betegeink a harapásmagasság emelését igen rosszul tűrik, míg a harapás magasságának csökkenését kellemesnek érzik. A harapásmagasság csökkenése mechanikai szempontból is előnyös. Minél kisebb a harapásmagasság, annál lazább, petyhüdtebb a rágóizomzat és összehúzódásának annál nagyobb

része „*frustán*" kontrakció, azaz elvész a csökkent harapásmagassághoz való adapcióban. Ezáltal csökken a fogra ható erő abszolut nagysága. Ez az erőcsökkenés a fogra nézve kedvező körülmény, mert hiszen még ideális viszonyok mellett is, midőn a klinikai korona és klinikai gyökér *hosszának aránya* nem változik, csökken a klinikai gyökér abszolut hossza, csökken a fog tartása. Gyengébb tartású fog pedig nyilvánvalóan csak kisebb erőt bír el károsodás nélkül.

Primitív viszonyok között élt és élő népek, népcsoportok fogazatát vizsgálva, többé-kevésbbé jellegzetes formájú lerágottságot észlelhetünk. Általánosságban úgy jellemezhetjük a lerágott felszínek irányát, hogy kranio-orális irányból kaudo-vesztibuláris irányba lejtenek. A rágófelszíneknek ez a természetes becsiszolódása együttjár a psalidodontia csökkenésével, ill. megszüntével. Erősen lerágott fogú, idősebb egyének metszőfogai él-élre harapnak hasonlóan a jól funkcionáló tejfogazathoz. Ez az élharapás részint az alsó fogak meziális irányu egyéni elmozdulása, részint a mandibula előretolása, részint pedig a fog anatómiai koronájának megrövidülése révén keletkezik.

A parodontozis profilaxis szempontjából szükségesnek vélnők a a kopás művi pótlását, azaz a szánka-artikuláció művi becsiszolását parodontozisra hajlamos egyéneken. Sajnos, minthogy első sorban a mély harapás hajlamait parodontozisra, csak ritkán sikerül ezúton valóban hatásos profilaxist végeznünk. A jól artikuláló fogazatban is előnyösnek tartjuk a hiányos természetes kopás pótlását lecsiszolás útján és egyúttal a harapásmagasság csökkentését. Természetes, hogy nem sikerülhet művi úton olyan tökéletesen harmonikus szánka-artikulációt elkészíteni, mint az egyén „*abrazió*" során magának ki tud alakítani. Mert, ha sikerül is teljes artikulációs egyensúlyt biztosítani a fogak lecsiszolásával, ez többé-kevésbbé azzal jár, hogy a rágófelszíneket símára kell csiszolnunk. A természetes kopásnál nem síma, hanem a mandibula izületi pályájának és elmozdulásainak megfelelően facettált kopások keletkeznek. A szánka-artikuláció becsiszolásával, a zavaró túlharapás megszüntetésével megadjuk a lehetőségét annak, hogy a mandibula kissé előbbre csússzék és a frontfogak él-élre harapjanak.

Minthogy felnőttnél a frontfogak zavaró mély-harapása miatt a szánka-artikuláció csak kivételesen csiszolható be, szükségesnek látnók a mélyharapás kezelését fogszabályozással fiatal korban.

A fedőharapás kezelése a retrudált frontfogak előredöntéséből áll. Hogy e célra milyen szabályozó gépet használunk, alapjában véve mindegy. Típusos fedőharapásnál a felső fogsoron linguálív, az alsón labiálív nem vagy csak alig helyezhető el, mert az antagonistákkal a frontális részen ütközik. Ez azonban másodlagos technikai kérdés. Alkalmas a fedőharapás megszüntetésére minden olyan ortodonciai gép, amely a frontfogakon dőlő mozgást hoz létre. A frontfogak tengelyállásának megváltozása csökkenti a túlharapás (psalidodontia) mértékét Minthogy egyes fogak ortodonciai elmozdításáról van szó, melynek során a fog és tartó berendezései károsodást szenvedhetnek, különösen, ha nem szakértő végzi a kezelést, a fedőharapás megszüntetését oly feladatnak vélem, melynek megoldása az ortodontistákra vár.

Az erősen kifejezett kompenzációs görbével társuló mély-harapás kezelése viszont oly egyszerű, annyira nem kíván különleges ismereteket, hogy minden fogorvostól, aki gyermekek fogait kezeli, megkövetelhető. A mély-harapásnak ezt a formáját ú. n. harapás-emelő lemezzel kezeljük. Ez a szájpadláson elhelyezett kaucsukból vagy valamely makromolekuláris szintetikus anyagból készülő, kapocs nélküli lemez, melyre az alsó frontfogak úgy harapnak, hogy a rágófogak között kb. 1, legfölleb 1.5 mm tér marad szabadon. Elkészítéséhez tehát a felső fogsorról és a szájpadlásról veszünk gipsszel, termoplasztikus vagy elasztikus anyaggal lenyomatot és az ennek alapján készített modellen vulkanizáljuk vagy polimerizáljuk a lemezt. Amint a harapás emelkedése révén kisebbedik a hátsó fogak közötti szabad tér, elől megfelelő vastagságú réteget vulkanizálunk, illetve polimerizálunk a lemezre, a harapást tovább emelve. A lemezt a gyermek éjjel-nappal viseli, csupán étkezés idején veszi ki szájából. Természetes, minthogy fogszabályozásról van szó, hogy a harapás-emelő lemes elkészítése előtt, illetve a harapás-emelés befejezése után mindkét fogsorról gipszmintát készítünk, hogy a kezelés eredményességéről meggyőződhessünk.

Az előbbiekben elmondottak után paradoxnak tünhetik, hogy a mély-harapás megelőzésére harapás-emelést végzünk. A harapás-, ahogy fogpótlási munkákból tudatunkban él, az extraalveoláris koronai rész meghosszabbítás jelenti, tehát a klinikai korona és a klinikai gyökér arányát kedvezőtlenül befolyásolja. Ez a tétel valóban érvényes a koronákkal, hidakkal, betétekkel végrehajtott felnőttkori harapás-emelésre, miközben a korona hosszát növeljük, a klinikai gyökér hosszát változatlanul hagyjuk. Nem érvényes azonban ez a tétel a gyermekkorban végrehajtott harapás-emelésre.

A harapásemelő lemez hatása ugyanis kettős: az állandóan reá harapó alsó metszők megrövidülnek, a harapásból kivett rágó fogak pedig kinőnek.

A metszők megrövidülése, sajnos, elkerülhetetlen. A lemeznek ez a hatása egyáltalán nem kívánatos. A mély harapásnak kifejezett kompenzációs görbével együttesen előforduló formáját az arc alsó harmadának fejletlensége jellemzi. A metszőfogak megrövidülése ugyan kiegyenlíti a kompenzációs görbét és meg is szünteti a mély harapást, azonban tapasztalataink szerint a fogak művi megrövidítése ritkán sikerül recidivamentesen, azaz miután a lemez viselését elhagyjuk, a megrövidült alsó metszők eredeti hosszukra nőnek ki és a mély-harapás recidivál. De a fog tartó berendezéseinek szempontjából sem teljesen közönyös a fogakra állandóan ható — bár hossztengelyirányú — terhelés.

A lemez kívánatos hatása, hogy helyet biztosít a molárisok és praemolárisok növekedésének. A harapás-emelés az őrlő fogak táján való növekedési folyamatok következménye. Ha a foggal antagonistája nem érintkezik, fiatal korban nem a fog hosszabbodik meg, azaz nem a klinikai korona lesz hosszabb s ennek megfelelően a klinikai gyökér rövidebb, hanem a parodoncium nő a foggal együtt. Ezáltal tehát emelődik ugyan a harapás, azonban anélkül, hogy a fog helyzete mecha-

nikai szempontból romlanék. Hogy nem a fogak nőnek fiatalkori harapás-emelésnél, hanem a parodoncium növekedése révén emelődik a harapás, mutatja többek között az egyes tejfogak, különösen a perszisztáló tejőrlők elmaradó növekedése. Ilyen esetekben azt látjuk, hogy a perszisztáló tejőrlő rágófelszíne nem éri el az okkluziós síkot, azonban azt is látjuk, hogy az íny e fogak mentén magasabban tapad. Ugyanígy korai fogelvesztésnél tapasztalhatjuk, hogy az antagonista — amennyiben akadálya nincs — belenő a hézagba. Fiatalkorú egyénnél általában nemcsak a fog hosszabbodik meg, hanem a parodoncium növekszik. Idősebb korban a fog emelkedik ki a fogmedernyúlványból.

A harapás-emelő lemez hatásmechanizmusa teljes mértékben nem tekinthető át. Kedvező hatás esetén azt látjuk, hogy az előbb jól kifejezett kompenzációs görbe ellaposodik, a rágósíknak a szemfogak mögötti törése kiegyenlítődik. Hogy ezért részben a frontfogak megrövidülése felelős, az előbbiekben kifejtettük. Részben azonban a rágófogak szintemelkedése okozza a rágósík kiegyenesedését. Különös tény, hogy a rágófogak elsősorban a mandibulából nőnek ki, illetve a parodoncium növekedése első sorban az állkapcson észlelhető. A felső rágófogak táján történő növekedés t. i. a kompenzációs görbe erősödését jelentené, tehát az eleve fennálló kóros állapot rosszabbodását. Hogy ez miért nem történik, arra vonatkozóan kielégítő magyarázatot nem tudunk adni. *Reichborn-Kjennerud* szerint a fogváltás idején létrejövő harapás-emelődés a mandibula meghajlása révén keletkezik: a mandibula a szöglet előtt, illetve az első nagyőrlő táján meghajlik, ez által hely teremtődik ahhoz, hogy a fogak magasabbra nőjjenek parodontiumukkal együtt s egyben meghosszabbodik a mandibula vízszintes szára, ami a frontfogak élre-harapására vezet. Ezt a nézetet a harapás-emelő lemezre nézve elfogadni nem tudjuk. Annyi bizonyos, hogy az állandóan viselt lemez által okozott művi harapásemelés folytán a mandibula elülső részére a szokványosnál nagyobb terhelés jut; elfogadható az is, hogy növekszik ez által a masseter nyugalmi és kontrakciós helyzete közötti távolság, tehát a masseter összereje. Ez a két körülmény minden esetre a *Reichborn-Kjennerud* által feltételezett mechanizmus értelmében hat.

A harapásemelő lemezt passzív ortodontiai gépnek tekintjük, amely tehát eleve károsodást nem okozhat. Ezért használatát minél szélesebb körnek ajánlhatjuk.

A paradontozis-profilaxis szempontjából döntően fontosnak tartjuk még a fogsor kontinuitásának biztosítását. Hogy egyetlen alsó őrlőfog elvesztése a fogív összeomlásához vezethet, már kifejtettük. Ezért nem tudjuk eléggé hangsúlyozni a korai konzervatív fogellátás fontosságát. Ha azonban bármely oknál fogva egyik vagy másik tejfog vagy maradó őrlőfog (elsősorban az első nagyőrlőről van szó!) konzervatív kezeléssel már nem tarthat meg, megköveteljük a keletkező hézag áthidalását. A legegyszerűbb megoldás — felnőttnél — a fix híd. A paradoncium épségben tartása szempontjából a pillérekre kevésbé készítünk borító koronát, mintsem betétet vagy háromnegyed koronát. Serdülő korban végleges, fix híd elkészítését ellenjavalltnak tartjuk. Viszont

könnyen készíthetők oly hézagóvók, amelyek biztonmegakadályozzák a fogak vándorlását a hézag felé anélkül, hogy akadályoznák az állcsontok növekedését. Hogy a hézagóvót betétek vagy gyűrűk segítségével készítjük-e, elvileg teljesen mindegy. Mindazon elemek használhatók horgonyként, amelyek fix hidak elhorgonyzására használatosak. A híd és a hézagóvó között két különbség van:

1. A híd a pillérek egymáshoz való viszonyát minden irányban végérvényesen fixálja; a hézagóvó csupán a hézag irányába egymáshoz való közeledésüket akadályozza, minden más irányú elmozdulásukat szabadon hagyja.

2. A híd a rágóerő felvételére és átvitelére szolgál. A hézagóvó készíthető úgy, hogy fel tudjon venni rágóerőt s át is vigye a fogakra, azonban készíthető úgy is, hogy a rágóerő nem hat reá.

Serdülő korban, míg az állcsontok növekedésével számolnunk kell, nem szabad tehát hidat készítenünk, hanem hézagóvóval akadályozzuk meg a fogak nem kívánatos irányú vándorlását. Hézagóvót megfelelően csak ott tudunk készíteni, ahol a hézag mindkét oldalán van fog, azaz a fogsor végén elvesző fog helyét óvni nem tudjuk. Ez a tudat vezérelje konzervatív kezelésünket mind a tej, mind a váltó fogazatban.

Nem fejezhetjük be a parodontozis megelőzéséről szóló megbeszésünket anélkül, hogy a gépekkel, esetleg aktív gépekkel történő fogszabályozás és paradontozis viszonyáról ne szólnánk. Eddig semmiféle olyan adat nem ismeretes, amely szerint a fiatal korban szabályozott, egyenként elmozdított fogak parodoncium oly maradandó károsodást szenvedett volna, ameely későbbi korban hajlamosítaná a parodontozisra. Hogy a művileg elmozdított fogak parodonciuma károsodást szenved közismert, azonban közismert az a tény is, hogy fogszabályozással elmozdított fogaknak új paradonciuma épül. Ennek felismerése a fogszabályozása a parodontozis-kezelés lényeges tényezőjévé tette. Ezzel kapcsolatban természetesen nem szabad fix, látható fogszabályozó gépekre gondolni; elsősorban a napnak csak bizonyos szakaiban viselt, kivehető gépek jönnek — már csak a betegek kora miatt is — számításba.

A parodontozis megelőzésében leglényegesebbnek a lokális kondicionális okok kiküszöbölését látjuk, első sorban a fogkő-képződés megakadályozását és a kedvezőtlen mechanikai terhelési viszonyok kedvezőre változtatását. Minthogy azonban nem csupán ezek a lokális, kondicionális okok válthatnak ki parodontozist a konstitucionális hajlam alapján, magától értetődik, hogy az előbbiekben ismertetett profilaktikus eljárások követése nem mentesíthet mindenkit a parodontozistól. A kondicionális okok kiküszöbölésével azonban lényegesen csökkenthető a parodontozisok száma.

Debrecen. Stomatológiai Klinika.

FOGSZAKORVOS ELSŐRENDŰ PRAXIST
komoly fix jövedelemmel **elfoglalhat** minden befektetés nélkül. Esetleg benősüléssel. Érdeklődök „VÁLLALATI PRAXIS" jeligére a kiadóba irjanak.

Az Apponyi-Poliklinika fogászati osztályának közleménye

A szociális fogorvoslás néhány aktuális problémája

Írta: Dr. EIDUS LILI.*

Az általános társadalmi fejlődés hozza magával, hogy a társadalomtól minden dolgozónak jár mindaz, ami egészségének megóvása, valamint helyreállítása céljából szükséges. Ehhez tartozik természetszerűen a fogazat megóvása és helyreállítása is. Ez — tekintve a világ összes kultúrnépeinek igen rossz fogazatát — a fogorvostársadalomra pillanatnyilag szinte megoldhatatlannak látszó feladatokat ró. Keresnünk kell tehát azokat a módokat, amelyek képessé teszik a fogorvosi kart a reá váró feladatok kielégítő megoldására.

A fogazatnak az egészségügyi, egészségvédő szolgálatba való bevonása nem csupán a nálunk folyó társadalmi átalakulással kapcsolatban vet fel problémákat, hanem a polgári társadalmat is foglalkoztató probléma. Mi sem mutatja ezt jobban, mint az angol szaksajtóban évek óta megjelenő eszmefuttatások a *Beveridge*-terv fogászati vonatkozásai felett. A kérdés aktualitását mutatja továbbá *F. Schiller*-nek egy közlése a *Zeitschrift f. Stomatologie 1946. évi 6.* számában, melyben a fogorvosi tevékenység egyes ágaiban a minimális qualitativ követelményeket körvonalazta. Hogy a probléma nálunk is időszerű, annak bizonyságául szolgálhat a szakcsoportban és a klinikán tartott számos előadás, mint *Berényi* előadása, a Káriesz-ankét számos kiváló hozzászólása, valamint *Huszárnak* a *Máthé-emlékkönyvben* megjelent cikke, amelyek mind ennek a kérdéskomplexusnak egy-egy részletével foglalkoznak.

Előadásomban körvonalazni szeretném azokat a szempontokat, amelyek a fenti értelemben vett szociális fogorvoslás problémáiban orvosi tevékenységünket irányítják. A társadalom-fogászat megszervezésében és tevékenységében egyidejűen több szemportra kell figyelemmel lennünk; ezek a szempontok igen különböző jellegűek: részben orvosiak, részben azonban anyagiak. A szociális fogorvoslásnak a társadalom anyagi teherbíróképessége szab határt. Ha pl. a magyar törvényhozás kimondaná, hogy minden dolgozónak joga van ingyenesen szanáltatnia száját — fogorvosi értelemben —, ennek költségeit a magyar társadalom elviselni nem tudná, eltekintve attól, hogy ilyen terv megvalósítására nincs kellő számú szakemberünk sem. Az anyagiak kérdése, melyre fejtegetéseim során még vissza kell térnem, bizonyos restrikciókat tesz szükségessé. A mi orvosi feladatunk ezeket a restrikciókat a mi orvosi szempontjainkkal összhangba hozni.

A fogazat nem életfontosságú szerv, azaz az ember fogatlanul is tud élni és ha csökkent mértékben is, de fogatlanul is lehet munkaképes. Ezt a részünkre fájdalmas tényt tudomásul kell vennünk, mert igaz! Igaz azonban az is, hogy a fogazat elvesztése az egyénre nézve — és így összességben a társadalomra nézve is — hátrányos. Hátrányos még abban az esetben is, ha a hiányzó fogak művi úton — protézissel

* Előadás a M. O. Sz. Sz. fogorvos-szakcsoportja tudományos ülésén.

— pótolva vannak. A művi fogpótlások teljesítőképessége a természetes fogazat teljesítőképességének 30—80%-át éri el, általában azonban inkább az alacsonyabb határ körül mozog. Ez a ki nem elégítő eredmény orvosi törekvéseinket oda irányítja, hogy a művi fogpótlást minél ritkábbá tegyük. Ha pedig mégis szükség van művi fogpótlásra, az lehetőség szerint olyan természetű legyen, amelynek teljesítőképessége nem marad el lényegesen a természetes fogazaté mögött. Itt ismét anyagi szempontokkal kerülünk összeütközésbe. Felfogásunk és mondhatjuk a kontinentális felfogás szerint funkciós szempontból a legtökéletesebb fogpótlás a rövid híd, azaz olyan híd amelynek pillérei közel állanak egymáshoz és amelynek pillérei *épek*. Ez egyben azonban a legdrágább fogpótlás is. A legolcsóbb fogkezelés a megbetegedett fogak minél nagyobb számban történő eltávolítása és kivehető, lemezes műfogak készítése. Ökonomiai szempontok tehát a foghúzás és a lemezes pótlás mellett szólnak. Ha azonban az ellentétes felfogásnak is hangot adunk, akkor e szempontokon kívül nem mulaszthatjuk el leszögezni, hogy a gazdagabb nyugateurópai államok, — mint Anglia, Hollandia — jobb anyagi viszonyok között élő közönsége is, amely tehát az általunk jobbnak vélt hidakat is meg tudná fizetni, protézist visel nagy többségben.

Látjuk tehát, hogy ökonomiai és orvosi szempontok egyaránt oly megoldás mellett szólnak — legalább látszólag —, amelyik a mi orvosi mentalitásunkkal nehezen egyeztethető össze. Végeredményben még sem szeretném abban látni a fogorvosi tudomány és gyakorlat kicsúcsosodását, hogy minden megbetegedett fogat extrahálunk és helyére lemezes, kivehető fogpótlást készítünk, amellyel a betegnek felnőtt korában ismét meg kell tanulnia rágni. A mi fogorvosi nézetünk ezzel élesen szembenáll, mert mi feladatunkat abban látjuk, hogy a fogakat és fogazatot megóvjuk, ameddig csak lehet. Meg kell tehát vizsgálnunk azt, hogy ezt hogyan tudjuk elérni, s ha a végső cél — a magyar nép teljes fogászati ellátása — felé több út vezet, meg kell néznünk azt is, hogy melyik mibe kerül.

Minthogy egészségügyi, orvosi kérdésről van szó, bizonyos orvosi szempontokat kell legelsőbben is tisztázni. Mindenekelőtt azt kell leszögeznünk, hogy milyen orvosi teljesítményeket kell megkövetelnünk — puszta orvosi szempontból nézve — a szociális fogorvoslás szolgálatától.

I. KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT. A szuvasodás megakadályozására a mai napig semmiféle megbízható módszerünk nincs. Mindaz, amit anya- és csecsemővédelemmel, vitamindús táplálkozással, a szénhidrátoknak, különösen a finomított gyári cukornak mellőzésével és egyéb óvintézkedésekkel elérhetünk, a fogazat szempontjából *a semminél alig* több. Hatásos káriesz-profilaxist mai tudásunk mellet nem tudunk nyujtani. Véleményünk szerint még az is kétséges, hogy a használatos eljárások egyáltalán befolyásolják-e, s ha igen, kedvező irányban befolyásolják-e a fogazatot.

Ennek tudatában tehát a konzervativ fogászat kurativ részére kell nagyobb súlyt helyeznünk. A szuvas fog tömése az a feladat, ame-

lyet a fogorvos tökéletesen el tud végezni. A fogtömés ma tulajdonképen az egyetlen tudományosan megalapozott és biztos káriesz-prevenciós eljárásunk. *G. V. Black* a preventiv extenzio elvének felismerésével a fogak tömését a pusztán protetikai rekonstrukcióból profilaktikus orvosi műtétté tette. A társadalom-fogászatban tehát konzervatív fogkezelést csak a *Black*-féle elvek alapján tudunk elképzelni. Ezen a téren különösen fogorvosképző intézeteinkre vár nagy feladat: a kikerülő orvosgárdának vérévé kell hogy váljék a preventiv extenzió fontossága.

Bár az anyagi vonatkozású kérdésekkel a későbbiekben fogok részletesen foglalkozni, legyen szabad itt mindjárt rámutatnom arra, hogy a *Black*-féle üregalakítás látszólag drágább, mint a fognak tesséklássék kifúrása és gyors betömése. Azonban, tekintetbe véve azt, hogy mennyivel rövidebb idő után lép fel a preventiv extenzió elhanyagolásával készített tömés szélén másodlagos szuvasodás és teszi illuzórikussá az addig végzett munkát, kiderül, hogy a *Black*-féle üregalakítás az olcsóbb megoldás. Pillanatnyilag ugyan többe kerül, mert az előkészítés hosszabb ideig tart, azonban tömegekben gondolkodva végül is lényegesen olcsóbb. Erre tekintettel kell lenni a szociális fogorvoslásban, midőn valamilyen formában meg kell szabni az üregelőkészítés és ellátás idejét. Én átlagban 8 percre teszem a preparálás és tömés együttes idejét preparált fogfelszinenként. A későbbiekben végzett számításaimnak is ezt az időértéket vettem alapjául. Ez azt jelenti, hogy átlagban 8 perc alatt készül el egy szuvas rágófelszínen *Black* szerint az I. osztálvú üreg és annak végleges tömése. Egy mezio-okkluzális üreg előkészítése és tömése, minthogy két fogfelszínre terjed ki, 16 percet vehet igénybe. A MOD üregre és tömésre viszont 24 perc számítható. Meglehetősen gyakorlott fogorvosnak kell annak lennie, aki ezeken az átlagidőkön a nivó leszállítása nélkül tudna csökkenteni.

Ugyancsak anyagi vonatkozású kérdés az is, hogy mit használjunk tömőanyagként. A betéteket orvosi szempontból a plasztikus tömésekkel szemben előnyben részesítjük, nem utolsó sorban azért, mert a betét előkészítésénél semmiféle olyan „elnagyolás" nem engedhető meg, ami plasztikus tömés felvételére történő üregelőkészítésnél még elcsúszik. Sajnos, a betét készítése annyira megdrágítja a gyógyeljárást, mert a munkaidőt — még laboratóriumi munkával is — lényegesen meghosszabbítja, hogy egyelőre alig gondolhatunk arra, hogy a társadalom-fogászatban a betét legyen a tipusos tömés. A tömőanyag ára közötti különbség gyakorlatilag érdektelen. Betétet is lehet oly fémekből készíteni, mint pl. a szájálló ezüst-palladium ötvözetek, amelyek alig drágábbak, mint az amalgám. Frontfogakon ma a szilikáttömés a „modus procedendi". A szilikátoknak számos olyan hátrányuk van (pulpa elhalás, kioldódás), amely miatt a szociális fogbetegellátásban szívesen mellőznők használatukat, azonban erre egyelőre lehetőség nincs. A háborús évek technológiai fejlődése mindenesetre reményt nyujt arra, hogy hamarosan lesz plasztikusan feldolgozható, fogszínű szintetikus (makromolekuláris) anyagunk, melv mentes lesz fenti hátrányoktól. Addig azonban be kell érnünk a szilikátokkal.

A konzerváló fogászatnak legfájóbb pontja a gyökérkezelés kér-

dése. Ez a kérdés szaktudományos szempontból sincs még megoldva mert hiszen alig nevezhető tudományos kritikát kiálló megoldásnak az, hogy az akár véletlenül is megnyílt fogbélüreg föltétlen javallatát képezi a gyökérkezelésnek, sem pedig az, hogy a gangrénás gyökércsatornákat heteken át kezelgetik különböző vegyszerekkel. A fogbél megtartását illetően a kisérletezés stádiumán sem vagyunk túl még; az általános gyakorlatban használható pulpa-konzerváló módszerekről egyelőre csak álmodni tudunk. Ami pedig a gyökérkezelések eredményeit illeti, azok egészben véve lesujtók. Pedig aránylag könnyen végezhető jó gyökérkezelés is: csupán lelkiismeretesség, pontosság, ezenkívül műszerek és legfőképen idő kérdése. A társadalom-fogászatban a gyökérkezelések a lehetőség szerint minimumra redukálandók, éppen a kilátások bizonytalansága miatt. Gyökérkezelést a társadalomfogászatban is csak teljes és tökéletes felkészültséggel szabad végezni: kofferdammal, röntgenkontrollol, apexig érő, hermetikusan záró töméssel. Ha tehát gyökérkezelést végzünk, annak ezen követelményeknek tökéletesen meg kell felelnie. Társadalmi szempontból az is fontos, hogy lehetőleg ne túlsok időt emésszen fel; lehetőleg minél kevesebb ülésben történjék. Hogy az ülések számának redukciója milyen fontos, arra *Adler* is rámutatott.* A gyökérkezelésnél azonban az ülések számának csökkentése véleményem szerint nemcsak anyagi szempontból előnyös, hanem orvosi szempontból is. Reá fogja vezetni a fogorvostársadalmat, hogy az arzéntrioxid nem aszeptikus nekrózist okoz a pulpában, tehát minden ehhez fűzött kontemplatív magyarázat helytelen. Reá fogja vezetni arra is, hogy ne kezelgessen, hanem kezeljen. Élő pulpájú fognál az exstirpáció helyi, vagy vezetéses érzéstelenítésben rendszerint egyetlen ülésben elvégezhető, sőt a gyökértömés is. Gangrénás fogakon sem jobbak az eredmények, ha a beteget többször rendeljük be és cseréljük ki a vattaszálcsát. A döntő tényező, különösen pulpagangrénánál, a gyökércsatorna széles alapos feltárása. A mechanikai tisztítással egyetlen dezinficiens sem veheti fel a versenyt. Sajnos átlagban gyökércsatornánként így is két ülést kell minimálisan megkövetelni és megengedni a gangrénakezelésben is. Ez oly mérvű drágulást jelent, hogy tömegben nemigen viselhető el.

A gyökérkezelésnek ez az anyagi okokból is történő restrikciója fokozottabb mértékben szükségessé teszi a korai kárieszkezelést és az alapos konzervatív fogkezelést, tehát a *Black* elveinek megfelelő üreg alakítást és a gondos tömést.

A gyökérkezelésnek ez a restrikciója a másik oldalon előtérbe helyezi az extrakciók valamint a fogpótlások kérdését is.

II. EXTRAKCIÓK. Természetszerű orvosi követelmény, hogy addig a szájban semmiféle megtartó, vagy fogpótló műveletre sor nem kerülhet, míg az összes szükséges foghúzások el nem végeztettek. Az extrakció módjairól, a fájdalom kikapcsolásának szigorú szükségéről itt szólnom fölösleges.

III. FOGPÓTLÁSOK. Ez a kérdés a társadalomfogászat egyik legnehezebben megoldható problémája. Orvosi szempontból, kontinenta-

* Az Orvosok Lapja 1946. 4. számában.

lis felfogás szerint „a híd helyezendő előtérbe" mert fiziológiás módon terheli meg a maradékfogazatot. A beteg pszichológiai beállítottsága is a híd, és pedig a fix híd mellett szól. Sajnos a fix hidak kérdése kielégítő módon technikailag megoldva ma sincs. Általában a borítókorona az elhorgonyzásnak a legbiztosabb módja, az a borítókorona, amelyről valamennyien tudjuk, hogy az általában szokásos fogorvosi műveletek közül a legnehezebben készíthető kielégítően, amelynek készítése — orvosi szempontból — a legnehezebb. Tökéletesnek csupán a vállal való előkészítést tekinthetjük, amikoris tudjuk, hogy a fogak mekkora területét kell a készülendő koronának borítania. A közhasználatú koronák, melyeket előhúzott hüvelyből préselnek, mint az elmult évek folyamán elsősorban *Visegrády* megmutatta, nyaki részükön még az esetben is elállnak, ha az előkészítés tökéletesen pontos. Az *Adler* által ajánlott eljárási mód, amely az öntött koronához használatos lenyomati módot követi húzott koronáknál is, ezen a téren lényeges előnyt jelent. A döntő tényező azonban még ekkor is a csonk előkészítésének pontossága, ami igen sok időt, nagy szakértelmet, önkritikát és fáradságot igényel. Ami a korona előkészítésének idejét illeti, azt — lenyomattal, stb. együtt, de a behelyezés nélkül — körülbelül 45 percre kell kontemplálni. Mint előljárójában kifejtettük, csak rövid, ép pillérű hidak lehetnek megengedhetők a szociális fogorvoslás keretein belül. A híd elkészítési idejét kb. a következőképpen számíthatjuk ki: annyiszor 30 percet kell venni, ahány pillérre kerül korona, ehhez összesen hozzáadni a koronapróba, hídlenyomat, hídbehelyezés idejét véve 30—45 percet, aszerint, hogy 4 tagú, 2 pillérű, avagy ennél több tagú és pillérű hídról van szó.

A borítókoronákról mondottak egyben azt a restrikciót teszik szükségessé, hogy fém borítókoronát mint szólókoronát a társadalomfogászat ne adjon. A szóló borítókoronának semmiféle orvosi javallata nincs. Nincs az a kikezelt gyökér sem, amelyre csapos betétet ne lehetne tenni; de különösen előnyösen alkalmazható betét gyökérkezelt rágófogakon, MOD betét formájában, amelyik egyben az egész rágófelszínt fedi.

A korona és hídpótlás igazi problematikája a frontfogaknál érvényesül. A „*primum non nocere*" elvét kell a beteg kozmetikai kívánságaival egyensúlyba hoznunk, valamint az anyagi kérdésekkel is. Orvosi szempontjaink a következők: kozmetikai okokból devitalizálni nem szabad egyetlen fogat sem. Fém a gingivával ne érintkezzék a hídtagok területén. Gyökérkezelt fognál a legjobb pótlásnak az öntött Richmondkoronát látjuk; ezt használnók ilyen esetekben hídpillérként is. Az öntött Richmond elkészítési ideje az orvos részéről semmi esetre sem hosszabb, mint a rendes borítókoronáé.

Ellentétben a rágófogakkal, élő frontfogaknál előfordulhat a szólókorona szükségessége, éspedig elsősorban *Black* IV. oszt. üregeinek definitív és kilégítő ellátása céljából. Csak vállal történő előkészítés és makromolekuláris szintétikus anyagból készülő korona jöhet számításba.

A hídtestet illetően az alámosható hidakat kell előnybe helyezni mindenütt, ahol kozmetikai szempontok ezt a megoldást nem teszik lehetetlenné, azaz a felső első premoláristól kezdődően meziális irány-

ban el kell ettől az elvtől érnünk. E téren is sok javítani való van; a készen kapható acélhídtagok ezen követelménynek nem felelnek meg. Használatuk tehát orvosi szempontból föltétlenül ellenjavalt.

Ellentétben a hídpótlással, a kivehető lemezes fogpótlás elkészítésének ideje az orvos részéről sokkalta rövidebb. A technikai előállítás is könnyebb és főként olcsóbb. A részleges lemezes fogpótlások részletesebb tárgyalásába nem bocsátkozhatom, mert ez a kérdés túlmegy fejtegetéseim keretein, pedig általános fogellátás szempontjából talán ennek a kérdésnek a legnagyobb az aktuális fontossága. Sajnos azonban, ezen a téren ismét csak arra kell rámutatnom, hogy a részleges protézis viselője arra van gyakorlatilag ítélve, hogy a protézis ássa meg meglévő fogainak sírját. Különösen évényes ez a szomorú megállapítás a közhasználatu kaucsuklemezekre, melyek föltétlenül a marginális parodoncium lényeges károsodását okozzák. Nem akarok kitérni a kapocsártalmakra, a pillérek meglazulására, stb.

A teljes fogpótlás a szociális fogászatban természetesen csupán kaucsuk, ill. műanyag protézisekkel oldható meg. Fém nem jön számításba. A megoldás — funkciós lenyomati eljárások használatával — általában orvosi szempontból kielégítőnek tekinthető.

IV. ORTODONCIA. Nem a dolgozónak, de a dolgozó gyermekének fogazatrendezése szintén a szociális fogorvoslás keretei közé tartoznék. Az ortodonciai kezelés megfelelő konzerváló fogellátás mellett, elég kis számú elsődleges fogazati anomáliával rendelkező gyermekre korlátozódhatnék, mint amilyenek az *Angle* szerinti II. és III. osztály és a mély harapás. Mindezen anomáliák kezelése — megfelelő életkorban — kivehető, kaucsukból készülő gépekkel történhetik, amelyek aránylag olcsók. Olcsók pedig nemcsak azért, mert előállításuk kevés pénzbe kerül, hanem azért is mert ellentétben a fix gépekkel, egy orvos sokkalta több beteget tud kezelni és ellenőrizni. Fix géppel maximálisan 300-ban jelölhető meg az egy orvos által ellátható szabályozott gyermekek száma minden gyermekre évente 1 teljes munkanapot számítva. Lemezes kivihető gépekkel történő szabályozásnál ez a szám legalább megkétszerezhető, esetleg — különösen, ha a kezelés a típusos esetekre korlátozódik és egyes fogak helyzeti anomáliái nem komplikálják — megháromszorozható. Az egyes fogak helyzeti rendellenességeinek nagyobbrésze elkerülhető kellő konzervatív fogellátással.

Célszerű lenne a fogszabályozás bevezetése a már meglévő iskolafogászat egyik rendelésén, mely mint központi ortodonciai intézet szerepelne, melynek módjában állna idejekorán a gyermekek fogainak ortodonciai szempontból való ellenőrzése és kezelése.

Az eddigiekben bátor voltam az orvosi szempontokat, tekintetbe véve bizonyos mértékben anyagi szempontokat is körvonalazni. A következőkben azt szeretném elemezni, hogy a szocális fogorvoslás megvalósítása orvosi szempontból viselhető restrikciókkal mibe kerülne, azaz végső fokon azt, hogy mindabból amiről beszélünk, gyakorlatilag mi lenne megvalósítható.

Ehhez az elemzéshez bizonyos számadatokra van szükségünk; egyrészt a lakosság számára, másrészt kor és foglalkozási ágak szerint való

eloszlására vonatkozóan; továbbá adatokra van zükség a fogazat állapotát illetően. A lakosságra vonatkozó számadatokat az 1930-as népszámlálás eredményeiből veszem. A fogak állapotára vonatkozó adatoknál hasonló jellegű, megbízható forrás nincs, mert elég kiterjedt vizsgálatok e téren nem voltak. Azonban — mint a számításokból ki fog derülni — alapjában véve megbízható és pontos adatokra nincs is szükség, mert hozzávetőleges számítást lehet úgyis csak végeznünk. Ezeknél a legcélszerűbbnek *Deme* 1941-ben közölt adatait vettem, metr ezen adatok nem egy kiválasztott nép-, vagy foglalkozáscsoportra, hanem egyszerűen hadköteles korban lévő férfiakra vonatkoznak, akiket a keresőképes, önálló keresettel bíró lakosság típusképviselőinek szabad tekintenünk. *Deme* megállapítása szerint összesen kb. 5% volt kárieszmentes. Ez azt jelenti más szóval, hogy a vizsgált egyének 95%-ánál talált kárieszt, vagy egykori kárieszre utaló elváltozást. Azt hiszem, igen szerény számítási alap, ha fejenként 5 preparálandó fogfelszínt veszek (azaz pl. 1 MOD és 1 OD üreget, vagy 2 OD és 1 okkl. üreget). Magyarország önálló keresettel bíró lakóinak száma 1930-ban kb. 4 millió volt, tehát ezek szerint 3,800 000 embernél számítsunk 5—5 preparálandó fogfelszínt. Ez 19 millió preparálandó fogfelszínnek felel meg, ami átlagban 8 perc preparálási és tömési időt véve 152 millió perccel, illetve 2.530.000 órával egyenlő. 4 órás munkanapot véve ez 622.500 munkanap, illetve évenként 300 munkanapot számítva, ez megfelel 2100 orvos 1 évi napi 4 órás munkájának.

A 8 perces konzervatív fogellátási időnek azonban alapfeltétele, hogy a kezelés símán menjen, asszisztencia legyen kéznél, tehát az orvosnak ne kelljen időt vesztegetnie. Tehát ez jelentene egyben 2100 fogorvosi asszisztensnőt is. Bátor voltam kiszámítani, hogy ez az OTI orvosok fizetését véve alapul, beleszámítva a kb. 60% tömegfelesleget is, mibe kerülne. Az orvosok részére kijönne napi egy órás rendelésért havonta kb. 160 F-ot számolva 16,128.000 Ft. Az asszisztensnőnek fizetését ennek 40%-ára teszem, ami 6,451.200 Ft. Tehát a személyi kiadások összege a kezelésben valóban résztvevők számára 22 759.200 Ft lenne. Ehhez járulnának még a dologi kiadások, valamint az adminisztráció költségei, úgyhogy pusztán ez a konzervatív betegellátás 40 millió Ft-ba kerülne.

Deme adatai szerint kb. 60%-ban lett volna hídpótlásra szükség. Ha minimális átlagban vesszük, fejenként 2 pillért és 2 tagot, az is megfelelne 2,400.000 hídnak, tehát 4,800.000 pillérnek és ugyanannyi tagnak.

Ez az előljáróban leszögezett elvek alapján hidanként 90 perc orvosi órának, illetve 900.000 négyórás munkanapnak, ami viszont 3000 orvos évi munkája. Ehhez számítandó ugyanannyi segédszemélyzet: 1 orvosnak és a vele dolgozó asszisztensnőnek évi fizetése együtt 7680 + + 3072 = 10.752 Ft, tehát összesen 32,256.000 Ft személyi kiadást jelentene ennek megvalósítása. Ez azonban csupán az orvosi rendelőre vonatkozó rész nincs beleszámítva a technikai munka ideje. Nagy laboratóriumi üzemnél hidanként szintén kb 90 perc munkaidőt vehetünk; a fogtechnikus munkadíját az orvos javadalmazás 60%-ának véve ez

13,824.000 Ft-ot tenne ki. Tehát a munkában tényleg résztvevő személyek dotációja 46,000.000 Ft-on felül lenne.

Legyen szabad még, hogy ilyen tervezgetések abszurditását kimutassam, számításokat végezni arra vonatkozóan, hogy a gyökérkezelés bevezetése mibe kerülne. Ha személyenként átlagban egyetlen egy gyökérkezelést számítunk s annak tartalmául minimálisan 50 percet veszünk átlagként, ami nyilván igen szerény becslés, akkor is 200 millió percről, azaz 2613 orvosnak egy évi munkája napi 4 órás munkaidő mellett. Ismét beleszámítva az asszisztensnőt is, a költség 27,084.976 Ft-ot tesz ki.

A hidak készítésénél és a gyökérkezelésnél fenti összegek nem foglalják magukban a dologi kiadásokat, az üzemfenntartás és adminisztráció költségeit. Ezeket is kb. a személyi dotációkkal egyenlő összegűre lehet tenni. Tehát a hidak elkészítése és a gyökérkezelések elvégzése több mint 146 millió Ft-ot venne igénybe. Meg kell azonban jegyezni, hogy számításaink alapjául a tényleges viszonyoknál lényegesen kedvezőbb előfeltételeket választottunk. Ezzel a költséggel viszont nem nyerne megoldást Magyarország lakosságának fogellátása, mert csak az önállóan keresők számadatainak figyelembevételével végeztük a számításokat. A munka természetszerűen nem végezhető el egy év alatt, ami azt jelenti gyakorlati szempontból, hogy soha nem érhet véget, mert mielőtt elkészül, újabb korosztályok érnek be hasonlóan rossz fogazattal, akiknek fogbetegellátása hasonló költségeket okozna.

A *Deme* adatai alapján szükséges teljes fogpótlások elvégzésére nézve további számításokat nem is végeztem, minthogy az eddigiek is mutatják, hogy ilyen úton a magyar nép fogászati problémáit megoldani nem lehet. Igen szép az, hogy egyik vagy másik nagyüzembe kivonul üzemi fogorvos és az üzem többezer munkása közül 10-nek, vagy akár 200-nak szanálja a száját, azonban ezzel a népegészségügy problémáján segítve nincs. A megoldást más úton kell keresnünk, éspedig a rendszeresen kiépített iskolafogászat útján. Legyen szabad ismertetnem a számításokat, amelyeket erre vonatkozóan végeztem. Az elgondolás az, hogy előbb az I. elemi iskolai osztály fogellátását szerveznénk meg és subsequenter a további évfolyamokét oly formában, hogy végül az általános iskola bevégeztéig mind a 8 évfolyam minden gyermeke kezelésben részesüljön. Ismét elég durva átlagokkal kellett dolgoznom a számításokban, mert pontos adatokkal nem rendelkezünk. I. osztályú tanuló volt az 1930-as népszámlálási adatok szerint majdnem pontosan 180.000 fő. Ha csupán 3 fogfelszínt kell fejenként előkészteni, ez 540.000 fogfelszínnek felel meg, ami 4,320.000 munkaperc, illetve 72.000 munkaóra. 4 órás munkanap mellett 200 munkanapot számítva — minthogy nincs is több egy iskolaévben — az I. osztály részére kell 90 iskolafogorvos. Tekintetbe kell azonban azt venni, hogy I. elemista gyereknél az orvos munkateljesítménye rosszabb, mert 1—1 üreg előkészítéséhez és ellátásához lényegesen több idő kell, mint a felnőtteknél is elég szűken kontemplált 8 perc. Tapasztalataim szerint átlagban 50%-kal rosszabbra tehető a teljesítmény gyerekeknél ami ugyanazon munkamennyiség elvégzéséhez kb. 50%-kal több orvost tesz szükségessé. Azaz szükséges lenne 130 fog-

orvos és ugyancsak 130 asszisztensnő. Az OTI orvosok fizetését véve alapul, az évi 800 munkaóra teljesíményért jár az orvosnak 5120 Ft és 40%-a az asszisztensnőnek, azaz 2048 Ft. Ez egy összegben jelentene az első évre 931.840 Ft személyi kiadást, tehát a dologi kiadásokkal és adminisztrációval együtt kitelnék évi 2 millió Ft-ból. Ez azonban csak az első év. Minden következő évben újabb 90 orvosnak kellene 90 asszisztensnővel együtt bekapcsolódnia, ami azt jelentené, hogy a kiadási tétel növekszik évenként személyi dotációknál kb. 650.000 Ft-tal és kb. ugyanennyivel dologi kiadásokra és adminisztrációra. Végül minthogy összesen 8 évfolyamról van szó, a nyolcadik évben az összeg lesz személyi dotációkra kereken 5 és félmillió Ft és kb. 6 és félmillió forintot vehetünk a dologi kiadásokra és adminisztrációs költségekre. Tehát komplett 8 évfolyamú iskolafogászat összköltsége — üzembentartása — 12 millió Ft-tal terhelné a társadalmat, természetesen évenként. Ezzel szemben azzal az előnnyel járna, hogy 14 éves korban minden gyermek szuvasodástól mentes és teljes fogsorral hagyná el az általános iskolát. Az említett összeg csökkenthető is lenne a II. osztálytól 12 éves korig akár 8 millióra, mivel a kezelésre szoruló gyermekek száma a rendszeres kezelésekkel csökken.

Ha most már összehasonlítjuk e két számadatot, t. i. a rendszeresen kiépített iskolafogászat évi költségeit a társadalomfogászat hübelebalázs módjára elképzelt tervezetével azt hiszem, mindenki számára nyilvánvaló, hogy a fogkezelés problémáit megoldani csakis a rendszeresen kiépített iskolafogászaton keresztül lehet. Amint elértük azt a stádiumot, hogy a 14 éves gyermek az álalános iskolát ép fogazattal hagyja el, gondolhatunk a társadalomfogászat további kiépítésére.

Az iskolafogászatnak ez a kiépítése azon a feltevésen alapult, hogy a kezelés végrehajtásához szükséges berendezés megvan, tehát az üzem megindításához tőkére nincs szükség. Ez természetesen így nem áll, mert hiszen az iskolafogászati rendelésnek is kell valahol történnie, tehát fogorvosi berendezésre szükség van. Társadalmunk pillanatnyilag nincs abban a helyzetben, hogy ilyen beruházást végezzen. Okszerű gazdálkodással azonban az invesztició megfelelően csökkenthető. Ismét visszatérve az 1930-as népszámlálási adatokra, Magyarország összlakosságának 44%-a lakott 5000 lélekszámon aluli településeken. Ugyanezt a számadatot érvényesítve nagyjából az iskolafogászat körébe tartozó gyermekekre, a gyermekek 56%-ánál oly településben kellene a fogkezelést végezni, ahol úgyis van fogorvos. Ezzel kapcsolatban emlékeztetek az első világháború utáni szocialista magyar köztársaságnak arra a rendeletére, amellyel minden Budapesten dolgozó fogorvost kötelezett arra, hogy anyagtérítés ellenében naponta egy bizonyos időt iskolafogászattal foglalkozzék. Alig hiszem, hogy ilyen kényszert kellene alkalmazni ma, midőn a fogorvostársadalom teljes mértékben tudatában van annak, hogy milyen fontos népegészségügyi feladat elvégzésénél segédkeznék. Nyilván készséggel bocsátaná magánrendelőjét erre a célra rendelkezésre az a fogorvos, aki napi 4 órában iskolafogászatot végezne. A probléma nehezebb része az 5000-en aluli településeken lakók kérdése. Ha a település valamilyen nagyobb központhoz esik közel, célszerűbbnek

látszanék a gyerekek beszállítása a fogorvoshoz, a fogorvos kiszállása helyett. Erre a célra a Nemzeti Segély, Demokratikus Nőszövetség, a politikai pártok támogatása megszerezhető lenne oly formában, hogy a szükséges fuvarról gondoskodnának. Ismét csak a városban élő, az iskolafogászatot ellátó fogorvos rendelőjében kellene ilyeténképpen a kezelést elvégezni. Természetes, hogy az orvos rezsikiadásaiért térítést kapna. Vannak azonban olyan települések is, amelyekről a gyerekeket ilyen módon nem lehet beszállítani. Ezek elérésére szállítható fogorvosi rendelők összeállítása szükséges.

Ilyen szállítható fogorvosi rendelő megszervezésére egyelőre Budapest környékén a következő formában volna megvalósítható:

Egy berendezett, lehetőleg autóra szerelt vándor fogorvosi rendelő járja a székesfőváros széles környékének azokat a kisebb településeit, ahol fogorvos nem lakik, előnybe helyezve azokat, amelyek távolabb esnek a fő közlekedési vonalaktól. A fogorvosi kezelés természete célszerűségi okokból oly időbeosztást tesz szükségessé, hogy egyazon betegnek rendszerint több ízben kell a fogorvost felkeresnie célszerűen többnapos intervallummal az egyes kezelések között. Ezért célszerűnek látszanék a vándorfogászatot úgy megszervezni, hogy az autóra szerelt rendelő a hétnek két-két munkanapján három különböző községben dolgozik és a következő hetek azonos napjain tér oda vissza, folytatva ezt az egy hetes időközökben való visszatérést mindaddig, míg a település lakosságának fogorvosi kezelése be nem fejeződött.

Hogy az így nyujtott fogkezelés minél szélesebb körben váljék ismertté, célszerű a fővárostól lehetőleg különböző irányba eső községek látogatása. Azaz, ha hétfőn, kedden a fővárostól északra megy az autó, szerdán, csütörtökön délkeletre, pénteken, szombaton pedig délnyugati irányba menjen. Hogy a munkába egyidejűen több orvost is be lehessen kapcsolni, a legjobb megoldásnak azt látnám, hogy három orvos venne részt a munkában, mindegyik két-két napig, a hétnek azonos két napján dolgozva. Így elérhető volna az, hogy az orvosok közül mindegyiknek a hét ugyanazon napján lenne folytatólagosan dolga, tehát az egyes települések lakosságát folyamatosan egyazon orvos látná el, ami az orvos és betegek közötti helyes viszony kialakulásához elengedhetetlenül szükséges. Egyidejűen azonban biztosítva lenne annak a lehetősége is, hogy a két napon át ilyen szolgálatot teljesítő orvos állandó letelepülési helyén a hét másik négy napján helyhez kötött magángyakorlatot folytasson, ami az orvosok anyagi jólétének biztosítása szempontjából igen kívánatos. Természetes, hogy a három orvos összesen egy ember munkáját végezvén, egy ember fizetését kapná.

A hírverés szempontjából igen nagy jelentőségűnek látszanék ez a megoldás, mert egyidejüleg sokfelé magán tapasztalná a lakosság a fogkezelés előnyeit.

A költségeket illetően az általam vázolt megoldási módnál szükség van a berendezett rendelő autóra, melynek vezetője célszerűen fogművesmester legyen, hogy a felmerülő fogtechnikai munkálatok is elvégezhetők legyenek. Szükség van továbbá egy fogorvosi asszisztensnőre, aki az orvosnak segédkezik. A szükséges írásmunkákat célszerűen elvé-

gezhetné az autó kiszállási helyének védőnője, vagy az ottani MNDSz által megbízott személy.

Az egész szervezetet azonban csak egységes vezetés mellett lehet funkcióképesen elképzelni. Tehát létesülnie kell egy országos iskolafogászati központnak, amely nemcsak adminisztrációs feladatokkal foglalkoznék, hanem pl. az ellenőrzéssel is. Ilyen központ természetesen csak Budapesten lenne felállítható.

Az iskolafogászatnak ez a megszervezése még a mai zilált anyagi viszonyú társadalmunkban is lehetséges. Talán saját erőnkön kívül külföldi segítségre is számíthatnánk erre a célra, hasonlóan az *Eastman*-alapítvány római, párizsi, stockholmi, brüsszeli és londoni nagy kórházaihoz.

Igyekeztem néhány szóval röviden megvilágítani a társadalomfogászat egyik-másik problémáját, illetve rámutatni a felvetődött problémák megoldásának lehetőségére. Nem tudom eléggé hangsúlyozni annak fontosságát, hogy minden nem rendszeresen, lépcsőzetesen kiépített fogászati ellátásra költött pénz, minden erre fordított munka az ablakon kidobott pénz, hiábavaló munka; a megoldás egyetlen útja a magyar gyermekek fogainak kezelése!

Dr. L. Eidus: Actual Problems of the Social Dentistry in Hungary.

The extension of social health insurance upon large classes is a world's affair: the social problems of dental treatment have to be solved. Hungarian and foreign communications are disputing the question: which sort of qualitativ treatments should be employed in social dentistry. The conservative dental treatment we only can imagine also in social dentistry is the Black's system alone, because it does not only serve the remedy of decay, but at the same time the prevention of recidivs. By means of the really perfect treatment of caries we may anticipate the root-canal treatment and the need of prosthesis. Both works need much time and therefore too extensive for social dentistry. The caries treatment of the whole hungarian adult population would mean an enormous burden on society. In case if the work on a sole tooth would last but 8 minutes — regarding the hungarian caries statistics and the medical salaries of today —, it would nearly cost about 40,000.000 Ft. A cheaper and a more accessible solution would be the enlarging of children dentistry, resp. school dentistry in such a way, that every child at 14, shall leave school only with filled caries, and with complete rows of teeth. The realization of this would yearly cost only 8.000.000—12,000.000 Ft. and would assure the solutions of the problem of social dentistry.

PRODENT
Prodent
Dental-Depot
Tel.: 187-492 Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.

Az üzemi orvos munkaköre

Írta: Dr. RITLOP BÉLA, egyetemi magántanár.*

Napjainkban sok szó esik az ipari munkásság fokozottabb egészségvédelméről, egészségi ellátásáról az üzemi orvosok munkakörének kibővítéséről. A kérdés nagy jelentőségét mindennél jobban bizonyítja az a körülmény, hogy az Iparügyi Minisztériumban külön iparegészségügyi osztályt állítottak fel, élén *Pályi* kartársunkkal, aki „Ipari Mérgezések" című nagyterjedelmű szakmunkájával már a huszas években úttörő volt ezen a téren. Maga *Bán Antal* iparügyi miniszter a lehetőség keretein belül mindent elkövet, hogy — saját szavai szerint — az eddig elhanyagolt és mellékesnek tartott iparegészségügyet arra az alapra helyezze, amelyet fontossága és termelésre való kihatása miatt jogosan megérdemel. A terv megvalósulása magától értetődően az orvosi munkakör nagymérvű kibővítését vonja maga után, ezért talán *nem felesleges, ha mi fogorvosok is foglalkozunk ezzel a kérdéssel, ha mi is megismerjük az üzemi orvosok munkakörét és megvitatva az idevonatkozó problémákat, felkészülünk a reánk háruló feladatok megoldására.* Tudatában vagyok annak, hogy hazánkban az iparegészségügynek számos kiváló szakértője van, akiknek nagy érdemei vannak az ipari megbetegedések felkutatásában és megelőzésében. Ebben az irányban különösen azóta haladt a munka nagyot, amióta az *OTI* felállította iparegészségügyi laboratóriumát. Magam részéről 15 éven át voltam egyik, többek között veszélyes anyagokkal is foglalkozó üzemnek az orvosa, ezért örömmel teszek eleget *Balogh* professzor úr megtisztelő felszólításának, hogy szerény tudásom szerint idevonatkozólag egyrészt saját tapasztalataimról beszámoljak, másrészt, ezek alapján az *üzemi fogorvosi teendőket* saját elképzelésem szerint felvázoljam. Hangsúlyozni szeretném, hogy nem minden részletre terjeszkedem ki — arra nem is érzem magam hivatottnak —, hanem *saját tapasztalataim alapján egészen röviden csupán nagy vonásokban szeretnék rámutatni arra, hogy milyen munkát végez az üzemi orvos? Csupán néhány gondolatot akarok felvetni, amelyeket megvitatva és kiegészítve, igyekezzünk mi magunk is elősegíteni a kérdés gyakorlati megoldását.* Amit elmondok, az lényegében érvényes minden olyan üzemre, amelyben a munkások az egészségre ártalmas anyagokkal foglalkoznak, legyen az akár kénsavgyár, petróleumfinomító, ólomkohászat vagy festékgyár, higannyal foglalkozó üzem vagy hadianyaggyár.

Saját esetemben, beosztási helyemen, az egész egészségügyi megelőző szolgálatot magamnak kellett megszerveznem, mert arra vonatkozólag semmiféle előírást nem kaptam, de nem is kaphattam, mert hiszen az ipari megbetegedések megelőzésének tényleges megszervezése 1932-ben még nagyon kezdetleges volt.

*Üzemorvosi tényked*ésemet *azzal kezdtem*, hogy 1. igyekeztem a

* Ez az előadás a Stomatológiai Klinika egyik szokásos pénteki tudományos gyűlésén hangzott el.

legalaposabban megismerni az ott használatos vegyi anyagoknak nemcsak a fizikó-kémiai tulajdonságait, hanem állatokon és magunkon végzett kísérletekkel igyekeztem megállapítani azok hatásmódját is. Csak ezek ismeretében gondolhattam a védekezés és gyógyítás kérdéseinek megoldására. 2. A leggondosabban ügyeltem arra, hogy a mérgezések megelőzéséhez szükséges teknikai felszerelés a munkahelyen sehol se hiányozzék. Értem ezalatt a vegyifülkéket, a szennyezett levegőt elszívó nagyteljesítményű exhausztorokat, különleges védőruhákat, védőálarcokat, közömbösítő oldatokat és kenőcsöket, zuhanyberendezést, külön étkező és öltöző helyiségeket, stb. stb. 3. Minden munkást, mielőtt a különleges munkára felvétetett volna, megvizsgáltam. Csak orvosi jóváhagyás mellett lehetett a munkást felvenni. Az orvosi vizsgálat az általános erőbeli állapoton kívül a szem kötőhártyájára, a garat nyálkahártyájára, a szív és tüdő állapotára terjedt ki.

Az orvosi vizsgálatra az alkalmasság megállapításán kívül azért is szükség volt, hogy esetleges ipari megbetegedések esetén legyen összehasonlítási alapunk. Enélkül pl. garathuruttal munkábaállt munkás már másnap azzal a panasszal jelentkezhetett volna, hogy inhalációs mérgezést szenvedett. *A munkás egészségi állapotát a felvétel alkalmával rögzíteni kellett* azért is, nehogy később, a munkahely elhagyása után, már meglévő betegségét akár jóhiszeműleg, akár rosszindulatból, ipari ártalommal magyarázva, kárigénnyel léphessen fel. Az orvosi vizsgálat eredményét *orvosi naplóban* rögzítettem, ami tartalmazta a munkás nevét, korát, lakását, a felvétel napját és leletét. Ugyanide vezettem be a hetenként történő ellenőrző orvosi vizsgálat eredményét az esetleges sérülésekkel és megbetegedésekkel együtt.

Nőket nem alkalmaztunk, sem 18 életévnél fiatalabb férfit, mert ezek szervezete köztudomásulag sokkal érzékenyebb ipari ártalmakkal szemben, mint a felnőtt férfié.

A munkást, felvétele esetén, a munkavezető jelenlétében kioktattam a munka veszélyeire és a védekezés módjaira. Figyelmeztettem, hogy a munkaterembe sem ételt, sem italt nem vihet. Munka közben nem dohányozhat. Szemét ne dörzsölje. Kezét ne csak étkezés előtt, hanem székelés és vizelés előtt is mossa meg gondosan szappanos vízzel, mert különben a kezéhez tapadt mérgező anyagoktól könnyen kaphat sérülést a kérdéses testrészeken. Saját ruháját ne vigye a munkaterembe, hanem az öltözőben váltson ruhát. Munka után zuhanyfürdő alatt szappannal alaposan mossa le magát. Csak ilyen előzmények után léphetett a munkás a munkaterembe, ahol a műszaki vezető bemutatta neki az egész munkamenetet, újra ismertette annak veszélyeit és az elhárítás módját. Mindezekre azért volt szükség, mert nem bízhattuk magunkat a munkatermekben kötelezőleg kifüggesztett „*Munkarend*"-re. A munkás azt nem olvassa el, annak a valóságban csak annyi gyakorlati jelentősége van, hogy esetleges baleset alkalmával, arra való hivatkozással, az üzem vezetősége a felelősséget elháríthassa magától.

Ilyen gondos technikai felkészülés és mindenre kiterjedő megelőző óvintézkedések után azt hihetnénk, hogy ebben az üzemben mérgezések,

sérülések nem fordultak elő. Sajnos, nem így történt. Legyen szabad néhány kirívó esetet felemlítenem.

1942 március 16-án egyik *vegyésztechnológusunk* szenvedett halállal végződő AsH_3 mérgezést. Mint vegyész jól ismerte a vegyületet összes tulajdonságaival. Exhausztorral felszerelt vegyi fülke alatt dolgozhatott, mégis meghalt, mert könnyelmű volt. A fülkébe szerelt AsH_3-t előállító készülékben dugulás állt be. A vegyész igyekezett ezt megszüntetni, de könnyelműen úgy, hogy feltolta a fülke ajtaját és — hogy a készüléket kényelmesebben szerelhesse —, huzamosabb időn át a fejét is a fülke alatt tartotta. Arzénhidrogén-mérgezés iskolaesetét produkálva, a 8-ik napon meghalt.

Egy másik esetünkben egyik *kiváló vegyészmérnökünk* szenvedett súlyos inhalációs-mérgezést és vakult meg mindkét szemére ugyancsak pillanatnyi nemtörődömsége következtében. Polibrómvegyületet vizsgált. Jól tudta, hogy a reakciót gondosan hűtve, csak zárt fülke alatt szabad lefolytatni. Csak egy pillanatra emelte ki a lombikot a fülke alól, hogy jobban láthassa, hogy vajjon a reakció befejeződött-e, vagy sem. De alig emelte a lombikot szemmagasságba, az felrobbant és a másodperceken belül foganatosított elsősegélynyujtás ellenére bekövetkezett az említett súlyos ártalom.

A beosztott munkásokon is nap-nap után észlelhettem kisebb-nagyobb sérüléseket, mérgezéseket, melyeknek létrejöttét csupán azok hanyagságával tudtam magyarázni. Hiába, az emberek a fény- és hangjelenségek nélkül alattomosan ható vegyi anyagok veszélyes voltát csak nehezen tesznek tudatossá magukban, csák nehezen tudják megérteni a néha nagyon terhes óvintézkedéseket, amíg csak saját kárukon nem okulnak, erre az okulásra azonban nem mindig marad idő.

Amint hallottuk, ipari balesetek, megbetegedések jórészt könnyelműség, nemtörődömség következtében még a leggondosabb anyagi és szellemi felkészülés esetén is előfordulnak, még inkább kell számolni ezekkel ott, ahol az előbbi feltételek nincsenek meg.

A szomszédunkban volt gyártelepen festékszóró pisztolyokkal nők végezték tömegesen különböző felszerelési fémtárgyak lakkfestését. Amint tudjuk, a lakkfestékek legtöbbször benzolban vannak oldva. Mivel a munkásnők között nap-nap után mérgezési rosszullétek fordultak elő (szédülés, remegés, hányás, fülzúgás, ideges izgatottság), a gyár vezetősége tőlem kért tanácsot. Megtekintve a munkahelyet, láthattam, hogy a munkásnőket valóságos festékfelhő veszi körül. Nemcsak kezük, hanem arcuk, ruhájuk is festékes, mert egyrészt a festőfülkék rosszul voltak megszerkesztve, másrészt gyenge volt a festékkel szennyezett levegő elszívása és így a szétporlasztott festéknek jórésze a fülkék alól a munkaterembe áramlott. A nők védőálarcot nem viseltek, azért a benzolmérgezés nyilvánvaló volt. A benzol, amint tudjuk, a vérképző szervek veszedelmes mérge. Javasoltam a védőálarcok viselését, a festőfülkék tökéletesítését és az exhausztorok erősítését. Látva egyrészt, hogy a gyár a költséges berendezés felállítását egyre halogatja, másrészt, hogy a mérgezési esetek nem csökkennek, sőt súlyosbbodnak — nem lévén hatásköri beavatkozásom —, értesítettem az *OTI*-nak akkor már nagysze-

rűen működő iparegészségügyi laboratóriumát, kérve annak kiváló vezetőjét, *Pacséri* főorvost, hogy végezzen vizsgálatokat és kényszerítse a gyárat a megfelelő óvintézkedések foganatosítására. Ez meg is történt és így a mérgezések, bár nem szűntek meg teljesen, de a szokásos minimumra csökkentek. A munkásokat természetesen az idézett laboratórium most már állandó ellenőrzés alatt tartotta. A mérgezéseket azért nem sikerült teljesen kiküszöbölni, mert a munkásnők, a tilalom ellenére, gyakran levették a védőálarcot, mert annak viselése, különösen nyáron, nagyon terhes volt. Ezen kívül a nők nem voltak ellátva munkaruhával, ezért festékes lett saját ruhájuk is. Ezt a szennyezett ruhát a munka végén nem mindíg vetették le maradék nélkül magukról. A munkásnőknek zuhanyfürdők álltak rendelkezésre, ők azonban a munka végén, lehetőleg elkerülve a fürdést, rohantak a kapuhoz, hogy minél előbb kijuthassanak a gyártelepről.

Egy másik esetben a robbanó anyagok fokozott gyártásával egyidejűleg a *Weiss Manfréd-gyár* trinitrotoluol üzemében fordultak elő súlyos, sőt halálos mérgezések, mert tökéletlenek voltak az óvóberendezések és intézkedések. Amikor erélyes közbelépésünkre a gyár ezeket foganatosította, a súlyos mérgezések megszűntek, a munkások azonban továbbra is állandó orvosi ellenőrzés alatt maradtak.

Az orvosi ellenőrzés az egyes üzemekben nemcsak abból áll, hogy a munkások (az egészségesek is) időnkint orvosi vizsgálatra megjelennek a gyár orvosi rendelőjében, hanem abból is, hogy *maga az orvos megy el a munkások munkahelyére. Az üzemi orvosnak minden munkást a munkahelyéről kell ismernie,* mintegy észrevétlenül a munkahelyen kell megfigyelnie, hogy mit tesz a munkás a jobb kezével és mit a ballal? Vajjon nem lélegzik-e nyitott szájjal? Nem piszkálja-e orrát? Nem dörzsöli-e szemét? Pihenés közben, étkezés előtt mos-e kezet? Nem sodor-e piszkos kézzel cigarettát? stb. stb. Csak ilyen helyszíni megfigyelések alapján lehet rájönni arra, hogy miért van az, hogy a legtökéletesebb teknikai óvintézkedések ellenére mérgezések jönnek létre. Pl. a festőüzemben a munkás a legjobb festőfülke és a legjobb elszívás ellenére festékfelhőben fürödhet, ha a festékszóró-pisztolyt nem az exhausztor elszívó nyílása felé irányítja, hanem a fülke oldala felé, ahonnan a szétporladt festék egyrészét az örvénylő légáramlat kicsapja. Vagy pl. sokszor a munkás a védőálarc kerete mögé rongydarabkát dúg, hogy légzése könnyebb legyen, nem törődve azzal, hogy így nem a megszűrt, hanem a szennyezett levegőt légzi be. Csak így vehetjük észre, ha a munkás maszatos, ha piszkos a munkaruhája. *Mindezek az első pillanatra talán lényegtelen apróságnak tűnnek fel, pedig a valóságban ezek az apróságok képezik az üzemi egészségügyi szolgálatnak az alapját és az üzemorvosi tevékenységnek ez a legnehezebb része.* Saját tapasztalataim alapján merem állítani, hogy megfelelő teknikai felszerelés mellett a hasonló módon végzett gondos helyszíni megfigyelések, ellenőrzések foganatosításával és megfelelő nevelő munkával az ipari mérgezéseknek és sérüléseknek túlnyomó részét sikerül majd megszüntetni, illetőleg megelőzni, teljesen kiküszöbölni azonban azokat éppen az emberi gyarlóság miatt nem tudjuk. (Folytatjuk.)

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A gócfertőzés kórtani és balneológiai szempontból

Irta: Dr. ZSELYONKA LÁSZLÓ
egyetemi magántanár, intézeti tanár.*

A gócfertőzésben kórtani szempontból legnagyobb jelentőségünek a gócok dinamikus viselkedését kell tartanunk, vagyis a góc és a szervezet közti kölcsönhatás folyamatát, amelynek tárgyalása az allergia illetve parallergia területére vezet el.

Amikor pedig a gócfertőzést balneológiai szemszögből nézve tárgyaljuk, akkor arra a gyógyító ténykedésre kívánjuk a figyelmet felhívni, amelynek folyamán a túlérzékennyé lett szervezetet nem specifikus, mélyreható, mint mondani szoktuk konstitucios terápiával igyekszünk patergiás állapotából kimozdítani.

Gócfertőzés alatt sok betegségnek úgynevezett gócok (focus) jelenléte és azok távolhatása folytán létrejövő folyamatát szoktuk érteni. Maga a góc a szervezet szöveteiben meghúzódó, a külvilágtól elzárt képződmény, amely idült helyi gyulladást mutat. Lobos váladéka nem ürülhet ki letokoltsága folytán, környezete véredényekben szegény, *Pässler* (1909) szerint holt terület, amely sajátos módon kóros állapotokat idéz elő tőle távoleső szervekben. A fókuszokban elvben bármilyen baktérium szerepelhet, de legnagyobb jelentősége mégis a streptococcus-, staphylococcus-, gonococcus-, tuberculosis-, diphteria- és Bang-bacillusnak van.

Belák szerint a góc jellegzetességét az adja, hogy benne élő, szaporodó antigén van.

Ha az ujjunkba behatoló pl. faszilánk gyulladást okoz, amely esetleg panariciummá fejlődik, akkor nem a gócfertőzés esete forog fenn, hanem az úgynevezett *banális fertőzésé,* amit a demarkálódás jellemez. Ha azonban pl. egy fogon ülő granuloma közbejöttére bizonyos lappangási idő után — és ez nagyon fontos, hogy csakis bizonyos lappangási idő után, aminek legalább 8—10 napnak kell lenni —, heveny sokizületi gyulladás lép fel, akkor *gócfertőzés* történt, vagyis a granuloma fókuszként szerepel. Amikor pedig pl. csontsérülést okozó szilánk osteomyelitis-t okoz, amely bizonyos idő elteltével pl. agytályogot hoz létre, akkor áttét *(metastasis)* esete forog fenn.

Ezen példák kidomborították a góc lényegét és bemutatták azt, hogy mi a gócfertőzés jellegzetessége.

A gócból kiinduló antigén hatásakor fennálló vegetatív idegrendszeri állapot és az immunitási viszonyok fogják eldönteni, hogy mi történik: allergia, avagy immunitás alakul-e ki a szervezetben.

Az allergiás reakció a sejtben folyik le és lényege a sejtreakció fokozott volta. Ez akkor áll be, ha a sejt mohón sok antigent tud lekötni.

* A budapesti Stomatológiai Klinikán 1947 január 24-én tartott előadás.

Az antigéntámadás alkalmával (szenzibilizálás) még igen kevés antigént kötő oldallánc ül a sejteken, azért nem is kapunk különösebb reakciót. A *Weigert*-féle tan értelmében ez az első támadás azonban az említett kötő oldalláncok erősebb termeléséhez vezet úgy, hogy a sejteken is sok ilyen oldallánc ül, egyrészük pedig a nedvekbe is belekerül. Ezek lesznek a vérben található ellenanyagok.

A továbbiakban az a fontos, hogy az az antigén, amely másodszor bejut a szervezetbe, milyen mennyiségű és vannak-e a *vérben* ellenanyagok? Ha kevés antigén jut be és a vérben vannak ellenanyagok, akkor ezek az ellenanyagok lekötik a bekerülő antigént. Ez nem juthat el a sejthez és így nem állhat elő a hiperergiás reakció (Ez az immunitás esete). Ha azonban több antigént viszünk be, mint amennyit a vérben keringő ellenanyagok le tudnak kötni, akkor marad még a sejt számára is és a reakció bekövetkezik. (Hiperergiás reakció fejlődik ki.) Ugyanez az eset akkor is, ha a vérből már eltűntek az ellenanyagok, de a sejtekben még vannak. Vagyis az allergia túléli az immunitást.

Ezek szerint megérthető a gócból kikerülő antigén sorsa a szervezetben.

Hogy az antigén sorsára pillanatnyilag, a behatáskor fennálló vegetatív idegrendszeri állapotnak is nagy szerepe van, azt az alábbiakból láthatjuk. Fertőző csirok behatásakor a szervezet azokat a védőberendezéseket veszi elsősorban igénybe, amelyek egyenesen a bktériumok ellen vannak irányítva és amelyek preformáltan mindig k é s z e n vannak (opsonin-ok, alexin-ek stb.). Ezek pedig sympathicus gerjesztés alatt állanak. Ha ez a védelem elégtelen volt, akkor lassanként immunitás, tehát e l l e n a n y a g t e r m e l é s fejlődik ki, amely viszont *parasympathergiá*-s jellegű. (*Belák*-féle „sympathergiás", illetve „parasympathergiás" immunitás). A fentiek értelmében az immunitás illetve a hiperergia kifejlődése szempontjából az a döntő, hogy mennyi antitest van a szervezetben és, hogy ez hogyan oszlik meg a nedvek (keringő) és az antitest képző sejtek (rögzített) között.

Összegezve a dolgot, akár kiszórás, akár képzés útján, akár mindkettő útján jelenlevő ellenanyag mennyisége fogja eldönteni — tekintetbe véve a szervezetbe kerülő antigénmennyiséget is —, hogy mi alakul ki: *allergia* avagy *immunitás*. Tehát két dolog a fontos: az antigén-antitest egymáshoz való viszonya mennyiségileg és az a körülmény, hogy marad-e fölöslegben antigén, amely eljuthat a sejtbe és kapcsolódva az ott ülő antitestekhez kiváltja az allergiás reakciót.

Hogy a fenti folyamat nem csak elmefuttatás, azt számos megfigyelés és kísérlet igazolja. A fent vázolt elmélet, amely *Belák*-tól származik, már polgárjogot nyert azáltal, hogy tankönyvek tárgyalják a *Belák* iskola tagjainak (Gärtner, Siegler, Ludány, Illényi, Goreczky Berta, Győri stb.) meggyőző kísérletei következményeként.

A gócnak, a gócfertőzés folyamatának és következményeinek tárgyalása után hátra van annak ismertetése, hogy milyen betegségeket sorolhatunk abba a csoportba, amely betegségcsoportot gócfertőzéses eredetűnek tartunk. E betegségek sorát kezdhetjük a régen kryptogenetikus-nak nevezett *szepszissel*, majd fel kell említeni azon betegségeket,

amelyek egy *szervhez* vannak kötve (pl. myokarditis, hepatitis, splenitis, nephritis stb.), végül az egész kötőszöveti rendszernek az érrendszerrel együttes, súlyos izgalmi állapotát pl. a heveny *reumás* sokizületi gyulladást is. *(Veil.)*

Az előbb említett betegségek közül a reuma a legnagyobb jelentőségű. Maga a „reuma" szó *Belák* szerint nem diagnózist, hanem patogenetikai principiumot jelent. A reuma kórfejlődésének magyarázatára *Belák* és iskolájának vizsgálatai vetítettek új fényt.

Belák tudniilik az anafilaxia bizonyos tüneteit *(Arthus*-jelenség *Rössle* értelmezésében, *Homuth* megfigyelései az antigén helyi alkalmazása esetén, *Rosenthal* és *Holzer*, valamint *Marcus* és *Schmidt—Weyland* kísérletei baktérium szenzibilizálásoknál esetén stb.), amelyeket előtte elhanyagoltak és amelyeket a folyamatok megítélésében egyáltalán nem vettek tekintetbe, egységes rendszerbe foglalta kimondván, hogy az anafilaxia difázisos jelenség, amint azt *Berger* is sejtette és az első spasztikus fázis mindenképpen megelőzi a másodikat, az anafilaxia-allergia tünettanában eladdig egyedül értékelt dilatatorikus szakaszt. Felfogása szerint a dilatációs fázis csupán következménye annak, hogy a spazmus által létesített „ischaemia", mint szövet-lézió, dilatatorikus anyagok (cholin, histamin, H-anyagok) termelését váltja ki. Patologiás lehet ezek szerint nem csupán a túlzott dilatáció (hisztamin reakció), hanem az az eset is, amikor a spazmusos szakasz nem csap át értágulásba, hanem tartósan megmarad. E szemlélet ez idő szerint a legalkalmasabb a reumás megbetegedések kórfejlődésének megítélésére. Itt említendő még meg az a patológiailag igen fontos jelenség, hogy vizsgálataink szerint a spasztikus hiperergiának legkedvesebb területe a *Hoyer*-féle arterio-vénás anasztomozisok rendszere. *(Zselyonka, Razgha* és *Predmerszky, Vajda, Jászberényi, Grubich.)*

Összefoglalva *Belák* szerint tehát van spasztikus hiperergia és dilatatorikus hiperergia. Reumás megbetegedésekben a parallergiára is tekintettel kell lenni. A parallergia fogalmát *Moro* vezette be és az a lényege, hogy a szenzibilizált szervezet nemcsak az eredetileg behatolt antigénnel szemben lesz érzékeny, hanem más antigén természetű anyagokkal szemben is, sőt bizonyos fizikai behatásokkal, (pl. hideggel, traumával, = fizikai allergia) szemben is. A parallergia tehát nem specifikus behatásra keletkező allergia. *Rössle* az allergiát és parallergiát egy néven patergiának nevezi. *Vaubel* lósavóval szenzibilizált nyulak izületein lehűtéssel, ütögetéssel, meg baktériumok befecskendezésével is mindig ugyanazon kórképet tudta előidézni, és pedig olyan izületi gyulladást, amelynek szöveti képe olyan volt, mint a reumás ember izületi gyulladása esetén látható.

, Mint a fentiekből kitünik, reumás megbetegedésekben és általában véve patergiás alapon kifejlődő egyéb megbetegedésekben is, különös jelentősége van az erek állapotának. Mivel a bőr hőmérséklete a vérellátás függvénye, azért az erek állapotának tanulmányozására jól bevált módszer a bőr hőmérőzése, amit legcélszerűbben termoelektromos úton (pl. *Razgha- Zselyonka*-féle készülékkel) végezhetünk. A fontos érreakciókat ott lehet jól vizsgálni, ahol bőségesen vannak *Hoyer-*

csatornák, mint pl. akrákon. A nyúlfülön sok ilyen *Hoyer*-féle arteriovénás anasztomozis van, ezért ily irányú kísérleteink nyúlfülön történtek a fent említett termoelektromos bőrhőmérsékletmérő készülékkel, amelynek újabban igen kiterjedt a használata.

Szenzibilizált nyulakon hideg behatására létrejövő érreakciós vizsgálataink azt mutatták, hogy a spasztikus hiperergia jelenléte, sőt már a reá való készség is, jól kimutatható. Emberen is történtek vizsgálatok, amelyek szerint reumás sokizületi gyulladásban szenvedő betegeknél a *Hoyer*-kanálisokat bőségesen tartalmazó bőrterületeken (az akrákon). a parallergiás jellegű spasztikus hiperergia kimutatható. Kísérleteink, amelyeket idült reumás poliartritisz esetén végeztünk (*Zselyonka*, *Razgha* és *Predmerszky*) azt mutatták, hogy a végtagvégeken és az orrhegyen a bőrhőmérséklet a normálisnál alacsonyabb, mert a *Hoyer*-csatornák és a kis arteriolák spazmus állapotában vannak. A homlok és az orrhegy hőmérséklete között nagy különbség van, amely igen jellegzetes tünet. A testfelület lehűlése nagyobb. Meleg kézfürdők hatására kimarad a szabadon maradt végtag felmelegedése, ha pedig reumások ujjait lehűtjük és a visszamelegedés ütemét, illetve a reaktív hiperémia bekövetkezését vizsgáljuk, akkor azt látjuk hogy a visszamelegedés tempója igen elhúzódó és a reaktív hiperémia kimarad. Mindez arra mutat, hogy reumás megbetegedésekben a periferiás keringés a normálishoz viszonyítva eltérést mutat és reumások bőrhőmérsékletének mérése értékes diagnosztikus módszer.

Visszatérve a gócfertőzés analiziséhez néhány érdekes tényt kell még felemlítenem. *Belák* asszisztense *Gärtner* kimutatta, hogy allergiás állapotban többféle fertőzéssel szemben kisebb az ellenállóképesség. Furunkulózis esetén, mikor is a rejtett gócot okolják, az a helyzet, hogy a „streptococcus allergia" a „staphylococcus allergiát" is involválja. A góc hatására idegrendszeri vonatkozású tüneteket is láthatunk. Ilyen pl. a *Slauck*-féle fibrilláris izomrángás, amelynek az az alapja, hogy a góc távolhatására a gerincagyi dúcsejtekben, valamint a vazomótoros központok ganglionsejtjeiben léziók jönnek létre. *Speranskij* kísérletei azt mutatják, hogy allergia esetén a közti-agy-hipofizis rendszer egyes magvai, mint távoli, idegrendszeri folyamatok székhelyei szerepelnek. (Allergia központ.) A fertőzött gócból centripetálisan fut az inger a központi idegrendszerbe és onnan cetrifugálisan jön az impulzus, amely a szövetekben, szervekben zavart okoz, mégpedig úgynevezett disztrofiás és neurodisztrofiás zavart. *Schlauck* megfigyeléseit emberen, a nagy orosz kórboncnok pedig állatokon végezte. *Speranszkij* kutyák egészséges fogára formalinnal vagy kroton-olajjal átitatatt vattacsomókat tett. Erre először helyi inger lépett fel, majd liquor elváltozások voltak észlelhetők. Később aztán, bizonyos lappangási idő után, súlyos vérzések keletkeztek, továbbá a száj nyálkahártyáján papillomák, sőt gyakran paradentózis is. A piloruson vérzések léptek fel, súlyos *colitis ulcerosa* jeleként pedig véres szék'et volt látható. A tüdőben részint bronchopneumoniára, részint pedig lebenyes pneumoniára jellegzetes beszűrődések is felléptek. E megfigyelések embernél még nincsenek beigazolva és *Speranszkij* sze-

rint nem specifikus folyamatok. Állító'ag a fogászatban használt arzénpaszta is okoz a centrumban nevezetesen a *tuber cinereum*-ban elváltozásokat, ahonnan neurodisztrofiás zavarokat okozó impulzusok jönnek a periferiára. *Veil* szerint *Speranszkij* e kísérletei új fejezetet nyitnak az allergia tanában.

Hunter szerint a gócfertőzés tanával különösen a konzerváló fogászattal foglalkozóknak kell tisztában lenniök, akik „a szájban aranyos mauzoleumokat építenek fel a fertőzések tömegén" és infekciós állapotokat konzerválnak, ha nem állnak a helyzet magaslatán.

A gócfertőzés folyamán kialakult túlérzékenységi állapot befolyásolására alkalmasnak látszik a balneoterápia, részint mint meleg terápia, amely — cholinergiás hatás lévén — az említett ellenanyagképzéshez segít hozzá, másrészt pedig komplex és bonyolult hatásával, mint a nem fajlagos ingerterápiának nagyon kellemes és eredményes fajtája. Hogy a balneoterápia milyen mélyreható változásokat, mint mondani szokták *áthangolást*, képes létrehozni, azt *Kunszt, Sárfy* és *Szép* intézetünkben végzett vizsgálatai is mutatják. Szerintük pl. a *Juventus* forrásvízzel végzett fürdőkúrák hatására a *Wassermann*-reakció is megváltozott. Az esetek igen nagy százalékában a szero-pozitív esetek szero-negatívokká lettek és fordítva. Ez a szervezet immunbiológiai viszonyaiba történt erőteljes beavatkozás jeleként fogható fel.

Végül arra hívnám fel a figyelmet, hogy ha a gócfertőzéssel és az azzal kapcsolatos jelenségek, folyamatok analizisével kívánunk foglalkozni, leghelyesebben tesszük, ha a cellular- és organpatológiai szemléletet elhagyva, még *Bergmann* ú. n. funkciós patológiai szemléletével sem elégszünk meg hanem a *Neergard*-féle dinamikus reakciós patológiai szemlélet állandó figyelembevételével fejtjük ki kutató tevékenységünket.

Dr. L. Zselyonka. The pathology of the focal infection.

In focal infection the dynamical behaviour of the foci is the most relevant factor. This is the reciprocity between the focus and the organism. This assumption leads us to the field of „pathergy". According to *Belák* the most characteristic of the focus is given by the fact that living and multiplying antigen is in it. The state of the vegetativ nervous system and the conditions of immunity of the organism — in time the antigen is getting out of the foci — decide, wether allergy or immunity follows. In case of infection the human organism claims first to its safety against the mikroorganisms through the ready opsonins and alexins. They are under sympathic regulation. If they are not sufficient successively the organism produces specifical antitoxins. This producing is of parasympathic character. All these complicated actions and reactions of the living organism are well influenced through balneotherapeutic measures.

KÖNYVISMERTETÉS

Kurt H. Thoma: Oral Pathology (a histological, roentgenological, and clinical study of the diseases of the teeth, jaws, and mouth) **Mosby, St. Louis**, II. kiadás, 1944.

Ismertetést írni könyvről három évvel azután, hogy megjelent, kissé merész vállalkozásnak látszik. *Thoma* könyve azonban több mint egy a háborús évek elzártsága alatt a szabad világban megjelent tankönyv: *Thoma* könyve a stomatológia szakirodalmának az utolsó 25 évben a leglényegesebb eseménye. A fogak, állcsontok és a szájüreg patologiájáról 1328 oldalon, 1388 képpel, közte 128 színes ábrával jelent meg ez a beszámoló. Az embernek önkénytelenül az a benyomása támad, hogy nyilván szélesre terjengve, bőbeszédűen tárgyalja témáját. Hogy ez mennyire nem így van, azt talán legjobban az mutatja, hogy a stomatogén gócfertőzésnek összesen alig szentel többet, mint 6 nyomtatott oldalt, és közel 4 oldalnyi irodalom-felsorolást. Ez az egy adat is mutatja, hogy nem annyira a szájüreg patologiájának lehetőségeivel, mint inkább tényeivel foglalkozik a könyv.

Rövid ismertetés keretében még csak azt sem tehetjük meg, hogy a könyv egyes fejezeteinek főbb címszavait visszaadjuk. Rövid néhány mondatban igyekszünk mégis a könyv anyagát körvonalazni.

Az I. rész a fogazat és szájüreg kísérleti kórtana, az öröklési, endokrin és táplálkozási tényezők befolyása a szájüreg képleteire. A II. rész a fogak fejlődési anomáliáival foglalkozik, a III. rész pedig a fej fejlődési anomáliáival. E két fejezetben a fogazat apláziájától kezdve a maradó fogak rezorpcióin keresztül az aberrans pajzsmirigyig, „turricephalus"-ig, a fogszabályozás során felépő szöveti reakciókig minden fejlődési rendellenességet felölel.

A IV. rész tárgya a fogak funkciós elváltozásai. Az V. fejezetben a fogak traumáit tárgyalja, a VI-ban „*odontitis*" címszó alatt a szuvasodást és ennek következményes megbetegedéseit, a VII. részben a parodoncium megbetegedéseit. A VIII. rész az odontogén fertőzések terjedésével foglalkozik, a IX. rész az állcsontok betegségeivel, a X. rész pedig az állcsontok és a szájüreg daganataival. A XI. részben a szájnyálkahártya, ajkak és nyelv betegségeit ismerteti, a XII. részben a nyálmirigyek megbetegedéseit.

Minden állítását illusztratív képekkel támasztja alá. Nemcsak saját nagy tapasztalatait értékeli ki, hanem merít az irodalomból is. Képeinek nem kis részét más szerzők egyes szaklapokban megjelent közleményeiből veszi át, mindenütt természetesen annak megjelölésével, hogy a kép honnan származik. Gyönyörű színes fénykép- és mikrofotogrammok, szövettani metszetek fekete-fehér reprodukciói, szkematikus rajzok, röntgenképek, fényképek illusztrálják a szöveget.

A szöveg lehetőleg rövid és preciz. Nem terjengős stílusvirágokkal teli, hanem egyszerű mondatokkal mondja meg, amit tudatni akar. A szakirodalmat — ha szabad mondani — tökéletesen ismeri. Az egyes alfejezetek végén a felhasznált irodalom *pontos* összeállítását közli; itt ugyan első sorban az amerikai szerzőket veszi tekintetbe, de idegennyelvű szerzőknek sem marad ki lényeges közleménye. Természetes, hogy egyes kérdéskomplexumoknál az irodalmi összeállítás nem lehet teljes; viszont minden lényeges közleményt felsorol s ezzel támpontot nyujt egy-egy részletkérdéssel alaposabban foglalkozni óhajtó kutatóknak arra, hogy további irodalmi adatokat hol keressenek.

Hogy a könyvet kifogástalan papiron nyomták, az a háborús idők ellenére is természetes; pedig a könyv II. kiadásának újbóli nyomása a papír-megtakarítási programm teljes keresztülvitelével történt, mint a címlap hátoldala elárulja. — A kiadónak minden esetre csak gratulálni tudunk, hogy papírhiánnyal küzdve ilyen könyvet tudott produkálni.

Elsősorban azonban a szerzőnek gratulálunk, aki ezzel a könyvével megmutatta, hogy a stomatológia igenis az orvostudománynak egyik ága, még pedig legalább ugyanolyan mértékben kísérleti orvostudományág, mint bármely más klinikai szakma. Megmutatja ez a könyv egyben azt is, hogy a fogászat önállóan, a szájüreg és állcsontok figyelmen kívül hagyásával el sem képzelhető, hogy szakmánk nem odontológia, hanem igenis stomatológia. Nem véletlen, hogy *Thoma* Bostonban professzor a

Harvard egyetemen, nem véletlen, hogy épen a Harvard University szakított a „*dental school*" rendszerrel.

Thoma könyvét adott viszonyaink között valószínűleg igen kevesen tudják megszerezni. Nagy kára ez a magyar stomatológiának, mert *Thoma* könyvét szerény véleményem szerint kutató, tudományos munkát végző stomatológus nem nélkülözheti, mert egybefoglalva adja meg mindazt, amit a szájüregről és képleteiről tudni kell. *Dr. Adler Péter.*

LAPSZEMLE

VEGYES.

Dr. Huszár György és Dr Bugyi Balázs: „*A fogtechnikus ipar egészségügye*". Népegészségügy, 1947. II szám.

A fogtechnikus ipar foglalkozási ártalmainak kialakulásában három tényező szerepel. 1. A laboratóriumnak — műhelynek — rossz egészségügyi viszonyai. 2. A mérgező anyagokkal és egészségre ártalmas porokkal való foglalkozás. 3. A fogtechnikus munka megerőltető jellege. A mérgező hatású gázok elleni védekezés exhaustorok, vagy vegyi fülkék útján lehetséges. A fogtechnikai laboratóriumi munka igen aprólékos és precíz, amely leginkább az órások, ékszerészek és finom mechanikusok munkájához hasonlítható. A fogtechnikus munkájának miniatür jellege az idegrendszer fokozott megterhelését eredményezi. Ennek következménye az idegrendszernek bizonyos mérvű izgalmi állapota és nyugtalansága. Ezen idegrendszeri és lelki jelenségek is hozzájárulnak ahhoz a vágyhoz, hogy a fogtechnikus tevékenységét előképzettség nélkül a fogorvoséval szeretné felcserélni. *Dr. Jahn Ede*

Goldbach H.: *A fogorvostársadalom szervezési kérdései az új Ausztriában.* Ztschr. f. Stomat. 1946. 5. sz.

Az osztrák fogorvosoknak, akik épúgy, mint hazánkban, egyben orvosdoktorok, 1938-ig sikerült elismertetni a fogorvosi szakma egyenjogúságát a többi orvosi szakok mellett. A német invázió ezt lerombolta, mert az elüldözött fogorvosok helyébe nem teljes orvosi képesítésű német fogászok özönlöttek. A felszabadítás után az osztrák fogorvosok az orvosi kamarák külön szakcsoportjába soroltattak be, s különleges szakmai ügyeiket is a kamarán belül intézi a szakcsoport. Ilyen módon tehát elismerést nyert ismét a fogorvosok egyenjogúsága más szakorvos kollégáik mellett, s gondoskodás történt arról, hogy a más szakorvosokétól annyira eltérő szakmai kérdéseik a szakcsoporton belül egyöntetűen nyerhessenek elintézést. *Dr Schranz Dénes*

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport tudományos üléseiről

1947 január 23-án Dr. Móczár László: „*A penicillin jelentősége szájüri fertőzéseknél*" címen tartott előadást. Előadásában beszámolt penicillin kezeléssel elért eredményeiről. Olyan diffúz sztomatitisz, melynek okozója a „*b. fusiformis*" volt, s amely mindenféle eddig használatos gyógykezeléssel dacolt, penicillinkenőcs helybeli alkalmazására öt és fél óra alatt annyira gyógyult, hogy az összes súlyos tünetek visszafejlődtek és a bakteriológiai vizsgálatnál *b. fusiformis* többé kimutatható nem volt. (Penicillinkenőcs: 1 tabletta penicillin (10.000 egység) 2 cm^3 Alsol kenőccsel gondosan eldörzsölendő. Ennél nagyobb mennyiséget sohase készítsünk, mert romlandó.) Olyan osteomielitisz után fennmaradt genyes sipolynyílást, melyet hónapokon keresztül hasztalan kezeltek, a híg penicillinoldat alkalmazása után 10 nap alatt teljesen bezárult. Ugyanez a krónikus alsó állcsont-osteomielitisz, mely rtg. sugarak epilációs célból való alkalmazása után keletkezett.

kezett, az említett sipolynyílás gyógyulása után több helyen kiújult; azonban erélyes penicillinkúra (2 millió egység) után, teljes gyógyulást mutatott. Ezek az esetek határozottan bizonyítják, hog a penicillin szájűri fertőzéseknél (akár lokális, akár általános injekciós kezelés formájában) olyan gyógyeredményekhez vezet, melyek semmi más eddig ismert kezelési eljárással nem voltak elérhetők.

Noha a penicillin ilyen rendkívül intenzív antibaktériumos szer, mégsem használható a szájüreg sterilizálására, mert hatást csak meghatározott baktériumokra, illetve baktériumcsoportokra tud gyakorolni. Ilyen baktériumcsoport a legsúlyosabb szájfertőzésekhez vezető piogen baktériumok. Ezek hatására létrejött szövetközti genyedések közül a súlyos flegmonék és diffúz oszteomielitiszek azok az esetek, melyekben a penicillin alkalmazása elsősorban indikált, ezen esetekben várható a legbiztosabban jó eredmény. A granulációs infekciók csoportjából a luesz (primär szklerózis) és aktinomikózis eseteiben használható jó eredménnyel, igen nagy adagokban alkalmazva (2—4 mill. egység). A kifejezetten szájüri fertőzéseknél, sztomatitiszeknél, ha azokat fuziformis bacillusok okozzák, helyi kezeléssel, *„stomatitis ulcerosá"*-nál helyi kezeléssel, ill. súlyos esetekben injekciós kezeléssel kitünő és gyors eredményt érünk el (2—400.000 egység). Foghúzás utáni fertőzések elkerülésére profilaktikusan használható a penicillin híg oldata: a sebet naponta frissen tamponáljuk vele.

Mindazon fertőzések, melyek zárt szövetközti formában mutatkoznak (tályog, flegmone) elsősorban műtéti kezelést igényelnek és csak másodsorban, szövődményük eseteiben várható jó eredmény a penicillintől.

Ugyanezen az ülésen Dr. Eidus Lili *„A szociális fogorvoslás néhány aktuális problémája"* címmel tartott előadást. Ezt az előadást egész terjedelmében e számunkban közöljük.

Az előadást követő vitában Prof. Balogh Károly felhívja a figyelmet arra, hogy már járják az országot fogorvosi guruló ambulanciák. Dr. Krebs Etel a fogorvosi profilaxis jelentőségét hangsúlyozza, utalva a palesztinai gyermek-káriesz vizsgálatok eredményeire. Dr. Kende János a társadalomfogászat ilyetén való megszervezésének szükségességét hangsúlyozza. Dr. Pollatschek Gyula mint társadalombiztosító intézeti orvos helyesli a társadalomfogászat országos alapokra való helyezését. Dr. Sugár László a profilaxis érdekében tartandó propaganda és népszerű felvilágosító előadások jelentőségére mutat reá.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

Május 8-án d. u. ½7 órakor:

Dr. Deák László: Reformtervezet az OTI fogászati rendelőintézete számára.

Felkért hozzászólók: Dr. Pollatschek Gyula, dr. Kocsis Antal Gábor, dr. Krebs Etel, dr. Szabó Jenő, dr. Kovács György.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelezést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

HIREK

DALNOKY VIKTOR JUBILEUMA. Örökifjú kartársunk, a magyar fogorvosi kar nesztora, a 81 éves *dr. Dalnoky Viktor*, most ünnepelte 50 éves operaénekesi jubileumát. Operaházunk a Sevillai borbély díszelőadásával ünnepelte a közszeretetnek örvendő jubilánst. *Dalnoky Viktor Bartolo* szerepében korát meghazudtoló kitűnő és emlékezetes énekesi és színészi teljesítményt nyujtott. Az előadás előtt az Operaház színpadán *Dalnoky Viktort* meleg ünneplésben részesítették operaházi művésztársai, orvos, fogorvos kartársai, barátai és tisztelői. A Fogorvos Szakcsoport nevében Prof. *Simon Béla* elnök, a Stomatológiai Klinika nevében dr. *Papp László* adjunktus köszöntötte az ünnepeltet. — A Fogorvos Szakcsoport 1947 ápr. 17-én tartott választmányi ülésén szintén meleg üdvözlésben részesítette *Dalnoky Viktort*, aki meghatott szavakkal mondott köszönetet a jókívánságokért.

A *Fogorvosi Szemle* szerkesztősége ehelyütt köszönti *Dalnoky Viktort* és őszintén kívánja, hogy énekművészetével még sok-sok esztendőn keresztül tudja szolgálni a magyar zenekulturát.

A BUDAPESTI STOMATOLÓGIAI KLINIKA ÉS A FOGORVOSI SZAKCSOPORT 1947 május 17-én d. e. ½ 10 órakor *Árkövy József prof.* sírjánál (Kerepesi temető 25—2—102) halálának 25 éves évfordulója alkalmából megemlékezést tart.

Találkozás a temető Fiumei-úti főkapujánál lévő kápolnánál, a megemlékezés kezdete előtt 15 perccel.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

A Szerkesztőség újból és nyomatékosan felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már **eddig beküldött** vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljenek. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közlemenyekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap szinvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik. Csak jól olvasható, gépen írt és nyomdaképes cikkeket fogadunk el közlésre.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára írva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

A szövegrész vége.

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

TELEFON: 226-887

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA

CSENGERY-U. 3

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat. Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

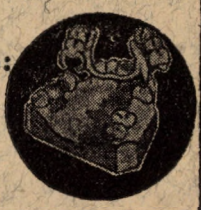
PLASZIN

TÖRVÉNYESEN VÉDETT SZABADALMAZOTT JOG

LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!



Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán



PLASZIN
LEMEZ ÉS MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPITVA 1918

M.

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-
megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ
egyben ENYHE MEGNYUGTATÓ.

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratorium
Budapest II., _____

Különféle eredeti neuritisek,
neuralgiák esetén:

VITAPLEX „B1" CHINOIN

Hazai gyártású B1-vitaminkészítmény

Injectio: 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg 5×50 mg, 3×150 mg.
Tabletta: 20×1 mg, 20×3 mg, 20×150 mg.

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 MÁJUS XL. ÉVFOLYAM Nº 5. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924–1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Radnai Pál András: Egy replantácló tanulságai . 129
Dr. Ritlop Béla: Az üzemi orvos munkaköre (folytatás) 132

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Dr. Vámos László: Fertőző gócok szerepe a bőrbetegségekben, különös tekintettel a dentális gócokra 139
Dr. Sztrilich Pál: A fogorvosi asszisztensnőképzés . 146

KÜLFÖLDI CIKK:

Walter Hess: A gyökérkezelés hatása a periapikális szövetekre 148
KÖNYVISMERTETÉSEK 151
LAPSZEMLE 154

ORIGINALIA: Page

Dr. P. A. Radnai: Experiences of a Replantation . . 129
Dr. B. Ritlop: Tasks of a Factory' Doctor . . . 132
Dr. L. Vámos: Dental Focal Infection in Dermatology 139
Dr. P. Sztrilich: Training for Dental Assistants . . 146
BOOK REVIEWS 151
CURRENT LITERATURE 154

308

SOMFESTÁLI MŰGYÉS... 1947 MÁJ. 9 ÁTVETT

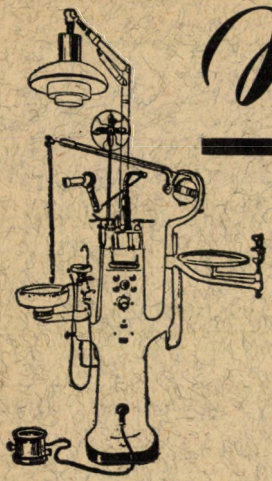
FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39.

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Ne sajnálja

a fáradságot. Keressen fel személyesen, telefonon, vagy posta utján!

Érdemes

megtekinteni üzletemet, ahol nemcsak műszerek és anyagok, hanem teljes fogorvosi berendezések is kaphatók.

Unit-készülékek
(különböző összeállításban)

Műlőszékek

Röntgen-készülékek

Diathermiás készülékek, kedvező fizetési feltételekkel

Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934

Fogászatban használjuk a Theriaka gyártmányokat

KONZERVÁLÓ FOGÁSZATBAN

fertőzött gyökcsatornájú fogak, a periodoncium krónikus gyulladásainak és a periapikális zóna kóros elváltozásainak gyógyszeres terápiájában kiváló eredményeket érünk el a DR. HALÁSZ LÁSZLÓ előírása és felügyelete mellet gyártott

Solutio Phenoli Monochlorati Camphora Mentholica

S. C. M. C. és a vele készült JODOFORMOS pasztával.

Gyártja és forgalomba hozza:

„Theriaka" gyógyszervegyészeti vállalat

BARTHA JÓZSEF OKLEVELES GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, V., Zoltán-utca 12. szám. Telefon: 329-313.

KOVÁCS

DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Harvard, Bayer, Pontofix, Ontophos, Fixodont cementek. — Syntetic, Roessler, Kohinor, F. P. 7. Translucin porcellánok. — Schweizi villany fúrógép komplett 850 forint. — Csőszék kárpitozott, köpőcsészével, pohártartóval 450 forint.

DIATHERMIÁK
12 havi részletre.

Komplett operatív és technikai berendezések.

KOVÁCS-FÉLE KOMBINÁLT GÉP villany öntő- és ponthegesztő egyben.

Fogorvosi Szemle különlenyomat árai:

25 példányt ingyen kap a szerző

további	25 pld.	50 péld.
2 oldal	Ft 38·—	Ft 45·—
4 „	„ 68·—	„ 84·—
6 „	„ 106·—	„ 130·—
8 „	„ 128·—	„ 153·—
10 „	„ 168·—	„ 199·—

3% forg. adó, számlabelyeg.

Herkules
(volt TOLDI)
fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules
(VOLT TOLDI)
fogtechnikai laboratórium
Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.
Laboratóriumvezető: VOGL EDE
(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 május hó *No. 5. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Apponyi-Poliklinika fogászati osztályának közleménye

Egy replantáció tanulságai

Írta: Dr. RADNAI PÁL ANDRÁS.

1945. május 20-án D. M. 27 éves mérnök a jobb felső kettes és hármas fogak erős, lüktető fájdalmával kereste fel fogorvosát, aki jobb felső kettesét meglékelte. Mivel panaszai nem szüntek meg és kezelőorvosát másnap nem találta Budapesten, május 22-én hozzánk fordult.

A beteg elmondotta, hogy szemfogát 1938-ban kezelték, azóta többször volt az az érzése, mintha foga meghosszabbodott volna. A mostanihoz hasonló erős fájdalma még nem volt.

A vizsgálatnál a $\underline{2}|$-es kopogtatásra érzékeny, ugyancsak érzékenynek mutatkozott a $\underline{3}|$-as is. Az áthajlási redőben a $\underline{2}|$ és $\underline{3}|$ között kis duzzanat tapintható. Mérsékelten belövellt gingiva mellett a hőmérséklet 37.2°C. Az áthajlási redő nyomásra érzékeny. Hideggel fájdalmat egyik fogban sem lehet kiváltani. A $\underline{3}|$-as melegre kifejezett fájdalommal reagál. A szemfogon mezioapproximálisan zománctömés, a kis metszőn trepanaciós nyílás. Szuvasodás egyik fogon sincs.

A röntgen felvétel kb. 20 filléresnyi, elég élesen körülhatárolt felritkulást mutat, az árnyék teljesen homogén, legmagasabb pontjánál az orrüreget csaknem eléri. A felritkulás nagyjából a szemfog gyökere körül helyezkedik el, a kismetsző gyökere is belenyúlik, sőt az első kisörlő gyökerének meziális felszínét is eléri. A szemfog gyökere erősen arrodált, a kismetsző gyökérhártyája ép.

Diagnózis: Cysta radicularis.

Terápia: Műtét. Mindkét fogat gyökérkezelésnek vetettük alá és diatermia után cement-guttapercha gyökértömést alkalmaztunk. Ezek után alapjával az áthajlási redő felé tekintő trapéz alaku feltárást végzünk. A lebeny feltolása után előtünik a cysta zsák. A szemfog gyökércsúcsának megfelelően, de attól le- és felterjedően is kb. 2 filléresnyi helyen a csontos fal teljesen hiányzik. A cysta-zsákot kipreparáljuk és eltávolítjuk egészben, majd a szabadon maradt $\underline{2}|$-en gyökércsúcsrezekciót végzünk. Ugyancsak el kívánjuk távolítani a $\underline{3}|$-as gyökércsúcsát is. A szemfog azonban az első rezekciós kísérletnél avval fenyeget, hogy a még meglevő, keskeny fogmeder szegélyt is kitöri. Miután betegünk elülső fogai egyébként teljesen épek, egészségesek és nagy súlyt vetne arra, hogy ez az állapot meg is maradjon, foghúzást és ezt követően replantaciót határozunk el.

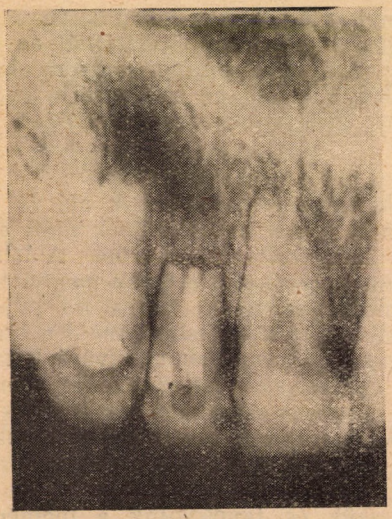
A foghúzást igen kíméletesen végezzük és igyekszünk a fogmedret, amennyire az lehetséges, épségben tartani. Foghúzás után a sebüreget hidro-



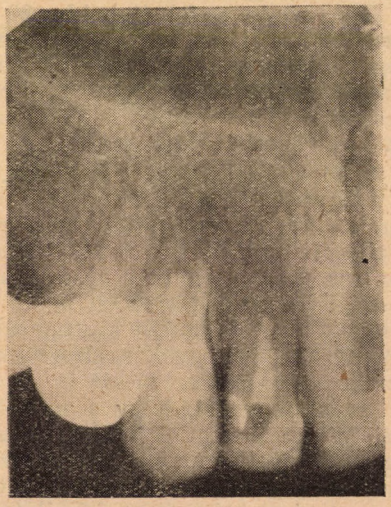
1. ábra.

gen-hiperoxiddal kiöblítjük, az eltávolított fogat pedig szeparáló koronggal rezekáljuk. Miután a műtétnek ez a fordulata váratlanul ért bennünket és testhőmérsékü steril fiziológiás oldat kéznél nem volt, a fogcsonkot jódtinktúrába mártottuk és a sebüregbe visszahelyeztük. (Lásd 1. ábra.)

Miután a szemfog visszahelyezése után az alveolusban igen jól ült, ligatúrát nem alkalmaztunk, betegünket azonban felkértük, hogy a fogra egy ideig, legalább nyolc napig ne harapjon rá. Ezt az előírásunkat a beteg be is tartotta. Az artikulációt úgy állítottuk be, hogy a szemfogat okkluzióban az alsó fogak helyéről ki ne mozdíthassák, azaz kissé kifelé hajlítottuk.



2. ábra.



3. ábra.

Betegünk fél éven keresztül állandó kontroll alatt állt. Eleinte hetente, később havonta jelentkezett rendelésünkön.

A varratokat 6 nap után távolítottuk el, amikor is az iny mérsékelten belövelt volt, az arcduzzanat is fennállott még valamelyest, a kérdéses fogak azonban már nem voltak kopogtatásra érzékenyek. A seb símán gyógyult. 2 hét után a duzzanat teljesen visszafejlődött, akkor még kis nyomásérzékenység állott fenn, de ez is megszünt az első hónap végén. A szemfog ekkor még kissé mobilis volt.

6 hónap után a fog szilárdan ül helyén, az elkészített röntgen felvétel (2 ábra) jó csontosodást mutatott. Az iny kb. 1 mm-nyire huzódott vissza, egyéb elváltozást nem észleltünk.

15 hónap után készítettük a — 3. ábrán bemutatott — röntgen-felvételt Teljes csontosodás mellett úgy a replantált, mint a csak rezekált fog gyökere körül jól követhető a periodontális rés, a gyökércsúcsok széle legömbölyitett. A replantált fog körül az iny kb. 1.5 mm-nyire visszahúzódott. A beteg fogát teljes értékü fogként használja. Mozgatási kísérletre szilárdsága a többi fogéval azonos.

Anélkül, hogy egy vagy több sikerült replantációból messzemenő következtetést igyekeznénk levonni, szeretnénk rámutatni arra, hogy vannak bizonyos esetek, amikor a stomatológus legalább is mérlegelje a replantáció lehetőségét. Az 1945. év folyamán két esetben, amelyek a leírthoz voltak hasonlók (nagy és kismetszőn) ugyancsak replantációt javaltunk. Mindkét eset sikerrel végződött. A körülmények hasonlósága miatt ezeket leírni felesleges.

A replantációnak, mint sok más gyógymódnak is vannak hívei és ellenzői. Sikeres replantáció esetében is ellenérvként hangzik a gyökér időelőtti felszívódása, ami a jó eredményt is kétségessé teheti. Ezzel szembeállítható érv, hogy ha valóban megfelelő indikáció alapján végeztünk a replantációt, akkor egy néhányéves eredmény is, — erre pedig a legtöbb esetben számithatunk, — megéri a viszonylag kis fáradtságot.

Véleményünk szerint mint mindenütt, ahol szélsőséges álláspontok vannak, itt is az igazság a középúton, — tárgyilagosan szemlélve a dolgokat, — talán a középúttól inkább a negatív irány felé van.

Replantáció műtétjét a következő feltételek mellett mérlegeljük:

1. Véletlenül, vagy baleset folytán eltávolított vagy kiütött fognál,

2. olyan gyulladásos fognál, melynek megtartása vitális fontosságú (a rágóképesség helyreállítása szempontjából) és a rezekció technikai okokból keresztülvihetetlen

Végeredményképpen a replantációról a következőket mondhatjuk:

1. Ha a replantáció sikerül a fog sokáig megmaradhat, de 6—8 évi tartamra biztosan számitani lehet. A beteg ez esetben is hálás lesz, mert a műtéttel reá háramló kellemetlenségek az eredményt megérik. Fogműveket is hajlandók vagyunk ilyen időtartamra készíteni, nem lehet tehát ellenjavalt a saját fog megtarása sem. Kivétel természetesen az olyan eset, amikor rezekció is kontraindikált lenne. (Pl.: gócfertőzés gyanúja.)

2. Néha idegen testként azonnal megindul replantált fog kilökődése. Ebben az esetben hiába kísérleteztünk. Nem vesztettünk azonban semmit, mert a foghúzás után elvégezhetjük mindazokat a beavatkozásokat, melyeket azonnali fogeltávolítás esetén végeztünk volna. Viszont senki nem mondhatja, hogy nem követtünk el mident a természetes fogsor megtartásának érdekében, ami pedig a stomatológus kötelessége.

Budapest, V., Falk Miksa-u. 3.

Az üzemi orvos munkaköre

Írta: Dr. RITLOP BÉLA, egyetemi magántanár.

Folytatás.

Az orvosi ellenőrző vizsgálatok alkalmával arra is kell mindig gondolni, hogy vajjon nem lett-e valaki fokozottan érzékeny azzal a vegyi anyaggal szemben, amellyel foglalkozik. Ez a szerzett érzékenység számos ipari anyaggal szemben mindannyiunk előtt közismert tény. Az érzékenységfokozódás kisebb-nagyobb lehet, néha ugyanazon ember normális érzékenységének sokszorosát érheti el. Amint tudjuk, ilyenkor a szervezet különleges áthangolódáson megy keresztül. E jelenség némileg hasonlít az allergiás állapothoz, bár a legtöbb esetben a klasszikus allergiás reakcióval nem magyarázható meg. Az érzékennyé vált munkást az ilyen munkakörből természetesen ki kell emelni és valamilyen más foglalkozási ágban kell elhelyezni.

Az üzemorvosi tevékenység további megvilágításához talán nem lesz felesleges, ha *egészen röviden foglalkozunk még a legtöbb ipari megbetegedést okozó ólommérgezéssel* és a legtöbb stomatológiai vonatkozású *higanymérgezéssel.*

Pacséri adatai szerint hazánkban mintegy 10.000 munkás dolgozik ólommal, akik között évente 150—200 mérgezés fordul elő. A munkáslétszámot tekintve ez a megbetegedési arányszám nem nagy, alig 2%, azonban sokkal nagyobb arányszámot kapunk akkor, ha az ólommérgezés gyakoriságát más foglalkozási betegségek gyakoriságához viszonyítjuk. Hazánkban az összes foglalkozási megbetegedéseknek 75% ólommérgezésre esik és a viszonyok nagyjából hasonlóak külföldön is.

Ipari körülmények között az ólom egyrészt a tápcsatornán keresztül, másrészt belégzés útján kerül a szervezetbe, kisebb mértékben azonban a bőrön keresztül is történhet ólomfelszívódás. A tápcsatornába úgy kerül az ólom, hogy a munkás ólomport nyel le, ólommal szennyezett kézzel nyúl a szájába, ilyen kézzel eszik, sodor cigarettát vagy munkahelyén tartott és ezért szennyezett ételt, italt fogyaszt. Sokkal fontosabb azonban a belégzés útján történő mérgezés. Az ólomkohászatban, a gépiparban, akkumulátor gyártáskor, a vegyészeti iparban elkerülhetetlen, hogy ólompor ne kerüljön a levegőbe. Különösen az ólomkohászatban keletkezett kolloidos ólomoxid a veszélyes. Miniummal festett tárgyak autogénvágása, hegesztés, szegecselés alkalmával a hőhatásra szintén ólomoxid kerül a levegőbe. Ólomfestékek (minium, ólomoxid) őrlése és szitálása közben még akkor is nagy por képződik, ha a műveletet zárt gépi berendezésben végzik. Ezekben az üzemekben *Pacséri* szerint a legkorszerűbb védőberendezések és leghigiénikusabb viszonyok mellett sem kerülhetők el a mérgezések.

Az ólom méreghatását régi tanulmányainkból valamennyien ismerjük (cachexia, colica, arthralgia, myalgia, paralysis, amaurosis, enkephalopathia saturnina). A méreg stomatologiai vonatkozásait, a legújabb irodalmat is magában foglalva, megtalálhatjuk *Schranz* „Törvényszéki stomatologia" c. munkájában, ezek ismertetése tehát felesle-

gesnek látszik. Nekünk fogorvosoknak mindenesetre tudnunk kell, hogy a fokozottabb iparegészségügyi ellenőrzés következtében az ólommérgezetteken most már *súlyosabb lobosodást a szájban nem találunk*. Ha ilyen, az ólommérgezéssel egyidejűleg, a betegen mégis kimutatható volna, az a hiányos szájápolásban és esetleg olyan tényezőkben leli magyarázatát, amelyek ólommal nem foglalkozókon is ugyanolyan arányban idéznek elő kóros szájtüneteket. *A sokat emlegetett ólomszegélynek sem kell felétlenül jelen lennie*, bár rossz fogazat és hiányos szájápolás esetén elég gyakran észlelhető. Az *ólomszegély* kékes-fekete csík, ami a gingiva szélét félhold alakúan festi meg. Fogatlan szájban és a hiányzó fogak helyén nem fordul elő. A nyálkahártya hajszálereiből kilépő és nyálmirigyek útján kiválasztott ólom a szájban jelenlevő kénhidrogénnel reakcióba lépve ólomszulfid keletkezik és csapódik ki. Gondos szájápolás esetén azonban a szájban nincsen bomló, rothadó anyag, ezért ilyenkor nem keletkezhet kénhidrogén, ennek következtében ólomszulfid, azaz ólomszegély sem. *Az ólomszegély létrejöttének előfeltétele* — amint már említettem — *a hiányos szájápolás*. Ez a magyarázata annak, hogy az ólomszegélyre vonatkozó adatok az irodalomban annyira eltérőek. Teljesen téves lenne tehát az ólommérgezés diagnózisát csupán attól függővé tenni, hogy vajjon van-e ólomszegély vagy nincsen, mert *ólomszegély nélkül is súlyos ólommérgezés lehet jelen*. Mivel az ólomszegély magában semmiféle kellemetlenséggel sem jár, tulajdonképpen nem is betegségi tünet, hanem csak annak a jele, hogy a szervezetbe ólom jutott. Az ólomszegély néha a száj nyálkahártyáján szétszórtan, barna foltok alakjában jelentkezik. Ha a beteg abbahagyja az ólommal való dolgozást, akkor 2—3 hónapon belül magától eltünik. Ha gyorsan keletkezik, ez annak a jele, hogy sok ólom jut a munkás szervezetébe, aminek valószinüleg súlyos megbetegedés lesz a következménye.

Az ólommérgezés megelőzése szempontjából rendkívül fontos a munkás előzetes orvosi megvizsgálása. Gümőkórban, vérbajban, érelmeszesedésben, vérszegénységben és vesebajban szenvedő munkás, továbbá az iszákos ember nem végezhet ólommunkát. Nők alkalmazását kerülni kell, fiatalkoruak alkalmazása tilos. *Ólommal dolgozóknál az időszakos orvosi vizsgálat elengedhetetlen*. Ennek ki kell terjednie a vizelet, széklet és vérképvizsgálatra. A bazofilen pontozott vörösvértestek és a porfirinuria már akkor jelentkeznek, amikor a munkás szubjektív panaszok hiányában a fenyegető mérgezésről még semmit sem tud, vagy csak alig számba vehető panaszai vannak. Az ilyen munkásnak az ólommal való munkát, legalább egy időre, már ilyenkor abba kell hagynia. *Az egyéni védelem* alapfeltétele a tisztaság és a külön munkaruha. Az ilyen munkás munka közben ne egyék, ne dohányozzék, ételt, italt ne tartson a munkahelyen. Étkezés előtt arcát, kezét szappanos vízzel mossa le, száját öblítse ki, gyakran fürödjék, poros munka közben pedig viseljen porvédő álarcot. Mindezek biztosítása végett a kérdéses üzem legyen felszerelve étkező helyiséggel, öltözővel, mosdóberendezéssel. A munkás kapjon törülközőt, szappant, körömkefét, hetente tiszta munkaruhát és porvédő álarcot. *(Pacséri.)*

Ipari higanymérgezés a mi viszonyaink között főleg a higanyos műszerek, különösen gáz- és légnyomásmérők, valamint hőmérők gyártásával foglalkozók között fordul elő. Ebben az iparágban a mérgezést a fémhigany gőze idézi elő. Ugyancsak fémhigany a mérgezés forrása a higanyos szivattyúk gyártásában és az ötvöző iparban is (Tűzben ezüstözés és aranyozás.). A belégzett higany egy része a tüdőbe kerül, másik része a felső légutak nyálkahártyáján csapódik le. Nyeléssel jut belőle az emésztőtraktusba is, sőt a bőrfelületről is felszívódik a bőr mirigyeiben keletkezett zsírsavas sók alakjában. (Gondoljunk csak a kenőkúrákra.)

Higanymérgezés az iparban szubakut és krónikus alakban fordul elő. A mérgezés tünetei közismertek (fakó arcszín, vizenyős bőr, súlycsökkenés, eretizmus, tremor merkuriális stomatitis). A mérgezés stomatologiai vonatkozásait teljes részletességgel megtaláljuk *Schranz* említett munkájában, ezért én csak egészen röviden említem meg, hogy *a szubakut higanymérgezés mindig a fogíny és szájnyálkahártya lobosodásával kezdődik*, amihez nyálfolyás és gyomor-bélpanaszok csatlakoznak. A száj nyálkahártyája később kifekélyesedik, a környéki nyirokmirigyek megduzzadnak, egészen ritka esetben az állkapocs elhalása is bekövetkezhetik. A higanymérgezés okozta fogínygyulladást a munkásokon gyakran észlelhető egyéb szájnyálkahártya lobosodásoktól főleg a bőséges nyálfolyás különbözteti meg. A garat és szájnyálkahártya sajátosan rézszínű lehet. Ezt az elszíneződést néha még egészségesnek látszó, de már veszélyeztetett egyéneken is megtaláljuk.

Különböző szerzők számításai szerint elég, ha naponta a milligramm töredékei jutnak a szervezetbe ahhoz, hogy lassankint krónikus higanymérgezés jöjjön létre. Talán érdekes megemlíteni, hogy még fogorvosoknál és azok asszisztenseinél is fordulhatnak elő mérgezések. *Brezina* adatai szerint fogorvosi rendelőben végzett mérések alkalmával légköbméterenkint 0·028—1·12 mg higanyt találtak. Az egyik asszisztensnő vizeletében literenkint több mint 0:1 mg higany volt. Egy másik, krónikus higanymérgezésben már megbetegedett asszisztensnő vizeletében ugyancsak 0·1 mg higanyt tudtak kimutatni. Az egyik vegyészen a kezdődő mérgezésre jellemző fáradtság, bágyadtság, a gondolkodás meglassubbodása már jelentkezett akkor, amikor vizeletében csak 0:01 mg higanyt tudtak kimutatni. *Zangger* rámutat arra, hogy érzékeny egyéneknél — főleg szellemi munkát végző embereknél — a gyors kifáradás, a szellemi tevékenység, gondolkodás meglassulása hónapokkal megelőzhetik a krónikus higanymérgezés egyéb jellemző tüneteit.

A higanymérgezés megelőzésére nagyjában hasonló berendezésre és óvintézkedésekre van szükség, mint az ólommérgezés megelőzésére vázoltam. Ebben az esetben azonban fontos még a kiömlő higany szétfolyásának meggátlása (peremmel ellátott résmentes asztalok). A padló legyen teljesen síma és résmentes. A fából készült székek, padok, padló nem kívánatosak, mert azok repedéseiben a higany megbúvik. A higanypárolgás csökkentése végett a munkaterem hőmérséklete lehetőleg ne legyen 16—18° C-nál több. Meleg időben a munkaidő ne legyen hosszú. Por vagy fokozottabb párolgás esetén a munkás viseljen álarcot. Nagyor

fontos a munka után végzett zuhanyos lemosás. Étkezés előtt a munkás feltétlenül mosson kezet, ápolja körmeit, fogait és gyakran öblítse ki száját káliumpermanganát oldattal.

Az eddigiekben nagy vonásokban iparkodtam rámutatni arra, hogy tulajdonképen mi az általános üzemi orvos munkaköre. Ezek után most már önkéntelenül felvetődik az a kérdés, hogy *hogyan tudunk mi fogorvosok beleilleszkedni ebbe a munkába, hogy milyen szerepe lehet a fogorvosnak az egyes üzemeken vagy üzemcsoportokon belül?*

Erre a kérdésre a feleletet tulajdonképpen már 1941-ben megadta *Pályi* kartársunk a *Fogorovosok Lapjában,* amikor *„Fogászat és munkásegészségügy"* c. cikkében többek között a következőket írja: „A munkásság fogellátása sokkal nagyobb jelentőségű, mint azt a felületesen szemlélők vélik. Nemcsak egészségügyi érdekből szükséges a fogak rendbehozása, hanem gazdasági és termelési szempontból is. A jó fogazatú, az ételt alaposan megrágó munkás ellentállóbb szervezetű és százalékokban is kifejezhetően többet termel, mint az a munkatársa, akinek a szájában rossz, vagy elégtelen fogak helyezkednek el. A munkásegészségügynek már ebből az egy szempontból is nagyobb gondot kellene fordítania a fogellátásra. Ezt a problémát nem fogorvosi, hanem iparegészségügyi szemüvegen át kell bírálni és értékelni. A fogorvost nagyobb és értékesebb munkaterülethez juttathatjuk, ha megismertetjük az iparegészségügy fogászati vonatkozásait".

Ha megállunk itt egy pillanatra és jól átgondoljuk ezt a kérdést, akkor arra a következtetésre kell jutnunk, hogy az *üzemi fogorvosra nagyon fontos feladat vár,* nemcsak azért, hogy az esetleges ipari sztomatitiszeket megelőzze, kezelje, hanem *elsősorban azért, hogy az ott beosztott munkásság dentális szanálását elvégezze.* Hiába vannak nagy és szép központi intézetek, rendelők, azok a bajokon csak részben tudnak segíteni. Vitán felül áll, hogy az OTI rendelőintézetei elsőrangú munkát végeznek, a munkásság fogorvosi kezelésének teljes megoldására azonban nem elegendők. *Nekünk fogorvosoknak magunknak kell kimenni a munkások közé,* mert különben azok nem sokat törődnek fogazatuk épségével, még akkor sem, ha valahol a központban ingyen kapnak kezelést, mert fáradtak, és nagyon sokan csak akkor keresik fel a rendelőintézetet, ha arra a fájdalom kényszeríti őket. Nagyon jól tudjuk, hogy ahhoz, hogy valaki rendben tartsa fogazatát, bizonyos mértékben gondtalan életre, derülátásra van szükség. A megélhetés gondjaitól agyonhajszolt, munkában elfáradt ember nem sokat törődik fogazatával, csak abban az esetben, ha annak kezelését valamilyen úton-módon magán a munkahelyen, esetleg a munkaidő alatt biztosítjuk.

Az üzemi fogorvos munkája lényegében ugyanolyan alapelveken épül fel, mint az általános üzemi orvos teendőinél vázoltam. Mindenek előtt *meg kell ismernie a gyár munkakörét, az ott feldolgozásra kerülő anyagokat, azok fiziko-kémiai tulajdonságait,* mert csak így tud eligazodni azon, vajjon a munkásokon észlelt sztomatitisz, paradentozis valóban ipari ártalom-e, vagy pedig csupán a munkás hanyagságának, a hiányos szájápolásnak a következménye. *Be kell vezetnie az időszakos*

orvosi vizsgálatot, mert csak így jöhet rá arra, hogy munkásságunk túlnyomó részének a fogazata nemcsak hiányos, nemcsak romlott, hanem nagymértékben elhanyagolt is. *Az időszakos orvosi vizsgálat lenne szerintem a legfontosabb lépés a fogbetegségek és azok következményeinek megelőzésére. Ilyenkor néhány szeretetteljes biztató szóval könnyen meg lehetne győzni a reánk bízott munkásokat arról, hogy a gondozatlan száj egyrészt csökkenti a munkaképességet, másrészt fokozza a különböző betegségekre való hajlamot.* Erre a felvilágosító munkára azután a továbbiakban minden egyes eset alkalmával *kezelés közben* is bőven lenne alkalma az orvosnak.

Természetesen fokozottan fontos szerepet kap a fogorvos azokban az üzemekben, amelyekben sztomatitiszt okozó anyagokkal is foglalkoznak a munkások. De álljunk csak meg egy pillanatra. *Lássuk, hogy fenti nagy munkaprogramunkban mekkora súllyal esnek latba az ipari sztomatitiszek,* van-e azoknak hazánkban különösebb jelentőségük? Lássuk először a legtöbb ipari sztomatitiszt okozó higanymérgezést.

Pacséri még nem közölt adatai szerint az OTI iparegészségügyi osztályán *higanymérgezés gyanujával* 1936-tól 1946-ig, tehát 10 év alatt megvizsgáltak 125 munkást:

Ezek között volt:

higanyszegély	4 =	3%
gingivitisz, sztomatitisz	18 =	14%
piorrea	11 =	8%
Összesen:	33 =	25%

Egy évre esik tehát 3 higanymérgezéses sztomatitisz.

De nézzük az ólommérgezési eseteket is. Ugyancsak *Pacséri* még nem közölt adatai szerint *az OTI iparegészségügyi osztályán* 1935-től 1946-ig, tehát 12 év alatt, megvizsgáltak összesen 8241 ólommal foglalkozó munkást, akik közül ólommérgezés következtében beteg volt 1197 (14.5%). A betegek között ólomszegélyt 634 esetben sikerült kimutatni (53%). *Egy évre esik tehát átlagosan 50 ólomszegélyes eset!*

Ha részletesebben elemezzük *Pacséri* alábbi adatait, akkor azt látjuk, hogy a bánya- és kohóiparban (Nagybánya) alkalmazott 159 munkás közül 116 betegedett meg (72.8%), akik közül 96-on lehetett

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocsmegbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után
SALVADOR tabletta
jól bevált FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ
egyben ENYHE MEGNYUGTATÓ.
SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratorium
Budapest II.,

ólomszegélyt kimutatni (83%). Ezek a munkások azonban írni-olvasni sem tudó, primitíven egyszerű román parasztok voltak, akiknek szájápolásról halvány fogalmuk sem volt. Viszont, ha nézzük a sokszorosító iparban alkalmazott és megvizsgált 2606 munkást, akkor azt látjuk, hogy a közülük ólommérgezést szenvedett 102 beteg (3.8%) közül csak 16-on (16%) volt ólomszegély kimutatható, ami csak azzal magyarázható, hogy ezek az emberek nagyobb intelligenciájuk révén jobban törődtek szájuk tisztántartásával.

Az OTI iparegészségügyi osztályán 1933-tól 1946-ig megvizsgált ólommal foglalkozó munkások között előforduló ólommérgezések megoszlása iparcsoportok szerint (Pacséri egyet. m. tanár adatai):

Iparcsoport:	Megvizsgált munkások száma:	Beteg		A betegek között ólomszegély	
		szám:	%	szám:	%
Kő- és földipar	200	42	21 %	25	61%
Fémfeldolgozó ipar	1348	206	15·2%	92	45%
Gép szerszám- és műszeripar	2521	467	18·5%	256	55%
Vegyészeti ipar	642	188	29·3%	116	62%
Építő iparok	310	49	15·8%	23	48%
Sokszorosító ipar	2606	102	3·8%	16	16%
Bánya- és kohóipar	159	116	72·8%	96	83%
Egyéb iparok	455	27	5·9%	10	37%
Összesen:	8241	1197	átlag: 14·5%	634	átlag: 53%

Természetesen nem tagadom, de nem is tagadhatom, hogy van ipari sztomatitisz, ami lehet higanymérgezés, ólommérgezés, vagy különböző porártalom következménye, *de ennek jelentősége eltörpül abban a nagy munkában, amelyet nekünk a munkásság dentális szanálása alkalmával el kell végeznünk.* Megvalósulás esetén ennek a munkának morális, szociális kihatása szinte felmérhetetlen, felbecsülhetetlen lenne.

Az elmondottakkal nem akartam mást, mint a mi kisebb fogorvosi körünkben röviden megvilágítani az üzemi orvosok munkakörét. Hangsúlyozottan szerettem volna rámutatni arra, hogy *ipari munkásságunk egészségének biztosítása és munkaképességének fenntartása érdekében üzemi orvosokra feltétlenül szükség van, de olyan üzemi orvosokra, akik nemcsak ellenőrizni járnak, hanem valósággal együttélnek a munkahelyen a munkássággal.* Az előbbiek alapján meggyőződhettünk arról, hogy az üzemorvosi tevékenység alapos és lelkiismeretes ellátásához az orvosi felkészültségen kívül szükség van még nagy emberismeretre, körültekintésre, türelemre, a munkás megbecsülésére és szeretetére. Nem elég az óvóberendezéseket megépíteni, szigorú utasításokat adni, hanem meg kell értetni a munkással, hogy az óvóintézkedések megtartása nem szekatúra, hanem az ő érdekében történik. *Ez a megértés a legnehezebb.* Mert hiába ad az üzem külső munkaruhát, ha alatta ott van az

éjjel-nappal viselt szennyes alsóruha. Hiába írunk elő gondos szájápolást, fürdést, ha a munkás mindezt csak tehernek érzi. Az üzemi orvos legyen tehát a munkásságnak ne csak orvosa, hanem tanítója, istápolója, mondhatnám igazi barátja. Csak ezzel az odaadó szeretetteljes munkával tudjuk felébreszteni a munkásban a felelősséget nemcsak saját magával szemben, hanem családjával és a közösséggel szemben is. Csak az így végzett szeretetteljes munkával tudjuk a munkásságot arra a nívóra emelni, ahol örömét leli a munkában és örömmel fogad minden óvintézkedést. Ezen a téren éppen mi fogorvosok tehetünk legtöbbet. *Mireánk fogorvosokra az üzemeken belül óriási munka vár. Tudjuk, hogy az óvintézkedéseknek egyre kiterjedtebb alkalmazása következtében az ipari mérgezéseknek jelentősége nem nagy, de nagy, kétségbeejtően nagy azoknak a szuvas fogaknak a száma, melyeknek kezelése aligha fog megtörténni, hacsak arról intézményesen gondoskodás nem történik.*

IRODALOM:

1. *Brezina:* Die gewerblichen Vergiftungen und ihre Bekämpfung. Verlag von Ferdinand Enke Stuttgart. 1932.
2. *Pacséri:* Mérgező anyagok és porok hatására keletkező ipari betegségek. — Egyetemi nyomda. 1944.
3. *Pályi:* Fogászat és munkásegészségügy. — Fogorvosok Lapja. 1941. 2. sz.
4. *Rodenacker:* Die chemischen Gewerbekrankheiten und ihre Behandlung. — Verlag Barth Leipzig. 1942.

Dr. B. Ritlop: A factory-doctor's sphere of activity.

The tasks of a factory-doctor:

1. He's got to examine and learn the physico-chemical characteristics of the materials, used in the workshop and their way of effect as well. Thus only he is able to solve the problems of prevention and curing.

2. He should care that the technical outfits should not missed, necessary to the prevention.

3. Every workman has to be examined before engaging him and he is to be employed but for such a labour which his state of health permits. The employed workman's condition of health has to be fixed in his personal file. So in case of omitting him, he could not explain his eventual illness which he had suffered from before, as an industrial laesion caused by his former employment.

4. The factory-doctor should spend much time among the workers in order to get acquainted with them.

In a factory there is a great need for a dentist too, because in a large number of intoxications the first symptoms appear in the oral cavity.

Használjunk Neonovoton *érzéstelenítőt*!

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

*A Bőr- és Nemikórtani Klinika közleménye.**

Fertőző gócok szerepe a bőrbetegségekben, különös tekintettel a dentális gócokra

Irta: Dr. VÁMOS LÁSZLÓ egyet. magántanár.

A gócfertőzés alapját tulajdonképpen az orális szepszis tana alkotta. Orális szepszisben legtöbbször a tonzillákból a vérpálya vagy nyirokutak közvetítésével *igen gyorsan* fejlődik ki az egész szervezet vagy egyes szervek (pl. ízületek, szívbelhártya stb.) szeptikus megbetegedése. A gócfertőzés esetében a jelenségek elhuzódottak, rendesen időnkint fellobbanóan folynak le. *Grumbach* szerint *gócfertőzésben* egy idült, lappangó, klinikailag háttérben maradó fertőző góc hosszabb vagy rövidebb időközökben baktériumokat, allergéneket vagy esetleg toxinokat hematogén után szór szét. *Góc* alatt pedig *Billings* eredeti értelmezése szerint oly patogén mikroorganizmusokkal fertőzött területet kell értenünk, amely a szervezet infekciójához vagy intoxikációjához vezethet, mialatt az eredeti fertőzött terület időszakosan vagy állandóan háttérbe szorul. A gócok kifejlődésének magyarázatára talán a *Pässler-féle holttér* (toter Raum) elmélet a legmegfelelőbb. Felfogása szerint a fertőzött holttér olymódon jön létre, hogy anatómiai helyzetüknél és szöveti szerkezetüknél fogva alkalmas helyeken gyulladásos szövetszétesések folytán üregek fejlődnek ki, amelyek a baktériumok állandó megtelepedésére alkalmasak. Gócok közül kezdetben elsősorban a tonzillák és a fogazat (granuloma periapicalis) kerültek az érdeklődés központjába. A gócfertőzéstanának további fejlődésekor azonban nemcsak e gócok, hanem a szervezetnek csaknem minden „*holttér*" szempontjából számbajöhető helye is szóba kerül. Igy az arc melléküregei, középfül, a női és férfi nemiszervek adnexei (prostata), féregnyulvány, epehólyag, körömágygyulladás, visszérgyulladás, de természetesen bőrgyógyászati szempontból a bőr is. Az üregek lehetnek már eredetileg fennállók, preformáltak, mint pl. az orr melléküregei, a prostata, az *os mastoideum* üregei, vagy pl. a középfül. A gócok pedig rendszerint már másodlagosak és a fertőzés vagy a külvilágból (pl. tonzilla), vagy nyirokutakon, illetőleg vérkeringés útján (fogak, női nemiszervek) kerül a gócokba. *Kémeri* szerint a gócok tulajdonképpen lezajlott heveny fertőzőbetegségek *(scarlatina, morbilli,* stb.) helyi maradványai, amelyekben a virusok hosszú ideig, sokszor az élet végéig megtelepszenek.

A *góchatás* egyes betegségekben könnyen kimutatható és nem is kétséges. Igy a gonorreában jelentkező izületfájdalmat, illetőleg izületgyulladást anélkül, hogy azok nagyrészében a *gonococcus*-t ki lehetne mutatni, csaknem minden szerző szerint *gonococcus*-ok váltanák ki. Más gócok esetében az összefüggés szinte alig bizonyítható és ez az oka, hogy az álláspontok annyira eltérnek. A szerzők egyrésze a gócfertőzés mellett tesz hitet, másrésze viszont makacsul támadja, s mig az előbbi csoport meggyőződését érvekkel alig tudja bizonyítani és rendesen csak a kezelés eredményeiből következtet rá, addig az utóbbi a tétel bizonyíthatatlanságán kívül a sokszor eredménytelen kezelések nagy számát is felhozza ellene.

Bőrgyógyászati szempontból a gócmegbetegedések közül elsősorban a *tuberculid*-eket és *mycid*-eket, ezeket a részben bakteriális, részben

* Előadás a Stomatologiai Klinika 1947. I. 31-iki tudományos ülésén.

toxicus (allergiás) áttételeket kell megemlíteni, melyekben a helyi folyamatokra kifejtett bizonyos hatások (pl. gombás megbetegedésben röntgenbesugárzás) a baktériumok, gombák, illetőleg azok toxinjainak szóródását a szervezetben kiváltanák. De a bőrnek mint gócnak szerepére elsősorban a lábujj közti *mykosis*-okban az *epidermophyton*, (trichophyton) *Kaufmann—Wolf*-féle gomba által kiváltott elváltozásokban mutatnak rá a szerzők, amelyekben — mint ismeretes — a távolabbi testrészeken, nevezetesen a kezeken (Rajka) léphetnek fel *dysidrosis* képét nagyfokban utánzó *mycid*-ek. *Miescher* ilyen esetekben nem egyszer mechanikus ingerekre, pl. a kezek dörzsölésére szinte tipusos *dysidrosiform* elváltozások kifejlődését figyelte meg.

Kórbonctani szempontból a gócfertőzés tana még nem teljesen megalapozott. A mai felfogások szerint a gócokban megtelepedett baktériumok részben *metastasis*-ok, részben kirajzó toxinjaik útján fejtenék ki hatásukat. Ez utóbbi esetben — legalább is bőrgyógyászati szempontból — megint nagy különbséget kell tennünk a baktériumoknak valódi toxinjai *(alopecia areata)* és a hasadási termékei között, amelyek a vérkeringés útján más szervekbe, vagy a bőrbe vitetve, ott allergiás alapon hatnának. Az újabb kutatók rámutatnak arra is, hogy épp a fogak szempontjából talán nemcsak a baktériumok hasadási termékei szerepelhetnének a gócok mérgező anyagaként, hanem pl. szuvas fogakban ,sorvadt ínytasakokban pangó ételmaradékok is, amelyek hasonló bomlás és szétszóródás útján szintén toxikus, de elsősorban allergiás elváltozásokat hoznának létre.

Mikor a kórbonctan a gócfertőzés tanát kellő módon megmagyarázni még nem tudta, *Rosenow bakteriológiai* vizsgálatokkal igyekezett megerősíteni. Szerinte bizonyos holt terekben egyes baktériumfajták, különösen *streptococcus*-ok szaporodnának fel, amelyek azután a szervezetben szétszóródva elektiv lokalizáció képességével birnának. Kísérleteiben az egyes gócokból kitenyésztett *streptococcus*-okat nyulakba ojtva mindig azonos szervekben telepedtek meg, amit egyes szerzők megerősítettek, míg más szerzők tagadtak. *Billings*, habár nem fordult élesen az alektivitás eme tanának lehetősége ellen, mégis inkább az állatok immunitási állapotára hivatkozott és a depressziós immunitás fontosságát hangsúlyozta. *Grumbach* 8—10-féle *streptococcus*-fajtát is elkülönített, melyek közül a leggyakoribb a *streptococcus viridans*. Ma már kétségtelennek látszik, hogy nemcsak a kórokozó baktériumok, illetőleg toxinjaik közvetlen hatása okozza az elváltozásokat, hanem a jelenségek létrehozásához legtöbbször még a szervezetnek áthangolódása is szükséges. A tannak ellenzői szerint viszont a *streptococcus*-oknak, illetőleg különböző fajtáinak kimutatása még nem bizonyítéka annak, hogy a gócok a betegségekkel összefüggésben lennének.

A gócfertőzéses bőrbetegségeket elsősorban *fogászati szempontból* óhajtom tárgyalni és csak másodlagosan kívánok rámutatni, ahol szükséges, hogy azokat esetleg egyéb gócok is kiválthatják.

Hogy valamely bőrbetegség góceredetű-e, ahhoz egyrészt szükséges volna a gócnak feltétlen kimutathatósága és annak bizonyítása, hogy az a fennálló betegséggel összefüggésben van.

A *góc kimutathatósága* tulajdonképpen a könnyebb feladat, különösen a fogászat szempontjából, ahol — amint ismeretes — elsősorban a röntgenvizsgálat jön szóba. Nagy jelentősége van azonban — különösen egyéb gócok szempontjából — a kutánreakciónak, a komplementkötési reakcióknak, a passzív átviteli kísérletnek, a vérkép, a vérsejtsüllyedés megváltozásának, a hemokláziás krizis kimutathatóságának stb. is. A komplementkötési vizsgálatok szempontjából meg kívánom említeni, hogy *Földvári* és *Nékám* 116 tonzillitiszes és fogmedersorvadásos stb. esetet vizsgált, akik *myocarditis, polyarthritis, nephritis* és egyéb szövődményekben, egyes esetekben pedig *erythe-*

matodes-ben, *ekzemá*-ban, *dysidrosis*-ban, *erythema multiformé*-ban és *alopecia areatá*-ban szenvedtek. Góccal bíró esetekben a baktériumokból, illetőleg szövetekből nyert antigénekkel pozitiv reakciót kaptak 27.58%-ban, negativ reakciót 28.44%-ban. Gócnélküli esetekben pozitiv reakciót 8.62%-ban és negativ reakciót 35.34%-ban. Minthogy a klinikailag kimutatható góccal bíró esetek egyharmadában 27%-ban volt a reakció pozitiv, azonban csaknem ugyanolyan arányban, 28%-ban negativ, azért a komplementkötést a góc bizonyítására nem találták alkalmasnak. Természetesen úgy ezek, mint a *cutireactio*-k, valamint az eltolódott vérkép, a fokozott vérsejtsüllyedés stb csak azt bizonyítaná, hogy a szervezetben fertőző csirák vannak, amelyekkel szemben a szervezet allergiás, illetőleg immunbiologiai szempontból ellenanyagokat (antitestek, illetőleg reaginok) képez. Bizonyíthatják tehát a góc jelenlétét, de semmi körülmények közt sem azt, hogy a bőrelváltozások e gócokkal feltétlenül összefüggésben vannak. Mikor *lupus vulgaris*-ban szenvedő betegnek tuberkulin-oltást adunk, igen gyakran látjuk, hogy helybeli gócreakciók támadnak bőrén, aminek következtében lupuszos göbei gyulladásba jönnek, kifekélyesedhetnek. Hasonló jelenségeket látunk gombakultúrákból nyert *mycin* adagolásakor is. Talán éppen a bőr az a terrénum, amelyen a baktériumokból, granulomákból nyert allergéneknek megfelelő adagolása útján helybeli gócreakciók legkönnyebben válthatók ki, melyekből a bőrelváltozásoknak a góccal való összefüggésére talán legjobban lehetne rámutatni.

Mikor az irodalmat áttekintjük, azt mondhatjuk, hogy rendszeres vizsgálat kevés történt. *Memmesheimer* 33 ekcémás és ugyanennyi más bőrbetegségben (*psoriasis, erythematodes, herpes zoster, acne vulgaris, rosacea, erythema nodosum* és *multiforme*) szenvedő betegen végzett röntgen-, bakteriológiai, állatkísérletes, szerológiai és allergiás vizsgálatokat. Röntgenvizsgálattal az ekcémás betegek 78.7%-ában, a kontrollcsoportnak 51.5%-ában talált foggyökérfertőzést. Bakteriológiai és szerológiai vizsgálatok, *Prausnitz-Küstner* és intrakután reakciók, amelyeket a foggranulomákból kitenyésztett *streptococcus*-okkal végzett, 14 eset közül csak 2 betegen adott pozitiv eredményt. *Kémeri* 24 esetből 9-ben (37.47%-ban) tudott dentális szepszist kimutatni, két esetben (8.32%-ban) *pharingitis*-t, két esetben (8.32%-ban) *sinusitis maxillaris*-t, illetőleg *appendicitis*-t.

Egyes szerzők szerint a dermatózisok és gócfertőzések közti összefüggést nagyobb valószínűséggel bizonyíthatnánk, ha úgy a primer, mint a szekunder gócok baktériumainak azonosságát kimutatnók, ha az ezekkel végzett szerologiai és allergiás reakciók pozitivok volnának, valamint a helyi, góc- és az általános reakciók minden esetben jelentkeznének. Azonban, mint rámutattunk, ezen vizsgálatok is legtöbbször csak legfeljebb a gócok jelenlétét bizonyítanák, *Dóczy* vizsgálatai szerint pedig *erythema nodusum*-os betegeken különböző nem specifikus fehérjehasadási termékek ojtása szintén többé-kevésbbé kifejezett gócreakciókat eredményezett, a vérkép pedig az allergiás-érbeli gyulladásokéhoz vált hasonlóvá. Ugyancsak ő *erythema nodosum*-os és *multiformé*-s betegek közül két nőbetegen szubkután adott ½ ccm *staphyloyatren*-re kifejezett gócreakciót látott és az egyik beteg alkarján 24 óra mulva újabb két féldiónyi nodosumos csomó keletkezett. De hasonló jelenségeket figyelhetett meg két-két betegen ½ ccm *streptoyatren*, illetőleg ½ ccm *typhusvaccina* szubkután alkalmazása után is. Vizsgálataiból kitűnik tehát, hogy még a gócreakciók sem tekinthetők sokszor fajlagosnak, vagyis perdöntőnek.

A *góchatás* kifejlődését *Berger* öt szakaszra osztja: 1. a góc kifejlődésére, 2. a gócban levő anyag képzésére, 3. a gócnak valamely ok folytán nyu-

galmi helyzetéből való kimozdulására, 4. a gócban levő anyag kiáramlására és végül 5. a megtámadott területre kifejtett hatására.

A hatóanyagok a szerzők szerint a baktériumok maguk (áttétel), vagy pedig a baktériumoknak toxinjai lennének. A hatás pedig vagy közvetlen (közvetlen bakteriális és toxikus hatás), mint azt elsősorban az *erythema multiforme*-ban, *nodosum*-ban vagy az *alopecia areata*-ban tételezhetjük fel, vagy közvetett, amikor a szervezet vagy egy részének túlérzékenysége folytán jönne létre.

Ma a gócfertőzés fogalmát a bőrgyógyászatban általában nem abban az értelemben használjuk, hogy a kórokozók közvetlenül (ámbár egyes esetekben, mint pl. *mykid*-ekben, *tuberculid*-ekben stb. feltételezhetjük) a fertőző gócból a véráramba jutva valódi hematogen áttételeket idéznek elő a bőrben, hanem oly módon, hogy a baktériumgócokban e baktériumok és az ottlevő sejtek fehérjéinek auto- és heterolitikus bomlása folytán hasadási termékek *(heterotopic digestion Roberts)* keletkeznek, amelyek kimozdulva, a vérpályán keresztül a szervezetbe, vagy pedig a bőrbe kerülve, elváltozásokat hoznak létre. A bőrtünetek kifejlődésének hatásmechanizmusára vonatkozólag fel kell vennünk, hogy egyes megbetegedésekben csak kifejezett toxikus (pl. *alopecia areata),* másokban allergiás hatás érvényesülne. A bőrbajoknál a gócokban általában *streptococcus viridans longus*-t és *haemolyticus*-t, *Memmesheimer* ezeken kívül *staphylocuccus*-okat és *enterococcus*-okat talált. Az újabb szerzők azonban hangsúlyozzák, hogy a góchatás kifejlődéséhez talán nem is szükséges élőlényeknek jelnléte, hanem a fogtasakokban pangó ételek idegen fehérjehasadási termékei a bőr túlérzékenységének kifejlődését szintén előidézhetik.

Sokat vitatott probléma, hogy *a foglalkozási betegségek,* elsősorban ekcémák kifejlődéséhez szükséges-e góc. *Wildes* szerint a professzionális ekcémák nagyrészében góc kimutatható. *Koch* ezt tagadja, mert 72 professzionális ekcéma közül csak 25-ben tudott gócot kimutatni, viszont 16 kontrol eset közül 15-ben. *Miescher* vizsgálatai szerint azonban nemcsak a kémiai, de fizikális ingereknek is jelentőségük lenne a gócok által diszponált betegek bőrjelenségeinek kifejlődésében — hiszen mint előbb említettük már — lábmikozisok esetében gombás áttételek nélkül mechanikus ingerekre (dörzsölés) a kezeken *dyshydrosiform* tünetek jelentkeztek.

Kémeri továbbmegy és a bárhol mutatkozó gombás megbetegedések kifejlődését szintén a szervezetben levő gócokkal magyarázza. Szerinte a szervezetben levő gócok állandóan károsítólag hatnak a szervezetre és ennek következtében telepednének meg a bőrfelületen a gombák. Hogy pedig bizonyos testrészen telepszenek meg, azt ő a góctoxinoknak a megtámadott testrészek trofikus idegeire kifejtett hatásaival hozza összefüggésbe.

Mint egy különálló fejezetre, a gócoknak egymásra való hatására kívánnánk még rámutatni. Egyesek, így *Kémeri* is feltételezi, hogy a gócok nemcsak külön-külön, de egymásra is hatást fejtenének ki, s ennek fontosságát elsősorban az *acne vulgaris* esetek egyrészében véli (tbc. és genyes góc).

A góc toxikus hatása gyakran talán nem is közvetlenül érvényesül, hanem valamely belsősecreciós mirigy károsodása folytán. Egy *Simmonds*-kórban szenvedő betegnél a toxinnak a *hypophysis*-re és ezáltal a hajra való toxikus hatását részben én is feltételezni tudtam.

A *bőrbetegségek* közül gócfertőzés szempontjából elsősorban a *tuberculid*-eket, *mykid*-eket, az *erythema multiforme*-t és *nodosum*-ot, *a purpurá*-t, az *alopecia areatá*-t,, az *erythematodes*-t, *dysidrosis*-t, *prurigo*-t és *acne vulgaris*-t kívánom megemlíteni. Természetesen az egyes szerzőknél ezeknek a száma változik. Így *Krzysztalowitz* és *Grzybowsky* szerint a *dermatitis her-*

petiformis is idetartoznék. *Rosenow* a *herpes zoster*-t szintén ideszámítja. Különösen az angol és amerikai kutatók, így *Jacquet, Buillard, Barden, Rousseau-Decelle, Pässler* és *Barber* foglalkoztak sokat a bőrbajoknak a gócokkal való összefüggésével. A mai felfogás szerint, amelyhez általában mi is csatlakozunk, ezen bőrbajok nagyrészét szindrómának kell tartani, vagyis olyan elváltozásoknak, amelyek bár hasonló klinikai tüneteket mutatnak, kóroktani szempontból különféle hatásokra, így góchatásokra is kifejlődhetnek.

A *tuberculid*-ek közül elsősorban a *folliculitis scrophulosorum*-ot, a *tuberculide papulonecrotique*-et és az *erythema indurativum Bazin*-t tudnánk idesorozni, amelyekben a góc tbc. baktérium, amelynek elsősorban valószínűleg toxinja időnkint a vérpályába jutva váltaná ki a jelenségeket.

A gombás elváltozások közül a *mykid*-eket, amelyek *lichenoid, papulopustulosus* alakon kívül sokszor a *nodosum*-os, vagy mint lábmikózisokban a *dysidrosis*-t utánozhatják és amelyek jórészében gombát az áttételekben kimutatni nem lehet. A mykid-eknek rendesen a gócra ható fizikális (például röntgenbesugárzás), vagy az áttétel helyére kifejtett mechanikus inger (pl. dörzsölés) a kiváltó oka. Ha a mykid-eket ilyen gócbetegségeknek vesszük fel, akkor a gócfertőzések tana tulajdonképpen kiszélesedik, minthogy míg a *trichophytia profundá*-ban fellépő *mykid*-kor a *holttérnek*, a mélyebben fekvő szövetekben lévő gócnak, létezését még felvehetjük, addig az epidermophytia interdigitalis-hoz csatlakozó *dysidrosis*-ban a góc már egész felületesen a bőrben, sőt azt mondhatjuk, a bőr felszínén van.

Erythema multiformé-ban a góc toxikus hatása a felületesebb, *nodosum*-ban a mélyebb erekre hatna és míg a gyermekgyógyászok megfigyelése szerint az első *nodosum*-os jelenségeket a tbc. toxinja, addig a felnőttek *nodosum*-át a mi megfigyeléseink és *Dóczynak* vázolt vizsgálatai szerint is elsősorban a *strepto-* és *staphylococcus*-ok toxinjai váltanák ki. *Alopecia areatá*-ban a toxinhatás közvetlenül a szőrtüszőkre érvényesül. E betegség szempontjából meg kívánom említeni, hogy a klinika egyik régi francia dolgozatának bizonysága szerint már 1849-ben francia szerző a fogak genyes elváltozásával hozta összefüggésbe. Nem helytálló azonban az a felfogás, hogy különböző fogak megbetegedéseinek a hajas fejbőr bizonyos kopasz területei felelnének meg. *Erythematodes* szempontjából nehéz a probléma. Talán ez az a betegség, amelyikben a *dysidrosis*-on kívül szintén leginkább gócra hivatkoznak, de egyesek inkább tbc-és toxinnal, mások genykeltő baktériumok toxinjaival hozzák összefüggésbe.

Úgy ezen betegség, mint különösen a *dysidrosis* góceredetére a hazai szerzők közül különösen *Kémeri* mutatott rá. A *dysidrosis* kétségtelenül *syndroma*. A helybelileg megtelepedett gombák, távolabbi gombás gócok toxinjai, gócfertőzések toxinjai, külső chemiai anyagok is kiválthatják. Igaz ugyan, hogy egyes szerzők, így *Kémeri* minden *dysidrosis*-t gócoknak, ha nem is közvetlen, de közvetett hatásával (diszponáló) magyaráz.

Egyes szerzők a *prurigo*-t sőt az *urticaria*-t is részben idesorozzák. Míg a *purpura* a gócfertőzésnek az *oralis sepsis*-be való átmenetét bizonyítaná.

Az *acne vulgaris*-ban különösen *Kémeri* tételezi fel a gócok fontosságát. 52 beteg közül 22-nél a gócok kiirtása után az *acne* gyógyulását látta. Ezen betegségben egyrészt a tbc-nek, mint gócnak a fontosságát, másrészt úgy a tbc-s, mint genyes gócoknak a belsősekreciós mirigyekre kifejtett hatását is hangsúlyozza. Már *Beck Soma*, majd *Szántó* 20.000 gümős beteget átvizsgálva kiemelték, hogy tbc-s egyéneken *acne vulgaris* gyakran fordul elő, amit *Szántó* ugyanúgy, mint számos más szerző a tbc-s toxinnak inkább az endokrin mirigyekre kifejtett hatásával magyaráz. *Tenk* és *Amirás* 55 való-

gatás nélkül vizsgálatnak alávetett aknés beteg közül aktiv gümős folyamatot egyikben sem tudott kimutatni. 9 esetben volt csak kifejezett hilusrajzolat, 20 esetben pedig kifejezett hilusrajzolat mellett néhány meszes gócárnyék. Az intrakután *Roux-Mantoux* reakció 50.000 és 100.000-es higitású *alttuberculin*-nal 48 órával a befecskendezés után 45 esetben pozitiv eredményt adott, viszont 20 kontrol eset közül 8-ban. Az *alttuberculin*-nal végzett intrakután allergiás bőrpróba tehát aknés egyéneken ugyan nagyobb számban mutatott pozitivitást, mint nem aknésokon, viszont nehéz eldönteni, hogy e reakciók valódi tuberkulinérzékenységnek felelnek-e meg, vagy inkább allergiás jellegűek. Igy aknének közvetlen összefüggését a tbc-vel, mint góccal, nem tudták megerősíteni.

Mikor az elmondottak után mérleget kell felállítani és *kritikát* kell mondani arról, hogy bőrgyógyászati szempontból a gócoknak, különösen a dentális gócoknak van-e fontosságuk és hogyan van, milyen nagy az, akkor legyen szabad elsősorban saját klinikai megfigyeléseinkre hivatkozni.

A vázoltakból kitűnik, hogy nehéz bizonyítani a gócoknak távolabbi szervekre, így a bőrre kifejtett patologiás hatását. A szervezetben, a mi esetünkben a bőrön fellépő jelenségeknek közvetlenül a góccal való összefüggését kétséget kizárólag megerősíteni nem tudtuk. Hátra lenne, hogy a gócok eltávolítása után gyógyult esetekből vonjunk le következtetést. Úgy a gócfertőzés tanának védelmezői, mint annak ellenzői igen sok esetet tudnak felmutatni, amelyek a *góc kiirtása* után a betegség gyógyulását, illetőleg további fennállását bizonyítanák. Azonban még a gyógyult esetek sem mindig bizonyítékai a góc fajlagosságának, minthogy a műtéti hatás megítélésében számolni kell *Szép* szerint a műtéti beavatkozásnak nem fajlagos, áthangoló, sőt autohemoterápiás hatásával is.

A gócok összefüggését a betegségekkel talán a *statisztikai adatok* is némileg bizonyítanák. *Neuber* 1933—34-ben 948 debreceni elsőosztályos elemi iskolás tanulót átvizsgálva 859, tehát 90.62%-ban talált szuvas fogakat és csak 9.38%-ban ép fogazatot. E 948 gyermek közül 40 szenvedett ekcémában, illetőleg piodermában, viszont megfigyelése szerint mind a 40-nek fogai szuvasak voltak. 265 debreceni elsőéves egyetemi hallgató közül csupán 23-nak (8.6%),64 felsőéves hallgató közül pedig csak 9-nek (14.06%) volt ép fogazata. 29 fokális infekció által feltételezett bőrbetegségben szenvedő felsőéves hallgató közül csak 2 hallgatónak, 8 azonos betegségben szenvedő felsőéves hallgató közül pedig csak 1 hallgatónak volt ép fogazata, a többiek mindegyikénél beteg fogakat talált. Láthatjuk tehát ezekből az adatokból (igaz, hogy azok egyrésze tejfogakra vonatkozik, amelyek patológiás hatása valószínűleg kisebb), hogy a gócok által feltételezett kórformák csaknem mindegyikében a fogak elváltozása kimutatható volt.

Meg kívánjuk említeni még, hogy a fenti bőrbetegségek egyrésze sokszor minden beavatkozás nélkül, magától is visszafejlődik és rövidebb-hosszabb időn keresztül tünetmentes marad. Ha tehát a góc eltávolítása után a baj gyógyul, az a végső következtetés levonása szempontjából még nem elégséges, hanem szükséges, hogy az egyén hosszú időn keresztül teljesen tünetmentes maradjon. Viszont a góckiirtás után kiújuló jelenségek sem bizonyítják feltétlenül a góc kiirtásának eredménytelen voltát, hiszen a szervezetben még más gócok is fennmaradhatnak és ezért van, hogy egyesek, mint *Kémeri*, különösen, ha góckiirtás után fellobbanást észlel, újabb gócok után kutat és a talált újabb gócok eltávolítását ajánlja. Viszont a tan ellenzői éppen ezen eljárástól idegenkednek a legjobban, minthogy nem tartják közömbösnek, hogy a szervezetet újabb és újabb műtéti traumának tegyék ki. Mindezekből látható, hogy a gócok kiirtása után gyógyult, illetőleg gyógyu-

latlan esetek a kérdést szintén nem döntik még el, s talán mégis a klinikusnak pontos észlelése elsősorban döntő.

Mi a fent vázolt betegségekben szenvedő egyéneknek mindig az *egész szervezetét* nézzük. Tudjuk, hogy a szervezet egy és oszthatatlan, hogy mindegyik szerv az egésznek része és bárhol fellépő patologiás elváltozások úgy az egész szervezetre, mint távoli szervekre káros hatásokat fejthetnek ki, s így a gócoknak is patologiás hatásuk az egész szervezet szempontjából kétségtelen. Amint arra egyes szerzők határozottan rámutatnak, nem indifferens, hogy a szervezetben állandóan mérgező hatást kifejtő góc álljon fenn, amely akár mint közvetlen betegséget okozó, akár mint diszponáló tényező válthatja ki lappangva, vagy tüneteket okozva mérgező hatását. A fent vázolt betegségben szenvedőket gócok szempontjából is mindig a kezelések megkezdése előtt elsősorban gégész és fogorvos szaktársakkal átvizsgáltatjuk, s amennyiben olyan gócos elváltozásokat találnak, amelyek az ő véleményük szerint az egész szervezetre káros hatással lehetnek, a betegnek azok eltávolítását ajánljuk. A bőrbetegségek szempontjából a talált gócok kiirtásának szükségességét a gócok és a betegség állapota szerint mérlegeljük. Ha foggyökerek vannak, természetesen azok eltávolításától nem idegenkedünk. Ha oly fogakról van szó, amelyek hidakat tartanak, akkor időlegesen eltávolításuktól elállunk. Természetesen a folyton visszatérő szeptikus *erythema multiformé*-ban, *nodosum*-ban és elsősorban az *alopecia areatá*-ban, amelyek a betegekre kellemetlenek, amennyire lehetséges, a gócokat azonnal eltávolíttatjuk.

Újból kiemeljük, hogy mindig előbb fogorvos, gégész, stb. szaktársainkkal beszéljük meg az esetet és nem tudjuk eléggé hangsúlyozni a gócfertőzések kérdésében, mint az orvostudomány számos határkérdésében is az egyes szakok kooperációjának fontosságát.

Dr. L. Vámos: **Dental focal infection in dermatology**

Between oral sepsis and focal infection purpura is a transition, where sometimes we see a quick and septical development, sometimes a slower one. The best known dermatological focal infections are the tuberculids and mycids. In the latter we commonly find the focus in the skin. Probably (dental) focal infection plays part in the *erythema multiforme, erythema nodosum, prurigo, dyshydrosis, alopecia areata, lupus erythematodes* and *akne vulgaris*. In all these diseases not the microorganisms themselves are responsible for the symptoms, but either their toxins, or the products of their protein-metabolism (eventually by influencing the endocrin-glands). Sometimes we can suppose that the putrescent food-rests in dental cavities effect like foci. But the focal origin is hardly to prove in skin-diseases. The cutireaction, the complementfixation, the rise of the sedimentation rate, the changes in the bloodcount prove only the presence of the focus. But neither the positivity of the general nor of the focal reactions unconditionally prove the focal origin of a skin-disease because also some nonspecific agents can induce a reaction (e. g. in erythema nodosum). The healing after removal of the alleged focus may be caused by a non-specific, or autohaemotherapeutic effect of the operation. Big statistics show that the over-mentioned skin diseases may exist without the presence of a focus, but also foci can exist without inducing any disease. To form a judgement in cases of focal infection there is needed the close cooperation of many specialists to indicate when to remove an alleged focus.

Budapest. Bőrklinika, Mária-utca 43.

A fogorvosi asszisztensnőképzés

Közli: Dr. SZTRILICH PÁL
egyetemi tanársegéd.

Számos kiváló kartárs és intézmény foglalkozott a múltban fogorvosi asszisztensnők kiképzésével. Az oktatásnak kereteit és tartalmát az oktató vagy intézet igénye szabta meg. Lényeges haladás volt e téren, mikor 1929-ben megjelent dr. Bányai Sándor: *Útmutatás a fogorvosnak való segédkezésben* c. könyvecskéje, mely közvetlen stílusban, de ábrák nélkül igyekezett a legszükségesebb tudnivalókat ismertetni. Jelentős tevékenységet fejtett ki *dr. Bihari Jenő*, a Magyar Fogorvosok Lapja néhai szerkesztője, ki rendelőjében állandóan foglalkozott asszisztensnők képzésével s a kartársaknak készségesen bocsájtotta azokat rendelkezésre.

Az asszisztensnőképzésnek ez a módszere azt az alapvető hibát rejtette magában, hogy a fogorvos sajátmagának, az intézmény pedig néha még partikulárisabb céljának érdekében, csupán egyes osztályának különleges igényeit kielégítő asszisztensnőket képzett. Ha beosztásváltozásra volt szükség, a fogorvos is és az asszisztensnő is rosszul járt. Az orvos nem tudta, hogy az új kisasszony mit tud, az asszisztensnő pedig nem volt tisztában, hogy mit és hogyan kíván az új főnöke.

Az elfoglalt praktizáló fogorvos nehezen tud megfelelő asszisztensnőt képezni A beteggel való törődés, a gyorsütemű munka megakadályozza, hogy a kellően alapos oktatást elvégezze, melynek eredményeképen ő is időt és energiát takarítana meg. Hiányzik az a pillanatnyi többletidő, amely ehhez szükséges volna. „Majd máskor, majd legközelebb" — mondja magában, mint a helytelen fogorvosi vattázásoknál. Az idő elszalad és az asszisztensnő csak igen lassan, inkább hibázásaiból tanulja meg, mit és hogyan kell végeznie. Ennek eredménye aztán az, hogy a helyét változtató asszisztensnő egészen megzavarodik. Az egyik orvosnál így látta, a másiknál ugyanazt másképpen kell csinálnia. A végén már semmiről sem tudja, mit hogyan csináljon.

A gyógyszertárakban előírás szabályozza, hogy minden gyógyszertárban milyen polcon, milyen rekeszben, milyen sorrendben melyik gyógyszer áll. Ennek eredménye, hogy az új gyógyszertárban jelentkező gyógyszerész munkahelyén csaknem azonnal teljes értékű munkára képes. Ha nem így lenne, hosszú ideig elkísérné annak veszélye, hogy megszokott mozdulatai következtében elcserél valamilyen gyógyszert és ezzel emberhalált okoz. De ettől eltekintve, mennyi felesleges idő- és energiaveszteség térül meg a gyógyszertáraknak ezzel a bölcs szabványosításával.

Tisztában vagyunk, hogy a gyógyszertárakhoz hasonló normalizálás fogorvosi rendelőkben nem alkalmazható, azonban bizonyos tapasztalatokat levonhatunk belőle.

Így az első lépés a fogorvosi asszisztensnőképzés normáinak megállapítása, melynek eredményeképen minden kolléga tisztában van, hogy mit és hogyan tud az asszisztensnő. Így azután minden kollégának módja van aránylag könnyen a saját metódusait, munkameneteit, ha szükséges, pótlólag megtanítani. A Budapesti Stomatológiai Klinikán, professzorom, *dr. Balogh Károly* megbízása alapján évek óta foglalkozom az asszisztensnők kiképzésével és a kiképzés korszerűsítésével.

Első munkánk a tananyag összeállítása volt. A klinikai és saját rendelőmben szerzett tapasztalataimat kiegészítettem számos kiválóan dolgozó kolléga tanulságaival, összevetettük az irodalomban található adatokkal.

A rendszeres kiképzési anyag összeállításához jó alkalmat adott, hogy az Egészségügyi Alkalmazottak Szakszervezete és a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának felkérésére klinikánk 1945-ben megrendezte az asszisztensnői pályán már működők háromhónapos továbbképző tanfolyamát.

Ezen a továbbképző tanfolyamon az asszisztensnői pályán már több éve működő 33 asszisztensnő gyűlt össze, kik átlagosan 3.5 éve működtek pályájukon A résztvevők kikérdezéséből, fogorvosaik üzeneteiből, a tanfolyam közben feladot

névtelen, gyors kérdés-feleletekből (közvéleménykutatás) kibontakozott előttünk a pályán már működő asszisztensnők tudásának képe. Így azután könnyű volt a programmot úgy alakítani, hogy a résztvevők tudásának hiányait pótoljuk s azt harmonikussá tegyük. Érdekesnek tartom megemlíteni, hogy a *Black*-eszközök ellesítését csupán 12% tudta, 88% nem, a kofferdam-készletet csupán 27% ismerte 73% azt sem tudta, mi fán terem.

A tanfolyamon felvett adatokból a fogorvosi asszisztensnők foglalkozási ártalmai és balesetei ijesztő mértékben bontakoztak ki. Így 44%-nak volt lábpanasza és csak 56%-nak nem, a magas cipőt hordók közül 36%-ban, a félcipőt hordók közül 64%-ban. Részben magyarázza ezt a nagy százalékot, hogy ezek az asszisztensnők átlagosan naponta 6—7 órát dolgoztak, szinte kizárólag állva. Működésük alatt villanyáram-ütést szenvedett 24%.

A szerzett tapasztalatok alapján igyekeztünk a kiképzési programmot a tényleges igényekhez alakítani. A vizsgán, melyen a húzott tételeken kívül *Balogh* professzor, a klinika igazgatója és *Simon* professzor, a Fogorvosi Szakcsoport elnöke minden résztvevőhöz még külön kérdéseket is intézett, jó eredménnyel zárult.

Az asszisztensnői kiképzési anyag nagy vonásokban a következő volt:

1. Általános ápolónői és asszisztensnői tudnivalók.
2. A fogorvosi rendelő gépeinek, eszközeinek és anyagainak ismerete.
3. A fogorvosi rendelő gépeinek, eszközeinek és anyagainak karbantartása, tisztítása, gondozása és sterilizálása.
4. Segédkezés sebészi beavatkozáskor.
5. Segédkezés konzerváló műveleteknél.
6. Segédkezés technikai (fogpótlás) munkáknál.
7. Laboratóriumi munkák.
8. Irodai munkák.
9. Vegyes tudnivalók.

Klinikánkon évente mintegy 40 asszisztensnőt képzünk ki. Ezeknek kis része marad a klinikán, mint utánpótlás, a túlnyomó többség más egészségügyi intézményeknél és magánrendelőkben dolgozó fogorvosoknál helyezkedik el. Oktatási idejük 6 hónap, mely idő alatt a fenti anyag ismertetésére mintegy 60 előadást és bemutatást tartunk. A részvétel díjmentes, a felvevőket általános intelligencia és alkalmassági vizsgán osztályozzuk, s csak a legmegfelelőbbeket vesszük fel. Az első három hónap sok rongálását és törését, ami egy új asszisztensnő kiképzésével együtt jár, némileg kárpótolja a második három hónapban végzett munka. A Fogászati Klinika, mint tanító intézet, asszisztensnők kiképzésével is szolgálja a ma fogorvosának korszerű célkitűzéseit. *„Jól képzett segítőszemély, asszisztensnő nélkül rendszeres fogorvosi munkát végezni ma már lehetetlen... Az észszerű munkamegosztás és az asszisztensnővel való dolgozás a legsajátosabb magánérdeke a fogorvosnak, amivel nemcsak orvosi tevékenységét könnyíti meg, hanem munkaképességét és jövedelemét is fokozza“* — írja *Balogh Károly* professzor.

A fogorvosi társadalom érzi a kor kívánalmait, ezt mutatja az a tény, hogy a legutóbb befejezett tanfolyamhallgatók 80%-a még a kiképzési idő alatt álláshoz jutott.

Az asszisztensnők kiképzésénél nyert tapasztalatainkat használtuk fel a klinika kiadványaként megjelenő *Modern fogorvosi rendelő*, felszerelés, gondozás, segédkezés c. műnél, olyan értelemben, hogy annak ismeretanyagába minden olyan tudnivalót felvettünk, mely a fogorvosi asszisztensnő speciális tudására vonatkozik.

Két új kiképző tanfolyamunkat már teljesen az újonnan megjelent könyv alapján rendezzük s így nemcsak azt reméljük, hogy a tanfolyamot végzett asszisztensnők harmonikus és hézagmentes tudással állhatnak be munkahelyükre, hanem mód kínálkozik arra is, hogy a fogorvos az esetleges eltérő munkamódszereire könnyűszerrel felhívhassa munkatársa figyelmét.

Budapest. Stomatologiai klinika, Mária-utca 52.

KÜLFÖLDI CIKK

WALTER HESS:

A gyökérkezelés hatása a periapikális szövetekre

(Schweiz. M. f. Zahnheilkunde, 1947. febr.)

Gócokból, különlegesen fogeredetü gócokból létrejövő másodlagos megbetegedések lehetősége, ma már kétségtelen, ámbár a finomabb részleteket egyenlőre még nem ismerjük. Azt látjuk, hogy Amerikában is, ahol ez a szemlélet elterjedt, mindinkább konzervatív magatartás alakul ki ebben a kérdésben. *Reimann* és *Havens, Cecil* és többen mások, rámutatnak arra, hogy az Amerikában szokásos, radikális fogeltávolítás, csak szórványosan, vagy egyáltalán nem vezetett terápiás eredményekhez és hogy fertőzött fogakból kiinduló más megbetegedések összefüggéseiről, mint BIZONYÍTOTT TÉNYRŐL egyenlőre nem beszélhetünk.

Az újabb bakteriológiai kutatások kideritették, hogy számos korábbi eredmény pontos ellenőrzése vált szükségessé. *Rosenow* megállapítja, hogy fogbélfosztott fogak gyökérszövete, a vizsgált esetek 80%-ban fertőzött volt. Ugyanakkor röntgenképen gócmentes, élő fogakból vett leoltások is, az esetek 50%-ban pozitív eredményt adtak. Ezt *Rosenow* társfertőzés hatásának tekinti.

Rhoades és *Dick* vizsgálatai során, röntgenfelvételen gócmentesnek látszó fogak, úgy élő pulpával, mint pulpa eltávolítása után pozitív kulturákat eredményeztek. *Burket,* hullaanyagon végezte kontrollvizsgálatait, melyek szerint a periapikális szövetek, pulpa eltávolítás után 72%-ban, élő pulpájú fogakban 43%-ban eredményeztek pozitív bakteriológiai leletet. Egyelőre még vita tárgya, hogy vitális fogak baktérium tartalma az extrakció után bekövetkező bakteriémiából származik-e, amint azt *Fisch* és *Ellioth, Burket* és *Burns, Northrop* és *Crowley* stb. bizonyítják, avagy a baktériumok fertőzött inytasakokból jutnak az extrahált fogakba, aspiráció útján.

Bakteriológusok és klinikusok véleménye megegyezik abban, hogy vizsgálati anyag vétele leoltásra a gyökércsúcsról, kívülről fogínyen és alveoluson át, „troicar"-ral, vagy Corriell-trepán-nal történjék. Azonban ez a módszer, melyet a szerző is alkalmazott, nem egészen kifogástalan, mert úgy pulpa nélküli mint vitális fogakon egyaránt pozitív eredményeket kapott.

A gyökércsúcs rezekció módszere is szóbajöhet, amikor a gyökércsúcsról vehetünk leoltási anyagot, de még ez az eljárás is, csak a leggondosabb technika mellett jöhet tekintetbe, mert a rezectió folyamán bekövetkező fertőzés az eredményeket kétessé teheti.

Spreng érdeme, hogy könyvében „Die Prothese und die lebenden Gewebe" rámutatott a granulómaképződés allergiás lehetőségére.

Az a követelmény, még ma is érvényes, hogy a gyökérkezelés ne csak kilinikailag adjon jó eredményeket, hanem röntgenológiai, kórszövettani és bakteriológiai vizsgálatnak is helytálló, ép, periapikális szöveteket kell eredményeznie, még évek múlva is. Noha sikerült a kezelt esetek túlnyomó részében ezt a követelményt elérni, a mai különböző gyökérkezelési módok egyikével sincs ideális megoldás kezünkben. Hogy ezt az ideális megoldást elérhessük, ki kell kapcsolnunk mindazokat a körülményeket, amelyek a periapikális szövetek ártalmához vezetnek. Mai tudásunk szerint, e faktorok közül, legnagyobb jelentőséget tulajdonítunk a fertőzés faktorának, mely gyökérkezelési eljárásainkban utólagos periapikális reakciót eredményez. Másodsorban, minden valószínűség szerint, mechanikai, vegyi, és toxikus természetü ártalmak is szerepelnek. Végül az allergiás szöveti reakciókat is figyelembe kell vennünk.

Ezek az allergiás folyamatok, kezelt fogaknál, *nem fertőzött* góc keletkezéséhez kell vezessenek, mert fel szabad tételeznünk, hogy aszeptikus munkánál, amikor a pulpa is egészséges, steril gyökércsatornákkal van dolgunk. Ha ennek dacára, az esetek bizonyos százalékában röntgenfelvétellel periapikális gócot állapíthatunk meg, úgy azt kell higyjük, hogy ilyenkor *allergiás* reakciók vezettek a steril periapikális szövetelváltozás képződéséhez. Ez a feltevés, melyet további beható kutatásnak kell tisztáznia, lehetőséget ad az eddigi bakeriológiai eredmények magyarázatára. Ugyanis éppen azok a megállapítások, melyek a gyökérgranulóma sterilitását bizonyítják, szólnak a steril granulómaképződés lehetősége mellett.

A gyökércsatorna kezelése és tömése közben, az aszeptikus és antiszeptikus eljárások következtében, *vegyi* faktorok hatnak a periapexre és csak az aszeptikus gyökértömés módszerével kíséreljük meg, hogy a periapikális szövetre, vagy pulpamaradványra ne hassunk izgatóan. Ugyanekkor, baktérium számára át nem járható szigetelés szükséges a gyökcsatornában, egészen a gyökércsúcsig, hogy ezáltal *holt terek* képződését elkerüljük. Ez a törekvés gyakran a gyökércsatorna túltöméséhez vezet. Hogy ezek a fel nem szívódó anyagok, mint pl. paraffin, gyanta, guttapercha, dentinpor-cement csúcsok, cinkoxid, stb. milyen fokban hatnak ártalmasan a periapikális szövetre, (idült gyulladás és szövetlebontás léphet fel, illetőleg kötőszövetes eltokolódás), az még nincsen végleg tisztázva.

Fenti elgondolások arra késztetnek számos gyakorlót, hogy előnyben részesítsék az antiszeptikus, felszívódó gyökértömést a fentemlített tömör, idegen hatást kifejtő, aszeptikus tömőanyagokkal szemben. Továbbá azt vélik, hogy a mindennapi praxisban biztos *aszepszis* csak kivételes esetekben érhető el és az antiszeptikus gyökértömés a praktikus követelményeknek azért is jobban megfelel, mert kiküszöböli a kezelés közben esetleg bekövetkezett gyökércsatornafertőzést.

Ugy az aszeptikus, mint antiszeptikus gyökérkezelésnél a periapexre ható ismert ártalmakon kívül, még e szövet allergiájás reakciójával is számolnunk kell, mely a regeneratív és reperatív folyamatok gátlását és következményes granulómaképződés lehetőségét vonhatja maga után.

E lehetőségek miatt egyes szerzők, közöttük elsőnek 1926-ban *Csernyei*, azt a javaslatot tették, hogy aszeptikus ill. antiszeptikus kezelés helyett, a gyökércsatorna, pulpa eltávolítás után üresen hagyandó, és felső koronai bemenetnél, baktérium számára át nem járható tömör anyaggal elzárandó. *Csernyei* abból az elgondolásból indul ki, hogy az aszeptikusan kezelt gyökércsatorna, ily módon továbbra is steril marad és igy a periapikális szövet a lebontásos és reperatív funkcióit zavartalanul teljesítheti. Kísérletes vizsgálatok alapján, melyeket kutyán és emberen végzett és későbbi szövettani ellenőrzés során

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

megállapította, hogy az ilymódon kezelt fogak gyökércsatornájába, utólag belenő a periodontálisszövet és a hátramaradó pulpa részleteket és véralvadékokat lebontva, teljes reparáció áll be. *Csernyei* igy kezelt esetei klinikailag teljesen reakciómentesek maradtak és az utólagos szövettani kontroll ép periapikális szöveti viszonyokról tanuskodott.

Csernyei megállapításai után 1935-ben *Hess* és *Gall* végeztek hasonló irányú kísérleteket. Az ezekről szóló közlemény 1936-ban a Schweiz, Monatschrift für Zahnheilkunde 3. számában jelent meg. *Hess* az akkori kísérleti eredményeket jelen helyen az allergiás granulómaképződés figyelembevételével újra tárgyalja. *(Kutyakísérletek.)*

Aszeptikus körülmények között történt pulpa eltávolítás után a gyökércsatornát üresen hagyta és azt felső nyílásánál, baktérium számára át nem járható tömör anyaggal elzárta. Az ily módon gyökérkezelt fogakat, öt hónappal később vizsgálva, megállapíthatta, hogy:

1. az esetek 70%-ban a periodontium és a periapikális csontvelő teljesen normális, változatlan viszonyokat mutatott,
2. a többi esetben enyhe periodontális gyulladásos reakció volt észlelhető,
3. a gyökércsatornába bevándorolt periodontális szövet, a maradék pulparészleteket lebontotta, és a gyökércsatornában a belső cementképződés folyamata megindult.

Ha ezeket a periapikális reakciókat összehasonlítjuk egymással, azt látjuk, hogy a vizsgált esetek tulnyomó részében, — az antiszeptikus vegyi és baktériális ingerek elmaradása folytán, — a periapikális szövetártalom ily módon kiküszöböltetett és teljes reparációhoz vezetett. Kézenfekvőnek tünik, hogy a periapikális szövetártalom elhárítása, az antiszeptikus, illetve aszeptikus gyökérkezelésnél gyakran fellépő és a periapikális szövetre gyakorolt antigén hatás kitartásával is megmagyarázható.

Ha a gyökércsatorna, a beavatkozás folyamán fertőződik, úgy beáll megfelelő lebontás a kötőszövetben és az azt körülvevő csontszövetben, sőt következményes granulómaképződés lép fel. Ezekről a folyamatokról és a gyökér körüli szövetelváltozás jelentőségéről, elsősorban a szervezet egészének szempontjából, még nem nyilatkozhatik végérvényesen. Mégis, az uj feladatok egész sora vár még további experimentális megoldásra, ha a granulómagenezist, az allergiatan figyelembevételével, további tudományos vizsgálatnak vetjük alá.

A mai fogászat feladatai, minden bizonnyal profilaktikus természetüek, és a pulpa és gyökérkezelés speciális terén is főcélunkat abban a törekvésben kell lássuk, mellyel az egészséges pulpa és gyökérhártya épen tartását elérhetjük. Az egészséges pulpa a legjobb gyökértömés. Ha a pulpát, megfelelő gyökértömési terápiával, indirekt, illetőleg direkt pulpasapkázással, vagy vitális — amputációval, — egészséges állapotban megőrizhetjük, a konzerváló fogászat egyik legfontosabb feladatát, teljes sikerrel megoldottuk. Az összes többi esetben, midőn ezt a fontos szervet, bármely okból el kell távolítani, a gyökérkezelési problémák egész sora lép előtérbe, melynek megoldása, úgy a tudományos kutatást, mint a gyakorló orvost, igen nagy feladatok elé állítja, ha hű akar maradni mindennémű gyógyítás alapelvéhez: „nihil nocere".

Ezek a meggondolások, egyben rámutatnak arra is, hogy a legnagyobb figyelmet szenteljük iskolás korban, a kötelező fogászati kezelésnek. Egészséges fogak megőrzéséről korai kezelés által kell gondoskodnunk, mig a gyermek eljut abba a korba, hogy saját maga is kellőképpen fel tudja fogni egészséges fogsorának jelentőségét és értékét. Ez a törekvés vezet azután, legszélesebb néprétegekben, az egyszerűsített konzervatív kezeléshez, és az egészség megóvásához.

Dr. Kovácsy Ernő

KÖNYVISMERTETÉS

Gyakorlati eredmények a stomatologiában. Árkövy emlékkönyv. A budapesti stomatologiai klinika kiadványa. IV. kötet, 1947. 260 oldal.

A második világháború után *Balogh professzor* hihetetlen energiával fogott hozzá, hogy klinikájának szörnyű sebeit meggyógyítsa és a már hosszú idő óta tespedésre kárhoztatott tudományos munkát megindítsa. Ennek köszönhető, hogy mikor sok más intézet még alig ocsúdott fel kábulatából, a stomatologiai klinika talán elsőként indult el az újjáépítés útján. Igy történt, hogy két év alatt három gyüjteményes- és két monografia jellegű kötet jelzi a kiváló professzor és munkatársainak szorgalmas munkáját. A *Máthé* és *Salamon* emlékének szentelt kötetek után ez *Árkövy* szellemének hódol, halálának 25 éves évfordulója alkalmából.

Balogh prof. bevezető sorai kegyelettel emlékeznek meg a klinika megalapítójáról és utána *Morelli prof.* fejti ki *Árkövy* rendkívüli szerepét a stomatologia tudományának kifejlődésében. Ugyanezt bizonyítja az a sok szép dolgozat, amelyből a stomatologia orvosi lényege domborodik ki ékesszólóan, úgy, hogy a nagy Mester emlékét nem is lehetett volna szebben megünnepelni. A könyv címének megfelelőleg egy hatalmas rész a gyakorlati eredményeket tárgyalja, a mindennapi gyakorlatban azonnal értékesíthető és így nélkülözhetetlen ismeretek terén; a mástk rész a stomatologia tudományának gyönyörű fejlődéséről tesz tanúságot, midőn a háború folyamán elmaradt szaktudásunk hézagait tölti ki, a külföldi kutatók nagy eredményeinek közlésével. *Balogh prof.* „Időszerű gondolatok és gyakorlati tanácsok" alatt 45 pontban gyüjtötte össze Mene-Tekel fontosságú és nélkülözhetetlen felhívását, amelynek minden szava aranyértékű a mindennapi gyakorlatban. *Kollár dr.* dolgozata a rövidhullám-kezelésről szól. *Schranz dr.* közleménye az ipari munka fog- és szájártalmairól és *Sztrilich dr.* írása a fogorvosi munka racionális felhasználásáról. Aktuális két dolgozat *Frankl egyet. magántanáré* és *Kovács dr.*-é a penicillin alkalmazásáról a stomatologiában. Eredményeiről számol be *Skaloud dr.* az állcsontok és szájpadlás szövethiányainak pótlása terén. *Adler* egyet. magántanár és *Gál dr.* a gyökértömés után keletkező fájdalmak Röntgenbesugárzásáról közölnek jó eredményeket. *Halász dr.* a szilikátkérdés területén ad igen hasznos útbaigazításokat. *Papp dr.* a tünetmentes gangrénás fogak kezelését és *Földvári dr.* két dolgozatban a fém- és műzománckombinációk és a vázprotézisek alkalmazását ismerteti. *Kemény dr.* a teljes felső protézisek készítése terén igen hasznos ujításokat hoz javaslatba. „Hibaforrások fogpótlások készítése közben" cimü közleményükben *Molnár egyet. magántanár* és *Földvári dr.* nagyszerű megfigyeléseiket és javaslataikat közlik. *Skaloud dr.* ideiglenes fogpótlásokról mutat be érdekes lehetőségeket és szinte boszorkányos rögtönzéseket. *Szemere* fogtechnikus mester fémhidak forrasztásáról a szájban cimen számol be egy majdnem hihetetlen ujdonságról, amely azonban élő valóság. A 3. számú esetben magam is meggyőződtem e bámulatos lehetőségről és az igazság kedvéért még hozzá kell tennem, hogy a 96 éves betegem megforrasztott körhídját majdnem 100 éves korában bekövetkezett haláláig hiba nélkül használta. *Sugár dr.* a paradentózis sínkezelését ismerteti és különösen a kivehető síneket ajánlja. *Nagy dr.* a felnőttek fogszabályozási lehetőségeit tárgyalja. *Bugyi dr.* és *Papp dr.* a stomatologiai gyakorlatban használatos gyógyszereket sorolják fel. *Pesthy dr.* az egyén és a fogazat harmoniája című munkájá egész új perspektivát nyujt ez eddig csak szórványosan érintett és igen érdekes ismeretekről. *Bach egyet. magántanár* a belső elválasztású mirigyek stomatologiai vonatkozásait foglalja össze. *Gáspár egyet. magántanár* az alkat- és örökléstani kutatások fogászati vonatkozásairól közli érdekes megállapításait. *Szabó Endre dr.* az odontogen fájdalmak morfológiájáról értekezik és a fog idegélettanának sok homályos kérdését igyekszik megvilágítani. *Detre dr.* dolgozata az arcműtétek után keletkező fogkárosodásokról és azok kiküszöbölé-

séről írja meg az eddigi irodalmi adatok álláspontját, mintegy kiegészítve az előbbi dolgozatot. *Bugyi dr.* a nyál élet- és kórtani jelentőségét ismerteti és e mélyenszántó dolgozat talán a stomatologia eddig legelhanyagoltabb területére vezet bennünket. *Tarnai dr.* a nyálmirigyek megbetegedéseiről írt dolgozata mintegy kiegészítése az előbbieknek. *Hattyasy egyet. magántanár* „A fogszú kóroktanának mai állása" című dolgozata először közli a magyar szakirodalomban a külföldi kutatás sikereit e téren és reményt nyujt egy eredménnyel járó gyógykezelésre az eddig legyőzhetetlen népbetegség ellen. *Major* dr. Amerikában elhunyt kedves kartársunk sorai nagyszerűen egészítik ki az előbbit. *Székely dr.* az öntött betétek előnyét állapítja meg a plasztikus tömésekkel szemben és ezt nemcsak nagy irodalmi alapon, de saját bő tapasztalataira építve is bizonyítja. *Molnár egyet. magántanár* „A speciális foganatomia gyakorlati jelentősége a fogászatban" c. dolgozata nemcsak a gyakorlatban, de a tudományos fejlődés szempontjából is mérföldjelző a stomatologiában és külföldön is csak elismerést fog aratni. *Adler egyet. magántanár* és *Jakabfi dr.* a lúgmérgezések kései következményei a szájüregben címen írják meg azokat az összefüggéseket, amelyekre eddig nem igen figyeltek és új megállapításaik a stomatologiának orvosi jelentőségét támasztják alá. *Kenedi egyet. magántanár* a fogászattal kapcsolatos bőrallergiáról értekezik és még a beavatottak is sok újat tanulhatnak tőle. Ugyanez áll *Szodoray egyet. magántanár* érdekes közleményéről, amelyet az „aphthosis" nosologiai helyzetéről ír. *Huszár dr.* írása a fog- és szájbetegek étrendjéről hézagpótló úgy gyakorlati, mint elméleti szempontból. *Sós prof.* „A magyar néptáplálkozás fogászati vonatkozásai" című munkája talán először nyujt betekintést ez eddig ismeretlen területre és erélyes felhívás a döntő fontosságú, de teljesen elhanyagolt néptáplálkozási problémákra. *Ádler egyet. magántanár* „A tágító gépek hatásmechanizmusa" címen nagy fizikai tudása alapján a kivehető lemez mellett tör lándzsát. *Szenthe egyet. magántanár* a gnatosztatikus és mérési eljárások kritikájában óva int a túlhajtott sematizálástól és a fogszabályozás célját egyedül a legkevesebb áldozattal elérhető maximális funkcionális és kozmetikus eredményre való törekvésben látja.

Végül az összes közlemények angol, francia és német nyelvű rövid kivonatai következnek, amelyek a magyar tudás és gondolat tolmácsai lesznek az egész világon, amit nemzeti büszkeséggel kell értékelnünk.

Összefoglalva a mondottakat, az *Árkövy emlékkönyv* a vezetésre hivatott *Balogh* professzor és munkatársainak oly kimagasló páratlan teljesítménye, mely igazán méltó az elhunyt emlékéhez és gyöngyszeme hazai szakirodalmunknak. Önmaga ellen vét minden a tudomány mai színvonalát elérni akaró kartárs, ha nem szerzi meg magának ezt a kincses könyvet, amelyet mindig örömmel és haszonnal fog forgatni. A szép kiállítású munka önköltségi áron, tehát bámulatosan olcsón kapható a fogászati klinikán. Ára 30 frt.

Prof. Morelli.

Louis I. Grossman: *Root canal therapy.* Lea & Febiger, Philadelphia, 1946.

Grossman könyve, melynek ez a revideált második kiadása, a pulpa megbetegedéseinek és a gyökérkezelés kérdésének kiemelő, pontos képét adja. Részletesen ismerteti a gyökércsatorna anatómiai viszonyait, a gyökércsúcs felépítését, a pulpa megbetegedéseit — kórtani alapon —, valamint a periapex kóros elváltozásait. Elsőrendüen megírt fejezet foglalkozik a betegvizsgálattal és a pulpa, illetve periapex megbetegedéseinek felismerésével, diagnosztizálásával. A gyógyításról szóló fejezetek a pulpa-sapkázással kezdődnek; a „vital-amputáció", a pulpa mumifikációja, a pulpa exstirpációja mind külön-külön fejezet tárgya. Különösen kiemelendőnek tartja referens az odontogén gócfertőzés kérdéséről szóló fejezetet, amely jóleső ellentétben a háborús évek európai szakirodalmával és a háború előtti évek amerikai szakirodalmával is, kritikai mérlegre helyezi az egész kérdéskomplexust s fontosságának hangsúlyozása mellett is talál arra módot, hogy mindazon véleményeknek helyet adjon, amelyek az egész gócfertőzés

kérdését helyes megvilágításba állítják: a gócfertőzés az esetek nagy többségében nem bizonyított, hanem a bizonyítás stádiumában álló kórok. Szerző véleménye mindenesetre szemben áll a németnyelvű irodalomban a háború alatt szinte mindenki által hangsúlyozott nagyfokú radikalizmussal. A gyökérkezelés műtéttanát több fejezeten át, alapos gonddal, részletességgel tárgyalja. A használt gyógy- és vegyszerek összetételét pontosan közli. Igen nagy jelentőséget tulajdonít a gyökércsatorna csírtalanításának és a gyökértömést addig, amíg a gyökcsatorna nem csírtalan, megengedhetőnek nem tartja. Pontosan leírja a gyökércsatorna csíratartalmának, ill. csíramentességének kimutatására szolgáló eljárásait. A gyökércsúcs-csonkolás műtétéről, a fogak színteleníéséről, valamint a tejfogak gyökérkezeléséről szóló fejezet zárja be a könyvet. Minden fejezet végén ott áll a tárgyalt kérdéskomplexus irodalmából néhány lényeges közlemény felsorolása.

A 354 oldalas könyv igen jó képét adja a gyökérkezelés-kérdés mai állásának. Hogy nem minden vonatkozásban tudunk a szerzővel egyetérteni — így elsősorban nem az elektromos gyökérkezelés kérdésében — s hogy a szerző által felállított követelményeknek a gyakorlatban igen kevesen tettek eddig eleget, mit sem von le a könyv értékéből. Sőt a könyv útmutatásul szolgálhat, hogy melyek azok az optimális körülmények, amelyek mellett a sikerre való legnagyobb kilátással lehet gyökérkezelést végezni. Egyre legyen szabad még végezetül rámutatni szerző megállapításai közül, amellyel referens is teljesen egyetért: a nyálrekesz nélkül gyökérkezelést végezni nem lehet!

Dr. Ádler Péter

Dr. Szenthe István: Az állcsonttörések kezelése. A Stomatologiai Klinika kiadványai V. kötete. 122 oldal. 48 ábra.

E szerény cím alatt magas színvonalú tanulmány ez a kötet, melyből úgy a gyakorlóorvos és fogorvos, de még az állcsonttörések specialistái is sok újat tanulhatnak. Eredeti szempontok és meglátások tarkítják ezt a látszólag kis témakörrel foglalkozó könyvet. Hogy csak néhányra mutassak rá, meg kell említenem, hogy a törések fizikája sehol a világirodalomban ilyen világosan, közérthetően és tökéletes precizitással tárgyalásra nem került. Szakít a sablonos, elavult tankönyvnézetekkel és pl. a predilekciós helyek tárgyalásában rámutat az állkapocs egyéni variációinak fontosságára. A diszlokáció és létrehozó erőinek ismertetése a könyv egyik legsikerültebb fejezete. Kitűnik belőle a szerző iskolázott fizikai tudása és az, hogy a sok látott eset aprólékos megfigyelése nála széles horizontú megállapításokra vezetett. Hasonlóképen erőssége a könyvnek a klinikai kép elemzésének fejezete, melyből *Szenthe* gondos és jó megfigyelőképessége sok új, vagy eddig kellőképen nem értékelt részletre irányítja az olvasó figyelmét. A gyógyulás és gyógyítás nagy fejezete pedig arról tesz tanuságot, hogy a könyv nem más hasontárgyú közleményből íróasztal mellett összeollózott tanulmány, hanem sok esetből leszűrt és saját tapasztalatain szerzett meggyőződések ismertetése. Ezt bizonyítja a sínezés technikájának leírása, a sok jól megválogatott és a megértést megkönnyítő kitűnő ábra is.

A könyv minden mondatából kitűnik, hogy amit a szerző leír, azt csinálja is. Ez adja az eljárások ismertetésében kiérezhető biztonságot. Nem doktriner — nem köti magát ahhoz, hogy csak egy eljárás jó adott esetben, hanem a sikeres megoldást sok úton el lehet érni. És ő minden utat ismer, kipróbált és kritikával elemez. Mint már említettem, szerény a könyv címe, mert nemcsak a gyógyítás, a kezelés bőséges taglalása van benne, hanem az egész tárgykör teljességét kimeríti. Minden szövődmény és lehetőség tárgyalásra kerül a könyvben. Sőt még a ficamok ismertetése is bennfoglaltatik.

Külön érdemül kell megemlíteni a mai nehéz papírviszonyok mellett azt is, hogy anyagi áldozatot nem sajnálva, műnyomópapíron, kitűnő kiállításban, ízléses és elsőrendű nyomdatechnikával jelent meg a tanulmány.

Végül nem mehetek el szó nélkül amellett a tény mellett, hogy a *Balogh*-klinika rövid két év alatt már ötödik kötetét jelenteti meg és hogy úgy tartalomban, mint külső kiállításban ez a fokozott ütem nemhogy csökkenést, de állandó emelkedést mutat. Úgy látszik vannak, akik az újjáépítést nemcsak beszédekben, de tettekben is komolyan értelmezik.

Dr. Varga István.

LAPSZEMLE

TECHNIKA

Karl Fenner: *Metallographische Untersuchungen am Richmondgestell. (Metallográfiai vizsgálatok Richmond-vázon).* Schweiz. Monatschrift. 1944. No. 2.

Az a sok balsiker, amit a különböző fémek és ötvözetek a praxisban okoztak, indította a szerzőt a fémek tüzetes vizsgálatára. A zürichi fogászati klinikán végezte kísérleteit és a vizsgálat anyagául az arany Richmond-vázat választotta. Előtte sokan foglalkoztak már a fogászatban használatos fémek vizsgálatával, így Merz, Falck, Scheidt, Leuser, Wakker, Gross, Egli és mások is, de különösen Spreng. Szerző vizsgálataihoz olyan Richmond-vázakat készített, amilyeneket a szokványos laboratóriumi munka produkál az összes elkövethető hibákkal. Ezekből csiszolatokat készített és azokat mikroszkóppal vizsgálta ráeső fényben. Eredményei a következők:

18 karátos aranydrótot akkor használhatunk csapnak, ha 1. a gyökérsapkához szabadon (beágyazás nélkül) forrasztják. 2. A csap szorosan feküdjék az átfúrt sapkában, azaz a fémek között ne legyen hézag. 3. Beágyazott csapra a sapkát, vagy a hátlemezt hidegen öntsék rá.

A 18 karátos csapnak túlhevítése akkor jön létre: *a)* ha az összeforrasztandó fémek között széles hézag van, *b)* ha a csap és sapka összeforrasztása beágyazás mellett történik, *c)* ha a beágyazott csap olvadáspontja alacsonyabb, mint a ráöntött fémé, *d)* ha a követítia és a beágyazóanyag (tehát a beágyazott forma), valamint a ráöntendő fém túl van hevítve.

A túlhevítés következménye elsősorban abból áll, hogy a csap mechanikai, kémiai tulajdonságai elromlanak. Metallografikusan ez abban nyilvánul meg, hogy mikroszkóppal nézve a homogen fémkristályok inhomogénekké válnak, kisebb-nagyobb üregképződés lép fel és ez a csap töréséhez vezet.

Alacsonyabb olvadáspontú (1000° alatti) csekély platinatartalmú fémdrótok, mint pl. a *Resistor*, amely 8% platinát tartalmaz, olyan elbírálás alá esik, mint a 18 karátos drót. Jobb az eredmény, ha az öntés hideg formában történik és a csapot öntés után még hozzáforrasztják a gyökérsapkához.

Magasabb olvadáspontú (1000° felett) 15—20% platinát, vagy iridiumot tartalmazó ötvözetek, mint pl. *Elasticor*, *Pivotor*, *Iridor* nem érzékenyek hőbehatásokkal szemben és tökéletes eredményt adnak.

A csapoknak használt fémeken kívül foglalkozott a szerző a 20 és 22 karátos arany tulajdonságaival is. Teljesen új (tehát fémtechnikai laboratóriumból színaranyból szakszerű ötvözés után félkészgyártmányként forgalomba kerülő) 20 és 22 karátos arany gondos öntés után tehát nem túlhevítve és lassan lehűtve homogen kristályokat mutat.

Túlhevített arany még lassú lehülés mellett is inhomogénné válik.

Az az arany, amelyet már többször összeolvasztottak, ha nem is hevítik túl az öntésnél és bár lassan hűtik le, inhomogén kristályos szerkezetet mutat.

Ha az új aranyat túlhevítették, vagy gyorsan hűtötték le, homogenizálható, ha ½ percig bunsenlángon izzítják. Ezért ajánlja, hogy minden öntvényt rövid ideig izzítsunk lángban.

Dr. Földvári Imre.

FOGPÓTLÁSTAN

F. Gasser: *Über ein Carcinom der Wangenschleimhaut u. dessen Beziehung zu einer Zahnprothese.*

(Pofanyálkahártya karcinoma esetének kapcsolata protézis viseléssel.) *Schw. M. Z.* 1946. No. 12. 1060.

68 éves nőbetegnél — próbakimetszéssel diagnosztizált — pofanyálkahártya laphámrák kórelőzményében szerepel a 16 éven át viselt teljes felső műfogsora. A protézis kisőrlőinek éles széle, kissé kifelé dőlt helyzete, valamint az a körülmény, hogy bár az alsó fogai hiányoztak és alsó fogsort még sem viselt, állandóan ingerelte a pofanyálkahártyát. A terápia rtg. besugárzásból és új, helyes felállítású alsó-felső protézisből állt. Az eset kapcsán a szerző bő irodalmát adja azoknak a szájnyálkahártyarák eseteknek, melyek kóroktanában műfogsorártalom szerepel. A felsorolásban hiányzik a gumiszívó ártalom okozta rákesetek *(Szabó József)* leírása.

Dr. Huszár György.

SZÁJBETEGSÉGEK

H. Raaflaub: *Die Behandlung der Plaut-Vincentschen Infektion und Stomatitis ulcerosa mit Penicillin.* — Sch. M. f. Z. 1947. No. 2.

Penicillin a paradentozis gyulladásos formáinál gyógyító hatású (gingivitis marginalis, ging. ulcerosa, Plaut-Vincent angina, paradentitis). A penicillint vattával és alkohollal leszárított foghúsra vattatekercs védelme alatt kell helyezni oly módon, hogy 1 cm^3 desztillált vízben 5.000 egység gyógyszert oldunk és egy óra leforgása alatt csipesz segítségével 4—5 alkalommal a foghúsra cseppentjük. *Raaflaub* már egy nap után az összes tünetek enyhülését észlelte. Ez a gyógymód jobbnak látszik, mint a penicillin tabletták szopogatása, vagy penicillin-cibazol paszta alkalmazása.

Dr. Illyés Lajos.

SZÁJBETEGSÉGEK.

W. E. Hoppe—G. E. Meyer: *Use of Penicillin in the Treatment of Vincent's Infection and its Subsequent Oral Disturbances.* J. Oral Surgery No. 4. 1946.

A második világháborúban a *Vincent* féle angina endemiás volt és így nagy beteganyagon lehetett vizsgálatokat végezni a penicillin terápiás hatását illetően.

A vizsgálatok 18—38 éveseken történtek. Nemcsak a klinikai diagnózist állapították meg a szerzők, hanem mikroszkópos és leoltásos vizsgálatokat is végeztek.

Akut és szubakut formáját különböztették meg. Akut 90%-ban fordult elő, míg a szubakut forma csak 10%-ban. Ez utóbbi klinikai képe nagyjából megegyezik a *gingivitis chr.* képével és éppen itt volt szükség pontos bakteriológiai leletre.

Először a standard penicillin adagot állapították meg, azaz mennyi az az optimális penicillin mennyiség, amely gyógyulást biztosít. Ez oly módon történt, hogy 16 beteget vettek kórházi kezelésbe és ezeket 4 csoportba osztották:

1. csoport. 20.000 O. E. penicillin vizes oldatát fecskendezték be intramuszkulárisan 3 óránként. A tünetek 3 nap mulva enyhültek és negatív bakteriologiai lelet 500.000 O. E. összmennyiség után következett be.

2. csoport. 25.000 O. E. i. m. 3 óránként befecskendezve a második nap végén hozott javulást és neg. bakt. lelet 390.000 O. E. penicillin mennyiség után volt észlelhető.

3. csoport. 30.000 O. E. i. m. 3 óránként már második napon csökkentette úgy a szubjektív, mint az objektív tüneteket és a bakt. lelet negatív lett 360.000 O. E. penicillin összmennyiség után.

4. csoport. 40.000 O. E. i. m.-an 3 óránként a 3. csoporthoz képest nem jelentett semmi változást, legfeljebb annyit, hogy neg. bakt. lelet eléréséhez 365.000 O. E. penicillinre volt szükség.

A spirochéták számának csökkenése 24 óra után az 1. cs.-nál 50%, a 2. cs.-nál 65%, míg a 3. és 4. cs.-nál 91% volt.

Fenti kísérletsorozatból kitűnik, hogy az optimális adag 3 óránként 30.000 O. E. penicillin vizes oldatának i. m. befecskendezése volt.

125 beteg en végzett újabb, 4 csoportba osztott kísérletsorozat annak megállapítására szolgált, vajjon helyi vagy befecskendezéses módszer hat-e jobban és szükséges-e a penicillin nyujtásán kívüli egyéb gyógymódokat is igénybe venni.

A. cs. 35 Vincent anginában szenvedő kórházi beteg 3 óránként 30.000 O. E. penicillint kapott vizes oldatban i. m.-an. Sem adjuváns gyógyszert nem adtak, sem szájhigiénét nem végeztek. A bakt. lelet 36 óra után neg. lett és 360.000 O. E.-re volt szükség a teljes gyógyulásig. Egy héttel a gyógyulás után pontos fogkőeltávolítást, tasaktisztítást stb. végeztek a recidiva elkerülése végett. Ugyanis a recidiva mindig a fertőzött periodontális tasakokból indult ki. Számarányban a gyógyulás 100%-os volt.

B. cs. 38 kórházban ápolt beteg 3 óránként 30.000 O. E. penicillint kapott i. m.-an, de közben alaposan szanálták a szájat, (fogkőeltávolítás, tasaktisztítás, túlérő tömések reparálása sb.) azonfelül lokálisan genciánaibolyát, 7%-os ac. chromicum-ot, H_2O_2-t alkalmaztak. A teljes gyógyulásig 425.000 O. E. penicillinre volt szükség.

C. cs. 30 ambuláns beteg 3 órás időközökben naponta 3-szor kapott 30.000 O. E. penicillint i. m.-an. A gyógyult esetekben 270.000 O. E.-re volt szükség, hogy a bakt. lelet neg. legyen és klinikailag is gyógyulás következzen be. Kudarc 13%-ban volt!

D. cs. 22 beteg helyi penicillin kezelést kapott oly módon, hogy 200.000 O. E. penicillint oldottak 4 ccm. steril desztillált vízben és a teljesen kiszárított

foghúsra és beteg nyálkahártyarészekre csöppentették naponta 3-szor 5 percig. Itt is szájszanálást végeztek. Gyógyulás kb. 5 nap alatt következett be. (Ennél a sorozatnál természetesen a gyógyszermennyiség nem volt kiszámítható.) Kudarc 13%-ban volt.

A nagy beteganyagon végzett kísérletek eredményeit és tanulságait a szerzők a következőkben foglalják össze:

1. Penicillin úgy helyileg alkalmazva, mint izomba fecskendezve megbízhatóan pusztítja a spirochétákat.

2. Negatív mikroszkópos leletet i. m. alkalmazás után gyorsabban lehet elérni, mint lokális gyógyszerelésnél.

3. Szájszanálás penicillinkúra alatt nem volt kedvező, mert úgy látszik, hogy a fogkövek abszorbeálják a penicillint és így a szájban nő a koncentrációja. A kúra alatt fellépő fokozott nyálazás előnyös a gyógyulásra. *(Florey.)*

4. Ambuláns kezelés a fentebb (C. csoport) vázolt módon kitolja a gyógyulási időt.

5. Helyi alkalmazás kényelmes, de nem oly hatásos, mint az i. m.

6. Toxicitása jelentéktelen.

7. A C. és D. cs.-nál jelzett kudarcos esetek a bakteriológiai leletre és nem a klinikai képre vonatkoznak. A gyulladásos jelenségek igen gyorsan visszafejlődtek majd mindegyik esetben.

8. Penicillin vizes oldata a legalkalmasabb a befecskendezésre. A *Romansky*-féle méhviasz-olajos oldat ugyan szintén jól hat és elhúzódó hatást biztosít, de nincsen fokozott nyálszekréció, ami jótékonyan befolyásolja a gyógyulást.

Dr. Illyés Lajos.

VEGYES

G. E. Meyer: *Recent Rewiew and Discussion of Penicillin.* J. Oral Surgery, 1946. No. 4.

Amerikában újfajta kristályos penicillin van forgalomban, melynek eltartásához nem szükséges alacsony hőmérséklet, intramuszkuláris adagolásra abszolut fájdalmatlan, súlymennyiségéből hatásfoka éppen úgy lemérhető, mint a kémikáliáké.

Elhúzódó penicillinhatást újabban oly módon érnek el, hogy a kristályos penicillinből méhviasz és olaj segítségével oldatot készítenek, mely izomba fecskendezve 24 óráig, sőt még tovább tartó depót képez. Adagolásánál nehézséget az okoz, hogy a legcsekélyebb nedvességgel sem szabad érintkeznie, mert különben a már oldott anyag kikristályosodik és befecskendezésnél mechanikai nehézségek lépnek fel. Ennek kiküszöbölésére gyártottak tűvel felszerelt steril fecskendőt, amelyben már benne van 300.000 egység penicillin és így rögtön minden előkészítés nélkül injiciálható. Akut gonorreánál egyszeri befecskendezés 95%-os eredményt adott.

Penicillin tablettákhoz (per os adagolásnál) mindeddig puffersót adtak, abból kiindulva, hogy enélkül a gyomor sósava elbontja és hatástalanná teszi. Bebizonyított dolog, hogy puffer nélkül is hatásos. Orális adagolásnál 5 nagyobb dozist kell adni, mint parenterálisnál. Enyhébb fertőzéseknél adható, mert hatása nem eléggé elhúzódó és intenzív.

Igen jó eredménnyel alkalmazzák az oxigén vagy gőz segélyével porlasztott penicillint a légutak fertőzéses megbetegedéseinél (pneumonia, bronchiektázia, tüdőtályog) hasonló módon, mint a lipiodol instillációt bronchográfiánál. Tüdőműtéteknél profilaktikusan is adják. Gonorreás vaginitisnél és egyéb alhasi gyulladásos folyamatoknál penicillin szuppozitóriumot is alkalmaznak eredményesen.

Penicillin nagy dozisban is csak kevéssé mérgező. Túlérzékeny egyéneknél csalánkiütés, hidegrázás, láz léphet fel, valószínűleg szennyezés következtében. Ritkán észleltek ekcémát, szérumbetegséget és angioneurotikus ödémát. Az orálisan adott pufferozott tabletta görcsöket, hányingert, hányást, hasmenést okozhat, feltehetőleg a puffersó hatásaként.

Olajos vagy vizes oldat dozirozása után fellépő szemgyulladás allergiás eredetű. Ritka komplikáció az, hogy, ha a bőrön nyugalomban levő gombás betegség van jelen, az a penicillin hatására fellángolhat. Mindezen elmondott esetekben abba kell hagyni a gyógyszerelést.

Dr. Illyés Lajos.

HIREK

Beszámoló a Charité poliklinika 1947. III. 27-iki tudományos üléséről.

Dr. Perint Jenő: A vikariáló menstruációs tipusú dentális eredetű orrvérzések.

A szerző kiemeli, hogy a havi vérzés rendellenességeivel kapcsolatos rendszeres vagy gyakran visszatérő orr- vagy ritkábban szájüregi vérzések esetében az endotél-rendszer feltételezett genuin vagy á meneti ledációja még nem zárja ki e képletek heveny vagy még inkább idült lefolyású olyan lokális megbetegedéseit, melyek vérzésekre hajlamosítanak. Három esetével kapcsolatban kitért a vikáriáló menstruációs tipusú orr-vérzésekre, melyeknek kimutatható dentális okuk volt. Kiemelte, hogy tanácsos lenne ilyen esetekben a vérzések lokális okát kimutatni, mert sok esetben a vérzéses diatézisek sorából ezeket a rendellenességeket ki lehetne emelni.

A BUDAPESTI FOGTECHNIKUSOK IPARTESTÜLETE új otthonba költözött. A Vilma Királynő-úti szép tágas helyiségben az Ipartestületen kívül Szakszervezetük is elhelyezést nyert. Május 3-án mutatta be az Ipartestület vezetősége új otthonukat a meghívott fogorvosoknak és fogászati anyagkereskedőknek. A helyiségek, köztük a jól felszerelt kísérleti fogtechnikai laboratórium megtekintése után az Ipartestület vezetősége és a meghívottak megbeszélést tartottak közös problémáikról. Balogh professzor a fogorvos és fogtechnikus közti harmónia szükségességéről beszélt. Rámutatott arra, hogy a magyar fogászat magas színvonala eddig is előkelő helyet biztosított nemzetközi viszonylatban is a szakmának. A jövőben ezt fokozni kell áldozatkész igyekezettel. Optimizmussal ítéli meg a jövőt és úgy látja, hogy a magyar fogászat nagy fellendülés előtt áll. Dr. Kende János főitkár a Fogorvos Szakcsoport, dr. Pollatschek Gyula főorvos az OTI fogorvosok nevében üdvözölte az új otthon létrehozóit.

DR. KOVÁCS GYÖRGY kartársunk, az *Orvosok Lapjának* szerkesztője, a *Magyar-Angol Társaságban „Orvosi sajtó és az orvostudomány külföldi kapcsolatai"* címmel nagysikerű előadást tartott. Vázolta azokat a nagy nehézségeket, amelyek legyőzése után lehetett csak a magyar orvosi sajtót újra megteremteni. Sikerült bensőséges kapcsolatokat létesíteni a Szovjet-Unió, az USA, Anglia és a környező országok orvosi köreivel. Ennek bizonyítéka az *Orvosok Lapjában* megjelent számos külföldi orvoskiválóság cikke.

A GYÓGYSZERÉSZEK havi folyóirata, a *Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság Értesítője* kétévi szünetelés után ismét megjelent. A két évtizedes multra visszatekintő lapot *Dr. Lipták Pál* professzor szerkeszti, *Dr. Széki Tibor, Dr. Mozsonyi Sándor* és *Dr. Schulek Elemér* közreműködésével.

Salamon Henrik professzor síremlékének leleplezése *1947 június 22-én, vasárnap d. e.* lesz a rákoskeresztúri temetőben. Pontosabb felvilágosítást a leleplezés előtt a Stomatológiai Klinika ad.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport tudományos üléseiről

1947 február 13.

Prof. Simon Béla elnöki megnyitója után Szemere Miklós, a Fogtechnikus Ipartestület elnöke tartott előadást svájci tapasztalatairól. Svájc mindenképpen mintaország. Szigorú jegyrendszer van. A fogászati rendelkezések kantononként változnak. Svájcnak *„fogorvos"* (Dentist) gárdája egész kiváló. Laboráns kevés van. Ami nálunk ismeretlen, kényesebb modelleket begalvanizálnak grafittal, majd rézzel. Segédanyagok nagy bőségben állnak rendelkezésre.

A baseli kongresszuson Dr. Max Spreng fogsorkészítésnél az izületes artikulátort ajánlja. Alacsony csücskű műfogak használatát javasolja. Jó véleménye van az *Akrylát* műfogról.

Általában a porcellánnal szemben előnybe helyezik az *akrylátot*, amely egy műgyanta-féleség. A svájci kongresszuson kiállított magyar fogtechnikai készítményeknek nagy sikere volt.

Dr. Simon Béla elnök megköszönte az előadást, utána Dr. Fischer Arthur „Svájci beszámolója" következett.

Svájcban nagy tudományos élet folyik. Gazdag ország, ahol a háború nem pusztított. A gyökértöméshez *Walkhoff*, vagy *Gysi* pasztát használnak. Praemol. foganál gyakran *mortal-amputációt* végeznek. Érzéstelenítőül 2%-os *pantezint* használnak. A vérzést *Aseptor* nevű szívó-készülékkel csillapítják, mely tökéletesen kiszívja a vért és a még ottlévő dentinport. Sokszor alkalmazzák a *Cibazolt* tablettában per os és poralakban helyileg *„alv. abscessus"*, *„periodontitis"*, *osteomyeilitis"*-nél, *„stomat. ulcerusa"*-nál. Ez utóbbinál használják a penicillint is oldat, vagy paszta alakjában.

A magánpraxisban igen jó nyálkahártya-foghús érzéstelenítőt használnak, melynek neve *Caredol d.* Általában a fogorvosok jól keresnek.

Szemere Miklós azt kéri, hogy a Fogtechnikus Ipartestületben fogorvosok tartsanak előadást. Prof. Simon Béla elnök örömét fejezi ki efelett és kéri Szemere ipartestületi elnököt, hasson oda, hogy a Fogászok Szakszervezete részéről a fogorvosi kart ne érjék állandó támadások.

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportja 1947. április 17-i választmányi ülése

(Kivonatos jegyzőkönyv)

Dr. Simon Béla elnök a mult ülés jegyzőkönyvét hitelesítteti.

A választmány a következő határozatokat hozta:

A választmány a mult évi közgyülés határozatának értelmében kimondja, hogy az 1947. évi tagdíj 45.— forint.

A szakcsoport 1.000 forinttal járult hozzá a klinika kiadásában megjelenő Árkövy emlékkönyvhöz.

A pénztáros fizetését havi 100 forintban állapította meg a választmányi ülés.

Választmány tudomásul vette a szolnoki szakcsoport megalakulását, melynek elnöke: dr. Fodor Mihály, titkára: dr. Székely Sándor. A választmány az új szakcsoportot megalakulásakor melegen üdvözli.

A szakcsoport budapesti adómegállapító bizottságok működését helyeslőleg vette tudomásul a választmány és dr. Gyertyámosy János, dr. Komor Szilárd és dr. Kertész Jenő kartársaknak jegyzőkönyvi köszönetét fejezi ki.

Az OTI-val és a többi betegbiztosító intézetekkel az esetleg bevezetendő szabad orvosválasztás és a szerződéses fogorvosokkal megkötendő kollektiv szerződés megállapítása ügyében bizottságot küld ki a választmány. A bizottság elnöke: dr. Bokor Győző, tagjai: dr. Sugár László, dr. Pollatschek Gyula, dr. Aldor István, dr. Kovács György, dr. Varga István, dr. Biró Ödön, dr. Kocsis Antal Gábor és dr. Gyertyámosy János.

A szakcsoport felkérte a Szakszervezet vezetőségét, hogy a szerződéses fogorvosok az egyes biztosító intézeteknél a következő díjazást kapják:

Foghúzás érzéstelenítés nélkül	6.— Frt.
Foghúzás fagyasztással	8.— Frt.
Foghúzás injekcióval	10.— Frt.
Inykezelés, fogkőeltávolítás esetenként	3.— Frt.
Tömés	8.— Frt.
Gyökérkezelés külön	20.— Frt.
Tályognyitás	10.— Frt.
Fogműtétek (kivésés, rezekció)	50.— Frt.

Technikai munkák díjazása: a fogtechnikus által adott anyag árának és a fogtechnikusok ipartestülete által hivatalosan megállapított munkadíj együttes összegének 80 százaléka.

A Szakszervezet igéretét birjuk, hogy az egyes biztosító intézetekkel igyekezni fog az indítványozott javaslatot elfogadtatni.

Dr. Morelli Gusztáv beszámolt a tudományos bizottság üléséről. A bizottság elhatározta, hogy a szerkesztés munkájának megkönnyítése céljából ezután minden beküldendő közlemény és bejelentett előadás felülbirálás alá kerül.

Az 1947. év szeptemberében megtartandó nagygyűlés tudományos programmja:

Főtémák: 1. A pulpa betegségek kórtana és terápiája.
2. Állítható-e fel norma a gyökérkezelések terén.

A főtémák mellett minden más szakmai tárgy is szerepelhet előadásként. Kérjük kartársainkat, hogy a megtartandó előadások szövegét f. év június 1-ig a szakcsoport tudományos bizottságához (Budapest, V., Nádor-u. 32.) küldjék be. A nagygyűlésre az összes külföldi rokonegyesületeket meghívtuk.

A szakcsoport ARPA alosztálya résztvesz az ARPA 1947. június 11-én Prágában tartandó nemzetközi kongresszusán. Morelli Gusztáv prof. vezetésével kilenc kartárs jelentett be előadást. További 24 kartárs jelentkezett a kongresszuson való részvételre. A kongresszuson résztvevők június 10-én 13.30 órakor indulnak a Keleti p. u.-ról. A kongresszuson való részvétel kérdéséről dr. Perint Jenő, az ARPA szakosztály titkára, nyujt felvilágosítást.

A választmány elhatározta, hogy az 1946. évi nagygyűlésének a technikus kérdésre vonatkozó anyagát kinyomatja és azt az összes érdekelteknek el fogja küldeni.

Prof. Simon Béla elnök indítványára a választmány hozzájárult, hogy a Fogorvosi Szemle ezután szerkesztői nevének megjelölése mellett dr. Körmöczy Zoltán és prof. Morelli Gusztáv nevét is bejegyzi, mint akik a Fogorvosi Szemlét 1908—1931-ig szerkesztették.

Kende főtitkár közölte a készülő orvosi rendtartásnak a kuruzslásra vonatkozó rendelkezéseit. Ezek lesznek hivatva a hatálytalanított kamarai törvény idevonatkozó intézkedéseit teljes joghatállyal érvényesíteni.

Dr. S. P. indítványát a laboratóriumi árak leszállítására vonatkozólag a választmány elvetette.

A kaposvári Szakcsoport indítványát, mely szerint a szájban dolgozó fogtechnikusoknál laboratóriumi munkát végeztetni etikai vétség volna, a választmány olyképpen módosítja, hogy miután e kérdést az orvosi rendtartás joghatályosan szabályozni fogja, addig teljes súlyával támogatja a szakcsoportok oly irányú intézkedéseit, mely a kartársakat felszólítja, hogy nyilvánvalóan kuruzsló laboratóriumokkal összeköttetéseiket szakítsák meg.

Dr. Dalnoky Viktor kartársunkat a szakcsoport vezetősége 50 éves operai jubileuma alkalmából az Opera szinpadán felköszöntötte. A választmány újólag üdvözli az ereje teljében lévő Dalnoky kartársat s további működéséhez legjobb szerencsekivánatait fejezi ki.

Dr. Dalnoky Viktor megható szavakkal mond köszönetet.

Dr. Áldor István beszámol a jóléti csoport működéséről. A szakcsoport jelenleg 26 kartársat és hozzátartozót segélyez havi 80—150 forintos összeggel. A tulajdonunkban lévő bérházak csekély jövedelmét a halaszthatatlan javítások egyelőre teljesen felemésztik.

Dr. Frankl Zoltán kéri a szájsebészeti cím használatának pontos körülírását. A válaszmány ebben az ügyben felír a Szakszervezet vezetőségéhez.

A M. O. Sz. Sz. 1947 szeptemberében megrendezi az első orvosi nagyhetet. Ennek keretében szakcsoportunk is megfogja tartani szokásos évi tudományos Nagygyűlését. Ennek különleges ünnepi jelleget kölcsönöz, hogy az idén van Árkövy József halálának 25. évfordulója. Ez alkalommal óhajtunk a stomatológia nagy magyar úttörője emlékének áldozni. Emlékünnepélyünkre meghívjuk a külföld összes fogorvosegyesületeit és reméljük, hogy nagy számmal fognak kongresszusunkon résztvenni. Kérjük azokat a kartársakat, kiknek személyes külföldi összeköttetéseik vannak, legyenek segítségünkre a szervezésben és lépjenek ez ügyben összeköttetésbe az Elnökséggel.

A Nagygyűlés tudományos programjának összeállításához is hozzáfogtunk. Mindazok, kik előadást óhajtanak tartani, küldjék be június 30-ig előadásuk teljes szövegét a szakcsoport tudományos bizottságához (Nádor-utca 32). Előadási szándékukat azonban ettől függetlenül minél előbb jelentsék be, előadásuk címével együtt.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

1947 június 19-én, ½7-kor:

1. Prof. Morelli Gusztáv: Beszámoló a prágai ARPA kongresszusról.

2. Dr. Perint Jenő: A retencióban maradt szemfogak következményei és ezek leegyszerűsített terápiája.

1947 június 26-án ½7-kor:

Dr. Rehák Rudolf: Új módszer a mélyharapás megszüntetésére. (Betegbemutatással.)

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

FOGORVOSI ÁLLÁSNYILVÁNTARTÁS

Az *OTI* az alábbi városokban, illetve községekben hirdet *fogorvos-szakorvosi* állásokra pályázatot: *Kiskőrös, Debrecen, Tata, Győr, Gyula, Kiskunfélegyháza, Kiskunmajsa, Makó, Szerencs, Szigetvár, Siklós, Sátoraljaujhely, Sopron, Szeged, Szekszárd, Székesfehérvár, Felsőgöd és Fűzfő-gyártelep.* Az állások részben rendelőintézeti szakorvosi, részben rendelőintézeti főorvosi, valamint magánrendelői szakorvosi állások.

Az *OTI* Budapesten az alábbi *fogorvos-szakorvosi* állásokra hirdet pályázatot: *1. Budapesti Gépgyárak Vállalati Betegsegélyző Pénztáránál,* a Kőbányai-uti rendelőintézetben rendelő intézeti főorvosi állásra, a Röck-gyár rendelő intézetében ugyancsak főorvosi állásra. *2. Goldberger Rt.* vállalati pénztárnál, fogász rendelőintézeti főorvosi állásra a kelenföldi rendelőintézetben. *3. Hitelbank Rt.* vállalati pénztárnál fogász rendelőintézeti főorvosi állásra. *4. Kereskedelmi Bank* vállalati pénztáránál fogász rendelőintézeti állásra. Állások feltételeinek részletes ismertetése *Orvosok Lapja 21*-ik számában található. Pályázati határidő 1947 június 21.

A szövegrész vége.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat. Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

PLASZIN

TÖRVÉNYESEN VÉDVE
BIZÁRÓLAGOS JOG

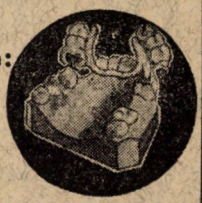


LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!

VÉDJEGYÜNK

Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán





PLASZIN
LEMEZ és MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPITVA 1918

N.

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA
CSENGERY-U. 3.

TELEFON:
226-887

Gyökkezelés, extractiók utáni genyesedés, sebészi feltárás esetén:

ULTRASEPTYL-UREA
Chinoin

12-g-os szóróüveg

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 JUNIUS XL. ÉVFOLYAM Nº 6. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924–1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Huszár György: Műfogsort viselők lélektana . 161
Dr. Gartner Pál: Műfogsort viselők lélektana . 167

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Dr. Németh Lajos: Dentális gócok szerepe szembajokban 172

KÜLFÖLDI CIKK:

Walter Hess és Max Spreng: Az odontogén gócfertőzések 176

LAPSZEMLE 183

ORIGINALIA: Page

Dr. G. Huszár: The Psychology of Complete Denture Pacients 161
Dr. P Gartner: The Psychology of Complete Denture Pacients 167
Dr. L. Németh: Dental Foci in Ophtalmology . . 172
CURRENT LITERATURE 183

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM ... KÖNYVTÁRA ... PERC ... ETTE

308

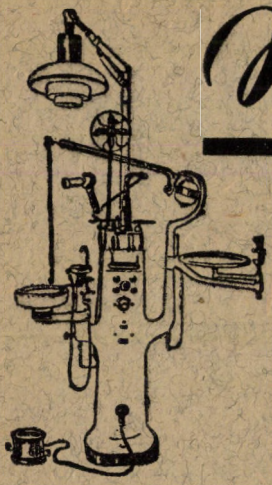
FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 32.

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Ne sajnálja

a fáradságot, írjon egy lapot, vagy telefonáljon és kérjen mintacsomagot a

„777".ES

LENYOMATGIPSZBŐL

Érdemes

kipróbálni, mert ilyen jó lenyomatgipszszel mostanában nem dolgozott. Éles törési szélek. Hajszálpontos lenyomat. Kötési idő 3—4 perc. Készséggel küldök mintacsomagot Pestre és vidékre.

Gyémánt csiszolóműszerek

FÚRÓK NAGY VÁLASZTÉKBAN

Hőlégsterilizátorok és sterilizátorok olcsón!



Figyelem! FOGÁSZATI **gyógyszereket**

THERIAKA gyártmányt vegyünk, melynek elsőrangú anyagáért, tisztaságáért a

THERIAKA MINDENKOR VÁLLALJA A GARANCIÁT.

THERIAKA gyógyszerészeti vállalata, Budapest. V., Zoltán-utca 12. TELEFON: 127-694

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA

CSENGERY-U. 3.

TELEFON: 226-887

KOVÁCS
DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Harvard, Bayer, Pontofix, Ontophos, Fixodont cementek. — Syntetic, Roessler, Kohinor, F. P. 7. Translucin porcellánok. — Schweizi villany fúrógép komplett 850 forint. — Csőszék kárpitozott, köpőcsészével, pohártartóval 450 forint.

DIATHERMIÁK
12 havi részletre.

Komplett operatív és technikai berendezések.

KOVÁCS-FÉLE KOMBINÁLT GÉP villany öntő- és ponthegesztő egyben.

Fogorvosi Szemle különlenyomat árai:

25 példányt ingyen kap a szerző

további	25 pld.	50 péld.
2 oldal	Ft 38·—	Ft 45·—
4 „	„ 68·—	„ 84·—
6 „	„ 106·—	„ 130·—
8 „	„ 128·—	„ 153·—
10 „	„ 168·—	„ 199·—

3% forg. adó, számlabélyeg.

Herkules

(volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules

(VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 június hó *No. 6. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Stomatológiai Klinika közleménye.
(Igazgató: *Dr. Balogh Károly* egyetemi ny. r. tanár.)

Műfogsort viselők lélektana.*

Írta: Dr. HUSZÁR GYÖRGY egyet. tanársegéd.

Az emberi leleményesség pótolni igyekszik a test elvesztett, elpusztult részeit. Így fejlődött ki a parókaviselés és alkották meg a művégtagokat, a műszemet, a műorrt és fület, valamint nem utolsó sorban a fogpótlásokat. A fogpótlás a száj sajátos élettani viszonyai miatt úgy elkészítésének technikáját, mint megszokását tekintve a legbonyolultabb testrészpótlás.

A *fogműves*, aki az élettelen gipszmodellra készíti a műfogsort, munkáját csupán technikai feladatnak tekinti, a *dentista-fogorvos* csak a szájképletekre koncentrálja figyelmét és készíti a fogpótlást, ezzel szemben a *stomatologus* az egész embert nézi akkor is, mikor hiányzó fogait kell pótolnia. Ebből a szemléletből fakad az, hogy a száj bonc- és élettani viszonyainak ismerete mellett, a lélektani mozzanatokat sem lehet figyelmen kívül hagyni, az egész individiumot néző orvosnak, midőn protézissel pótolja a foghiányokat.

A szájüreg élettani sajátossága igen megnehezíti a műfogsor megszokását, mert az a szájüreg feladatait csak részben segíti elő, sőt, főleg kezdetben akadályozhatja is. A szájüreg tapintó érzéke igen finom. A nyelvhegy és ajakpír tapintó testecskékkel oly finoman van ellátva, hogy 0.8 mm távolságban lévő két pontot még külön pontoknak érez. Az ujjainkkal való tapintásnál a tárgyak nagyságát aszerint ítéljük, hogy hány tapintótestecskét ingerel. Akaratlanul is az ujjunkkal szerzett tapintási tapasztalatokat érvényesítjük a nyelvünkkel végzett tapintásnál is. Mivel a nyelven sokkal sűrűbben vannak elhelyezve a tapintótestecskék, a tárgyakat nagyobbnak érezzük a valóságnál. Fúráskor betegünk azt mondja, hogy „úgy érzi, mintha fél nyelve beleférne" a kialakított kavitásba. Így aztán a valóban terjedelmes és a száj belüregét szűkítő műfogsort az első beillesztés után a paciens túlnagynak érzi. Ezt a kellemetlen érzést követi a nyáladzás, esetleg hányinger. Az első szavaknál betűképzési zavar is jelentkezik, az első táplálékfelvételi kísérletnél pedig legtöbbször az új protézis inkább akadály, mint segítség. Ilyenkor nem segít a fogorvosi-technikai tudásunk, ilyenkor a *műfogsorviselő lelkéhez* és *értelméhez* kell férkőznünk, hogy segíthessünk.

A pszichológusok *pszichagógiás* módszernek hívják azt, amikor az orvosnak mint nevelőnek kell tevékenykednie. A fogorvos, amikor a kivehető pótlások megszokásához lelki úton segíti betegét, akkor pszichagog munkát végez.

* Előadás a Fogorvos Szakcsoport 1947 január 9.-iki tudományos ülésén.

Vannak pacienseink, akiknél ezirányú tevékenységünk könnyű és hálás, másoknál sokszor nagyon nehéz. A fogorvos legtöbbször az első kezeléskor már tisztában van azzal, hogy betege melyik csoportba tartozik. Fogbetegeken a foghúzást illetőleg nagyjában két lelki típus különböztethető meg. Az egyik mondhatnók az exodontizmus felé hajlik, aki türelmetlen a fogkezeléssel, fájdalommal szemben, s aki fogát panasz esetén mindjárt ki akarja húzatni. A másik típus, aki minden fogáért harcol, aki rá akarja venni fogorvosát, hogy gangrénás bölcseségfoggyökerét is konzerválja. Míg az első típus nem idegenkedik a rögzített és kivehető fogpótlásoktól, addig a másik csoportban lévő betegek fogaikhoz való ragaszkodásának oka, a foghúzástól való félelmen kívül a fogpótlásoktól, elsősorban a kivehető protézisektől való irtózás.

Melyek azok a lélektani mozzanatok, amelyek olyan kellemetlennek tüntetik fel a műfogsort?

Elsősorban a mások által hordott és panaszolt rossz protézisek: tehát a rosszul ülő, mozgó, étkezés és beszéd közben leeső, összeharapáskor csattogó, helytelen fogszínű és fogformájú, szájbűzt árasztó műfogsorok. Egy gyermekkori élmény néha az egész életre kihat. Egy paciensem protézis-fóbiájának oka abból az undorból eredt, melyet kisgyermek korában az a látvány okozott, hogy nagymamája protézise étkezés közben szájából kiesett. Sokan arra emlékeznek, hogy a szülők, nagyszülők éjszakánként pohárba tették éjjeliszekrényükre fogsorukat. Ismert egyházi adoma szól arról a plébánosról, aki gyöngén látogatott templomában a szunyokáló anyókák számára mondta el dörgedelmes szentbeszédeit és az anyókák a beszéd lendülete közben a szószéken álló plébános szájából kirepülő fogsorra riadtak fel. Papok, szónokok ismerve ezt az anekdótát, mindig félelemmel érdeklődnek, hogy nem fog-e fogsoruk szónoklat közben szájukból kiesni. A fogorvos ideje nagyon kiszámított, beszélgetésekre kevés jut, de egy ilyen kis, mondhatni fogorvosi lélekelemzésre kell, hogy ideje legyen, mert ezen múlik esetleg egy elkészítendő pótlás sikere. Néhány magabiztos szóval meg kell győzni paciensünket, hogy a 30 évvel ezelőtt elhunyt nagymama rossz protézise épp úgy a multé mint a nagymama uszályos, turnűros ruhája.

A mult században a fogászok az utcai névtáblájuk alatt kis szekrénykékben helyezték el mintaprotéziseiket reklám céljából. Ez ugyan etikai szempontból nem engedhető meg, de azzal az előnnyel járt, hogy a fogpótlás nem volt olyan távoli, bizonytalan, ismeretlen tárgy. A mai fogorvos sem nélkülözheti rendelőjében a mintamunkákat. Itt nem arra a díszes, bársonybéléses tokban elhelyezett mintagyüjteményre gondolok, melyet nagy áron hoznak a gyárak forgalomba. Egynéhány alsó és felső skelettált lemez, kaucsuk- és műgyantaprotézis is elegendő. Adjuk a beteg kezébe a mintamunkát. És akkor nagyon kevés szó elég, hogy a fogsorok jellemző tulajdonságait elmondjuk. A beteg számára kedvező gondolat, ha tudja, hogy ő ma már a régieknél előnyösebb, esetleg könnyebben meg is szokható pótlást kap. Ezért, ha egy jobb megoldású pótlást kap, mutassuk meg a kevésbé előnyöst is. Ezt a részét a műfogsorviselés lélektani előkészítésének a *fogsorviseléssel való megbarátkoztatásnak* nevezhetjük. A megbarátkoztatás a protézisviselés gondolatával akkor kell, hogy kezdődjék, amikor a beteg fogorvosához megy és azt látja, hogy páciense rövid időn belül protézisre szorul.

Az első kivehető fogsor előtt mindig felveti a beteg, hogy nem készíthető-e még szájban rögzített fogsor? Az európai pacientura készséggel csiszoltatja le fogait hídpillérnek, sőt szükség esetén nem kozmetikus elhorgonyzáshoz is hozzájárul, csakhogy ne kelljen kivehető fogsort viselnie. Tudjuk, hogy Észak-Amerikában sokkal gyakrabban alkalmaznak kivehető részleges fémlemezt, olyankor is, mikor mi inkább hidakat készítünk. Egyik oka az exodontizmuson kívül, hogy a kivehető műfogsorral szemben kisebb az amerikai beteg

lelki averziója, hogy higienikusabbnak tartja a jól tisztítható, kivehető pótlást, mint a fix hidakat.

A lenyomatvétel és protézis elkészülte közti idő, de főleg közvetlenül az első behelyezés előtti az, amit a *fogsorviselés lelki előkészítésére* fel lehet használni. Lélektani munkánk két irányú: 1. az esetleges téves és alap nélküli félelmet eloszlatni, 2. előkészíteni a pacienst a műfogsorviseléssel bekövetkező kezdeti kellemetlenségekre. A legtöbb beteg kérdezget fogsora felől. Türelemmel, de röviden és határozottan kell válaszolnunk. Bizonyos, mindig ismétlődő, téves aggodalmakat előre el kell hárítani, mert így állításunk meggyőzőbb. Ilyen pl., hogy a harapáspróbánál, fogpróbánál a beteg majdnem mindig megkérdezi, hogy a lemez ilyen nagy és vastag lesz-e? Hasonló, megelőzendő félelem jelentkezik akkor is, mikor a félig kész részleges protézist tág kapcsokkal első alkalommal a szájba helyezzük; a beteg megijed, hogy az mindig ilyen bizonytalan tartású lesz. Viszont szoros kapcsokkal a fogsor beillesztése és kivétele nem mindig egyszerű az első időben. A fogorvosnak türelemmel meg kell mutatnia és gyakoroltatnia ezeket a műveleteket. Ez sohasem tükörből, hanem mindig érzésre történjék. Hátránya a tükörből való behelyezésnek, hogy rabja lesz a tükörnek, és ha esetleg nincs tükre, pillanatnyilag nem darabját szájába helyezni.

Ha a protézist szájba helyeztük, akkor jön a fogsorviselés legnehezebb szaka, a *megszokás*. Főleg ilyenkor kell a fogorvosnak a beteget orvospszichológiai módszerekkel támogatni. Bele kell képzelnie magát a fogsorbehelyezés első nehéz percétől a protézist viselő lelki állapotába és közölni vele, hogy a fogorvos tudatában van az ő kellemetlenségeinek.

Kívánatos a beteget előkészíteni a várható nehézségekre. A jó beavatott gyógyász sokszor már a kórelőzmény felvétele elején tisztában van a diagnózissal. Olyan kérdéseket tesz fel, amelyekre a beteg, miközben válaszol, csodálkozva jegyzi meg, hogy ezt vagy azt a panaszát honnan tudja az orvos. A beteg bizalmát ez már megnyeri. Valamelyest hasonló a helyzet, ha a fogsor szájbahelyezése előtt közöljük, hogy az első időkben milyen kellemetlenségekkel kell számolnia: a műfogsort, vagy műfogsorokat nagynak fogja érezni, kevesebb helye lesz a nyelvnek a szájban. A műfogsor, mint szájbahelyezett idegen test nyáladzást vált ki, néha hányingert is. Közöljük, hogy ezek a panaszok átmenetiek. A legtöbb betegnek az első napokban vannak percei, amikor úgy érzi, hogy hiábavaló minden igyekezete, ő sohasem fogja megszokni fogsorát. Ki akarja venni, vagy ki is veszi a fogsort a szájából. Ezt mindig elmondom betegeimnek, mielőtt az új protézissel útjukra bocsátom. És ez a mondat átsegíti őket ezeken a nehéz perceken. A lényege ennek is, mint minden egyéb lélektani segítségnek, hogy paciensünk tudja, hogy más fogsorviselő is keresztülment azon, amin ő és fogorvosa átérzi az ő kellemetlenségeit.

Orosz kutatók megállapítása szerint a fogsor mint idegen test bizonyos *reflexeket* vált ki, pl. hányingert. Ezeket a reflexeket a nagyagykéreg *változott reakciójával* idővel mérsékli. *Ez a műfogsor megszokásának neurológiai alapja.* Ennek bekövetkezte szabja meg a megszokás időtartamát.

A műfogsorviselő arcvonásai a protézis első behelyezése után közvetlenül merevek, idegenek. Ez az arcvonásmerevség napok múlva fokozatosan oldódik. Hasonló ez az arcmerevség az iskolásgyermek arcához, aki cukrot tart a szájában, amikor tanítója bejön az osztályba. A gyermek a cukrot sem kiköpni, sem lenyelni nem akarja, hanem kényszeredett, merev, de éppen ezért hangosan beszélni, fél, hogy a fogsora kiesik. A pofanyálkahártyát, az ajkat egyúttal áruló arccal a szájában tartja. A friss fogsorviselő nem mer nevetni, reáfeszíti a protézisére. Nyelvével folyton tapogatja a protézist. Ez mind meglátszik arckifejezésén. Nem árt, ha erre az értelmes paciens figyelmét felhívjuk és tudatosítani igyekszünk előtte a helyzetet.

Nem teljesen tisztázott kérdés, hogy a fogsorviselő éjszaka **viselje-e** protézisét? Az általános — és azt hiszem helyes — vélemény az, **hogy a kapcsos protéziseket, a felső jól ülő funkciós darabokat éjjel is viseltessük. Az új** protézist okvetlenül ajánlatos éjszaka is szájban hagyni, mert ha este a beteg kiveszi, reggel újra kezdődik a megszokás kellemetlensége.

A megszokás és leiki előkészítés tekintetében a férfi és nő között különbség van. A kozmetikus szempontokat előtérbe helyező nő, aki a divat és tetszetős külső kedvéért sok kényelmetlenséget elvisel, rendszerint a műfogsort is könnyebben szokja meg. Az emberi hiúság nemi különbség nélkül segít a műfogsor megszokásában. Olyan darabokat, melyekben frontfogak, vagy csakis frontfogak vannak pótolva, még ha a fogsor rossz is, türelmesen viseli gazdája. Arcsérültek komplikált, nehezen megszokható protéziseiket megszokják, mert külsejüket javítja. Ezzel szemben pl. egy alsó fogsort, mely csak őrlőfogak pótlására szolgál, viselője a legkisebb panasz esetén is kiveszi szájából.

Egy vegyészeti gyár évekig hirdetett egy szert műfogsor tisztítására. A hirdetés vastagbetűs kezdőszava a *„műfogsorlehelet"* volt. Ez a hirdetés azt okozta, hogy a betegek abban az időben mindig aziránt érdeklődtek, hogy lesz-e szaga műfogsoruknak? A laboratóriumból kikerült új protézisnek egy ideig úgynevezett „kazán-íze, szaga" van és ezt a paciensek nagyon nehézményezik. Ha az új műfogsort néhány órára mentolos szájvízbe tesszük, úgy az a mentol ízét, szagát felveszi és ellensúlyozza a kazán szagot. Az új fogsornak így kellemes mentolszaga lesz. A műfogsor rendszeres tisztításakor ilyen mentolos fürdő ajánlatos, mert meg tudja kedveltetni a fogsort.

A protézis megszokását hátráltatja a fogak anyagának és formájának eltérése a természetes fogtól. A kemény porcellánfog csattog, ütődik, könnyebben megszokhatók a *Molnár László* által ajánlott alumíniumőrlők, **vagy** bizonyos kautálék mellett a protézisben alkalmazott palapontfogak. A természetes alaku műfog könnyebben megszokható. A leggyakoribb hiba itt, hogy fogak között nincsenek rések, a fogak linguálisan túl magasan vannak kaucsukkal borítva. A műfogsoros selypítés oka legtöbbször az alsó fogak linguális csücskeinek **hiánya.**

Soós Aladár meghatározása szerint a száj a zamatérzőszerv székhelye. Az ételek zamatának érzése a táplálék szájban való ízléséből, tapintásából, hőmérsékletének érzékeléséből és szaglásából áll. A műfogsor a zamatszerv működését rontja és megváltoztatja. A zamatérzékelésnek a műfogsortól nem érintett része, így pl. a szaglás fokozódik, és ellensúlyozza a kieső érzéseket. A zamatszervnek, főleg *ízérző részének* működése az első napokban csökken. Hiányzik a felső szájpad érdessége, mely a nyelv ízérző szemölcseibe dörzsöli az ételek ízét. A műfogsorviselő melegen (forrón) szereti az ételeket. Ennek oka az, hogy a meleg étel és ital (pl. feketekávé) szaga, arómája kifejezettebb és a legyengült ízérzést szaglással akarja pótolni. Napok mulva az ízérzés visszatér, de nem teljesen, pl. a hivatásos borkóstolók kiveszik a fogsorukat, ha az aromát akarják vizsgálni. A dohányzás sem ízlik a műfogsorviselés kezdetén. A műfogsorviselés a szájüri funkciók egyrészét, így a zamat érzést lerontja. Egy másikat, a rágást, bizonyos idő és gyakorlás után megjavítja. Még szerencse, hogy az ízérzés idősebb korban, 60 éven túl úgyis némileg csökken. Különösen a szénhidrátok (cukor) élvezete szorul háttérbe. *Az idős,* protézisviselő tehát nem érzi a műfogsor hátrányát annyira, mint a fiatal.

A páciensnek újra meg kell tanulnia a rágást a fogsorral. Súlyos *lélektani csalódást* okoz, ha a beteg előzetes felvilágosítás hiányában azt hiszi, hogy műfogsorral mindjárt tud majd rágni. A rágásra való oktatás nem tisztán mechanikai, illetve étrendi kérdés, hanem részben lélektani is. A rágás újbóli, protézissel való tanulásakor a legnehezebb az első időkben való, tudatos, mindkét oldalon való rágás és az ételeknek az alsó és felső fogsorív közé juttatása.

A fogsorviselő oly étrendi tanácsokkal való ellátása, mely a rágási feladatokat *fokozatosan* növeli, nagy segítséget nyújthat a rágás megtanulására. A műfogsort viselő, ha étrendi utasításokat kap, úgy érzi, hogy fogorvosa törődik azzal, hogy ő megtanuljon rágni és nem ért véget feladata a fogsor szájbahelyezésével és a honorárium átvételével.

A honorárium, mint téma, középeurópai orvosi felfogás szerint meglehesen tabu. Nem így Észak-Amerikában, ahol az egyetemeken előadott, ú. n. pacienspszichológia, orvosi ökonómia foglalkozik vele.

Goslee Fogorvosi ökonomia c. munkájában a következő szinte aforizmának tetsző megállapítást teszi: „Csodálatos és figyelemreméltó, hogy a műfogak minden fajtájával és protézisekkel, ha azt már kifizette a beteg, sokkal jobban meg van elégedve, mint előbb". Ha egy kicsit utánagondolunk e megállapításnak, úgy igaznak kell mondanunk. Oka ennek, hogy a protézisviselő, ha adós a honoráriummal, úgy tudatosan a meg nem elégedettet mutatja, hogy húzza a fizetés idejét, de talán az sem ritka, hogy tudat alatt mintegy *önigazolásként*, vagy *önmentségként* nem akarja jónak elismerni a ki nem fizetett műfogsort

A jó fogsort annyira megszokja viselője, annyira eggyé lesz vele, hogy nemcsak enni és beszélni nem tud nélküle, hanem ha a fogsor száján kívül van, hiányérzése támad. Kivehető fogsornál elkerülhetetlen időnként kisebb javítás, amely alatt a fogsort a betegnek nélkülöznie kell. Ha ilyenkor nincs egy tartalékdarabja, úgy nehéz helyzetbe jut és ráeszmél a foghiányból eredő *társadalmi kellemetlenségekre*. Ezek mint lelki árnyak kísérik akkor is, amikor már visszakapta megjavított fogsorát. Van olyan páciens, aki állandóan fél, hogy fogsora eltörik, ezért alig mer vele enni, sőt túlóvatosságból ügyetlenül bánik vele szájon kívül. Egy fiatal nőbetegem elmesélte, hogy balatoni nyaralását elrontotta a gondolat, hogy eltörhetik a felső részleges protézise. Orvossága ennek egy tartalékdarab, melyre ajánlatos minden esetben pácienseinket rábeszélni.

A pszichoanalitikai irányzatnak köszönhetjük a „*Minderwertigkeitsgefühl*" fogalmát, melyet alacsonysági érzésnek, vagy *Gartner* szerint igen találóan silánysági érzésnek fordíthatunk. Érdemes tanulmányozni az új és megszokott fogsorviselő silánysági érzését. Ha a silánysági érzést mint analitikai fogalmat elfogadjuk, akkor a fogsorviselésnek két ösztönéleti tényezőhöz való viszonyát is tegyük vizsgálat tárgyává. E tényezők a táplálkozási és nemi ösztön. A táplálkozási ösztön itt nem a nyers éhségcsillapító, önfenntartási ösztön, hanem egy differenciáltabb táplálkozási ösztön, mely rágást igénylő ételek utáni vágyból, a rágás közben érzett ételélvezet kívánságából áll. De van gátló része is a táplálkozási ösztönnek: a félelem, hogy étkezéseknél, a műfogsor kudarcot vall, elmozdul, kiesik. A félelem, szorongás, hogy egyes ételeket nem tud megenni, a műfogsorviselőnél silánysági érzetet eredményez és szociális teljesértékűségét csorbítja.

A nemi ösztön és fogazat között sokkal több az összefüggés, mint azt feltételeznénk. A jó, szép és ép fogazat a nemi vonzerő egyik tényezője volt az ókori rabszolgavásárok idejében éppen úgy, mint ma a filmvilágban. *Balogh Károly* szerint, azok az emberek, akik fogaik épségének megtartásában és kozmetikus pótlásában nagyon minuciózusak és anyagiakat illetőleg viszonyaikon túlmenően áldozatkészek, ezt tudatosan, vagy tudatalatt, de mindenesere nemi vonzerejük érdekében teszik. Más orvosi szakmák művelői előtt is kialakul egy ilyen túligényes típus. Így pl. *Joseph* a korrekciós sebészeti műtétekre kerülő felfokozott igényű beteget „*hyperaestetikus*"-nak nevezi. Az ilyen páciens ellátása, örökös újabb kérdéseire és megjegyzéseire való válaszolás az orvos számára nehéz és fárasztó feladat.

Az ösztönélettani alapon fokozott igényű betegeknél igyekezni kell a pótláskor a természethűségre a leggondosabban vigyázni.

Kétségtelen, hogy egy kivehető fogsor, ha észrevehető, viselőjének nemi vonzerejét csökkenti. Sok kényszeredett, rögzített fogpótlás eredetének magyarázata ez. Sok páciens első kérdése midőn fogorvosa kivehető fogsort ajánl, hogy házastársa meg fogja-e ezt tudni? A kivehető fogpótlás jelentősége házassági szempontból valóban nem közömbös. A magyar jog szerint házasságbontó ok, ha az egyik fél lényeges személyi tulajdonságára nézve megtéveszti a másikat. *Schranz* közöl egy esetet, melyben a kivehető protézis eltitkolását bíróságunk lényeges személyi tulajdonság eltitkolásának vélelmezte. *Sachs* egy esetében a bíróság az eltitkolt, kivehető protézist válóoknak tartotta.

Az első behelyezéskor a tükörben való szemlélés sokszor elégedetlenséget válthat ki, még a legjobb protézisnél is. Ha tükörből szemléli betegünk új műfogsorát, a tükröt 20—30 cm távolságra tartja szájától, és figyelmét a fogakra koncentrálja, könnyen találhat rajta kifogásolhatót. Ha betegünk megfelelő értelmességű, úgy megmagyarázhatjuk, hogy a napi életben embertársaink beszéd, tárgyalás közben ½—1 m távolságban vannak és figyelmük nem csak a fogakra irányul.

A műfogsorviselés kozmetikai részének is vannak lélektani vonatkozásai. A fogszínválasztás orvosi munka, de abba a páciensnek is beleszólása van. Az emberi fogszínideál fehéres. Kevés dolog van, ahol az európai kultúrember és az afrikai vad szépségideálja megegyezik: ilyen a fogszín. Sok beteg szeretne tehát nem megfelelő, túl világos fogszínt a fog választásakor. Ha az orvos enged ennek, úgy a beteg rövid viselés után rájön arra, hogy műfogairól színük miatt messziről látszik, hogy nem valódiak.

A műfogsor alapanyagainak, a kaucsuknak, műgyantának és a fémnek megvan a maguk lélektani vonzóereje, ill. sebezhetősége. Az anyagok ilyenirányú elbírálásánál a színnek van a legnagyobb jelentősége. Ebből a szempontból a szájnyálkahártyaszínű v. átlátszó műgyanta a legelőnyösebb a páciens szempontjából, mert legkevésbbé idegenszerű. A fémeknek vékonysága és jobb tisztíthatósága a lélektani vonzerő. A kaucsukprotézis legtöbbször barna, maronvörös, esetleg fekete. Ezek a természetellenes színek mindig lelki ellenkezést váltanak ki, jóllehet nincsenek feltűnő helyen.

A fentiekből kitűnik, hogy két olyan látszólag távoli orvosi tudományszaknak, mint a fogászatnak és lélektannak sok kapcsolata van. E kapcsolatokra való rávilágítás remélhetőleg felhasználható lesz a kivehető protézisekkel szemben érzett ellenszenv leküzdésére és megszokásuk megkönnyítésére.

Dr. G. Huszár: „Psychologie des porteurs de prothèses."

Les propriétés biologiques de la bouche, le sens du toucher exquis de la cavité buccale rendent bien difficile l'habitude de la prothèse. Le médecin-dentiste doit connaître la spiritualité du porteur de prothèse afin qu'il aide son patient à traverser les difficultés du début. L'usage de mettre le dentier pour la nuit dans un verre d'eau n'est plus actuel; mais cependant on est tenté de le faire et la présence de la prothèse cause une certaine aversion psychique. Il indique ensuite l'utilité du modèle, mis entre les mains du patient. Avec l'idée d'utiliser des prothèses, le malade doit s'y habituer psychiquement déja avant d'en prendre l'empreinte. Pendant la préparation du dentier et immédiatement avant la première pose il est à souhaiter que le médecin-dentiste procède préalablement à un travail psychique. L'usage de la prothèse est grandement facilité par la conservation pendant la nuit. Les femmes s'habituent au dentier plus facilement. Au début, le dentier trouble sérieusement la sensation gustative de la bouche, mais on la reconquiert avec

le temps. La prothèse peut occasionner un sentiment médiocre car celui qui en fait usage peut décroître sa valeur sexuelle et rend difficile ses repas en société, devant le public. Il est caractéristique, quant à l'importance de la prothèse, que sa dissimulation a figuré selon nos lois en Hongrie, comme cause de divorce. Si l'on observe les circonstances psychologiques, celles-ci facilitent l'usage du dentier et fournissent des données utiles à l'élimination des préjugés contre les prothèses.

Budapest, VII., Wesselényi-u. 75.

Műfogsort viselők lélektana.*

Irta: Dr. GARTNER PÁL egyetemi magántanár.

Kevés példa érzékeltethetné jobban a szervi-lelki kölcsönösségek és kölcsönhatások jelentőségét, mint a fogorvosi szakosztály mai értekezlete. Klinikai- és gyakorló fogszakorvos tartott eléggé nem értékelhető készséggel és hozzáértéssel előadást a műfogsort viselőkön tapasztalható reaktív lelki jelenségekről. Az előttem elhangzott előadáshoz inkább csak kiegészítésül említeném — a magam speciális praxisából adódó tapasztalatok alapján is — a mélylélektani tudomány ama szempontjait, amelyek a szóbanforgó kérdéssel kapcsolatosak.

Minden ellenkező vélelemmel szemben: az analitikai pszichoterapiával foglalkozó szakembereknél *igen súlyos parapátiás* (neuraszténiás), *sokszor prepszichotikus* állapotban jelentkeznek a betegek.

Nem tartom kétségesnek, hogy igen nagy azoknak a száma, akiknél a műfogsorviselés reaktív lelki jelenségeket produkál. Több mint két évtizedes pszichoterápiai magángyakorlatom és kórházi, ideggyógyászati, valamint elmeintézeti praxisom, de ugyanezekben a szakmákban dolgozó más kartársaktól, így Horányi Béla professzortól is beszerzett információim alapján azt mondhatom, hogy a *protézis-viselésnek,* mint komoly lelki betegséget kiváltó, vagy már meglévő lelki betegségeket súlyosbító oknak *nagyobb jelentősége nincsen.* Ez körülbelül azt jelenti, hogy az Önök által igen nagy számban észlelt reaktív lelki állapot kivételesen mélyül el annyira, hogy hozzánk kerüljön. Tehát a protézis-viselés mint lelki trauma igen ritkán olyan jelentőségű, hogy következményeiben pszichoterápiás, ill. pszichiátriai szakkezelést igényeljen.

A betegek a fogorvos lelki támogatásával, vagy a nélkül is „elkészülnek" előbb-utóbb a tünetekkel. Szakszerűen: Én-jük alkalmazkodik az új lélektani konstellációhoz és *szimptomák nélkül* veszik tudomásul azt a realitást, hogy műfogsort hordanak.

A fogak oly nagy számban való elveszítése, hogy csak protézissel oldható meg a helyzet, elég jelentékeny *testi csonkulás.* Más csonkulásoknál: megvakulásnál, megsüketülésnél, végtagelvesztésnél sokkal gyakrabban látunk olyan reaktív lelki állapotokat, amelyek miatt a csonkulást szenvedett ideg-, elmeorvoshoz is kerül. Bennünket orvostani pszichologiával foglalkozókat épen az érdekel: *mi az oka annak,* hogy a fogazatukban csonkultakat egészen ritkán látjuk a csonkulás és a protézis miatt pacienturánkban, és épen ez az a probléma, amivel előadásomban foglalkozni akarok. Eleve is azt remélem, hogy a jelen határterületi téma analitikai mélypszichologiai megvilágítása hasznos tudományos és gyakorlati együttműködés kezdetét jelenti.

* Felkért hozzászólás a Fogorvosi Szakcsoport 1947 január 9-iki tudományos ülésén.

Egész sor olyan élmény van, amely, mint aktuális trauma, lelki betegségeket vált ki, vagy már fennálló parapátiás állapotokat súlyosbít. Ezek a traumák lehetnek érzelmiek, pl. közeli hozzátartozó elvesztése, házastársi hűtlenség stb., de lehetnek testiek is: pl. súlyos szervi betegség, csonkulás stb. Mai lélektani tudásunk szerint ha akut megrázkódtatások, parapátiát váltanak ki, annak oka az, hogy *a megrázkódtató élmény régi, párhuzamos, el nem intézett lelki traumákat is megmozgatott* és az aktuális és régi traumák bonyolult lelki vagy lelki-szervi dinamizmusok útján patogének. Nem tartozik témám körébe, hogy ezekről a lélektani, ill. kórlélektani folyamatokról értekezzem, inkább csak további mondanivalóim megértése érdekében említem meg, hogy a csonkulás egy súlyos *narcisztikus* (önszeretési) lelki sérülés, ami reaktív depressziót okoz és gyógyítása adott esetben csak szakorvosi segítséggel érhető el. Finom lelki kísérő jelenségeken múlik, hogy valamiféle csonkulás lelkileg mennyire patogén. A látás elveszítése, ami az embert érhető lelki traumák közül bizonyára a legsúlyosabbak egyike, idevágó vizsgálataim szerint általában szintén nem jár különösebb lelki reakciókkal. Egész sor megvakult egyénnel beszélgettem és kiváló szemorvosokat kérdeztem meg. Az így szerzett adatok arra utalnak, hogy a megvakulást azért nem követik súlyos parapátiás reakciók, mert az egyén elvesztett látása helyébe gondoskodó, résztvevő környezetétől (családjától, vakok intézetétől) gyámolítás és segítés révén *a gyermeki mult elveszített paradicsomát — mintegy kárpótlásul — visszakapja.* Az élet felelősségteljes feladatait kevésbbé vállalhatja a vak ember. Támogatják, mellette állnak és ez felidézi, sőt konzerválja az egykori és meghaladott gyermeki mult sajátos kellemes érzelmi állapotait.

A végtagjaikon csonkulást elszenvedettek parapátiája: reaktív depresszió; gyászolják a régebben szervezetileg hozzájuk tartozott karjukat, vagy lábukat. Sajátságos *önpusztító tendencia,* ami az ilyenkor fellépő reaktív gyászállapotban a már elszenvedett sérülésen túl és tovább is pusztítani, a mélypszichologiai tapasztalások szerint: *büntetni* akarja az Ént.

A műfogsort viselő csonkult egyén olyan pótlást kap elveszített fogai helyett, melyhez hasonlót sem funkcionális, sem esztétikai-kozmetikai értelemben nem kaphat a megvakult, ill. végtagcsonkulást elszenvedett. És ez az *első* oka annak, hogy a protézist viselőt érő trauma nem jár súlyos lelki következményekkel. Az elveszített fogak helyett mást és olyat kap, ami funkcionálisan csaknem *teljes mértékben pótolja* a korábbi fogazatot. *Esztétikailag kozmetikailag* pedig nem ritkán *sokkal inkább.* Részben ez a magyarázata annak is, hogy a nők még a férfiaknál is kisebb reakciókkal viselik el a protézis traumáját. A külső, a szépség olyan döntő fontosságú a nő önértékelésében és társadalmi helyzetében, hogy egy csaknem kifogástalan funkciójú, de esztétikailag egészen kiváló benyomást keltő műfogsort minimális reakcióval, vagy anélkül, néha kifejezett örömérzéssel vesznek tudomásul. Persze, amíg a műfogsor nincsen készen, egy várakozó-félelem tölti el az egyén lelkét, hogy helyet adjon az értékes pótlás nyomán jelentkező örömnek.

Második ok, amiért a műfogsort viselőknél nem látunk számbavehető parapátiás következményeket az, hogy a műfogsor aktuális traumája *nem tud olyan párhuzamos, elfojtott, tudatlanná vált élményeket mobilizálni,* mint pl. ha valaki gyermekét veszti el és ez a trauma megmozgat egy régi hasonló élményt, amikor szülőjét, vagy testvérét veszítette el. Az aktuális trauma dinamikus ereje pedig kisebb, kevésbé patogén, mintha a párhuzamos traumák érzelem-energiáival társulhat. Álomban a fogkiesés az onánia miatti büntetés szimboluma. A fogak valóságos elvesztése azonban nem szimbolizálja az onánia bűntudatot.

Az analitikus pszichológus munkája hasonlíthatatlan őszinteségi atmoszférában folyik. A páciens saját jólfelfogott érdekében minden rejtett gondo

latát, olyat is, amit korábban önmagának sem vallott volna be vagy elhárította azt a tendenciát, hogy végiggondolja, közöl. A protézist viselőknek, — és ez a *harmadik* ok, amiért nem valóságos lelki élmény a műfogsorviselés ténye — *antiszociális gerjedelmek vonalán van örömük abból, hogy műfogsort viseljenek.* Titkolják, hogy műfogsoruk van és ezzel becsapják a mit sem sejtő embertársakat. Az agressziós ösztön és a hatalmi- ösztönszerű-örömöknek speciális ötvözete az, ami ennek a titoknak egoisztikus örömében revelálódik.

De van még egy örömérzés, amihez a műfogsort viselő hozzájut és ez a nemi ösztön egyik, a csecsemőkorban igen nagy jelentőségű, de a felnőttebb és a felnőtt korban is mindig bizonyos örömforrást jelentő, kéjtszolgáltató, a szájzónához kötött, ú. n. oralis-libidinózus kielégülés. A műfogsort viselő — és most az érthetőség kedvéért is fogalmazom így — egész életére szóló dudlit kap a szájába, amivel eljátszadozik. Leemeli, vagy felemeli a protézist, a helyére visszarakja, nyelvével simogatja, nyaldossa; orális örömök számos variációja virágzik ki, ha az egyén műfogsort hord. Az egészséges szexuális érzésvilágú felnőttnél a csókolódzás és a nemi előjátékhoz tartozó szájzónákhoz kötött egyéb nyilvánulás, de a dohányzás is az orális erogén-zóna foglalkoztatottságát biztosítják. Ehhez járul most a protézis: az *örök cucli*, ami *a negyedik oka* annak, hogy a protézis viselése oly kevéssé pszichopatogén.

Mégis traumatikus a műfogsor tudata, hiszen a protézis az *öregedés jele*, s ha fiatalon is kényszerül valaki protézisre: emlékeztet az öregségre. Ezt a traumát jelentékenyen enyhíti, vagy paralizálja az a tény, hogy esztétikailag egy jól elkészített protézis szebbé teszi, vagy teheti az arcot. Egy másik traumatikus értékű szempont, ami a protézist viselőt *félelemmel tölti el*, hogy műfogsora a *szexuális életét megzavaró tény lehet.* Attól tart, hogy csókolódzásnál megmozdul a protézise és észrevehetik defektusát, vagy hogy a csókolódzás bizonyos válfajánál, ha a partner a nyelvét a szájába helyezi, észrevehetik a műfogsort. A gyakorlat nem, vagy csak igen kis mértékben igazolja az aggodalmaskodót. Mindenesetre hamarosan begyakorolja azt a technikát, amivel elkerülheti a kényelmetlen helyzeteket.

Itt merül fel az a szempont, hogy *miért hat dezilluzionálóan, deszexualizálóan*, a szexuális, vagy szerelmi partnerre az a tudat, hogy a másik műfogsort visel. (Hogy ennek milyen nagy gyakorlati jelentősége van, jellemzi a törvény, mely szerint ha valaki műfogsorát eltitkolva, elhallgatva házasodik és élettársa csak azután jön rá, a protézis viselésére, mikor már egybekeltek a válás kimondását kérheti, mert lényeges körülményt hallgatott el a protézist viselő fél, amikor házasságra lépett.) Azt látjuk, hogy az animozitás, amit a másikkal szemben a protézis-tudat kivált, igen sokszor csak *észszerűsítése* egyéb nem közölt, vagy nem közölhető kifogásoknak. És a saját *netáni* hasonló *csonkaságától való félelem* is megszólal ilyenkor agresszív formában. De a protézis miatt öregnek tartják a protézist viselő partnert. Férfiak (sokszor a nők) szexuális tárgyválasztásában pozitív jelentősége van a nőpartner fiatalságának, vagy annak a tudatnak, hogy az még fiatal.

A protézist viselő attól is fél, hogy *beszédében fogja zavarni* a műfogsor. A beszéd, ami az egész intellektuális képesség kifejező eszköze és az érzelmek hangszere is, nagy jelentőségű és csak az embernél existáló — szinte korlátozatlan jelentőségű — tevékenységképesség. A gyakorlat itt is bebizonyítja, hogy megfelelő kortikális beszédkészség mellett szinte hiánytalanul tökéletes pótlás a műfogsor. Ismét kiderül, hogy az elveztett helyett teljes kárpótlást kapott.

Azzal is foglalkoznak a protézisre szorulók, hogy a *táplálkozás lehetőségei* és örömei korlátozva lesznek. Ha a rágás, kivált teljes alsó-felső fogsor esetén, nem is kifogástalan, ha vannak is szempontok, amire a protézist viselőknek tekintettel kell lenniök, a gyakorlat később ezt az aggályt is eloszlatja.

Összefoglalóan: *az ösztönvilág örömeit félti* a műfogsort viselni kénysze rült, de — és ez valamennyi felvételezésünknek „*conditio sine qua non*"-ja — jól elkészített műfogsor *nem okoz számbavehető nehézségeket* az említett lelki és ösztönszükségletek kielégítésének területén.

A műfogsort viselő csonkulttestű személyiség valóban kisebb értékű az egészséges, teljes fogazattal rendelkezőkhöz képest. *A kisebb értékűség érzése egy meglévő reális kisebbértékűségre, silánysá*gra *vonatkozik.* A patologiás silánysági érzés *(Minderwertigkeitsgefühl)* legfeljebb racionalizáltatik a meglévő kisebbértékűséggel. A kisebbértékűség érzések *igazi hátterét* mélyen rejtett *bűntudati-érzelem-elemek tartják fenn.* Ha a protézist viselő műfogsorával magyarázza, indokolja silánysági érzését, akkor a mögötte megbújt patogén elemek analitikus feltárása meggyógyítja a silánysági érzést, bár a lelki gyógykezelés új fogakat nem tud növeszteni.

Mi sem jellemzi jobban a mondott traumatikus hatást *ellensúlyozó* komponenseket, mint az a tény, hogy a műfogsort viselőknek *nincsenek olyan vágyálmaik,* amelyekben ők valódi, 32 ragyogó, fehér foggal szerepelnek.

Az egész súly- és ellensúly problématikához tartozik még az is, hogy a műfogsorra kényszerültség állapota egy állomás csupán, amelyet a fogazattal kapcsolatos bajok: fájdalmak, foghúzások, fogkezelések, foghiányok tekintetében hosszú előtörténet előz meg. Ezeknek *egyik-másik étappja kínosabb, mint az a változhatatlan tény, hogy műfogsort kell viselni,* amivel igen kevés baja van az egyénnek.

Nem egészen jelentéktelen probléma, hogy a műfogsort viselők félnek attól a lehetőségtől, hogy protézisük *eltörhet* és akkor fogak nélkül kell járniok egy két napon át, ami persze leleplezi mások előtt defektusukat. Egy pótfogsor nemcsak arra szolgál biztosítékul, hogy ilyen esetben se kerüljön az érdekelt nehéz helyzetbe, hanem a tény, hogy egyáltalában van még egy példány a műfogsorból, sok ú. n. „véletlenségből", tehát a fogsort viselő hibájából származó törést megakadályozhat. Nevezetesen: azok az „ügyetlenségek", melyek következtében pl. tisztogatás közben elejti az egyén a fogsort, *tudatlan lelki tendenciának kifejezője,* mely szándékoknak éppen az az *Én ellenes céljuk,* hogy lepleződjék a silánysági állapot. Egy belső Én-t pusztító erő, az aktuális, vagy nem tudatos bűntudat szolgálatában *bünteti az egyént* az efféle „véletlennel". Egyik páciensem pl., aki igen jómódú leányt vett feleségül, eltitkolta protézisét. Az esküvő előtti estén elejtette műfogsorát. Bonyolult helyzetén egy áldozatkész, éjszakai munkát vállaló fogtechnikus segített, tehát praktikus következményei nem voltak az esetnek. A „véletlen" pszichológiai háttere: nem szerette a jövendőbelijét, sőt, éppen másvalakit szeretett; pénzért nősült és az a bűntudat vezekeltette érdekházasságáért, melyet elhagyott szerelme miatt érzett. Tudattalan erkölcsi világa nem szánta neki az anyagi felemelkedést, lehetetlenné akarta tenni a házasságkötést, bosszút akart állni inkorrekt magatartásáért. Ha a betegeket figyelmeztetjük, hogy rejtett, Én-ellenes benső tendenciák produkálhatnak ilyen kínos helyzeteket, ha *tudatosodik* ez az *eshetőség,* kevésbbé lesznek kitéve „véletleneknek". Ez a felvilágosítás akkor sem felesleges, ha a műfogsort viselő duplikátummal rendelkezik, mert két fogsort is el lehet törni „ügyetlenségből", „véletlenül"; ha a tudattalan akarja.

Egyetlen esetemben tapasztaltam, hogy a súlyos depresszív-paranoid állapotban szenvedő betegnél a műfogsor megoldás kilátásba helyezése a lelki állapotban rendkívüli rosszabbodást okozott. Kénytelen voltam a fogorvossal konzultálni és azt javasoltam, hogy inkább tökéletlen hídmegoldást adjon, mintsem az amúgyis súlyos állapotban lévő beteget az öngyilkosság veszélyének tegyük ki. A hídmegoldás lehetőségének közlése a tünetek azonnali

enyhülését hozta. Ez a komoly pszichikus-reaktiv állapot egyébként egy 50 éves férfit sújtott.

Nőknél a menopauza bekövetkezése hasonlíthatatlanul súlyosabb lelki trauma, mint a protézis s hogy annyival könnyebben viselik el a nők a protézis-tudatot, mint a férfiak, talán azzal is magyarázható, hogy nagy bajok esetén nincs különösebb jelentősége a kisebbnek, melyek közül éppen a fogprotézis még fiatalít is.

Szeretnék további — a fogorvosi praxisra hasznos — következtetést levonni az analitikus pszichológus tapasztalásokból. Manap a hidak készítésénél igen nagy figyelmet fordítanak a természeti hűség plasztikus kifejezésére. Jacket-koronák, Jacket- és műzománchidak korát éljük, ahol sokszor *az a szép, ami csúnya,* ami olyan, mint a többi még meglévő fog. Az eredeti fogak színét, szabálytalanságát, a fogrések, a foginy természetest utánzó megalkotását kellően értékelik a fogorvosok. Nálunk Magyarországon azonban a hidak nagyobb része — főleg gazdasági okok miatt — fémből készült, nem kozmetikus híd. Nos, a *protézisekbe kellő számban és kellő helyen kell beépíteni hídhorgonyoknak látszó fémfogakat, betétszerű részlegeket és akkor a protézist viselő szájában nem ragyogó fehér fogakat, hanem hidakat fognak látni.* Különösen akkor van ennek a fogásnak jelentősége, ha korábban, esetleg évtizedekig, fémkorona horgonyú hidat viselt az egyén és ha protézisre szorul, egyszerre csak „kinőnek" a fehér fogak. *Pontosan utánozni kell a legutolsó fem híd horgonyait,* mert ez nagyon nyugtatóan hat a protézist viselőre. (Nemcsak másokat vezet félre vele, hanem önmagát is.) És *amerikásítani kell a fogorvosi praxist:* kis pótlásokat is *protézisekkel kell megoldani,* hogy nálunk se legyen — ahogy Amerikában nincs is — animozitás a protézisekkel szemben. *Ez irányban is — át kell nevelni az embereket.*

Mindenesetre a *lelki egészség próbája,* hogy miképen reagál valaki arra a narcisztikus lelki sérülésre, amit a protézis okoz. A kis és enyhe parapátiákat kellő pszichológiai megértéssel és az említett gyakorlati módosításokkal esetleg ki lehet küszöbölni. Erre annál is inkább van remény, mert — mint láttuk — a lelki apparátus igen sok és jelentékeny ellensúlyt tartogat a fogazat elvesztés traumájának paralizálására és az orvosnak valóban nem nagy fáradtság kiegészíteni a természetes megoldásokat. A közömbös, sokszor inkább kegyetlen természetben *nincs is sok példa olyan* jelentékeny kompenzációra, mint amelyek miatt pl. a fogak pusztulása nem hat súlyosan, patogenetikusan.

Puritán erkölcsiség magaslatáról nézve a mondottakat a fogorvos és a protézist viselő a jó funkción kívül elsősorban a környezet félrevezetésének szolgálatát kultiválja. A *„pia fraus"* elég helyet kap az orvosgyakorlatban, s mert magasabb eszméket szolgál, pl. egy menthetetlen beteg megnyugtatását, sajátos orvosi morális tevékenység. A protézis-problématikában alkalmazott kegyes csalás más értelemben használ, mint egyéb megnyugtató hazugságok, de *mindenképpen közösségi érdekeket véd.* A protézist viselőnek és környezetének egyaránt érdeke, a fogorvosi segítséggel megteremtett kegyes csalás. Kára senkinek sem származik belőle, ezért, ha ugyan az erkölcsi magatartás relativitásának egyik bizonyítéka is, szót nem lehet emelni ellene.

Dr. P. Gartner: „Psychologie des porteurs de prothèses."

Dans la pratique du neurologiste et du psychiatre il se présente rarement que la prothèse provoque une névrose ou aggrave une névrose déjà existante. Le traumatisme de la prothèse n'a jamais eu comme conséquence la formation de la psychose. Ce que les médicins-dentistes ont observé chez ceux qui font usage du dentier no sont que des réactions neurologiques bénignes sans grande importance dont l'appareil psychique vient à bout facilement. D'après l'auteur l'analyse vaut la peine d'être faite pour savoir pour-

quoi la prothèse n'est point traumatique. Le dentier équilibre merveilleusement la mutilation surtout au point de vue esthétique. En celui qui fait usage de prothèse vit la joie du „secret" qui trompe ceux qui ne savent qu'ils ont un dentier, c'est déjà un profit. Le patient muni de prothèse, se délecte d'avoir un dentier, il revit l'époque de la véritable renaissance du biberon. La satisfaction de joie de la région buccale est également une compensation pour la perte des dents. La prothèse restreint dans une certaine mesure l'épuisement des instincts sexuels et nutritifs, cependant moins comme on en a peur. Elle est également traumatique comme signe du vieillissement. L'auteur recommande que les dentiers imitent les ponts, donc il ne faut pas qu'ils soient blancs, de cette façon on ne remarque pas le râtelier „impeccable". Pour que l'aversion éprouvée contre les dentiers diminue, il propose chez nous aussi le systhème en vigueur en Amérique: complétons les petits manques non par des bridges mais par des prothèses.

Budapest, V., Kálmán-u. 21

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A budapesti II. sz. Szemklinika közleménye.
(Igazgató: *Dr. Nónay Tibor* egyet. ny. r. tanár.)

Dentális gócok szerepe szembajokban.

Írta: Dr. NÉMETH LAJOS egyet. magántanár.

Különös érdeklődésre tarthatnak számot fogorvosi szempontból is azok a szembajok, amelyeket mint fogeredetűeket tartunk nyilvan és amelyek következtében a fogorvosok és szemorvosok együttműködése igen gyakori.

Sokszor a szemorvos által megállapított szembetegség okának felfedezője a fogorvos és a gyógyulás is az ő beavatkozásának következménye. Mindez érthető az anatómiai adottságból, a szájüreg és szemüreg közelsége folytán, a közöttük levő vékonyfalú üregek szerepéből, sűrű vivőeres és nyirokeres összeköttetésekből stb. Ezek a közvetlen utak magyarázzák, hogy fogbetegségekhez csatlakozva látunk olykor szemhéji tályogokat, könnytömlőgyulladást, szemgolyó mögötti kötőszövetgyulladást, amely már komoly veszedelmet jelent nemcsak a látásra, hanem az életre is. Nagy baj a látóideg gyulladása, de még sokkal rettegettebb szövődmény a *sinus* trombózisa, amint arra az irodalomban és saját gyakorlatunkban egyaránt találunk példákat. Tudom ugyan, hogy nem az előbb elmondottak képezik szorosan vett témám tárgyát, azonban nem lesz érdektelen, ha néhány szóval érintem ezeket a szemkomplikációkat is. Annál inkább, mert ezek is igen gyakran gócoknak tekinthető foggyökértályogokból veszik kiindulásukat, vagy a csontok, illetőleg arcöböl, vagy a vérér- és nyirokérhálózat közvetítésével. Ismerünk pl. olyan esetet, ahol az egyik felső metszőfog körüli tályog a szemkörnyéki vivőeres összeköttetések útján továbbvitt fertőzés révén a *vena centralis retinae* trombozisát okozta *(Do Prado)*.

Dentális góc reflektorikus úton is kiválthat szemtüneteket, erre az irodalomban is találunk utalást. Igy *Bercher* és *Guillermin* baloldali faciális spazmust figyelt meg, amely az arc és szemhéjjak területére szorítkozott és azonos oldali két gócos fog eltávolítására meggyógyult. Magyarázata: alveolus- és pulpa-arteriákat körülvevő szimpatikus hálózaton és trigeminuszon át reflexhatás a faciális ágakra. Magam is megfigyeltem féloldali könnyezést, fényérzékenységet, olykor időszakos belöveltséget a szemtekei kötőhártyán

minden szemészeti ok nélkül. Ugyanakkor a tüneteknek megfelelő oldalon latens gócos fogat találtunk, amelyek eltávolítására az említett jelenségek véglegesen megszűntek. Ezt másképen magyarázni, mint reflexes úton, nem tudom.

A gócfertőzés tulajdonképen még nem régi, de sokat vitatott problémája az orvostudománynak. Jelentőségére mutatnak azok az esetek, amelyek gócok megszüntetésére gyógyultak meg. Ilyen gócok lehetnek a fogak körül, mandulákban, melléküregekben stb. Főleg amerikai szerzők éveken keresztül a legnagyobb jelentőséget tulajdonították e gócok kórnemző voltának és bizony túlzásba is estek. Európában már nagyobb fenntartással kezelték a problémát és bár megállapították a gócok kórnemző voltát, szerepüket a megfelelő értékre szállították le. Kétségtelen, hogy e gócokból időnként kijutó baktériumok áttételes gyulladásokat okozhatnak, másrészt úgy a baktériumok, mint azok termékei túlérzékenységet hozhatnak létre és az antigenhatás ismétlődésére különféle betegségek jelentkezhetnek. Még 1940-ben is többen úgy ítélték meg a gócok szerepét, hogy a szemtünetek létrehozását reflektorikus úton és tovavezetett infekcióval magyarázták, nem gondolva allergiára. Olyan nagy tapasztalatokkal rendelkező szerző is, mint *Igersheimer* (1938), ezt az utat járja. Kiemeli még, hogy a fertőző gócból a véráramba hatolt baktériumok a szíven és kisvérkörön át érkeznek a szembe. Ha a szembetegség létrejöttének ez volna a leggyakoribb módja, nagyszámban találkoznánk egyidejű endokarditisszel, de a klinikai tapasztalat ezt nem igazolja. Kétségtelenül mutattak ki a szemben infekciózus betegségekben, fertőző gócok esetében baktériumokat, amelyek metasztatikus szemgyulladásokat okoztak. Vannak esetek, amikor pl. a foggyökér körüli tályogból a baktériumok át éti úton, a szembe jutva hozzák létre a szemgyulladást. Ezt nagyon természetesen magyarázhatjuk *Marchesanival* olyan módon, hogy virulens baktériumok és normergiás szöveti reakció mellett metasztatikus oftalmia támad. Anergiás szöveti reakciónak megfelelő kép az ilyenkor jelentkező *retinitis septica*. A szervezet nagyobb védekezőkészsége, hyperergiás szöveti reakció magyarázza a szokásos idült uveitiszek legnagyobb részét. Nem az én feladatom ismertetni, hogy odontogen gócfertőzésben milyen baktériumok szerepelnek a leggyakrabban, ezt a fogorvosok sokkal jobban tudják, mint a szemorvosok. Fontos, hogy ezeket a gócokat antigén termelőknek kell tekinteni, amelyek a betegségre való hajlamot fokozzák, az alkatot megváltoztatják, sőt az allergiás tüneteket kiváltják. Annak megbeszélése, hogy milyen vonatkozás áll fent a fokusz- és a reuma-probléma között, túlságosan messzire vezetne. Bár reumás betegségek keletkezésében mandula, foggyökér-tályog, melléküreg stb. szerepével bírhat. Ez utóbbi csoport, tehát a gócok által okozott betegségek, külön tárgyalhatók, mert reumás tünet nélkül is okozhatnak pl. uveitiszeket. Általában reumás iritiszekről akkor beszélünk, ha a betegnek idült ízületi, vagy izomreumája van, amellyel nem szokott egyidőben jelentkezni a szembetegség, hanem váltakozva, hol az egyik, hol a másik lokalizáció van előtérben. A reumás szivárványhártyagyulladás legelső fellépése alkalmával mint diffúz felszínes gyulladás jelentkezik a szivárványhártyán és gyakran jellegzetes fibrines-gelatinozus izzadmányképződéssel jár, amely réslámpával kitűnően tanulmányozható. Ugyanilyen módon látjuk azt is, hogy az izzadmány előszeretettel a pupilla széle mentén körkörösen rakódik le. Három évvel ezelőtt nyulakon anafilaxiás szemelváltozásokat idéztem elő és az ek vizsgálatakor találtam, hogy azanafilaxiás iridocyklitisz hasonló izzadmányképződéssel jár, amelynek lerakódása ugyanolyan, mint az említett, emberen észlelt reumás iridocyklitisz esetében. Egyéb jelek mellett ez a hasonlósága a gyulladásnak kísérleti állaton és betegen arra mutat, hogy a reumás szivárványhártyagyulladások allergiás vonatkozásokkal birnak. A reumás szivár-

ványhártyagyulladás későbbi recidivái alkalmával, tehát amidőn idültté vá'ik, számos hátsó lenövésre vezetve olykor szekunder glaukomát okoz, amely azután iridektomiát tesz szükségessé. Az ilymódon nyert szövetdarabkában duzzadt kötőszöveti sejtekből, hisztiocitákból és kereksejtekből á.ló csomókat lehet megfigyelni, tehát az idült sarjadzásos granulomákra emlékeztető szerkezetet. Magam is vizsgáltam egy ilyen férfibeteget, aki 26 év előtt izületi gyulladásban betegedett meg és azóta gyakran szenvedett reumás izületi gyulladásokban. 12 év óta nyolc alkalommal volt iritisze. Végül a nagys ámú hátsó lenövés miatt iridektomiát végeztünk s a kivágott szivárványhártyadarabka szöveti képe az említett sarjadzásos granulomának felelt meg. Ez a szöveti kép rendkívül hasonló volt az említett állatkísérleteim kapcsán feldolgozott anafilaxiás iridociklitiszes szemek szöveti képéhez. Nem csupán az experimentális és betegen megfigyelt klinikai kép, hanem a szövettani leletek hasonlósága alapján is a reumás iritiszek, cyklitiszek allergiás eredetűeknek látszanak.

Ugyanezt kell gondolni azokról a szivárványhártyagyulladásokról, iridocyklitiszekről, amelyek gócokból származtathatók. Leggyakrabban az odontogen gócok szerepelnek, amelyek eltekintve a ritkán előforduló és már említett metasztatikus súlyos oftalmiáktól, gyakran allergiás alapon hoznak létre iritiszt, iridocyklitiszt stb. Míg az átléti oftalmia góc pl. foggyökér eltávolításával alig befolyásolható, addig az allergiásan létrejött gyulladás ilyenkor szinte egycsapásra meggyógyul. Gócokkal összefüggében álló szivárványsugártesti gyulladásban megbetegedett egyéneken végzett iridektomia alkalmával nyert szivárványhártyadarabkákat is módomban volt két alkalommal szövettanilag megvizsgálni. Az egyik esetben friss allergiás szöveti gyulladásokhoz hasonló képet láttam, a másik esetben a diffuz szivárványhártyagyulladásra jellemző kép mellett a hyperergiás szöveti reakcióra utaló körülírt gócos beszűrődés mutatkozott a szivárványhártyában. A klinikai kép a szövettanival összhangban túlérzékenységi reakcióra engedett következtetni, úgy a reumás, mint a gócos eredetű iridocyklitiszekben.

Lássuk már most, melyek azok a szembajok, amelyek odontogen gócfertőzéssel kapcsolatba hozhatók. Elsősorban kell megemlítenem az iritiszeket, iridocyklitiszeket, uvelitiszeket. Jóval ritkábbak az ilyen eredetű szaruhártyagyulladások, érhártyagyulladások, látóideg- és ideghártyagyulladások. Előfordulhat elvétve egy-egy üvegtesti vérzés is, hasonló okból. Rendkívül óvatosan értékeljük a látóideggyulladást, ill. a *neuritis retrobulbáris*-t, mert igen gyakran azt láttuk, hogy a fogeredetűnek gondolt és extrakció után gyorsan meggyógyult betegen évek mulva *sclerosis multiplex* jelentkezett. Ennek kifejlődését pedig, mint ebből is látható, évekkel megelőzheti, egyetlen tünet gyanánt, a *neuritis retrobulbáris*. Gócok nem csupán magán a szemen, hanem a szemhéjak bőrén is okozhatnak elváltozásokat, pl. urtikáriát, ekcémát stb. Mivel ezek azonban bőrgyógyászati érdekkel bírnak, nem kívánok ezekre a területekre elkalandozni. Ami az odontogen gócok gyakoriságát szemészeti vonatkozásban illeti, meglehetősen eltérő adatokat találunk. *Rötth* pécsi statisztikája szerint 3.5%-a az iridocyklitiszeknek odontogén, *Klar* szerint dentális fokusz mint kórokozó, kb. 2%-ban szerepelhet csak, mint szembetegség kiváltója. Klinikánk több mint évi 2000 fekvő betegből álló anyagát á'nézve 2%-ban találtam odontogén gócra utaló feljegyzéseket. Ebből 1.65% esik az uveális megbetegedésekre, 1.5‰ a keratitiszekre, 0.5‰ neuritisz retrobulbáriszra, 0.50‰ papilloretinitiszre, 1‰ üvegtesti vérzésre.

Nézzük most, melyek azok a jelek, amelyek valamely szembetegség fogeredetére utalnak. Mindenekelőtt fontos az általános megvizsgálás alapossága. Gümős gócot, lueszt, anyagcsere betegségek jelenlétét feltétlenül ki kell zárni. Ezután következik a góckeresés, amely gondos legyen, mert hiszen lehetséges,

hogy több különböző helyen levő góc okozza a szembetegséget. Már itt le kell szegeznem, hogy nem a fogorvos kötelessége, valamely szembetegség fokális eredetének felismerése, hanem a klinikai kép és vizsgálás eredményei alapján a szemorvos feladata a döntés. Útbaigazítanak az említett szakorvosi véleményeken kívül a vérsejtsülyedés feltűnő meggyorsulása, amely a szanálással egyidejüleg rohamosan csökken, az eozinofil sejtek és monociták megszaporodása, általában a vérkép eltolódása, a szervezet túlérzékenységének kimutatása hisztamin próbával. Ugyanerre utalnak jellegzetes panaszok a kórelőzményben, valamint a klinikai kép is. Klinikailag jellegzetes, hogy a góceredetű szembaj minden kezeléssel dacol, viszont a góc eltávolítása után egyik napról a másikra, villámszerűen javulni kezd. Egyes szerzők utalnak a góceredetű szembetegségek egyoldaliságára. A fogorvos feladata a gócok felismerése és eltávolítása. Magam is azt észleltem, hogy minél hamarabb történt a dentalis góc megszüntetése, annál biztosabb volt az eredmény. Késői eltávolítások, ill. góctalanítások nem mindég vezetnek eredményre. Ennek az oka a huzamos szenzibilizálódás és a mindjobban belejátszó parallergia. Talán itt találjuk meg a magyarázatát annak, hogy oralis gócok megszüntetése után bizonyos idővel olykor szemészeti kiújulások támadnak. Lehet ugyan ennek oka újabb gócok keletkezése, de még inkább az, hogy hideg, léghuzam, kisebb trauma, stb. hatása mint parallergiás reaktiót váltja ki, a góc hatására régebben túlérzékennyé vált szervezet, szivárványhártyagyulladását, ill. uveitiszét. Egyes gócok patogenitásának elbírálásánál szerepelnek az irodalomban a különböző provokációs eljárások. Vonatkozik ez arra az esetre is, ha több góc mellett kell megtalálni a szembetegséget okozót. A fogorvosnak kell ilyenkor az aktív dentális gócot kimutatni mehanikus hő, vegyi, immunbiológiai úton, stb. Ennek a kérdésnek megítélése inkább fogorvosi szakkérdés. Ajánlatos pontos röntgenfelvételek készítése a gócokra gyanús fogakról. Kérdéses, ill. gyanús esetben, ha a szembetegség nem olyan súlyos és más módon is befolyásolható, pár hónapi haladékot adhatunk egy-egy gyanús fognak, főleg, ha annak megtartásához fontos érdek fűződik. Fiatal nőbetegtől pl. nem kívánható, hogy elülső, különben használható, gócra gyanús fogát egy kétes értékű beavatkozás érdekében feláldozza. Vagy a kérdéses fog, pl. hidat tart, ilyenkor pár hónap mulva megismételt újabb fogorvosi vizsgálat és röntgenfelvétel hivatott megállapítani, hogy a foggyökérelváltozások progrediáltak-e? Ennek a megoldásnak a választása azonban inkább szemorvosi indikáció alapján történhetik. Ilyen esetekben megkísérelhető a konzervativ góckezelés: gyökérkezelés, gyökérrezekció és egyidejűleg végzett deszenzibilizáció, akár fajlagos, akár nem fajlagos módon. Gócos fertőzések esetében a gócokból történt bakteriológiai vizsgálat a túlérzékenységi alapon támadt megbetegedés endogen eredetét megerősítheti és a szükséges kezelési eljárást meghatározza. *Hattyasy* különösen jó eredményekről számolt be góceltávolítással kapcsolatban a fertőzött gócból készült vakcinával végzett fajlagos deszenzibilizáció révén.

Arra vonatkozóan, hogy több gócos fog jelenlétében egy ülésben történjék-e a gócok eltávolítása, megoszlanak a vélemények. Ennek a kérdésnek az eldöntése inkább a fogorvosok feladata.

Mint az elmondottakból is megállapítható, számtalan olyan probléma adódik, amelyeknek sikeres és megnyugtató megoldása, csak legszorosabb fogorvosi és szemorvosi együttműködés mellett remélhető. Ehhez szükséges, hogy úgy a fogorvos, mint a szemorvos ismerje kölcsönösen tudományszakának azokat a területeit, amelyek egymással kapcsolatban állanak. Ez nemcsak a tudományos továbbfejlődés szempontjából fontos, hanem ezt kívánja a beteg érdeke is. Ezen indokok vezettek rövid kis összefoglalásom elkészítésében, amelyben felhasználtam kísérletesen előidézett anafilaxiás szembetegségek kapcsán nyert tapasztalataim mellett, hosszú évek klinikai megfigyeléseit is.

Др. Немет Лайош. Значение зубных фокусов при глазных заболеваниях.

По статистике автора проверяющего 2-ух тысячи заболевших глазами, показалось, что причиной их в 2-ух %-ах являлись зубные фокусы. Заражение распространилось из зуб через кость, синус максилларис или через лимфатичную систему и причинило пальпебральную абсцессу, дакриоцистит, флегмону ретробульбарную, синус — тромбозис, даже тромбозис в центральной вене питающей ретину. По рефлексному пути эти фокусы могут произвести в глазах постоянное слезотечение, светочувствительность, временные воспаления (конюнктивы), и все эти симптомы после устранении зуба прекратятся. Заразительные микробы по пути кровотечения могут причинить в глазах воспаление, а их продукты же часто причиняют раздражительность (гиперсензибилацию), что потом ведет к разным глазным заболеваниям.

По имению автора непременно должна быть связь между зубными фокусами и ревматическими заболеваниями глаз, что и гистологические препараты потверждают. При зубных фокусах часто видны: иритис, иридоциклитис, увеитис, эписклеритис; иногда: кератитис, кориоидитис, ретинитис, папиллитис.

Автор советует зубные фокусы радикально удалить и только в необходимых случаях сохранить больной зуб. Предлагает консультироваться и кооперировать с зубным врачем.

Budapest, VIII., Mária-u. 39.

KÜLFÖLDI CIKK

WALTER HESS ÉS MAX SPRENG:

Az odontogén gócfertőzések

Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde. 1947. 2.

A gócfertőzés problémájával foglalkozó első közlemények a század elején jelentek meg. 1909—1914 években *Paessler, Billings, Dawis Harzell* megalkották a fokálinfekció fogalmát és közleményeik általánoc, nagy érdeklődést keltettek. A gennyes fogak jelentőségére és az ezekből kiinduló gócfertőzésre, elsőizben *William Hunter* angol belgyógyász hívta fel figyelmünket. 1910-ben Montrealban elmondott előadásában (*„An adders on the role of sepsis and antisepsis in medicine"*) határozottan állítja, hogy a szeptikus fertőzésből kiinduló betegségek száma jóval nagyobb, mint eddig hittük. A fertőzés főfészkét a fogazatban találja meg. Éles támadást indít az amerikai konzerváló fogászat ellen, s azt *„septic dentistry"*-nek minősíti.

Ezek az úttörő közlemények indítják meg, főleg az angol és amerikai tudósok kísérleteit, melyek a gócfertőzés bakteriológiájával foglalkoznak. Közöttük első helyen *Rosenow* kutatásaira utalunk, melyek — többek között — a sztreptokokkusz elektív lokalizációjának elméletére vezettek (a fertőző góc csirái specifikus affinitásnak az egyes megbetegedett szövetek iránt). *Rosenow*, sztreptokokkuszok mutációjáról és szelekciójáról szóló tanait sok helyen heves támadás érte. 1930-ban

Wiesbadenben, ugyancsak *Rosenow* előadása után ismét előtérbe került a gócfertőzés problémája.

1933-ban jelent meg *Roessle* és *Klinge* hiperergiás szöveti gyulladásokról szóló közleménye, mely a gócfertőzés problémáját újabb megvilágításba helyezte. Felfogásuk szerint a reuma klinikai kórképe, nem csupán egyszeri bakteriális fertőzésből származik, hanem közrejátszanak allergiás szöveti reakciók is, amelyeket a túlérzékennyé vált szervezetben fajidegen fehérje vált ki. Ez az allergén nemcsak baktériumok szétesésében származó heteroprotein lehet, hanem más élő, vagy nem élő, patogén vagy nem patogén, mikroorganizmusokból, parazitákból, penészgombákból, élelmiszerekből stb. is származhat. Ezen a helyen említjük meg *Urbach* felfogását, mely szerint igen bizonytalan a baktérium-eredetű allergének kimutatása. A kután-próba csak abban az esetben értékelhető, ha a vizsgálandó szervezetben nem a bőr az úgynevezett sokk-szerv.

Mai tudásunk szerint valószínűnek látszik, hogy „a gócfertőzés", elsősorban odontogén gócfertőzés, okozhat másodlagos megbetegedést. A gócfertőzés finomabb mechanizmusáról és diagnosztikájáról szóló ismereteink olyan) hiányosak, hogy néha már a primér megbetegítő gócot sem ismerjük fel. Rendszerint *„ex juvantibus"*, az eltávolított góc terápiás hatásából következtetünk a gócfertőzés lehetőségére. Az idevonatkozó kazuisztika terjedelmes volta miatt, teljesen áttekinthetetlen.

Ha meggondoljuk, hogy a primér góc egy szekundér gócot lobbanthat fel, és ez okozza utólag a másodlagos megbetegedést, a primér góc eltávolítása eleve hiábavaló. *Ha a másodlagos megbetegedés, már hosszabb ideje fennáll és önálló szervi bántalom jellegét ölti, a góceltávolítás eredménytelen.*

Megemlítjük azokat a vizsgálatokat, melyeket *Lossius* és *Ritter* végeztek *submandibularis* nyirokcsomókon. Ezek sterileknek bizonyultak, karieszmentes ép fogaknál. Elvétve a röngtenfelvétel alapján diagnosztizált gramulómás fogak regionális nyirokcsomói is baktériummentesek voltak. Rendszerint azonban, a vizsgált gócgyanus fogak környéki nyirokapparátusa sztreptokokkusz fertőzést mutat. Sztreptokokkuszt azokban a nyirokcsomókban is sikerült kimutatni, amelyeket gócgyanus fogak eltávolítása után, teljes foghiánynál vizsgáltak meg, jóval a beavatkozás után. *Vogel* felfogása szerint a regionális nyirokcsomó csak abban az esetben fertőződik, ha az infekció nem hematogén úton, hanem a nyirokerek mentén terjed. Hematogén terjedésnél a környező nyirokapparátus steril marad.

Amint említettük, igen nehéz feladatot jelent a gócmegbetegedés biztos felismerése. Mégis ma, góceredetű, általános fertőzés kórképére utaló bizonyos tüneteket karakterisztikus jeleknek tekintenek. Ezeket a tipusoknak mondott tüneteket az alábbiakban foglaljuk össze:

1. nagyfokú levertség, rossz közérzet, csökkent testi és szellemi tevékenység,

2 aluszékonyság, mely néha álmatlansággal, rossz alvással felváltva jelentkezik. Kis hőmérsékletemelkedés a késő délutáni és esti órákban,

3. hirtelen fellépő szívdobogás, leginkább fekvőhelyzetben, pihenéskor (a szívdobogást szervi elváltozással ilyenkor magyarázni nem tudjuk).

4. vándorló reumatikus fájdalmak, a váll-, könyök-, térdizületben és a keresztcsont táján,

5. diszpepsziás zavarok, savtúltengés és székrekedés, időnként hasmenés (ha szervi megbetegedés nem történik),

6. a felsorolt tünetekre jellemző, ha időszakosan jelentkeznek. A fentemlített szimptomák hirtelen elmaradnak, majd 2—3 hónapig tartó panaszmentes időszak után, mely alatt a beteg étvágya, közérzete ismét normális, visszanyeri eredeti testsúlyát.

A lokalizált másodlagos megbetegedésnél a legkülönbözőbb szervi tünetek mutatkozhatnak.

Noha bizonyos klinikai tünetek góceredetű megbetegedésre terelik figyelmünket, a gócfertőzés diagnózisa még ma is csak *feltételezett* diagnózis. Ezért ismételten történnek újabb kísérletek, hogy a gócmegbetegedés és a kórokozó góc kipuhatolására biztos utakat találjanak. Sajnos, eddig ez még nem sikerült, odontogén gócok részére sem. A nemogramm és a vvs. süllyedése, különösen az eozinofilia nem egyértelműek. A *Schlauck* által megjelölt izomfibrilációnak, mint gócmegbetegedésre jellemző tünetnek, igen sokszor nem tulajdonítanak jelentőséget.

A röntgengép kizárólag arról nyujthat felvilágosítást, hogy szövetelváltozás van. Bár néha még azt is nehéz megállapítani. Ha például röntgenfelvételen a gyökércsúcs körül sarjadzást is látunk, még nem tudjuk eldönteni, hogy vajjon milyen természetű sarjszövetről van szó és hogy az észlelt gyanus szövetváltozás összefügg-e kauzálisan a szekundér megbetegedéssel.

Mayer nyomán provokáló diagnózishoz is fordulhatunk. A gyanuba fogott gócot, magasfeszültségű árammal ingerelve, a szekundér módon megbetegedett, távolabbi szervekben fellobbanó izgalmi jelenségek (hőemelkedés, fokozott vvs. süllyedés stb.) bizonyítják az összefüggést. Ilyenkor negatív eredmény még nem bizonyít.

A bakteriológiai és szerológiai, valamint a szokásos kután-próbák sem adnak kellő megbízható eredményeket.

A gócban eddig különféle csirákat találtak; *Rosenow* sztreptokokkuszon kívül pneumokokkuszt, *Lehmann*-féle anterokokkuszt, tejsavkokkuszt és gy diplo-sztreptokokkuszt mutatott ki gyökércsúcsgranulómákból. *Grumbach* sztreptokokkuszon kívül a legkülönbözőbb baktériumokat tenyésztette ki: enterokokkuszt, pneumokokkuszt, staf lokokkuszt, influenza-bacillust és több mást. *Gins* gyökércsúcs-granulómákban állítólag nagyszámú, eddig még nem indentifikált, anaërob-baktériumot talált. *Schick* gócgyanus fogak csirái között, *Fischer—Schick*-féle mikrokokkuszt, továbbá *Bienenstock*-féle bacillust és végül *Fränkl*-féle gázödéma bacillust talált. A sztreptokokkusz — *Schick* szerint — ubiquiter kísérő baktériumnak tekinthető.

A góchatás mai felfogásunk szerint a következőképen magyarázható:

1. csiraszórás,

2. toxinszórás,
3. allergén hatás.

A tulajdonképeni hatás módjáról, az időszakosságról és időbeliségéről, okáról és hatásáról a legkülönbözőbb felfogások uralkodnak. *Vogel* szerint, a góc állandóan kis méreg- és csiramennyiségeket szór szét és ezáltal fokozódó, de nem teljes immunitást idéz elő. Ennek folytán a góc csiráinak egy típusos virulencia csökkenése áll be, valamint a helyi gyuladásos folyamatnak az idültté válása és ezáltal a góc típusos tünetmentessége, valamint az idült általános fertőzésnek képe. Ebből következik, hogy az elért immunitás megakadályozza ugyan a csirák szétszóródását és szaporodását, hatásukat csökkenti, de azokat megszüntetni nem tudja.

Wannemacher azt véli, hogy a legtöbb „idült periapikális paradentitisz" időszakosan steril lehet, mert az igazi góc nem a gyökérgranulómában, hanem a fertőzött gyökércsatornában keresendő. Innen fertőződik ismét elten a granulóma, amiért is csupán a csirák átmeneti állomásának (Durchgangsstation) tekinthető.

Klinge, feltételezi, hogy a gócfertőzés, amelyben főleg sztereptokokkuszok szerepelnek, nem a régi metasztazis-tan szerint értelmezendő, hanem a szervezet alergia megnyilvánulásaként. *Ascoli* — szerinte *anakorézisnek* nevezett jelenség szerint — úgy véli, hogy az idült gyuladásos szövet különleges vonzóerejű: odavaonzza a csirákat. A gócban szaporodás és virulencia-fokozódás történik, ami a granulómából szóródást vonja maga után.

A klinikai megfigyelésekből és tapasztalatokból következik, hogy góceredetű általános és szervi megbetegedések (melyek között odontogének is állhatnak az előtérben) oly nagy számban fordulnak elő, hogy ezeknek a kórképeknek, mint tudományos poblémáknak, orvosi részről nagy figyelmet kell szentelnünk. Ugyanekkor a gyakorlati orvostudományban gyógykezelés szempontjából alapvető fontosságú a gócoknak megkeresése. És éppen ezen a téren vannak elháríthatatlan akadályok és nehézségek. Gyakran fordul a kezelőorvos a fogorvoshoz az esetleges fogeredetű gócok miatt. A röntgenfelvétel, a szájviszonyok alapos vizsgálatával egybekötve, esetleg egyet és mást kideríthet, de hogy az apikális elváltozás góctermészetű-e, arról biztosat nem mondhatunk.

Baktériumos és vegyi behatásos, e kettő kombinációja, továbbá allergiás szöveti gyulladás jöhet tekintetbe. Ezekből alábbiak következnek:

1. a pulpa eltávolítása, a gyökércsúcs szövetére traumaszerű ártalom. A szövet elveszti normál-funkciós állapotát és felveszi a küzdelmet a káros behatással szemben. Ez a szövetbontással kezdődik, mely azt jelenti, hogy a szöveti elemek, pl. a kollagén, vagy elasztikus rostok a csont stb. olyan selejtes állapotúvá alakul, mint amilyenből fejlődött. Ebben a selejtessé változott reaktív állapotban a védekezés és gyógyítás feladatait teljesítheti. Majd a szövet újra normál-funkciós állapotba kerül, amely egészen új szöveti helyzet: pl. sarjszövetből heggszövet lesz.

2. ha a pulpa-eltávolítás traumájához még csirák, gyógyszerek, antiszeptikumok, vagy más anyagok társulnak, amelyeket a gyökérkezelésnél használunk, a következő lehetőségeket is figyelembe kell venni:

a) a csirákat a szöveti elhárítás kiküszöböli, vagy hatásukra abortív lebontás támad a kötőszövetben és csontokon. Ez mint reaktív folyamat gyökérgranulóma képződéséhez vezet, amely fertőző gócnak tekinthető,

b) a gyökérkezelés eszközei, mint ártalmak (idegen testhatás, vegyi hatás vagy tartós izgalom) feltartóztatják, vagy megakadályozzák a regeneratív folyamatokat. Szövettartalom lép fel, majd mint következmény abortív lebontás és granulóma képződik. Ezek a granulómák sterilnek tekintendők, mint ahogyan steril gyulladások és gennyedések is vannak.

3. Mint harmadik lehetőség egy kombinált (materia és csírák) hatása által keletkező ártalom is elképzelhető.

Ezek szerint a foggranulóma oly szöveti elváltozásnak tekintendő, mely egy destruktív és reaktív folyamat eredménye. Az egész kérdéskomplexus még sokkal bonyolultabbnak mutatkozik, ha a különböző bakteriális és vegyi anyagok hatásmódját és a foggranulóma keletkezési módját, az allergiás reakció figyelembevételével vizsgáljuk.

Minden vegyi anyag, minden élőlény és minden fizikális folyamat elvben mint allergén szerepelhet már minimális mennyiségben is. Az allergiás jelenség maga kifejezője a specifikus antitest és megfelelő antigén kötődésének. Antigén lehet fehérje, vagy fehérjéhez kötött anyag, melyet *haptennek* nevezünk, Gyakorlatilag primér allergének azok, közvetlenül fejtik ki hatásukat, szekundérek pedig azok, melyek a szervezetben keletkezett bomlástermékeik útján hatnak, mint allergének. A sejthez kötött antitest helyétől és tulajdonságaitól függ az allergiás reakció minősége. Ennek következtében legkülönbözőbb anyagok azonos tünetet válthatnak ki és viszont egy és ugyanazon antigén több különféle hatást. A továbbiakban a szerző néhány gondolatot vet fel, az úgynevezett foggranulómák keletkezéséről és értékeléséről. Azok a megfigyelések, melyeket protézis-anyagok és szövetek kölcsönhatásáról eddig tapasztalt, felvetik a kérdést, hogy nincsenek-e ezeknek az anyagoknak is szerepe az apikális szöveti reakciók keletkezésében, az allergia-tan szemelőtt tartásával. Számos baktériológiai vizsgálat kiderítette, hogy a gyökérgranulóma esetenként steril is lehet.

Mindezeknek a vitás, de alapvető kérdéseknek megoldására elsősorban az úgynevezett gyökérgranulóma körülményeit, finomabb hatásmechanizmusát és szöveti folyamatait kell tisztázni. A gyökérgranulómát általánosságban reaktív szövetképződménynek kell tekintenünk, mely valamilyen ártalom hatására jött létre. Ezekre vonatkozólag új nézőpontokat adhat *Busse-Grawitz*-nak 1946 tavaszán megjelent könyve: „*Experimentelle Grundlagen zu einer modernen Pathologie*“ („von der Zellular-zur Molekularpathologie“).

Az ő felfogásuk a granulóma-kérdésre alkalmazva, különös érdekességű megállapításokra enged következtetni: a szövetártalomra a kötőszövet lebontással *(Bindegewebs-Abbau)* válaszol, amennyiben a kötőszöveti magokból, különféle éretlen fejlődési alakokon át, kész „*leukocitér kereksejtek*“ képződnek. Ezekben a lebontási folyamatokban nem a vérből odavándorolt fehérvérsejtekről van szó, vagy mitózis útján

keletkezett sejtekről, hanem *hisztiocitákról*, melyek kötőszöveti sejtek átalakulása révén keletkeztek, bár teljesen hasonlítanak a neutrofil polinuklearis leukocitákhoz. A sejteknek ez a keletkezési módja, a szövetek minden reaktív folyamatában előfordul. *Busse-Grawitz* e folyamatokhoz tartozó „lebontó-faktort" tételez fel, mely talán egy fermentum vagy kofermentum. A lebontást a szövet védekező működésének tekinti, mely átmenet a szövet normálisan működő és reaktív állapota között. Eközben a normális szövet elemei (pl. a kötőszöveti mag, kollegén rostok, hámsejtek) leukocitér elhárító sejtekké alakulnak át. A lebontás a szövet válasza a szövetkárosító ártalomra. Ha ez az ártalom enyhe, akkor keletkezik a proliferatív sarjadzás és felépítés hegszövete, különösen nagy tömegét termeli. A szövet felépítése azonnal megindul, Erősebb szövetártalomnál intenzív szövetlebontás, vagyis gyulladás lép fel. A fertőzött szövet erős lebontódást mutat és a lebontási faktorok amint az ártalom megszünik. Ilyenkor a szervezet regeneratív törekvése jelentkezik. A fentiek értelmében tehát az úk. nk. foggranulómák patogenezisében tünetet okozhat. Rendszerint csak egy szövetféleség válik túlérzékennyé az allergénnel szemben. A behatolási szerv és a sokk-szerv azonos lehet, de a sokk-szerv távol is lehet a behatolási szervtől. Példa erre a fémallergia a szájüregben. Tudniillik: bár a száj nyálkahártya a behatolási kapu, mégis a bőr válik sokk-szervvé, valószínűleg azért, mert nagyobb az allergiás készsége, mint a száj nyálkahártyájának.

Ha mindezeket összegezzük, elképzelhető, hogy gyökérgranulóma allergiás alapon is keletkezhet.

A szerző végül megállapítja, hogy mindezekből következtetve, nem kétes az odontogén gócfertőzés lehetősége, de az apikális szövetváltozások valódi jelentőségéről még sok minden tisztázatlan. A tudományos kutatásokkal foglalkozó és gyakorló fogorvosokra hárulnak elsősorban azok a feladatok, amelyek a granulóma képződés alaposabb megismerése és klinikai megfigyelése terén szükségesek.

Dr. Kovácsy Ernő.

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

Megemlékezés Árkövy József halálának 25-ik évfordulóján



Igazi, nagy emberek jelentőségének felismeréséhez sokszor az idő távlata szükséges. Az idő elhalványítja a személyi momentumokat és valóban csak a maradandó érték az, ami a legnehezebb szűrőn, a feledésen is át tud hatolni. A ma élő fogorvosnemzedékben már csak kevesen vannak, akik tanítványai, személyes ismerősei voltak *Árkövynek*, de személye és alkotása mégis élesen áll előttünk. 1947-ben van *Árkövy* halálának 25-ik évfordulója. Ennek az évnek tudományos megnyilvánulásai ennek jegyében fognak lefolyni. A budapesti Stomatologiai Klinika tette le *Árkövy* sírjára ez évben az első jelképes virágot, amikor „*Gyakorlati eredmények a stomatologiában*" című 264 oldalas kötetét alapítója emlékének ajánlotta *Árkövy Emlékkönyv*-képen. Az 1939—45-ös rettenetes háború nemcsak az élőket pusztította, hanem betört a holtak birodalmába is. A temetők is csataterekké váltak, és sok kegyelettel emelt síremléket ágyúgolyó zúzott porrá, a holtak pihenő tetemeit gránátnyomás hozta napvilágra. Az az impozáns síremlék, amelyet 1925-ben a *Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete* emelt *Árkövy* Józsefnek, szintén megsérült. Talán van valami jelképes abban, hogy egy eltévedt aknaszilánk a síremlék Veronese Krisztus-fejének mozaikmását ütötte arcul. A MOSzSz Fogorvosi Szakcsoportja a halálozási évfordulóra a megsérült síremléket művészien restauráltatta.

1947 május 17-én délelőtt megjelentek a magyar fogorvosi élet képviselői *Árkövy József* Kerepesi temetőben lévő sírjánál, hogy lerójják a kegyelet kötelességét.

Elsőnek *Prof. Balogh Károly*, a budapesti Stomatologiai Klinika hatalmas rózsakoszorúját helyezte a sírra. „A kegyeletes emlékezés hozott el Árkövy sírjához, aki nem volt vérszerinti rokonunk, de akinek szellemi örökösei vagyunk; annak a szellemnek, amely megteremtette a magyar stomatologiát" — mondotta *Balogh* professzor. Utána *Prof. Simon Béla* a Fogorvos Szakcsoport koszorúját elhelyezve méltatta *Árkövy* orvostudományi munkásságának nemzetközi jelentőségét. *Árkövy* volt az első, aki felvetette a stomatologia gondolatát és ezzel megvetette az alapját annak a fejlődésnek, melynek eredményeképen az eddig lebecsült fogászat ma már az egyetemes orvostudomány integráns részét alkotja.

Prof. Morelli Gusztáv a tanítványok nevében beszélt. Visszapillantott, mint kortárs, azokra az eseményekre, amelyeknek tanuja volt: a klinika 1909-ben való megnyitására, *Árkövy* temetésére, síremlékének a nemzetközi fogorvostársadalom részvételével történt leleplezésére. „Mester,

követünk" ígérettel fejezte be megemlékezését. *Dr. Bokor Viktor* a honvédség, *dr. Pollatschek Gyula* az OTI, *dr. Frankl Zoltán* a MABI, *dr. Perint Jenő* a Charite-Poliklinika nevében beszélt. *Dr. Sömjén Iván* az Apponyi-poliklinika részéről megemlékezve hangsúlyozta, hogy azok nevében is elhelyezi koszorúját, akik a poliklinika fogorvosi karából a háborúban elpusztultak. *Dr. Horváth Ernő* a Zsidókórház nevében helyezett virágot a síremlékre.

A verőfényes tavaszi napsütésben, a beszédek után koszorúk borították el *Árkövy József* sírját, mintegy ígéretül és zálogul, hogy a magyar fogorvosi kar *Árkövy* emlékéhez és a stomatologiai eszméhez hű marad.

Dr. Huszár György.

LAPSZEMLE

SZÁJBETEGSÉGEK.

E. R. Ferro—J. W. Richter: *Oral lesions of granuloma inguinale: report of three cases.* Jnl. Or. Surg. 4: 121, No. 2, 1946.

A *granuloma inguinale*-t a *Donovan* által 1905-ben leírt protozoon okozza. Szerzők három esetet írnak le. Mindegyiknél orális elváltozások is járultak a meglévő genitális fertőzéshez. Okuk autóinokuláció. A szájbeli elváltozások jellegzetes képe a fibrózus hegképződés. Ez oly nagymérvű lehet, hogy heges fixációt okozhat. A kezelés hánytató borkő, illetve fuadin adagolásából áll. A betegség négereknél sokkal gyakrabban fordul elő: 294 beteg közül csak 9.8% volt fehér. A szájléziók háromfélék, hasonlóan a genitális tájékéihoz: fekélyes, hipertrofizáló és heges elváltozásokat látunk. Karcinomától, *lupus erythematodes*-től, *erythema multiforme*-től, *herpes*-től, szifilisz-től kell elkülöníteni. A diagnózis csak a kórokozók kimutatásával biztosítható.

Dr. Adler Péter.

SZÁJSEBÉSZET.

E. K. Oppikofer (Basel): *Wurzelfüllpaste als Kieferhöhlenfremdkörper* (Gyökértömőanyag az arcöbölben, mint idegen test.) Schweiz. Monatschr. f. Zhk. 1946. Bd. 56/2.

Idegen testek az arcöbölben nem nagyon gyakran fordulnak elő. Háborús időkben főleg lövedékek és szilánkok, míg békében inkább dentális eredetű idegen testek jöhetnek szóba. Fogextraktiók esetleg rezektiók alkalmával fogak, foggyökerek, gyökércsúcs részletek juthatnak be, és következményesen legtöbbször súlyos *sinusitis*-ek támadnak. Idegkezelések kapcsán nagyon ritkán Millertűk, idegtűk, guttapercha- vagy ezüstcsúcsok jutnak be. A szerző szokatlan dentális idegen testről számol be, amely eleinte diagnosztikai nehézségeket is okozott. Fiatal férfi megütötte az orrát, majd másnapra erős gennyes vérzése támadt s a jobb arcfél nyomásra érzékeny lett. Röntgen-képen fémszerű árnyék ismerhető fel a Highmor-üregben. Rinoszkópia gyulladt nyálkahártya mellett gennyes váladékot mutat. Az idegen test minéműsége nem állapítható meg. A beteg semmiféle sérülésről nem tud. Az eset tisztázása csak a megejtett műtét után sikerül, amikor is az állcsontöbölből mintegy kis mogyorónyi barnás, cementszerű idegen test került elő, ami a vizsgálatok után *Gysi*-féle triópasztának bizonyult. Az anamnézisben tényleg kimutatható a jobb felső hetes négy évvel ezelőtt történt gyökérkezelése. A hisztológiai vizsgálat szerint a szinusz nyálkahártyáján krónikus gyulladás zajlott le.

Az operáció után a beteg 2 héten belül véglegesen gyógyult.

Dr. Falussy Ágnes

SZÖVETTAN.

A. Egli (Basel): *Über die Structur des Fasercementes.* Schweiz. M. f. Zhkd. 1946. Bd. 56/Nol.

A szerző *Shamine* bonyolult nomenklatúrája helyett a cementféleségeket két csoportba osztja, morfológiai alapon: sejtmentes, rostos cement és sejte-

ket tartalmazó csontos cement. Bár elismeri, hogy a csontos cementben is vannak rostok a *Sharpey*-féle fibrillumok, melyek a gyökérhártya lehorgonyzására szolgálnak. Az *osteocementben* futók azonban hamarosan elmeszesednek. A sejtmentes cement szövetképét teljesen a *Sharpey*-rostok uralják. Egészséges körülmények között a cement állandó képződésben van, s a gyökérhártya rostjai egyre mélyebben s erősebben a cementbe építődnek be. Ennek a különböző időben lejátszódó folyamatnak az eredménye a cement lamelláris szerkezete. A fibrilláris cement többrétegűsége a zománc-cement határtól kevéssé apikálisan már kimutatható, de a határon magán csak egy rétegű.

A szerző vizsgálatai szerint, míg a cementálományra állandóan új rétegek rakódnak, addig a szemközt levő csont folytonos lebontódásban és felépülésben van. A cementet elmaszerodett rétegeiben mintegy megkövülten fixálva látjuk a történtek morfológiai képét s retrospektive következtethetünk ezokra a körülményekre, melyek az élet korábbi szakaszaiban a cementképződést befolyásolták.

Rajzos sémákon bemutatja a fibrilláris cementben és a zománc-cement határon a rostok lefutását és e rostoknak a *Sharpey*-rostokhoz való viszonyát. Azt a következtetést vonja le, hogy a cementrostok a *Sharpey-rostok* lefutásának megfelelően találhatók. A cementben egyre újabb rétegek keletkeznek s a *Sharpey*-rostoknak egyre mélyebben kell tapadni, mert a fog állandóan előbbre tör.

Dr. Falussy Ágnes

Prof. P. A. Gjerkje: *Tejfogak áttörése „denervatio" után.* Sztomatológija, Moszkva, 1947/I.

Szerző korábbi megállapításai szerint az áttörőben lévő tejfogak pulpájának idegei ugrásszerű szövetszaporulatot és differenciálódást mutatnak embernél, úgy hogy feltehető volt, hogy az áttörés folyamatában az idegek *morphogeneticus* szerepet játszanak. Ennek eldöntésére kölyökkutyákon mindkét oldalon többszörösen átvágta a n. mandibulárist, de a pulpa muló izgalmai tünetein kívül ez sem a tejfogak áttörésére, sem a már áttörtek további fejlődésére nem volt hatással.

Dr. Kovács György.

FOGSZABÁLYOZÁSTAN

Prof. I. M. Okszman: *A fogak beidegzése helyzeti rendellenességek esetében.* Sztomatológija, Moszkva, 1947/I.

Az irodalomban e kérdéssel kapcsolatban uralkodó ellentmondások tisztázására szerző 23 rendellenesen elhelyezkedő sértetlen fogat extrahált 13—26. életév közötti egyéneknél, majd a pulpából készült metszeteket ezüstimpregnálási eljárással festette. A rendellenes elhelyezkedésű fogak pulpájának idegrosjai fokozott argentofiliát mutattak, ami tudvalevőleg az idegszövet izgalmi állapotának jele; de más izgalmi tünetek (rostmegvastagodások stb.) a rendelkezésre álló anyagon nem voltak észlelhetők. Az argenofilia jelensége alapján célszerűnek mutatkozik a pulpa idegrendszerének rendellenes állású fogakon való tanulmányozása. Szerző meg is állapítja szövettani készítményeiből, hogy csupán kevés idegrost hatol be a dentinbe, mely utóbbi érzékenységének — szövettanilag alátámasztható módon is — az „*odontoblaszt*"-ok nyulványai a hordozói. *Dr. Kovács György.*

GÓCFERTŐZÉS

J. Bodingbauer: *Stomatogene (dentogene) Herdinfektion beim Hund (Stomatogén gócfertőzés kutyáknál).* Wr. tierärztl. Mschr. *33*:97, No. 3, 1946.

Három kutyáról számol be szerző, melyeknél fogeredetű gócfertőzés állott fenn. Az első esetet halálosan végződött. A felső nagyőrlőkből kiinduló folyamat ráterjedt az állcsontöbölre, a környező lágyrészekre, valamint a véráram útján távoli szervekben is gennyes elváltozásokat hozott létre. Ez az eset nem annyira gócfertőzésnek, mint inkább fogeredetű heveny szepszisnek felel meg. Az elsődleges gócból, valamint a vérből azonos csirák voltak kitenyészthetők (*streptococcus haemolyticus*). — A második és harmadik eset megfelel a gócfertőzés kórképének, lassúbb, vontatottabb lefolyásával, főképen pedig az elsődleges góc eltávolítása után (egyik esetben foghúzás, a másik esetben sikeres gyökérkezelés) bekövetkező gyógyulásával.

Hogy az állatvilág fogazatának megbetegedéseiről és ezeknek az emberi kórtannal való analogizálhatóságáról ilyen pozitív bizonyítékokat látha unk, látókörünk szélesítését eredményezi.

dr. Adler Péter.

ANATOMIA

I. M. Eisenstein: *Néhány anatomiai megfigyelés a vezetesés (mandibuláris) érzéstelenítéssel kapcsolatban.* Az ukrán orvosképző egyetem közleménye. Stomatologia — Moszkva, 1947 No. 1.

A mai napig nem találunk magyarázatot arra, hogy mandibuláris érzéstelenítésnél miért fordul elő sikertelenség, ami abban nyilvánul meg, hogy vagy a nyelvideg, vagy az alsó állkapocsideg együttvéve, vagy külön-külön nem érzéstelenedik el, noha az érzéstelenítő folyadékot a csatorna bemenetéhez fecskendeztük.

A szerző 300 hullát felboncolva, megállapította, hogy az eseteknek kb. 10%-ban az ú. n. interpterigoidális bőnyeg hatalmasan kifejlett, sőt azon esetekben, amikor a koponyaalapon eredő vagy tapadó rövid szalagok (pl. a *ligamentum pterygospinosum Civinini*) elcsontosodtak, az izmok közti *fascia* is egészében, vagy részben el van csontosodva és ez képez mechanikai akadályt az érzéstelenítő folyadék felszívódásában. *dr. Illyés Lajos.*

KÓRTAN

A. W. Mann, S. Dreizen, T. D. Spies, F. M. Hunt: *Dental Caries Activity and Nutrition* (Káriesz-terjedés és táplálkozás). J. A. D. A. 34:244, No. 4, 1947.

A kárieszt számos szerző elégtelen táplálkozás következményének tartja és pedig elsősorban vitaminokban, ásványi sókban szegény, tehát qualitatív szempontból elégtelen táplálkozás következményének. Újabban azonban hallatszanak olyan hangok is, amelyek szerint a kárieszneknek a táplálkozási hiányokhoz semmi köze. Így pl. pellagrások szuvasodási gyakorisága kisebb, mint egészségeseké. Szerzők 124 betegen és 99 egészséges személyen végeztek a felvetett kérdésre vonatkozó vizsgálatokat. A betegek mindegyike klinikailag manifeszt vitamin-hiányban szenvedett, rendszerint nem egy, hanem több vitamin hiányában. Kalorikus tápláltság tekintetében csupán 9 főnél állt fenn hiány, 7 fő a határon mozgott; viszont pellagrás volt 34, riboflavin-hiányban szenvedett 84, a B-vitaminhiány kezdeti idegjelenségeit mutatta 29, 15-nél táplálkozási makrocytás anémia állt fenn, 27-nél *thiamin*-hiány, 11 A vitaminhiány és 17-nél skorbut; 62 betegnek egyidejűen többirányú hiánybetegsége volt.

A szuvasodás gyakoriságát a DMF indexszel jelzik; ez a megbetegedett (diseased = D), tömött (filled = F) fogfelszínek és hiányzó fogak (missing = M) összege. A „kísérleti csoportnál" 2,07 fogfelszín volt szuvas, 1,60 fog hiányzott és 0,96 fogfelszín volt tömve átlagban szemben a kontrollcsoport 3,21; 2,23 és 9,75 számadataival. Ezen klinikai észleléssekkel egyeznek a laboratóriumi leletek. Egyrészt a nyál mészoldóképességét (*Fosdick, Hansen, Appleton*, J. A. D .A. 1927, 1275. o.), másrészt a *lactobacillus acidophilus* számot (*Hadley* J. Dent. Res. 1933, 415. o.), valamint a szerzők által ajánlott pufferkapacitás vizsgálatot végeztek s valamennyi laboratóriumi próba egybehangzóan azt az eredményt mutatta, hogy a rosszul, elégtelenül táplált csoportnak kisebb a szuvasodási hajlama. Alacsonyabb *lactobacillus*-számot mutatott ez a csoport, nagyobb puffer-kapacitást, kisebb mész-oldóképességet.

A vizsgálatok eredményei mindenesetre meglepőek és eddigi elképzeléseinknek ellentmondanak. A klinikai és laboratóriumi vizsgálatok egybehangzása komoly meggondolásokra késztet bennünket eddigi nézeteinket illetően. *dr. Adler Péter.*

VEGYES

H. Rosencher: *Orvosi viszonyok Dachauban (Medicine in Dachau.)* Brit. Med. Journ. 1946. dec.

A szerző több francia deportálttal együtt 8 hónapot töltött a dachaui koncentrációs táborban és annak állapotairól orvosi szempontból számol be.

A felületes látogató számára a dachaui tábor látszólag mintaszerű egészségügyi berendezéssel rendelkezett és papíron igen jó egészségügyi szabályok voltak érvényben, naponta fürdés, a ruházat fertőtlenítése havonként. Egyes épületek előtt virágágyak és nyárfák tették barátságossá külsőleg a tábort. A higiénikus rendszabályok végrehajtása azonban a valóságban életveszélyes tortúrát jelentett a tábor lakói számára, de nem tisztaságot és féregmentességet. A ruházatot havonta fertőtlenítőbe vitték, amikor az emberek teljesen ruhátlanul várakoztak sokszor 24 óránál tovább a ruhanemű visszaérkezésére a legnagyobb téli hidegben. Ezek a várakozások rendszeres

halálozásokkal jártak együtt. A „fertőtlenített" ruhákban sokszor a tetvek, de minden esetben a peték épségben megmaradtak. A kötelező mindennapi tisztálkodásból minden táborlakóra 30 másodpercnyi mosdás jutott a vízcsapoknál — szappan nélkül.

A szerző összefoglalja a morbititást befolyásoló tényezőket. Ezek a hideg, a kimerültség, az éhség és a túlzsúfoltság voltak. A koncentrációs tábor vezetősége bőven talált alkalmat arra, hogy az internáltakat a dermesztő hidegben órákon keresztül várakoztassa. Az állandó munka és várakoztatások miatt a foglyok csak napi 4 óra hosszat alhattak. A barakok túlzsúfoltsága miatt ½—¾ légköbméter jutott egy emberre. A nyomorúsághoz emellett az állandó éhezés járult hozzá. 1944. év szeptemberében, amikor a legbőségesebb volt a táplálkozás, a napi kalória 1017 volt, 1945 áprilisában 533 kalória.

1944 júniusáig orvosi felügyelet egyszerűen nem volt. Ettől kezdve internált orvosok voltak megbízva az egészségügyi felügyelettel. Az általuk beterjesztett betegek sorsa felett a tábor főápolója döntött, akivel az internált orvosoknak állandóan hadakozniok kellett a betegek érdekében.

Az internáltak betegségeinek patológiájával a szerző cikkében az éhezés és túlzsúfoltság szempontjából foglalkozik.

A táplálkozás hiánya, főleg a kalória, a fehérje, az ásványi sók és a vitaminok elégtelenségében nyilvánult. Az éhezés első tünete az extrém súlyvesztés volt. A has sajkaszerűen behúzódott, a szemgödör besüppedt. Erre következtek az izomsorvadások (a *m. deltoideus, quadriceps* és az *adductores femoris*). Ezzel párhuzamosan fejlődött ki a kardialis inszufficiencia. A pulzus bradikardiás lett, gyengébb lett és kis amplitudójú. Testi erőltetésnél hirtelen erős tahikardia lépett fel. Az izomtónus és a reflexek csökkentek, az éhező lassan, vontatottan mozgott. Általában 50 százalékos súlycsökkenés után ezek a tünetek irreverzibilisekké váltak és hirtelen bekövetkezett a halál. A képet 80 százalékban ödéma és bélhurut komplikálta. A vizenyő hirtelen lépett fel az arcon és a bokák körül, majd alulról felfelé terjedt, úgyhogy többnyire interkurrens tüdőgyulladás végzett a beteggel. Az ödémások állapotán nem javított a digitalisz. A vizeletben kóros alkotórész nem volt kimutatható. A vérben erősen megcsökkent a szérumglobulin mennyisége, úgyhogy az ehhez viszonyított szérumalbumin mennyisége megnövekedett. A vizenyő előidézésében úgy látszik, hogy az elégtelen fehérjefelvétel szerepel. A halálos éhezéshez gyakran társult a hasmenés is. Az éhenhaló napjában 20—30-szor székelt. A széklete halványsárga színű, alig bűzös folyadék volt, mely nyálkahártyacafatokat tartalmazott. A hasmenés alatt az ödéma eltünt és az éhező átlag két nap alatt meghalt.

Elsődleges hasmenés is előfordult, amikor a beteg aránylag még jobb testi kondicióban volt. Oknak itt is csak a fehérjehiányt lehetett tartani. A hasmenés kiütéses tifusszal kapcsolatban is előfordult.

Az éhezés további jellegzetes tünete a hipoglikémia volt. Heveny hipoglikemiás roham nem volt észlelhető azonban a kahexiás tünetek közül több a (közömbösség, aluszékonyság, bradipnoé) hipoglikémiás koma közeledésére emlékeztetett. A felszabadulás után végzett vizsgálatok szerint a vércukor átlag a normális érték felére csökkent, míg a liquor cukorszintje kevéssé változott.

A pszihés zavarok közül intellektus csökkenés, apátia, melankólia, hallucinációk és deliriumok fordultak elő. A neurológiai megbetegedések közül leggyakoribb volt a B vitamin hiány által okozott polineuritisz. *A fogszuvasodás gyakorisága fokozódott*, valamint az A vitamin hiánya miatt a bőrbajok. Férfiaknál a szexuális libido teljes hiánya, nőknél amenorrea volt észlelhető. Igen gyakoriak voltak a bőrgenyedések, furunkulusok, karbunkulusok, flegmonék, melyek lassú, alig fájdalmas lefolyásuak voltak, igen elhuzódó gyógyulási időtartammal. Gyakori volt a tüdőgyulladás, a halálesetek 40 százalékát hideg időben ez okozta. Aktiv tüdőtuberkulózist a szekciók 40 százalékban mutattak. Az adatok szerint ez nem annyira a túlzsúfoltsággal, hanem a rossz táplálkozással volt összefüggésbe hozható.

A túlzsúfoltság befolyását mutatja az, hogy a zsúfoltabb blokkokban a halálozási százalék háromszor akkora volt, mint a kevésbbé zsúfoltakban. A zsúfoltság volt oka a skabiesz, erizipelász és a kiütéses tífusz elterjedésének. A kiütéses tífusz minden jellegzetes tünetével és szövődményével az első

időkben 80 százalékos halálozással járt, később annyira enyhe lefolyásúvá vált, hogy még a kahektikusok is felépültek belőle.

Az életben maradt internáltak 65 százaléka volt beteg a felszabaduláskor. 30 százalékban 10 hónappal később meg mindig betegek voltak. Tüdő tbc. és kardiális betegségek maradtak legnagyobb számban. Lassan javult a kahexia és az éhezési ödéma valamint soka megmaradt még a bőr érzékenysége.

A cikk száraz, szakszerű hangja mély nyomot hagy az olvasóban. A tárgyilagos orvosi adatok mögött lehetetlen nem látni a mérhetetlen szenvedést, a rengeteg kínos halált, melyet a hitlerizmus zúdított számlálhatatlanul sok, ártatlan embertársunkra a XX. század derekán, Európa kellős közepében.

Dr. Boros Sándor.

C. H. Moses: Studies of wear, arrangement and occlusion of the dentitions of humans and animals and their relationhip to orthodontia, periodontia and prosthodontia. Items of Int. 68: 953, No. 10, 1946.

Szerző különböző primitív népfajokon, állatokon és modern emberen vizsgálta az artikulációt. *Bonwill* megállapítása szerint a két *condylus* és az alsó metszők közötti pont egy egyenoldalú háromszög három csúcsát képezi. *Monson* szerint a rágófelszínek gömbszeletnek megfelelően helyezkednek el. Sem *Bonwill* elmélete, sem *Monson* állítása nem általános érvényű természeti törvény, amely minden emberre érvényes lenne. Eszkimók fogain szerző és előtte mások is megállapították, hogy nagyjából éppen fordítva lejtenek a rágófelületek, mint a *Monson*-elv alapján lejteniök kellene. Igen gyakran látni, hogy az egyes fogak rágófelületei nem egyenletes lejtést mutatnak. Pl. az alsó bölcsességfog gyakran megfelel a *Monson*-elvnek, míg a többi rágófog ellentétes kopást mutat. Az állatvilágban gorillán, rénszarvason, zebrán, birkán ugyancsak fordítva állnak a lejtős felszínek, mint a *Monson*-elv alapján kellene. Viszont egyes rágcsálókon a fogak beállítódása teljesen megfelel *Monson* követelményeinek. Szerző ennek okát abban látja, hogy a *Monson*-elvnek meg nem felelő fogazatokban az állkapocs szűkebb, mint a felső fogív, tehát csupán a fordított lejtésű rágófogak tudnak kellő szélességgel találkozni. A *Monson*-elvnek megfelelő rágcsálóknál viszont a mandibula tágabb, mint a maxilla és a fogak így a *Monson*-elvnek megfelelően helyezkednek el, hogy találkozhassanak. E tanulságokat szerző művi fogsorok felállításánál oly értelemben hasznosítja, hogy tágabb mandibulánál a *Monson*-féle gömbszeletnek megfelelően állítja fel a fogakat, szűkebb mandibulánál fordítva, míg, ha a felső és alsó *processus alveolaris* egy szagittális síkba esik, vízszintesen állítja be a rágófelszínt.

Szerző szerint nem lehet általános érvényű szabályt felállítani arra nézve, hogy a fogaknak milyen inklinációja normális, mert ez a két *proc, alveolaris* egymáshoz viszonyított szélességétől függ. Az alsó bölcsességfog a többi fogtól eltérő lejtésének szerinte az az oka, hogy e tájon a paraboloid alsó fogív tágabb, mint az ellipszis-alakú felső.

Dr. Adler Péter.

H. F. Humphreys: *Specific infections of the hand of dental surgeons: Notes on three cases. Dent. Digest.* 52: 543, No. 10. 1946. (From Brit Dent. Jnl.)

A birminghami Dental Hospitalban 1933 és 1937 között három esetben észleltek a fogorvosok kezén szájban működésük következtében támadt specificus fertőzést. Az első esetben a bal hüvelykújj körömszélén észleltek egy kis hólyagocskát, amely a szokásos kezelésre, valamint a köröm eltávolítására nem gyógyult. Folytatólagos kezelés közben néhány hét mulva általános exantéma lépett fel és az ekkor végzett W. R. pozitív volt. Antilueszes kezelésre gyógyulás.

A második esetben a jobb középső újj begye dagadt meg hirtelenül. Incizió: geny-ürülés. Látszólagos gyógyulas után újból duzzanat és reincizió. Ekkor nem ürült geny, de a kenetben diftéria bacillusokat találtak. 48.000 E. antitoxin adására javulás, de polineuritisz lép fel, amely lassan gyógyul.

A harmadik esetben fogkő eltávolítása közben sérti meg a fogorvos az ujjbegyét, amely már a következő éjjel elgenyedt. Sebészi feltárás után látszólagos gyógyulás, majd recidiv-duzzanat és hosszas konzervativ kezelés után három hónap mulva újabb sebészi feltárás, amikor is a genyben *streptothrix*-et mutattak ki. Jód-kezelésre gyógyulás.

Dr. Adler Péter.

J. Bodingbauer: *Die Entwicklungsanomalien bei Zwerghunden und deren Zusammenhang mit endokrinen Störungen (Törpekutyák fejlődési rendellenességei s ezeknek kapcsolatai a belső kiválasztású mirigyekkel).* Wr. tierärztl. Mschr. *33*:283, No. 7, 1947.

A belső kiválasztású mirigyrendszernek a fejlődésre és a fogazatra való hatását az irodalom adatai alapján részletesen tárgyalja a szerző. Fejtegetései közül a fogorvos részére érdekes, hogy a törpekutyáknál a csontosodás és csontfejlődés késett; gyakran nem váltódnak időben a tejfogak, hanem tovább is helyükön maradnak. Gyakori a *kryptorchismus* is, valamint nem ritkán észlelni *makroglossiá*-t. Rendszerint egyidejűen több anomália is észlelhető. Hogy a törpekutyák e fejlődési rendellenességeinek tanulmányozása közelebb visz-e bennünket a fogszabályozási rendellenességek kóroktani megértéséhez, referens előtt legalább is kétségesnek tűnik, de kétségtelen az, hogy ilyen irányú vizsgálatok új szempontokat eredményezhetnek, melyeknek ismerete a fogorvos és fogszabályozó szakorvos részére is előnyös.

dr. Adler Péter.

Hinzburg és Elpiner: *A réz- és a cink polarográfiai meghatározása szuvas és egészséges fogakban.* (Stomatológia — Moszkva, 1947. I. szám.)

A réznek és a cinknek nagy jelentősége van a biológiai folyamatokban (a sejtekben történő katalizisben, a hormonok aktiválásában, a vitaminok és a fermentumok működésében).

E meggondolásból kiindulva a szerzők mennyiségileg megvizsgálták az ép és a szuvas fogak hamujának réz- és cink-tartalmát. — E célból kidolgoztak egy elektrokémiai mikroanalitikus módszert, az úgynevezett polarográfiás eljárást (részletesen ismertetik), amelynek segítségével arra az eredményre jutottak, hogy a karieszes fogak hamujában a réz és a cink mennyisége megnövekszik az ép fogakéhoz viszonyítva.

Dr. Illyés Lajos.

Max Appenzeller (Zürich): *Materialprüfungen an neuen Zahzprothesen-Kunst stoffen,* (Új protézisanyagok vizsgálatai). Schweizerische Monatschrift für Zahnheilkunde. Band 56/No 6. 549. old.

Háromféle protézisanyag a kaucsuk, Paladon és Selitrol 2 vizsgálatait közli, melyet részben Svájcban végeztek, részben a washingtoni Bureau of Standards végzett. Ezeket gyakorlati észleletek egészítik ki. Az anyagok feldolgozása szokásos módszerekkel történik.

Laboratóriumi vizsgálat eredménye: hajlítási szilárdság szempontjából a kaucsuk és a Selitrol 2 megfelelőnek bizonyult, míg a Paladon hajlítással szembeni szilárdsága sokkal kisebb. Húzási szilárdság szempontjából a Selitriol 2 bizonyult a legjobbnak. Brinnell keménység főleg fémeknél fontos. A vizsgált anyagok eredményei nedvesen (3 napig 37°-os vízben tartva): Selitrol 2 és kaucsuk 13.4 kg/mm², a Paladoné 12.4 kg/mm². Selitrol 2 és kaucsuk nyulékonysága a Paladonénál 2, 3-szor kisebb. Fémhez való tapadás: a műanyagok fémekhez jobban tapadnak, mint a kaucsuk, a Selitrol 2 a Paladonnál sokkal jobban tapad. Vízfelvétel és oldhatóság: a kaucsuk oldódása a legnagyobb.

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ** egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratorium
Budapest II.,

Klinikai vizsgálatok: 5 hónapi viselés után 16 teljes felső protézist vizsgáltak alakváltozás szempontjából. Ezen idő alatt a Paladon és a Selitrol 2 alakjukat nem változtatták. Kaucsukról eredmény nincs feltüntetve. Vízfelvétel és szájbani oldódás: Selitrol 2 nedvfelvétel következtében 1% súlygyarapodást mutatott. Paladon egy hónap után ½% súlytöbbletet ért el, 5 hónap mulva viszont káros oldódási jelenségeket észleltek. Keménység: 3 hónapi viselés után az eredeti Brinell keménység megváltozott, éspedig Selitrol 2 és kaucsuknál —4%, Paladonnál —8%-ban. Vizsgálatok szerint mindhárom anyag többé-kevésbbé megfelel a követelményeknek, bár a Paladon tulajdonságai nem érik el a másik kettőét és ez a Paladon kémiai összetételében nyeri magyarázatát. Kár, hogy a vizsgálatok csak ezen három anyagra terjedtek ki. Más svájci és angol, valamint amerikai anyagok vizsgálati eredményeit is ismerni kellene. Ezek nagyrésze nálunk már ismert és használt; esztétikus hatás és klinikai tapasztalat azonban nem elegendők. Valószínű, ezek is elérik a Selitrol 2 eredményeit.

Dr. Földvári Imre.

GYAKORLATI TANÁCSOK.

Diatorikus fogak köszörülés közben való leejtésének megakadályozására E. T. Evans azt ajánlja, hogy húzzunk drótot keresztül a likacsain.

AMINT MÁSOK LÁTNAK BENNÜNKET.

Minden fogorvosnak időnként be kellene ülnie néhány percre a saját székébe és innen nézni a piszkot, port és vízfoltokat, amelyeket máshonnan nem venni észre. De a páciens bizony látja a köpőcsészéken levő vízfoltokat, a port és a szálacskákat a fúrógép csigáiban, a mocskot a falon, uniton, padlón. (H. Stevens.) (Dental Digest — D. Record. 1947. III. szám.) *Dr. Bruszt.*

HIREK

A Magyar Orvosi Bibliographia *felhívása az orvosokhoz.* A Magyar Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium tervbe vette a „*Magyar Orvosi Bibliographia*" kiadását. Ezzel kapcsolatban felkéri az ország összes orvosait, hogy bárhol megjelent tudományos közleményeikre vonatkozó következő adatokat közöljék: *Szerző neve, lakcíme, a közlemény teljes címe, megjelenési helye és ideje.* (Pl. X. Y. A fogkőről, Fogorvosi Szemle, 1938. 3. szám, vagy 87. old.) A bejelentések a szerkesztőhöz — *Dr. Peleskey Lajos*, Budapest, II., Káplár-u. 3. — küldendők.

Amerikai fogászati filmek. A Magyar Keskenyfilm Szövetség május 22-i vetítőestjén amerikai fogászati filmeket tüzött műsorra. Gyönyörű, színes felvételeken láthattuk a lemezes fogmű elkészültét, az alsó-felső fogatlan száj protézishez való sebészi előkészítését és a gyökérkezelési eljárásokat. A protetikai részben megfigyelhettük a kapocsrajzoló készülék működését. A sebészi részben irígykedve láttuk a leitatást (leszárítást) pótló szívószerkezet működését. Szemléltető képekben mutatta be a film, hogy a fogatlan és műfogsor viselésére alkalmatlan száj sebészi megjavítása bizony elég nagy beavatkozás. A gyökérkezelési részben, mint mellékmomentum feltünt, hogy a beteg sötét, speciális védőszemüveget visel, hogy az operációs lámpa fénye ne zavarja. A nyéllrekesztő, amit használtak, áttetsző anyagból készült. Ez talán a páciens számára tetszetős, de a fogorvos szeme számára kedvezőbbnek véljük a sötétszínű gumilapot a kezelendő fog mögött. A pulpitiszes fog kezelése nemegy ülésben történt és nem mellőzték az eugenolnak és kreosotnak használatát, amit mi a gyökérhártya szempontjából nem tartunk ártalmatlannak. A kloroform-guttapercsa gyökértömés keresztülvitele igen szellemes fogással történt.

Ajánlatos volna a bemutatott és hozzá hasonló filmeket minél szélesebb körben ismertetni úgy a budapesti, mint a vidéki kartársak előtt.

Baján az iskolafogászati rendelő újra megkezdi működését. A megrongálódott berendezés kijavítására, eszközök és anyagok pótlására, továbbá személyi kiadásokra a város egyelőre 3000 forintot utalt ki.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport tudományos üléseiről

1947 február 27-én: Dr. Perint Jenő főorvos *„A parotiszvezeték elzáródása különös tekintettel a nyálkövekre"* címen tartott előadást.

Előadó a parotiszvezeték elzáródását előidéző okokat a fejlődési rendellenességek, az exogén ártalmak és az endogén okok csoportjába osztotta. Részletesen foglalkozott az elzáródás leggyakoribb okának a nyálköveknek keletkezésével és esetek ismertetése kapcsán kitért a nyálkövek diagnosztizálásának különleges nehézségeire.

Az előadáshoz Prof. Simon szólt hozzá, aki kiemelte az arc duzzanatának differenciál-diagnosztikai fontosságát. A nyálkő diagnosztizálása stomatologiai feladat, amennyiben, azonban a nyálkő a kivezető cső magasabb szakaszában vagy a mirigyállományban ül, annak eltávolítása kívül esik stomatologus hatáskörén. Az eltávolítást illetőleg nem helytelen bizonyos konzervatív álláspont, mert gyakori a nyálkő spontán megszületése.

1947 március 13-án: Dr. Szenthe István egyet. magántanár: „A fogszabályozó gépek fejlődése" címmel tartott előadást. A fogszabályozó gépek az idővel módosulnak, átalakulnak. Az új anyagok használata és a módszerek kombinálása ebben a leglényegesebb tényező. A régi kaucsuklemezes készülékek alakultak át idővel úgy, hogy a már lemez nélküli *Jackson* majd *Crosat* készülékek a lemezes készülékek egyenes leszármazottjának tekinthetők. A *Crosat* készüléktől pedig a lingualívig csak egy további lépés. Az anyag használatától függően alakultak ki a *P. W. Simon*-féle, a *Mershon*-féle, az *A. M. Schwartz* által propagált és számos más linguális ívvel dolgozó eljárás.

A külső ív alapjában véve kevesebbet módosult.

A. M. Schwartz kaucsuk-készüléke ennek a fejlődésnek ellentétesét mutatja:

mert joggal feltehető, hogy ez a készülék a linguális segédrugós készülékből alakult ki. Ez az álláspont még akkor is fenntartható, amikor a kaucsuk-készülékkel intermaxilláris elhorgonyzású erőket is alkalmaz.

A passzív intermaxilláris erőkkel dolgozó *Andresen—Häupl*-készülék hasonlónak vehető a *Robin*-féle monoblok-kal. A különböző segédeszközzel végzett lemezes tágítás lényegében véve azonos.

Dr. Rehák R. hozzászólásában Fochard eljárásaira hívta fel a figyelmet és az A. B. C. (Angle—Baker—Case) készülék történetét mondja el.

Dr. Ábrányi Z. hozzászólásában a biológiai gondolatot fejtegette. Ennek jelentős része van a modern apparatura kialakulásában.

1947 április 24.

Dr. Fodor István György: *Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok gyulladásos betegségeinek penicillinkezelésében.* Ismerteti a felső és alsó állcsont bonctani viszonyainak azokat a jellegzetes különbségeit, amelyek megmagyarázzák, hogy a súlyosabb kimenetelű gyulladásokat és életveszélyes komplikációikat majdnem kizárólag csak az alsó állcsonton észleljük. Így természetesen a penicillinkezelésre is rendszerint csak az alsó állcsont súlyos gyulladásos eseteiben van szükség. Olyan eseteinek kórtörténeteit ismerteti, melyekben a penicillinkezelést a betegség egész korai szakában azért kezdték meg, hogy a súlyosabb gyulladás kifejlődését megakadályozzák. Folyamatosan adagolt olyan nagy mennyiségű penicillin mellett is, amely a megfelelő hatáshoz szükséges vérkoncentrációt feltétlenül biztosította, a betegség kifejlődését, illetve továbbfejlődését megakadályozni nem tudta. A betegség a maga útját, a penicillinkezelés ellenére, végigfutotta, azonban ennek az útnak egyes, sokszor nagyon is veszélyes szakaszai (lágyrészek következményes flegmonozus beszűrődései, tályogok) sokkal könnyebbekké váltak. A betegség kialakulását, illetve továbbfejlődését véleménye szerint azért nem tudták megakadályozni, mert a penicillinkezelést valószínüleg már csak akkor kezdték meg, midőn az állkapocs testében, a keringési zavart előidéző, kis erek trombotizálódása már megkezdődött és így a penicillin az erek ütőerében megtelepedett baktériumfészkekhez, a fertőzés tulajdonképpeni forrásaihoz már nem juthatott el. Ezek a keringési zavarok, súlyosabb infekciók eseteiben, az alsó állcsont ismertetett kedvezőtlen vérellátási viszonyai folytán, már a betegség egész korai szakában megkezdődhetnek. Szerencsére a penicillin a mandibulával szomszédos lágyszövetekbe már jól diffundál és így a tulajdonképpeni életveszélyt jelentő, lágyrészeknek következményes gennyes gyulladásai eseteiben a penicillinhatás már kitünően érvényesül. A mandibula csontállományát, súlyosabb fertőzések esetén, rendszerint műtéti úton kell felszabadítanunk a baktériumtömegek pusztításától.

A M. O. Sz. Sz. Fogorvosi Szakcsoportja 1947. szept. 18—21-én Országos Nagygyűlést tart. A Nagygyűlésnek különleges ünnepi jelleget kölcsönöz, hogy az idén van Árkövy József halálának 25. évfordulója. Ez alkalommal óhajtunk a stomatológia nagy magyar úttörője emlékének áldozni. Emlékünnepélyünkre meghívjuk a külföld összes fogorvosegyesületeit és reméljük, hogy nagy számmal fognak kongresszusunkon résztvenni. Kérjük azokat a kartársakat, kiknek személyes külföldi összeköttetéseik vannak, legyenek segítségünkre a szervezésben és lépjenek ez ügyben összeköttetésbe az Elnökséggel.

A Nagygyűlés tudományos programjának összeállításához is hozzáfogtunk. Mindazok, kik előadást óhajtanak tartani, küldjék be július 30-ig előadásuk teljes szövegét a szakcsoport tudományos bizottságához (Nádor-utca 32). Előadási szándékukat azonban ettől függetlenül minél előbb jelentsék be, előadásuk címével együtt.

A Fogorvos Szakcsoport Tudományos üléseit a Stomatologiai Klinika tantermében tartja a következő tárgysorozattal:

1947 június 19-én, ½7-kor:

1. Prof. Morelli Gusztáv: Beszámoló a prágai ARPA kongresszusról.

2. Dr. Perint Jenő: A retencióban maradt szemfogak következményei és ezek leegyszerűsített terápiája.

1947 június 26-án ½7-kor:

Dr. Rehák Rudolf: Új módszer a mélyharapás megszüntetésére. (Betegbemutatással.)

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelezést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 32. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A Szerkesztőség újból és nyomatékosan felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már **eddig beküldött**, vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljenek. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közleményekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap színvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik. Csak jól olvasható, gépen írt és nyomdaképes cikkeket fogadunk el közlésre.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára írva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

A szövegrész vége.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat. Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

PLASZIN



LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!

Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán





PLASZIN
LEMEZ ÉS MŰFOGTECHNIKAI LABORATÓRIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPÍTVA 1918

M.

Használjunk Neonovoton érzéstelenítőt!

Erélyes és teljesen ártalmatlan
FERTŐTLENÍTŐSZER:

NEOMAGNOL -Chinoin

Tartalmaz tablettánként 1.0 g chlorogeniumot

10 és 50 tabletta

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 JULIUS XL. ÉVFOLYAM Nº 7. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924-1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

TARTALOM — CONTENTS:

Salamon Henrik síremlékének leleplezése 193

EREDETI KÖZLEMÉNYEK: Oldal

Dr. Kemény Imre: Új módszer a teljes alsó protézis rögzítésére 195

Dr. Löwinger Simon és Dr. Frankl Zoltán: Újabb terápiás lehetőségek az agranulocitozis kezelésében . . 202

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS:

Prof. Hajós Károly: Újabb haladás az allergiás betegségek kezelésében 206

Dr. Sugár László; Beszámoló a Stomatologiai Klinika tudományos üléséről 214

Prof. Morelli Gusztáv: Beszámoló az Arpa Internationale kongresszusáról 215

Dr. Sztrilich Pál: Praxisracionizálás 217

LAPSZEMLE 218

ORIGINALIA: Page

Obituary: Prof. H. Salamon 193

Dr. I. Kemény: A New Method to Fasten a Complet Lower Prosthesis 195

Dr. S. Löwinger-Dr. Z. Frankl: New Therapeutic Possibilities in the Treatment of Agranulocytosis 202

Prof. K. Hajós: Allergy and its Newer Therapy . 206

Prof. G. Morelli: Arpa Congress in Praha . . . 215

CURRENT LITERATURE 218

308

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

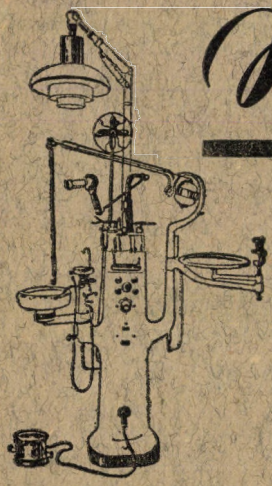
TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39.

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26.

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Ne sajnálja

a fáradságot. Keressen fel személyesen, telefonon, vagy posta utján!

Érdemes

megtekinteni üzletemet, ahol nemcsak műszerek és anyagok, hanem teljes fogorvosi berendezések is kaphatók.

Unit-készülékek
(különböző összeállításban)
Műtőszékek
Röntgen-készülékek

Diathermiáskészülékek, kedvező fizetési feltételekkel

Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ** egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA
CSENGERY-U. 3.

TELEFON:
226-887

KOVÁCS

DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Harvard, Bayer, Pontofix, Ontophos, Fixodont cementek. — Syntetic, Roessler, Kohinor, F. P. 7. Translucin porcellánok. — Schweizi villany fúrógép komplett 850 forint. — Csőszék kárpitozott, köpőcsészével, pohártartóval 450 forint.

DIATHERMIÁK
12 havi részletre.

Komplett operatív és technikai berendezések.

KOVÁCS-FÉLE KOMBINÁLT GÉP villany öntő- és ponthegesztő egyben.

Gingivitis?
Pyorrhoea?

BYOSANOL

Theriaka

BARTHA JÓZSEF gyógyszerész
Budapest, V., Zoltán-utca 12. Telefon: 127-694

Herkules

(volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules

(VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 július hó No. 7. szám

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

Salamon Henrik síremlékének leleplezése



Június 22-én, vasárnap délelőtt volt a magyar stomatológia nagy halottja, Salamon Henrik professzor síremlékének felavatása. A síremléket az elhúnyt családja állíttatta és a magyar fogászat legjobbjainak jelenlétében, díszes külsőségek között folyt le a leleplezés.

Megjelentek a nagy Mester hozzátartozói, barátai, tanítványai, kortársai, a magyar fogászati intézmények vezetői, élükön Balogh Károly professzorral, hogy megadják a végső tiszteletet.

Az 1944-es év vérzivataros, vad eszeveszettségében húnyt el nagy Tanítónk, amikor nem volt rá mód és lehetőség, hogy a Neki kijáró tisztelettel búcsúztassuk el. Várni kellett az idők lecsendesedésére, hogy ez lehetővé váljék.

A tudós legszebb feladata, de egyben a legsúlyosabb is, hogy egész életében összegyűjtött tudásvagyonát utódainak átadja. Csak kevés embernek jut osztályrészül, hogy tudós és tanítómester legyen egy személyben, mert az igazi tanítótól hivatása emberfelettien nagy önzetlenséget kíván. A szülő gyermekének a természet rendje szerint hagyja hátra minden szellemi és kézzelfogható vagyonát, anélkül, hogy ez áldozatnak

számítana, de a tudóst az idealizmus tüzének kell fűteni, hogy szellemi értékeit maradéktalanul juttassa a tanítványoknak: szellemi utódainak. A gyermek vér a szülő véréből, test a szülő testéből, de a tudós utódai, tanítványai neki tulajdonképen idegenek. Salamon Henrik igazi nagy Mester volt. Mutatja ezt az is, hogy tanítványai még ma, évekkel halála után is, hálával és szeretettel emlékeznek meg Róla. Nem volt szűkmarkú, sőt tékozló volt tudása javaival, mert nemcsak a hozzá közelálló tanítványoknak, de bárkinek, ki tanácsért fordult hozzá, bőkezüen osztogatta szellemi tőkéjének pompás gyümölcseit. Hálát, viszonzást nem várt érte. De nem is kapott. És ezt keserűség nélkül, a nagy lélek bölcs derüjével vette tudomásul.

Tekintélyt csak mély, emberi bölcsesége, tudása és jósága szerzett neki, a hivatalos állás díszét megtagadta tőle a Sors. És mégis, hivatalos állás nélkül is, fogalom volt a neve és az marad elmúlása után is.

Ezért kell hálás szívvel gondolni Reá, nekünk, a magyar stomatológia képviselőinek és kérni a jóságos Úristent, hogy a túlvilágon, ahol az igazságot hitünk szerint részrehajlás nélkül mérik, lelkének békés pihenése legyen. **Varga István dr.**

A felemelő ünnepség lefolyásáról az alábbiakban számolunk be:

Salamon Henrik rákoskeresztúri temetőben lévő díszsírhelye fölé rokonai rőzsaszín márványból készült, ízléses síremléket emeltek. A síremlék, 1947 június 22-én tartott leleplezéséről, Szakcsoportunk minden tagját értesítette, akik igen nagy számban jelentek meg a temetőben. Az egyházi hitszónok magasszárnyalasú beszéde után Balogh Károly professzor tette le elsőnek a Budapesti Stomatológiai Klinikának az egyetem színeivel díszített koszorúját. „A legszebb lelkű és legékesebben beszélő bölcs ember volt Salamon, aki lelkesedéssel tanított, mert szerelmese volt a stomatológiának, melyet egész életén át hűségesen szolgált", mondotta Balogh professzor. Dr. Áldor István a M. O. Sz. Sz. koszorúját helyezte el a sírra, majd Simon Béla professzor beszélt a Fogorvosi Szakcsoport képviseletében és 2000 magyar fogorvos nevében mondott utolsó Istenhozzádot annak a Salamon Henriknek, aki a legkisebb fogorvosnak is éppen úgy atyai jóbarátja volt, mint a legnagyobbaknak és aki tudásban, szerénységben és alázatosságban eszményképe lesz minden hivatását szerető magyar fogorvosnak, amíg csak emlékezni tudunk.



Morelli Gusztáv professzor a kortársak, dr. Varga István a tanítványok kegyeletét rótta le. A honvédség nevében dr. Bokor Viktor, az OTI részéről dr. Pollatschek Gyula, a MABI részéről dr. Eidus Lili beszélt. Dr. Raáb Kornél a Charité Poliklinika, dr. Sömjén Iván az Apponyi Poliklinika koszorúját helyezte el. Dr. Pollák Géza, hallgatói és dr. Horvát Ernő a Zsidókórház fogorvosai nevében emlékezett meg, Végül Polgár Adolf a család részéről megköszönte a síremlékavatás szónokainak szavait és az ottlevők megjelenését. Egyben a Szabadkőművesek részvétét is tolmácsolta.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Új módszer a teljes alsó protézis rögzítésére.

Irta: Dr. KEMÉNY IMRE.

A teljes felső protézis készítése úgy funkcionális, mint esztétikai szempontból az utóbbi évtizedekben igen lényeges fejlődésen ment keresztül. Ennek a fejlődésnek az elindítói *Schrott* és az angol *Green*-testvérek voltak, akik a funkciós lenyomatvételi eljárást feltalálták és kidolgozták. Ennek a módszernek a lényege — mint tudjuk — az, hogy a lemez széleinek légmentes lezárása által, a lemez nyálkahártyafelőli felszíne alatt negatív nyomás keletkezik s ennek következtében érvényre juthat a levegő nyomása, amely a protézist a fundamentumához rögzíti. A levegő nyomásának ereje a protézist *nyugalmi állapotban*, tehát az állkapocs üres mozgásainál *tökéletesen* stabilizálja s ezt a rögzítő hatást még fokozzák a protézis anyagának adhéziós erői is.

A fejlődésnek másik jelentékeny előmozdítója *Gysi* volt, aki meghatározta a műfogakra is érvényes okkluziós és artikulációs szabályokat, felállította a nyeregvonal törvényét és egyes esetekre vonatkozólag a kereszttharapás szükségességét. Az általa konstruált üzletes artikulátor segítségével pedig lehetővé vált a műfogakat az egyéni rágósíknak megfelelő helyzetben felállítani. Mindezek a most felsorolt tényezők a protézis stabilitását *működés közben* is biztosítják. Amint tehát látjuk: a szívóhatás, azaz a *levegő nyomása*, az *anyag adhéziója* és helyesen beállított artikuláció esetén *a rágónyomás vertikális irányú erői* azok, melyek a protézist úgy nyugalmi állapotban, mint működés közben a fundamentumhoz rögzítik. *Mindezen erők közül azonban a levegő nyomása a legjelentékenyebb és leghatásosabb: nélküle a többi erő rögzítő hatása csekély értékű.*

A protétika fejlődésének most felsorolt nagy eredményei közül a legértékesebb rögzítő erőt biztosító *Green* eljárása csak a felső protézis készítésénél eredményes. Ugyanis a funkciós lenyomatvételi eljárásnak is — mint minden orvosi beavatkozásnak — *elengedhetetlen* feltételei is vannak, melyek közül a legfontosabbak a következők:

1. A protézis lemeze számára *nagy kiterjedésű és kedvező konfigurációjú csontfelület*,

2. erre a csontfelületre *szorosan tapadó*, tehát a *gingiva propria* jellegével bíró nyálkahártya és

3. ennek a határán, a lemez széleinek ventilszerű lezárására *mozgó nyálkahártya*.

A funkciós lenyomatvételi eljárásnak ezeket az abszolutnak mondható feltételeit a felső állcsonton *mindig*, még a legkedvezőtlenebb anatómiai viszonyok mellett is megtaláljuk. Itt a csontfelület ugyanis még a legnagyobb fokú öregségi involució esetében is *elég nagy kiterjedésű* kellő szívóhatás elérésére; a konfigurációja pedig a fogmedernyulvány extrém sorvadásánál sem kedvezőtlen, mert ilyenkor is van *nivókülönbség a nyereg és a szájpad között*, ami a kemény szájpad mindig jelenlévő különböző mélységű boltozatának köszönhető. Ugyanilyen kedvező megállapítást tehetünk a nyálkahártyára is, amely szintén sohasem rendelkezhet olyan hátrányos bonctani adottságokkal, amelyek akadályozhatnák a szívóhatás kialakulását. A protézis stabilitása szempontjából a felső állcsonton az izomtapadások is kedvezőek, mert kívül esnek a lemez funkciós határain.

Nincsenek meg azonban a szívóhatás elérésének most felsorolt *anatómiai feltételei* az alsó állcsonton. Ez a megállapítás egyaránt vonatkozik a csontra,

az ezt borító nyálkahártyára és az izomtapadásokra is. A csontra vonatkozólag azt mondhatjuk, hogy a *proc. alveolaris* rezorpciója következtében, rendszerint csak keskeny, 5—10 mm szélességű sima felszín marad meg s ezáltal a *vestibulum oris nem különül el,* hanem átmenet nélkül összeolvad a *cavum oris propriae*-vel. A nyálkahártya anatómiai viszonyai is a szívóhatás szempontjából a lehető legkedvezőtlenebbek. Feszesen a csonthoz tapadó, a gingiva propriának megfelelő nyálkahártya alig van, vagy kiterjedése oly csekély, hogy a fnnkciós lenyomat szempontjából nem értékesíthető. Rendszerint az egész csontfelületet *mozgó nyálkahártya,* nyálkahártya kettőzetek, redők és gyűrődések borítják s ez a nyálkahártya szinte határ nélkül folyik össze a nyelv, a szájfenék és pofa mozgó nyálkahártyájával s passzíve követi ezek elmozdulásait. Az izomtapadások is kedvezőtlenek a protézis stabilitása szempontjából, mert a fogmeder elsorvadásával közel kerülnek az állkapocs protézist viselő felszínéhez. Ezek az izmok elől, a metszők tájékán a *m. genioglossus,* hátul a molárisok tájékán a *m. mylohyoideus* és a *m. constrictor pharyngis superior lingualis* nyalábja.

Mindezekből látjuk, hogy a funkciós lenyomatvételi eljárás, amely a felső protézis stabilitásának problémáját megoldotta, *nem megfelelő eljárás az alsó protézisek készítésénél.* Elsik tehát a protézis rögzítésére legnagyobb erő: *a levegő nyomása.* Az alsó protézis rögzítése eszerint hatásukban csak jelentéktelen erők segítségével történik. Ezek az erők: *az anyag adhéziós ereje,* helyes okklúzió és artikuláció esetén a *rágónyomás ereje* és a *gravitációs erő.* Ez utóbbi hatásának növelésére készítjük az alsó műfogsort nehézre, súlyosra. Jól tudjuk, hogy mindezek az erők együttesen is, *szívóhatás nélkül* elégtelenek bizonyulnak a protézis rögzítésére, *még az állkapocs üres mozgásainál is.* Ezzel már jellemeztük is a teljes alsó protézisek tökéletlenségét.

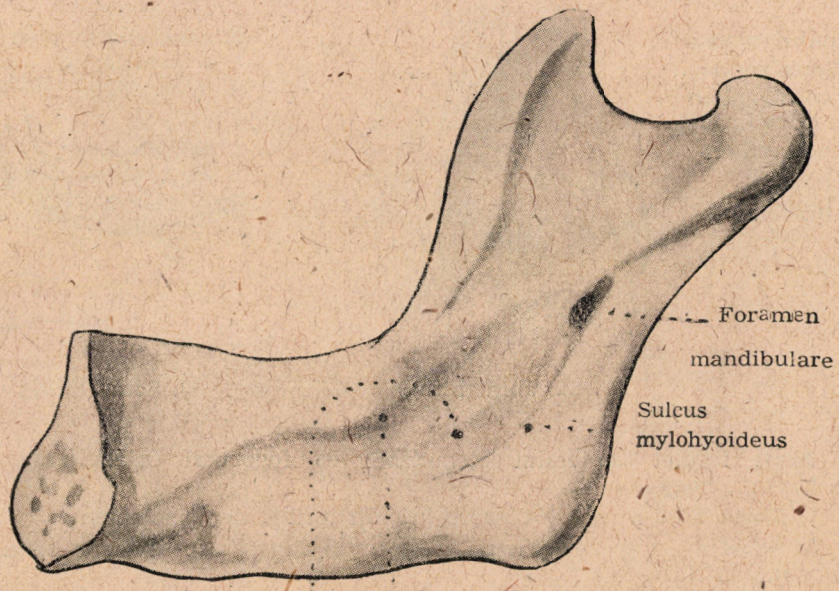
Amint látjuk — az alsó protézisek készítése teljesen kívül maradt a fejlődés vonalán. *Szabó* professzor volt az első — s vele egy időben *Bowen* — aki felvetett egy gondolatot, majd *szárnyas* protézis formájában kidolgozott egy eljárást, amely úgy látszott, hogy haladást jelent az alsó protézisek készítésénél, mert javítja azok stabilitását úgy nyugalmi helyzetben, mint működés közben. Az ő gondolata az volt, hogy az állkapocs orális felszínén a harmadik moláris területe mögött, a felhágó ág gyökerénél egy húszfilléres nagyságú *izommentes* és feszesen tapadó nyálkahártyával borított terület van, ahova a protézis lemezét szárnyszerűen kiterjesztve, megakadályozza annak harántirányú elmozdulását s ezzel fokozza a protézis stabilitását.

Szabónak ez a megállapítása helyes volt, a baj csak az, hogy az ilyen szájba helyezett és jó stabilitást adó szárnyas protézist a páciens sokszor már másnap a zsebében hozta vissza, mert a szárny helyén mély és igen fájdalmas fekély keletkezett. Ekkor elkezdődött a protézis korrekciója, reszelése, mely a szárny teljes eltávolításával végződött. *Amint látjuk, az alsó protézisek számára Szabó eljárása sem jelentett haladást.*

Ha a szárny anatómiai helyének csak külső megjelenési formáját tekintjük, már akkor is megállapíthatjuk, hogy ennek a dekubitusnak nem csak a viselés alatt, *de már a behelyezés pillanatában be kell következni,* mert ennek a szárny befogadására kiszemelt területnek a mandibula bázisa felé eső része *erősen beszűkül, azaz alámenő.* Ha pedig ezt az alámenő részt foliázással megszüntetjük, nyálkahártyasérülés ugyan nem keletkezik, de a szárny elveszti jelentőségét: a protézist már nem rögzíti, csak a nyelv számára jelent kényelmetlenséget.

Ez a megállapítás ezen terület csont- és izomtanának ismertetésével bizonyítható. A szárny számára kijelölt hely *a 3-ik moláris* orális felszínén, a *corpus mandibulaen* fekszik, közvetlenül a *ramus mandibulae* határánál. A testen itt is megkülönböztetünk alsó zömök *főrészt* és felső, fogakat viselő

pars alveolarist. Ennek a szabad széle a *limbus alveolaris internus.* Ezalatt, közel az alveolus alapjához húzódik a *linea mylohyoidea,* amely elől a *fossa sublingualis* oldalsó végén kezdődik, rézsutosan halad felfelé és hátrafelé a *limbus alveolaris internus* irányában, a harmadik moláris végződéséig s itt elvész a csont felszínén. Ez a léc határolja felülről az *impressio glandulae submandibularist, seu submaxillaris,* az állkapocs testének ezt a bemélyedését, amely bemélyedés alsó határánál a lingulától kiinduló *sulcus nervi mylohyoidei* található.



1. ábra.

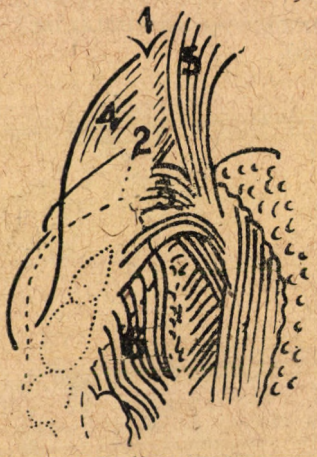
Ha most fogorvosi szempontból tanulmányozzuk az állkapocs ezen kis területének felületi viszonyait és reliefjét, akkor a következő megállapítást tehetjük. Ez a csontfelszín a *limbus alveolaris internustól* a *linea mylohyoideaig* csaknem függőleges lefutású és csak igen kis mértékben lejt a mandibula külső felszíne felé. Ettől a léctől lefelé az *impressio glandulae submandibularis* felső szélénél azonban hirtelen beöblösödik és ez a beöblösödés a *sulcus nervi* mylohyoidei határáig tart, majd a felszín a *basis mandibulae* felé ismét csaknem függőleges lefutású lesz.

A csontfelszín most leírt reliefje megváltozik az őrlőfogak elvesztése következtében fellépő alveoláris atrofia után, amely előrehaladottabb állapotában egészen a *linea mylohyoidea-ig* terjed. *Ilyenkor tehát a linea mylohyoidea alatti beöblösödés (alámenő rész) egész közel kerül az elsorvadt gerinchez* és az így kialakult felszín hasonlít egy fog nyaki részének konfigurációjához. A most jelzett anatómiai viszonyokat találjuk a csont részéről a szárnynak kijelölt területen, amikor teljes protézist készítünk.

Protétikai szempontból ezen a területen két izom bír jelentőséggel. Az egyik a *m. mylohyoideus,* a másik a *m. constrictor pharyngis superior.* A *m. mylohyoideus* trapézalakú és felfelé *vályut alkotó* izom a nyelvcsont testén és a középvonalban lévő raphen ered és a linea mylohyoideán tapad.

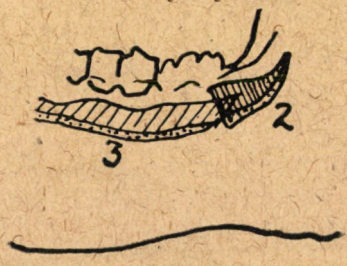
A száj nyitásánál és a nyelésnél van szerepe. A másik izom a *m. constrictor pharyngis superior*. Ez a processus pterygoideus hamulusán, a raphe pterygomandibularison és egy a nyelvhez menő nyalábja, a limbus alveolaris internuson ered. *Ez utóbbi izomnyaláb és a m. mylohyoideus hátsó része tehát a szárny számára kijelölt terület régiójában fekszik.*

1. hamulus pteryg.
2. raphe pterygom.
3. m. constr. phar. sup. pars lingual.
4. m. buccinator.
5. m. palatogl.
6. m. mylohyoid



2. ábra (Fish).

2. musc. constr. pharing. s. pars ingus.
3. musc. mylohyoideus.



3. ábra (Fish).

Ezen terület anatomiai elemzésből és fogorvosi értékelésből megállapíthatjuk, hogy

1. *Szabó* által a szárny részére kijelölt terület nem izommentes.

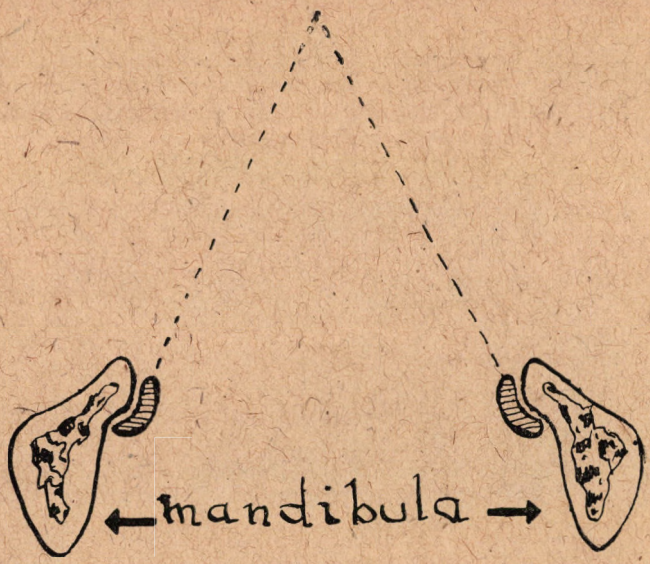
2. reliefje pedig olyan, hogy a szárny a lágyrészek sérülése nélkül helyére nem kerülhet, bár

3. *éppen ez a relief mechanikai szempontból igen alkalmas felület lenne a protézis elhorgonyzására.*

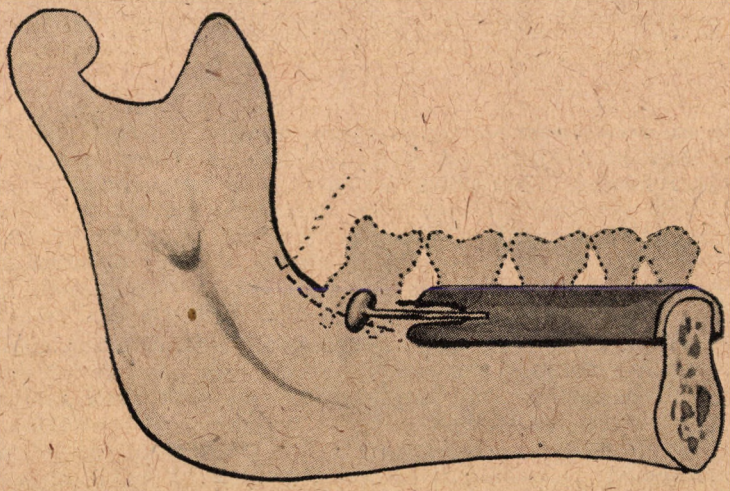
Ezek a megismerések és tanulságok vezettek arra, hogy a *Szabó*-féle, a protézissel *merev* összeköttetésben lévő szárny helyett, a protézissel *rugalmas* összeköttetésben lévő szárnyat, illetve kapocsrendszert konstruáljak. *Ez a rugalmas összeköttetés lehetővé teszi, hogy a szárny, ha behelyezéskor akadályba ütközik, az elől könnyen kitérhessen.*

A protézis és a szárny között ezt a rugalmas összeköttetést egy 1.5—2 cm hosszú és 1 mm átmérőjű *rugalmas platina-arany* drót biztosítja, amely az első mümorális végződésénél pontszerűen van rögzítve. A szár maga a lemez orális oldalára készített vájulatban a tér minden irányában elmozdulhat. A lemez végén elhagyva ezt a vájulatot, kb. 4—5 mm területen szabadon fut a szárnyhoz. Ez azért szükséges, hogy *a szárny a drót hajlításával szabályozható legyen*. Ez a rugalmas összeköttetésű szár lehetővé teszi, hogy a szárnynak a szájfenék felőli *beszúkülő* része, az alámenős terület feletti előboltosodáson a lágyrészek felsebzése nélkül keresztül jusson. *A szár rugalmassági ereje aztán a protézist fundamentumához rögzíti.* Ha ennek az elasztikus összeköttetésű szárnynak beállítása *helyesen* történt, a páciens képtelen a nyelvével a protézist helyéről kimozdítani.

Külső formáját és hatásmechanizmusát illetőleg a szerkezet egyszerű nyeles kapocsnak felel meg, melynek rugalmas szára platinaranyból, a karja pedig tükörsimára polírozott paladonból vagy palapontból készül.



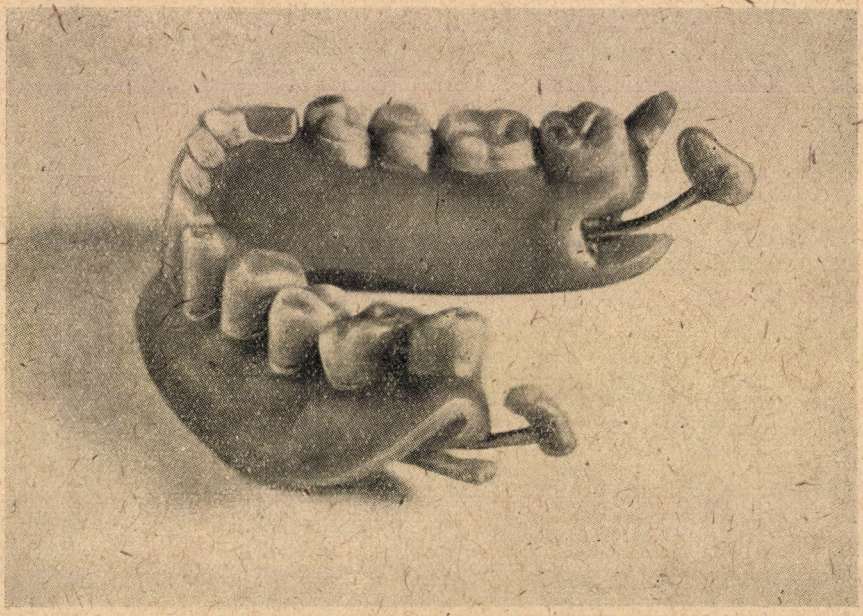
4. ábra.



5. ábra.

Ennek a rugalmas szárnynak nevezett kapocsrendszernek még az az előnye is van, hogy ha a szárny helyén a nyálkahártya túlérzékenysége vagy a kapocsszár helytelen beállítása miatt dekubitusz támadna, *a kapocsszár egyszerű elhajlításával a felsebzett részt tehermentesíthetjük.* Ezzel a gyógyulásra megteremtettük a lehetőséget anélkül, hogy a szárnyból bármennyit is el kellene távolítani. Ugyanígy a szár *meghajlításával* fokozhatjuk a kapocskar rögzítő hatását.

További előnye ennek a kapocsrendszernek az, hogy a *Szabó által megjelölt területnek csak kis részét foglalja el.* Az egész területnek a felhasználása mechanikai szempontból épp úgy szükségtelen, mint ahogy szükségtelen, hogy egy kapocs karjai a fogat egész terjedelmében átfogják.



6. ábra.

Végül ez a szerkezet — elgondolásom szerint — *Fish* eljárásánál az úgynevezett lingvális tasak felhasználását is feleslegessé teszi és ezáltal kitűnő, de komplikált rendszere könnyebben terjedhet el a mindennapi gyakorlatban.

Mint ezen rendszer előnyét kell megemlítenem azt is, hogy a kapocs paladon-karja *a második moláris területén is alkalmazható* olyan esetben, ha a nagyfokú csontresorpcio és ennek következtében a vaskossá lett *tuber mandibulae* miatt a 3-ik moláris orális felszíne erre nem alkalmas. Természetesen ilyenkor a kapocsszár kiinduló pontja egy műfoggal előbbre kerül.

Talán szükségtelen, de a teljesség érdekében nem lesz helytelen megemlíteni, hogy ennek a rendszernek az alkalmazása nem teszi feleslegessé mindazon szabályoknak a betartását, melyeket az alsó protézisek készítésénél a minimális siker elérése érdekében eddig is szükséges volt betartani. Ez azt jelenti, hogy továbbra is tehermentesíteni kell a kiálló csontrészeket és nyálkahártya gyűrődéseket; a nyálkahártya kettőzetek pedig kell, hogy a lemez határain kívül maradjanak. A fogak felállításánál gondosan ügyelni kell a nyeregvonal törvényének betartására és ha *Molnár* szerint a műőrlőfogak rágófelszíneit az egyik protezisen fémből képezzük ki, akkor a porcellánfogakkal szemben levő, fémfogak kopása réven, az egyéni rágópályának megfelelő rágófelszín alakul ki. *Ez egyrészt stabilizáló erőt jelent a protézis számára, másrészt ezzel a dekubituszok keletkezésének igen gyakori okát küszöböljük ki.*

A rugalmas szárnyú protézisnél is szükséges, hogy a lenyomatvétel *Spreng* szerint rágónyomás alatt és guttaperchával történjék, *Varga* által leírt kaucsuk kanál és harapásisánc segítségével. Az ezt megelőző gipsz lenyomathoz olyan fémkanalat használok, mely csak a második molárisig terjed; a tuber mandibulae, a szárny és a buccinátor-tasak *(Fish)* területének lemintázásához a kanalat plasztikus anyaggal, stenccel vagy *Kerr*-masszával hosszabbítom meg és azt félkemény állapotban adaptálom ehhez a területhez. *A linea obliqua egyénileg különböző nagyságú ívelése és vastagsága teszi ezt szükségessé.*

Mindezen szabályok figyelembe vételével és a rugalmas-szárny helyes alkalmazásával készült teljes alsó protézis stabilitása *szívóhatás hiányában is* úgy nyugalmi helyzetben, mint működés közben jelentékeny mértékben fokozódott s ezáltal működésbeli értéke közelebb jutott a szívóhatás nagy rögzítő erejével bíró teljes felső protézis funkcionális értékéhez.

*

Irodalom: *Lenhossék:* Anatómia. *Molnár:* Zahnärztliche Rundschau 1941. Num. 33. *Fish:* Berichte IX. Internat. Zahnärztekongress 1936. *Varga:* Lenyomatvétel fogatlan szájban. F. Sz. 1935. 10. sz. *Szabó:* Fogorvosi Szemle 1922.

*

Ezen dolgozatom megírása után értesültem *Dolder* pelottás rendszeréről, melynek rövid és kivonatos ismertetése a *Schweizerische Monatsschrift* 1946 augusztusi számában jelent meg. Ennek a lényege a protézis bázisáról kiinduló rövid fémnyél, melynek a végén puhán maradó kaucsukból készült pelotta van, amely szorosan a sulcus mylohyoideusra támaszkodik. Ezen pelottás és az általam most ismertetett nyeleskapocs rendszer között lévő elgondolásbeli és szerkezeti különbséget a klinika június hetediki tudományos ülésén ismertettem.

Dr. I. Keméný: A New Method to Fasten a Total Inferior Prosthesis.

On making a complete lower prosthesis, no suction effect can be expected because of the small extension of the alveolar process of the mandible and the adverse anatomic properties of the mucosa disfavouring the functional marginal closure of the plate. Thus lower prosthesises are fastened by minor powers. These are: the gravitation and the adhesion of the substance, further the vertical components of the mastication pressure. These powers together do not suffice to stability. The wings suggested by Szabó and Bowen are of questionable value, they invariably leading to a pressure ulcer. This is due to the anatomic conditions of the place of the wing though this place is, owing to its relief, liable to fasten the prosthesis. In cases of mandible atrophy bone absorption occurs to an extent that the line termed by the crista mylohyoidea will be approximated whereby the surface wearing the prosthesis gets close to the excavation subjacent to the crista, the latter corresponding to the superior part of the fovea submaxillaris. The relief of this area corresponds in a dentistic evaluation, to the configuration of the cervical part of a tooth. This knowledge raised the idea to employ in this area, for the fixation of a complete lower prosthesis, a clasp system, naturally with some modifications, applied with the partial prosthesis. To this effect a clasp system has been devised representing as to its shape and action mechanism a simple pedicled clasp the elastic blade of which is made of platin-gold, and its lever of highly polished paladon. Of course, the lever made of paladon occupies only a small part of the area of the wing. The blade of the clasp starts from the first arteficial molar, it continues in the preformed groove on the oral side of the plate, whereby it can be moved to any direction; a part of it measuring about 3—4 mm protrudes beyond the end of the plate, whereby the lever can be manipulated by inclining the blade. Owing to the elastic blade that part of the lever adjacent to the bottom of the oral cavity can pass by the projection above the excavation without injuring the soft parts. Simultaneously the elasticity of the blade fastens the prosthesis to its basis. This system is when correctly adjusted capable of enhancing the stability of the prosthesis.

V., Nádor-u. 23.

A MABI Szájsebészeti és III. sz. Belgyógyászati osztályának közleménye.

Újabb terápiás lehetőségek az agranulocitozis kezelésében

Irták: Dr. LÖWINGER SIMON kórházi főorvos és Dr. FRANKL ZOLTÁN egyetemi m. tanár.

A fehérvérsejtképzés súlyos zavarainak első tünetei gyakran a száj és garat nyálkahártyáján jelentkeznek és ilyenkor rendszerint a fogorvos látja elsőnek a beteget. Az esetek nagy számában tehát a fogorvosra hárul az a feladat, hogy a szájnyálkahártyán fellépő kóros folyamatok jeelntőségét helyesen értékelje. A kérdés fontosságára hazai szerzőink is ismételten rámutattak. *(Bauer, Simon* B., *Frankl, Fodor* Gy. I., *Bánhegyi* és *Sugár, Szecsey, Lőrinczy* és *Bugyi.)*

Schultz, aki a kórképet leírta, az agranulocitosisra jellezetes elváltozásokat három csoportra osztja: 1. súlyos nekrozisok a szájban, 2. a granulociták eltűnése a vérből és 3. magas láz, nagy elesettség.

Az agranulocitozis korai tünetei közé tartoznak a szövetszétesésből származó fekélyek, amelyeket főkép a száj, végbél és hüvely nyálkahártyáján észlelhetünk. Ezek a fekélyek nem elsődlegesek, hanem a granulocitopénia nyomában másodlagosan lépnek fel. A betegség oka a csontvelő károsodása, ami a granulociták érésének gátlásában, illetve a granulocita-képzés megszűnésében nyilvánul. Az említett nyálkahártyákon, így a száj nyálkahártyáján is mindennaposak a fizikai és vegyi behatások okozta felületes sérülések, ezek azonban megfelelő szövetsejti és szövetnedvi védekezés, vagyis a szövetek kellő ellenállása mellett símán, észrevétlenül gyógyulnak. Agranulocitozis esetén a szövetek ellenállása csökkent: nincsenek granulociták, nem jön létre helyi gyulladásos reakció, nem képződik lobgát. A szövetellenállás csökkenése következtében a rendes körülmények között is jelenlevő kórokozók megszaporodnak és patogénekké válnak. Ezek a kórokozók a fekélyeken keresztül behatolnak a mélyebb szövetrétegekbe, bekerülnek a keringésbe és így még jobban súlyosbítják a csontvelő amúgyis meglevő károsodását.

A betegség mindig lázzal, gyakran hidegrázással kezdődik és nagy elesettséggel jár. Mindazokban az esetekben tehát, amikor ezek a súlyos általános tünetek gyulladásos folyamtokkal nem magyarázhatók, illetve amikor a helyi elváltozások és az általános tünetek nem hozhatók összhangba és a szájnyálkahártyán, inyszéleken, a papillák csúcsán kiterjedtebb, vagy akárcsak gombostűfejnyi nekrózisokat találunk, azonnal valamely vérképzőszervi megbetegedésre, tehát a granulocitozisra is gondolnunk kell. Megkönnyíti a kórjelzést a kórelőzmény pontos felvétele. A csontvelőnek agranulocitozisra vezető károsodása ugyanis az esetek egy részében jól kideríthető okra vezethető vissza. Így aránylag gyakran szerepel a lueszes fertőzés, vagy éppen az antilueszes kúrák által kiváltott károsodás (Salvarsanagranulocitozis) egyes gyógyszerek, pl. a *pyramidon, sulfamydok, thiouracil, antistin* stb. használata.

Az agranulocitozis kórisméje a vér és a csontvelő vizsgálata alapján könnyen felállítható. A vérképből a szemcsés fehérvérsejtek összes alakjai (fiatal-, pálcika-, karélyozott magvúak) eltűnnek. A csontvelő vizsgálatából a prognózisra is következtethetünk. Normálishoz közelálló csontvelői kép esetében jó a prognózis, a fehérvérsejtképzés kifejezett érési gátlása esetében kétséges, a fehérvérsejtképzés megszűnése és a reticulum nagymértékű megszaporodása esetében pedig rossz prognózist állíthatunk fel.

Az agranulocitozis egész a legutóbbi időkig igen gyakran halálos betegség volt. *Reye* statisztikája szerint a halálozás 82%. Az idézett hazai szerzők adatait összeállítva pedig azt találtuk, hogy 23 beteg közül 11 halt meg, tehát kereken 50%. Ez annyit jelent, hogy az agranulocitozisban szenvedő betegek közül minden második meghalt.

Az agranulocitozis gyógyításában a legkülönbözőbb eljárásokkal történtek kísérletek. A gyógyszerek közül a nucleinsav-származékokat használták leginkább, amelyek szórványosan sikerre vezettek, máskor viszont nagy adagok után sem észlelhettünk kedvező hatást. A csöves csontok röntgenbesugárzása meglehetősen bizonytalan és veszélyes eljárás, mert nem tudhatjuk, hol van a határ az ingerlő és a bénító sugármennyiség között. Még legjobb eredményeket a sorozatos vérátömlesztésektől (napi 300 cm^3) és csontvelőnek intrasternális transfuziójától láttunk (napi 10—12 cm^3).

1942-ben *Dameshek* és *Wolfson* az agranulocitozis gyógyítására antibakteriális anyagok alkalmazását ajánlották. Véleményük szerint a betegek nem a leukopenia, hanem a granulociták hiánya következtében létrejött szepszis miatt halnak meg. Két pyramidon-agranulocitozisos betegük, akiket sulfathiazollal kezeltek, tökéletesen meggyógyult. A penicillin felfedezése után *Damashek* és *Knowlton* egy sulfonamid-agranulocitozis esetet közöltek, amely penicillinre meggyógyult. *Tyson, Vogel* és *Rosenthal* thiouracil, *Ujlaki* pedig antistin-agranulocitozis esetében alkalmazta sikerrel a penicillint. Magunk részéről az alábbiakban ugyancsak egy penicillinre gyógyult agranulocitozis esetről számolunk be.

60 éves férfibeteg 1947. III. 31-én azzal a panasszal jelentkezik a MABI szájsebészeti osztályán, hogy mintegy 10 nappal ezelőtt elkezdett fájni jobb oldalt felül egy foga. Rengeteg gyógyszert, főleg pyramidont szedett be, minthogy azonban fájdalmai nem szűntek, két nappal ezelőtt kihuzatta a fogát. Fájdalmai azonban azóta sem csökkentek. Már a fogeltávolítás idején is lázas volt, most is lázas és nagyon gyengének érzi magát. Elmondja továbbá, hogy 40 évvel ezelőtt vérbajt kapott, több kúra után és azóta is a vérvizsgálati eredmények mindig negatívok voltak.

Hőmérséklet: 39.4, pulzus: 130. Jobb arcfél mérsékelten duzzadt, fötor ex ore. A jobboldali felső 2. kisörlőfog helyének megfelelőleg a fogmederben sárgászöld, bűzös, nekrotikus szövetcafatokat látunk, amelyek között helyenként a fogmeder piszkosszürke fala is előtűnik. Az extrakciós sebet környező lágyrészek ugyancsak nekrotikusak, bukkálisan és palatinálisan egyaránt. Ez a forintnyi nagyságú elhalt terület a környezetétől feltűnő élesen elhatárolt, sajátságos piszkos, fakó-narancssárga színű. Az elhalt területet övező nyálkahártya bővérűbb, mint a száj többi

részének nyálkahártyája és mérsékelten vizenyős. Ennek a bővérűségnek, illetve vizenyőnek tulajdonítható, hogy az elhalt területtel szomszédos területek kissé kiemelkedőnek, illetve ennek folytán az elhalt terület besüppedtnek látszik. Beszűrődés nem tapintható, a környéki nyirokcsomók nem nagyobbak a szokottnál és nem is érzékenyek.

Vérkép: Vvs: 4,800.000, Hgb: 80%, Fvs: 2.500, Ly: 74%, Mo: 20%, Plazmasejt: 6%, Granulocita: 0%, Wa: neg. A *sternum punctatum* súlyos agranuloci ozis képét mutatja a reticulum nagyfokú felszaporodásával.

A seb hidrogénhiperoxiddal történő átmosása és laza *Chlumsky*-oldatba mártott gézzel való ellátása mellett azonnal penicillinkezelést kezdünk: 3 óránként 20.000 E-t i. m. IV. 1-én a hőmérséklet 37.3, a szájban az elhalás megállt, nem terjedt tovább. IV. 2-án a nekrotikus részek kezdenek lelökődni. IV. 3-án alig lázas, a nekrotikus részek majdnem teljesen lelökődtek, fájdalma alig van. A *sternum-punctatum*-ban a fokozott ütemű granulocita képzés jeleként gyűrűmagvú mielociták *(Löwinger)* jelentek meg. Ezeknek a sejteknek a megjelenése a fehérvérsejtek számának gyors emelkedését jelzi és mint ilyen kedvező kórjóslati jelnek tekinthető. IV 4-én Fvs: 6500, St: 39%, Se: 31%, Ly: 30%. A szájban a nekrotikus terület teljesen feltisztult. A fekélyek helyén és a csont mentén is halvány rózsaszínű szarjak jelentek meg. A környező nyálkahártya haragos vörös színe is elhalványodott, a beteg terület egyik napról a másikra sima foghúzásos sebbé változott. Ezzel egyidejűleg a fájdalmak is megszüntek, a beteg láztalan lett és erőbeli állapota is fokozatosan javult. IV. 6-án Fvs: 10.000. IV. 7-én 1.300.000 E. penicillin beadása után a penicillin adagolását abbahagyjuk. IV. 11-én gyógyultan távozik. Vérkép: Vvs: 4,560.000, Hgb: 88%, Fvs: 8.200 Metamyelocyta 1%, St: 7%, Se: 64%, Mo: 1%, Ly: 26%, Plasmasejt: 1%.

Esetünkben az agranulocitózis kiváltó okát a pyradonban látjuk. Feltehető, hogy ezuttal a csontvelőnek a lueszes fertőzés vagy esetleg az antiluetikus kúrák okozta károsodása adta meg az alapot az agranulocitózis kifejlődésére.

A penicillinnel elért kedvező eredmény megerősíti az irodalomból ismert kedvező tapasztalatokat. Ami már most a penicillin hatásmódját illeti, kétségtelen, hogy a penicillinnek a fehérvérsejtképzésre nincs közvetlen hatása. *Urethan*-nal kezelt egyik *lymphatikus leukémiás* betegünkön orbánc keletkezett. Az orbánc penicillinre meggyógyult, viszont a penicillin az *urethan* által okozott agranulocitozis kifejlődését nem akadályozta meg.

A pyramidon-agranulocitosis általános felfogás szerint allergiás alapon jön létre, majd ezt követi a csontvelőnek a fertőző csirák által okozott további károsodása. Ilyenkor már az agranulocitozist okozó vegyi anyag egyszerű elhagyása nem segít hanem a kórokozók ellen is be kell avatkozni, mert csak így akadályozhatjuk meg a csontvelő további károsodását és tehetjük lehetővé a regenerációt. Ha a csontvelőben keletkezett elváltozások reverzibilisek, akkor a fertőzés leküzdésével megszűnik a *circulus vitiosus* és az agranulocitozis meggyógyul. Ha az elváltozások irreveribilisek, akkor a penicillin bakteriosztatikus hatása ellenére sem fejlődik vissza az agranulocitozis.

A penicillintől várható eredmények tehát annál kedvezőbbek, minél korábban kezdjük az adagolását. Ezért életbevágó fontosságú a kórisme korai felállítása és ezért tartottuk érdemesnek esetünk közlését.

IRODALOM.

Bánhegyi I. és Sugár L. F. Sz. *37.* 85. (1944).
Bauer A. Z. f. St. *35.* 14. (1937).
Dameshek W. és Wolfson L. E. Am. J. Med. Sc. *203.* 819. (1942).
Dameshek W. és Knowlton H. C. Cit. Tyson M. C., Vogel P. Rosenthal N. Blood I. 53. (1946).
Fodor Gy. I. M. F. L. *15.* 552. (1937).
Frankl Z. Z. f. St. *35.* 477. (1937).
Lőrinczy E. és Bugyi B. O. L. *2.* 1552. (1946).
Lőwinger S. O. L. *28.* (1947).
Simon B. A Stomatologiai Klinika Emlékkönyve, 1933.
Reye cit. Bauer A. Z. f. St. *35.* 14. (1937).
Szecsey L. M. F. L. *14.* 284. (1936).
Tyson M. C., Vogel P. és Rosenthal N. Blood, I. 53. (1946).
Ujlaki Z. O. L. *2.* 1554. (1946).

S. Lőwinger and Z. Frankl: New therapeutical possibilities in the treatment of agranulocytosis.

In agranulocytosis the resistence of the tissues diminishes against infections. The saprophites become parasites, invade the organism, the bone-marrow's injury increases: a vitious circle develops. An exact anamnesis is of great importance. (Syphilis, Arsenobenzol, Pyramidon, Thiouracyl, Sulfonamids, Antistin, and so on.) Prognosis may be made from the picture of the bone-marrow. It is good, when we see a marrow-compound similar to normal; it is dubious, when a shift to the left is conspicuous, and it is absolutely bed, when granulocytopoiesis has completely ceased. — Modern and extremely successful therapy of agranulocytosis is the parenteral administration of Penicillin. Without any direct effect on granulocytopoiesis, it causes bacteriostasis, and doing so, suspends the vitious circle and stops any further injury of the marrow. — Authors present a very grave case of agranulocytosis in which the amount of 1.3 Millions O. U. of Penicillin brought a complete and strykingly quick recovery. As a sign of abrupt leukopoiesis, they describe the appearance of myelocytes with ring-shaped nuclei, which ripen into band-forms without passing the stage of metamylocytes.

Budapest, V., Wekerle S.-u. 19. Budapest, VI., Liszt Ferenc-tér 4.

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

Újabb haladás az allergiás betegségek kezelésében.*

Írta: Prof. *Hajós Károly.*

Az allergiás betegségek patogenezisének kutatása biztosabb alapot nyújtott a kezelés módszereire is. Minél pontosabban körvonalazhatjuk az allergia kritériumait, annál valószínűbb, hogy csupán olyan tünetcsoportokat sorolunk ide, melyek tényleg megfelelnek az *allergia* meghatározásban foglalt követelményeknek. Ezáltal sok bizonytalan eredetű kórkép, bizonytalan kezelési kísérlet kiküszöbölésével megerősítjük az allergia tanának alapjait. Minél jobban sikerül tisztázni az allergia fogalmát, annál jobban körülhatárolt tünetcsoportok sorolhatók az allergiás mechanizmus körébe és annál valószínűbb, hogy más szervi elváltozásokon alapuló tünetek kizárhatók.

Röviden ismertetjük azokat a megállapításainkat, melyek szükségesek a helyes kezelési módszerek alkalmazásának megértéséhez. Különbséget kell tennünk a helybeli szenzibilizálás (érzékenyítés), a szenzibilizálhatóság és az egész szervezetre kiható allergiás betegség között. Allergén-reagin reakció bármikor és bárhol létrejöhet, az allergiás betegség keletkezésében azonban ezen reakción kívül mindazokra a mélyreható elváltozásokra is szükség van, melyeket az allergiás diatézissel, az átörökléssel, a vegetatív rendszer működésével hozunk összefüggésbe.

Helybeli allergiás elváltozások, a mesterséges érzékenyítés, a mesterséges tünetkiváltás létrehozásában általában elegendő az allergénnel való ismételt érintkezés, az allergén ismételt bejutása a szervezetbe. Annak megállapítására, hogy valamely tünetcsoport allergiás eredetű-e, szükséges ismernünk azon *kritériumokat*, melyek az allergiás állapotot jellemzik. Ezek a következők:

1. a reagin kimutatása;
2. a normergiától való eltérés;
3. a fajlagosság;
4. a tünetcsoport függetlensége a beható allergéntől.

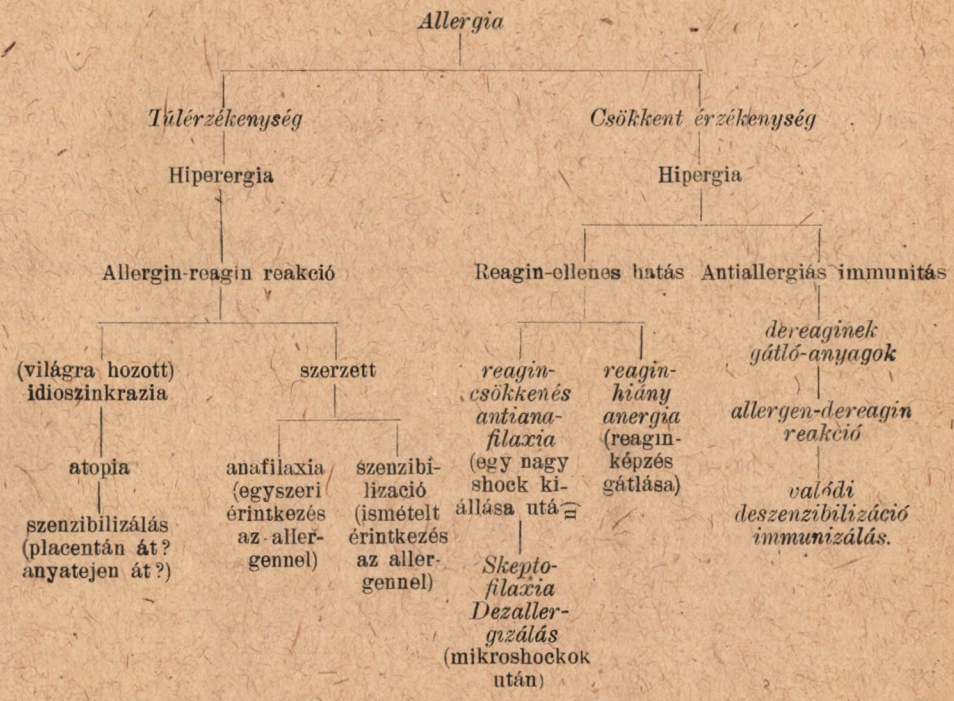
Ismernünk kell továbbá az *allergia négy alapkíséretét* is, melyen az allergia tana felépül. Ezek:

1. ember vagy állat activszenzibilizálással olyan állapotba hozható, hogy az allergén újabb bejutására *shock*-tünetekkel válaszol;
2. érzékennyé tett emberen, vagy állaton az allergén alkalmazása, a bőrön gyulladásos reakciót idéz elő (hiperergiás gyulladás, helyi allergia);
3. a fokozott hatókészség hordozói, a reaginek, passzív módon átvihetők;
4. a fokozott érzékenység, a megfelelő allergénnel csökkenthető, vagy megszüntethető. Ebben a reakcióban más antitestek, dereaginek és egyéb gátló anyagok is résztvesznek.

* Az egyetemi stomatologiai klinikán tartott előadás nyomán.

Az elmondottak alapján az allergia gyüjtő fogalma alá tartozó állapotokat az 1. számú táblázatunkban foglaljuk össze.

1. táblázat.



Az 1. táblázatunkból kitűnik, hogy melyik állapotokat soroljuk ide. Lehetőség szerint igyekszünk az alapkritériumok valamelyikét kimutatni. Amennyiben ez nem sikerül, úgy legalább olyan valószínűségi jeleket keresünk, melyek az allergiás betegség kórisméjét lehetővé teszik. *A kórismét megerősítik* az allergiás patogenezis biztos jelei: elsősorban a kórokozó allergin, vagy a reagin kimutatása. Ennek módszerei általánosan ismertek.

A kórismét valószínűvé teszik a következő jelek:

1. a betegség tünetei a *shock* tünetcsoportjához tartoznak; a hovatartozás megítélése könnyebb, ha ú. n. nagyobb *shock*-töredékek (*shock*-fragment) jeleit látjuk, mint amikor kisebb, elszigetelten előforduló, apró elváltozások észlelhetők. Ilyenek a múló gyulladás tünetei, paroxizmusos megjelenés, hirtelen keletkező görcsök, múló nyálkahártya duzzanatok, ödémák, viszketés, stb.;

2. a nem allergiás elváltozásokat határozottan vagy nagy valószínűséggel ki kell zárni;

3. ugyanazon tünetek gyakori előfordulása a betegen és családjában, gyakori recidivák; egyéb allergiás tünetek előfordulása a beteg és családjának kórelőzményében. Itt meg kell jegyezni, hogy nem az allergiás tünetek öröklődnek, hanem az allergiára való hajlam;

4. a tünetek kimutathatóan valamely allergénnel való érintkezés kapcsán jönnek létre. Ez megállapítható pontos kórelőzmény felvétele alapján, túlérzékenységi bőrpróbákkal, kihagyásos étrenddel, foglalkozás-környezet-lakásváltoztatással;

5. az eosinofil-sejtek megszaporodnak a vérben, a váladékokban és a helybeli gyulladás szövetnedveiben.

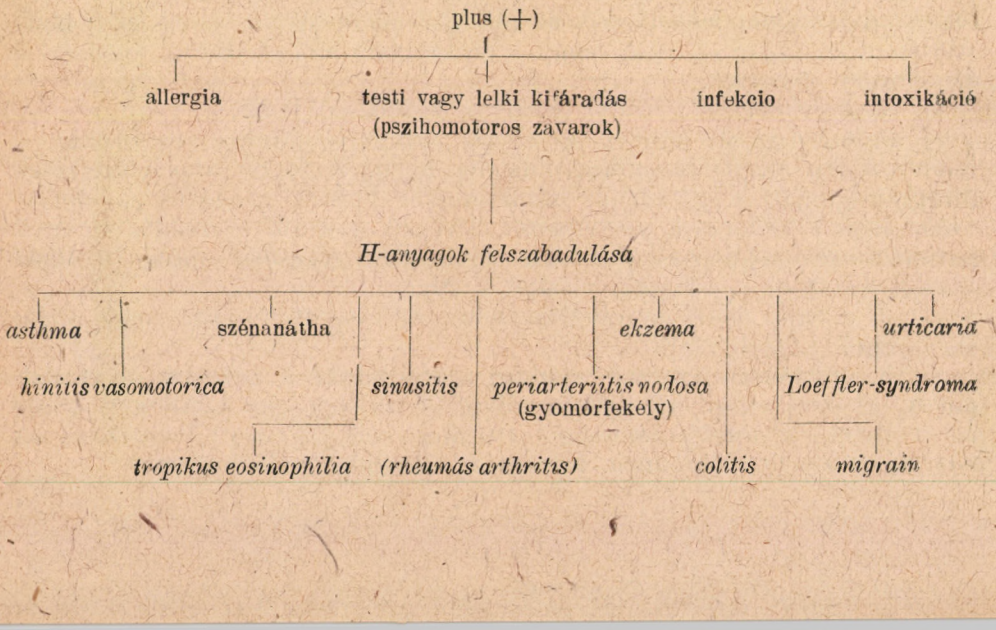
Az allergiás tünetcsoportok keletkezését vázlatosan a következőképen érzékeltethetjük. Ez az összeállítás saját felfogásunkat rögzíti, mely szerint az allergén az ú. n. allergiás szervezetre (allergiás diatezis) hat és ott létrehozza az allergiás tüne csoportok valamelyikét.

Allergen hat az *allergiás szervezetre* (allergiás diatezis, allergiás konstitucio, *Rackemann*-féle *asthmatic state*), az allergen-reagin reakció következtében létrejövő humorális és szöveti elváltozások összeségét értjük ezalatt, melynek következtében histaminszerű anyagok szabadulnak fel és létrejönnek az *allergiás tünetek* (a bőrön, nyálkahártyákon, síma izomzatban, az idegrendszerben és megnyilvánulnak az ezeket kísérő humorális elváltozásokban).

Magunk az allergiás diatézis jelentőségét az érzékenyítésben és a tünetek kiváltásában az allergin-reagin-reakción kívül mindig nagyon fontosnak tartottuk, mely nélkül az egész szervezetre lokalizálódó betegségi tünetek nem jöhetnek lére. Újabban *Rackemann* az allergiás diatézis helyett az *asthmatic state*, X-faktor, tehát valami ismeretlen megjelölést használt, s ebből vezette le az allergiás szimptomákat. Ismertetjük ezt az új összeállítást, mert kifejezésre juttat olyan exogén hatásokat is, melyek különösen hajlamosítanak a histamin-szerű anyagok felszabadulása útján az immunbiologiai reakciók létrejöttére és az allergiás tünetek kifejlődésére.

2. táblázat.

Rackemann: *asthmatic state (X factor)*



Az elmondottak megismerése a helyes kezelési módszerek megértéséhez szükséges.

A kezelési alapelvek még a következő sémán is érzékelhetők, melyből kitűnik, hogy mely anyagok szerepelnek az allergiás tünetek alapjait képező immunbiologiai folyamatokban és mely anyagok azok, melyeknek kikapcsolása, vagy működésük megszűnte útján megelőzhetők az allergiás elváltozások.

A fajlagos szakban szereplő anyagok: allergen-reagin-H-anyagok.

A nem fajlagos szakban szereplő anyagok: allergen-dereagin (gátló antitest) R-anyagok.

Az ismertetett sémából kitűnik, hogy a hatásos kezelési módoknak több támadási pontja van.

Az *allergen távoltartására*, vagy kiküszöbölésére irányuló módszerek általában ismertek. Ennek előfeltétele, hogy a kiváltó allergént megtaláljuk. Amennyiben ez sikerül, környezet-, lakásváltozta ással, bútorcserével, a foglalkozás megváltoztatásával, egyéb tápszerek elhagyásával stb. az allergiás tünetek megszünte hetők, anélkül természetesen, hogy az allergiás szervezet gyógyítására bármilyen kísérlet is történjék. Idetartoznak még azok az eljárások, melyek az említett *Rackemann*-féle semában szereplő nemspecifikus kiváltó tényezők kikapcsolására irányulnak, vagyis a kifáradás, pszihomotorikus zavarok, fertőzés, mérgezés megszüntetésére irányulnak.

A *reagin kikapcsolása* és az allergiás diatézis megváltozta ása számos módszerrel sikerül. Ezek közül megemlítendő a reagin inaktiválására szolgáló skeptofilaxia, vagy a dezallergizálás, mely kismennyiségű allergen gyakori, ismételt bejuttatásával a szervezetben már jelenlévő reaginokat megkö i. Idetartozik a reagin újabb termelésének megakadályozása pl. a *RES* blokirozása útján, a *Lehner-Rajka* depôt-módszerével dereagin depôt előállítása.

Az allergen-reagin reakció meggátolható az ismételten a szervezetbe jutó allergin befolyásolása, inaktiválása útján is, mint pl. lassú befecskendezés, felmelegítés, forralás által történő megváltoztatás segítségével.

A *H-anyagok kikapcsolására és semlegesítésére irányulnak a legújabb kutatási eljárások.* A H-anyagok, melyek közé a hisztamint és egyéb hisztamin-szerű anyagokat soroljuk, úgylátszik, hogy az allergen-reagin reakció alkalmával felszabadulnak és nagyobbára ezek okozzák az allergiás gyulladást, illetőleg az allergiás tünetek. Messzire vezetne, ha a hisztaminra vonatkozó újabb kutatásoka részletesen ismertetnők, csak megemlítem, hogy *Dale* és *Laidlaw* 1910-ben közölt alapvető kísérletei óta, igen sokan foglalkoztak a hisztamin jelentőségével. *Dragstedt* és *Mead* állapították meg, hogy az anafilaxiás tünetek keletkezésében a hisztaminnak nagy szerepe van. *Falussal* és *Farágóval* közölt régebbi vizsgálataimban az allergiás, elsősorban asthmás beteg vérének hisztamin-tartalmát a normálistól eltérően, 25—30%-kal magasabbnak találtuk.

Az első gyógyítási kísérletek nemsokára *Dale* megállapításai után nyertek gyakorlati alkalmazást s először a szervezeti hisztamin megszoktatására irányultak. Lassan emelkedő hisztamin adagokkal tényleg sike-

rült *astama*-ban, *urticariá*-ban és *rhinitis vasomotoriá*-ban szenvedő betegek tüneteit átmenetileg csökkenteni. Az irodalmi közlemények nagyszámban tanuskodnak arról, hogy hisztamin-megszoktatással átmeneti eredményeket el lehetett érni. A módszer abból állott, hogy 0.1—1.0 milligrammos hisztamin adagokkal kezdve, az adagokat lehetőleg nem emelve, hosszabb időn át kezeltük a betegeket. A hisztamin-adagolásnak esetleges kellemetlen melléktünetei, főfájás, vérnyomáscsökenés, hevülések voltak. A hisztamin-kezeléssel elért eredmények még nem voltak kielégítők. Úgylátszik a hozzáfűzött várakozást nem váltotta be s magának a hisztamin deszenzibilizálásnak, vagy megszoktatásnak mehanizmusa sem tisztázódott.

A hisztamin nem termelt antitesteket a szervezetben és ezért *Fell* és munkatársai igyekeztek olyan hisztaminfehérje-kötéseket előállítani, melyek hisztamin ellenanyagokat termelnek a szervezetben. Nálunk ilyen vizsgálatokat *Lehner* és *Rajka*, nagyobb kiterjedésben *Went* és *Keztyüs* végeztek. Ezen hisztamin-fehérje kötések, általában hisztamin és denaturált lósavóglobulin kötéséből állottak. (Hisztamin-azoprotein). A hisztamin-azoproteinekkel végzett terápiás kísérletek szintén nem vezettek eredményre, bár megállapítást nyert, hogy ezen komplex kapcsolással a szervezetben olyan precipitinek és egyéb antitestek keletkeztek, amelyek a hisztamint semlegesíteni képesek voltak. Újabban *Cohen* és *Friedmann*, továbbá *Coffin* és *Kabat* állatkísérletekben arra a megállapításra jutottak, hogy a hisztamin-azoprotineknek tulajdonított védőhatás az anafilaxiás kísérletben sem felelt meg az eredeti elképzeléseknek.

Miután úgy látszott, hogy hisztaminnal és hisztaminfehérje kötésű anyagokkal, az ú. n. H-anyagok kikapcsolása nem sikerül, egy másik kutatási irányzat a hisztamin elbontásának kérdését igyekezett tisztázni. A szervezetben kimutatható hisztamint elbontó fermentumot, a *hisztaminazet* már régebben ismerjük (diaminoxidaze, *Zeller*), rendes körülmények között is megtalálható a vérben mérsékelt mennyiségben. A hisztaminaze hatása *Rajka* szerint csalánkeltő kísérletben pontosan kimutatható. Számos olyan kísérletet ismerünk, melyekben a hisztaminaze kémcsőben elpusztítja a hisztamint. Régebben ismert hisztaminazetartalmú anyag a *Torontil*, mely tablettákban és befecskendezésre kész ampullákban került forgalomba. Saját klinikai tapasztalataink azonban a *Torantil* hatékonyságát nem igazolták és ezért kutattunk más hisztaminaze készítmények után. Ismeretes volt, hogy terhesség alatt a vér hisztaminaze-tartalma lényegesen emelkedik. Tetőpontját a terhesség 8. hónapjában éri el. *(Merle* és *Effkemann)*. Megkíséreltük, hogy terhes savóval meglehet-e szüntetni a hisztamin csalánfolt képző hatását. Miután megállapítottuk, hogy a terhes-savó nagy mértékben elbontja a hisztamint, bevezettük a *terhes savó befecskendezést* az allergiás betegségek terapiájába. A kezelés menete, hogy naponként, másodnaponként 2 cm^3 terhes-savót fecskendezzünk a bőr alá 3—4 héten keresztül. 100 cm^3 vérből kb. 20—25 cm^3 savó nyerhető, melyet sterilen ampullázunk és karbolozva használatra készen tartjuk.

Edlbacherd és társai kimutatták, hogy különböző aminó-savak, hiszidin, cisztein és arginin megakadályozzák tengeri malac bélen a hisztamin-görcsök kifejlődését. E kísérletekből indultak ki azok a vizs-

gálatok, amelyek az említett anyagok antihisztamin hatásának tisztázására iranyultak. Miután az említett anyagok meglehetősen kifejezett toxikus mellékhatásokat mutattak, a klinikai gyakorlatban alkalmazást nem nyertek. *Halpern* vizsgálatai új antihisztamin hatású anyagok előállítására vezettek. Az *antergan* és újabban a *neoantergan* állatkísérletekben beváltak és 1942 óta az emberi allergiás betegségekben is széleskörű alkalmazást nyertek. Végeredményben azonban meglehetősen mérgező mellékhatások miatt, az általános gyakorlatban nem terjedtek el, a hatásos adagok már mérgezési tünetek kifejlődésével jártak együtt.

A világháború megakadályozott bennünket abban, hogy a svájci, angol és észak-amerikai kutatók antihisztamin hatású anyagait közelebbről megismerjük. 1945-ben volt alkalmunk először a *Ciba*-gyár által előállított antihisztamin hatású anyagot, az *Antistint* alkalmazni. Az *Antistin*-tablettáka és befecskendezésre kész ampullák alakjában kapható. Szintetikus anyag, kémiailag az imidazolinok csoportjához tartozik, erélyes antihisztamin hatása miatt alkalmazható anti-allergiás kezelésre. Az *Antistinnek* kellemetlen mellékhatásai nincsenek, az irodalom adati szerint elsősorban a bőr, a nyálkahártyák, a bélrendszer allergiás elváltozásaiban hatásos, a légzőszervi allergiás megbetegedésekben, antiallergiás hatása kevésbbé érvényesül. Saját megfigyeléseink azt mutatták, hogy *urticaria, Quinke-oedema,* viszketés esetei aránylag jól befolyásolhatók, alkalmazása az *asthma bronchiále* és *rhinitis* kezelésében eredménytelen volt. Allergiás kötőhártyagyulladás és némely *rhinitis vasomotoria* esetben a *Ciba*-gyár által forgalomba hozott *antistin-privin* cseppek helybeli alkalmazása a tünetek átmeneti megszünését eredmé-

Az angolszász irodalomban két antihisztamin hatású anyag áll az érdeklődés és kutatás középpontjában. Éspedig 1. a *Benadryl (Beta-dimethylaminoethyl benzohydryl ether hydrochlorid) Loew* és munkatársai kísérletei szerint megakadályozza tengeri-malacon a hisztaminbelégzés letális kimenetelét. A Benadryl kapsulák és ampullák alakjában kerül forgalomba. A napi adag 50—100 mg. Amennyire az eddig elért eredmények áttekinthetők, a Benadryl hatásos *urticaria, dermatitis* és a viszketés leküzdésében, megszünteti a *rhinitis* és a széna-náha tüneteit, *asthma brochiale* kezelésében eddig nem vált be. Kellemetlen melléktünetei álmosság, szédülés, kábulat, általános ideges tünetek, szívdobogás, torokszárazság, az esetek kb. 20%-ában jelentkeznek. Saját tapasztalatunk eddig csak a Benadryl peroralis alkalmazásával volt, néhány esetünkben napi 50 mg. kellemetlen kísérő tünetek nélkül csökkentette a csalánkiütés okozta viszketést és a *rhinitis vasomotoria* tüneteit.

2. Úgy látszik, hogy a leghatárosabb antihistaminikum az USA-ban előállított *Pyribenzamin,* mely mind állatkísérletekben, mind a emberi tünetek befolyásolásában eddig a legeredményesebbnek látszik. A *Pyribenzamin* toxikus hatása a legkisebb, kellemetlen melléktünetek kevésbé észlelhetők, átmeneti szédülés még napi 150 mg adagolás után is csak ritkán volt észlelhető.

A H-anyagok semlegesítésére irányuló újabb kezelési módszerek

tanulmányozása folyamatban van. Ezekről végleges ítéletet nem mondhatunk. Az újabb kutatások fontos eredményeket hoztak, azonban a gyógyításban csak a tünetek megszüntetésére használhatók. Tehát végeredményben hatásukban nem múlják felül az eddig ismert tüneti kezelési módszereket. Az antihistaminikumok nem gyógyítják meg az allergiás betegségeket, nem változtatják meg az allergiás szervezet reagáló képességét, nem szüntetik meg az allergiás diatezist.

Az allergiás szervezet megváltoztatására irányulnak a deszenzibilizálás gyűjtő neve alatt összefoglalt kezelési módszerek. Az áttekinthetőség kedvéért e módszereket, melyek általában eléggé ismertek, a 3. táblázatban foglaljuk össze.

3. táblázat.

Deszenzibilizálás

Allergiás hipergia

Hiposzenzibilizáció

Deszenzibilizáció

Antiallergia		Antiallergiás immunitás	Hisztamindeszenzibilizálás
Reagin csökkentés	Reagin hiány	Fajlagos szakaszos kezelés	Antihisztaminok
Antianafilaxia	Anergia	Dereaginek. Fajlagos gátló antitestek (Blocking substance)	Fokozott hisztaminaze szint
Skeptofilaxia	Reaginintermelés-gátlás	Valódi deszenzibilizálás, immunizálás	Hiperadrenalinemia
Dezallergizálás			

A 3. táblázatban szereplő kezelési módszerek lényege a specifikus allergen ismételt bejuttatása, allergen-fehérje, allergen-savó keverékek rendszeres befecskendezése, nem specifikus fehérje és vérkezelés, mesterséges lázkeltés, Röngenbesugárzás stb., ismételt és hosszabb ideig tartó alkalmazása. Saját gyakorlatunkban leginkább alkalmaztuk a saját-vér kezelést *a Lehner-Rajka* f. depôt-módszer szerint; évek hosszú sora óta a *citrátos saját-vér kezelés* alkalmazása hatásosabbnak bizonyult a közönséges saját-vér kezelésnél. A citrátos saját-vér kezelés úgy történik, hogy 2 cm^3 3.8%-os natrium citrat oldathoz hozzászívunk 8 cm^3 vért, ezt kb. 1 órán át a fecskendőben állni hagyjuk, azután két részletben izomba fecskendezzük. A kezelés 10—15 befecskendezésből áll. (hetenként 3×1 befecskendezés). A citrátos vér alkalmazására az az elgondolás vezetett, hogy az alvadás meggátlása és a vér állni hagyása által olyan anyagok képződnek, melyek dereagin-szerű hatást kiváltva, az allergen-reagin reakciot megakadályozzák. Az eddigi klinikai tapasztalatok alapján nyertük azt a benyomást, hogy a kétféle véradagolási eljárás között nagy különbség van és a citrátos vérrel elért deszenzibilizálási eredményei, lényegesen jobbaknak bizonyultak. Kiterjedten alkal-

mazzuk idült allergiás elváltozások kezelésére a gyakrabban megismételt kisebb, 100 cm^3-es, vértansfuziókat is.

Végül az allergiás tünetek sürgős megszüntetésére irányuló beavatkozások közül megemlítjük, hogy az adrenalinnál gyorsabb és biztosabb hatású anyagunk ezideig még nincsen. Az adrenalin helyettesítésére szolgálnak az *ephedrin* és kombinációi, melyeknek hatása lassúbb és hosszabb ideig tart. Az *adrenalin* és *ephedrin* szívdobogást okoznak, egyesek nem jól tűrik. Már 1930-ban közölt kísérleteinkben megállapítottuk, hogy a purin-testek, elsősorban a *theophyllin* és *származékai*, igen nagy jelentőséggel bírnak az allergiás paroxizmusok leküzdésében. *A theophyllin* adható óvatosan, intravénásan, peroralisan és igen hatásos 0·5—1.0 gm-os adagokban végbélben. Ujabban *elhúzódó hatású adrenalin* készítmények kerülnek forgalomba, melyeknek előnye, hogy hatásuk hosszabb ideig tart, a hátrányuk azonban az, hogy hatásuk lassabban fejlődik ki.

Az allergiás paroxizmusok és az elhúzódó allergiás állapotok kezelésében nem szabad elhanyagolni a *pszihikus tényezők* jelentőségét. A pszihikus behatások nem okai az allergiás tüneteknek, azonban súlyos megrázkódtatások az allergiás szervezetben amúgyis lezajló szervi elváltozásokat föllobbanthatják és allergiás paroxizmusok megjelenését idézhetik elő. Az utolsó évek súlyos lelki megrázkódtatásai, lelki konfliktusai, az állandó ideges feszültség hatása, az állandó félelem, a megpróbáltatások, nélkülözések lelki következményei pszihikus tényezők jelentőségét sok oldalról megvilágították. Az allergiás tünetek rendszeres kezelésében tehát adott esetben a lelki gyógymódok alkalmazását feltétlenül szükségesnek tartjuk. A kezelési módszerek megválasztása az egyes esetek szerint változik. Súlyos ingerlékenység és izgalmi állapotok befolyásolására igen jó hatással alkalmazzuk, a *chloral-hydrat csőréket*. 10%-os *chloral-hydrat* oldatból 30—40 cm^3-es beöntéseket adunk esténként.

Összefoglalásomban két szempontra óhajtottam felhívni a figyelmet, az egyik, hogy az allergiás betegségek körét, akár szűkítjük, akár tágítjuk, de mindig a felsorolt alapelveknek megfelelően kell az anyagot megrostálnunk. Téves az az eljárás amely betegségek patogenezisét és okait nem ismerve, az ismertetett alapkísérletek nélkül azokat az allergiás tünetcsoport közé sorolja. A másik szempont az, hogy a gyógykezelési eljárások tömegéből bizonyos exakt alapelveken nyugvó gyógymódokat alkalmazzunk. Azt hiszem, sikerült a hallgatóság érdeklődését e betegségcsoport patogenezisének megismerésén keresztül az újabb kezelési módszerek felé irányítani és felhívni a figyelmet az újabb kutatási irányok eddigi eredményeire. Azt hiszem sikerült bizonyos kritikai szempontok figyelembevétele mellett irányt mutatni az allergiás kutatások eredményes helyes értelmezésére.

Budapest, IV., Muzeum-körút 39.

Használjunk Neonovofon *érzéstelenítőt*!

Beszámoló a Stomatologiai Klinika tudományos üléseiről

Ez év júniusában — a nyári szünet alatt — befejeződtek ideiglenesen a Stomatológiai klinika tudományos ülései. Az ülések 1945. őszén *Balogh* professzor kezdeményezésére indultak meg. Az érdeklődés oly nagyarányú volt, hogy a klinika előadóterme gyakran szűknek bizonyult a nagyszámú hallgatóság befogadására. Az előadásokon megvitatásra került a stomatológia és határterületeinek igen sok kérdése. Az előadásokat élénk vita követte, a hallgatóság köréből számos hozzászóló saját megfigyeléseivel és tapasztalatával egészítette ki az egyes előadásokat.

Nehéz a dús és változatos programról rövid beszámolót adni. A stomatológia köréből anatómiai, élettani, patológiai és terápiai előadások mellett helyet kaptak a szociális betegellátás aktuális kérdései is. A stomatológiával kapcsolatos határterületi problémákat meghívott kiváló előadók ismertették és előadásaik nyomán ismételten kitűnt, hogy *a stomatológia szerves és elválaszthatatlan része az általános orvostudománynak.*

Áttekintve az egyes témákon, meg kell említenünk a fog beidegzését, az odontogén fájdalom mechanizmusát, a fogszú kémiáját, a száj daganatait, a gyökértömést, az aftózist, a száj fekélyes gyulladását tárgyaló előadásokat. Előadássorozaton tárgyalták meg a dentális gócok jelentőségét a szervezet szempontjából. A kérdéshez a fogorvosokon kívül a bakteriológus, belgyógyász, reumatológus, szemész és bőrgyógyász szóltak hozzá. Kitűnt, hogy mennyire fontos és szükséges az egyes szakmák között az együttműködés a kórok és a gyógykezelés helyes megállapítása szempontjából.

Nagy érdeklődést váltott ki a kőképződés mechanizmusáról, az öregségkutatásról, a fogak replantációjáról, a *trigeminus neuralgia* sebészi kezeléséről, az impaktált fogak lokalizációjáról tartott beszámolók. Beható tárgyalás alá került a fogpótlástan számos kérdése. A szájpadátfúródás protétikai ellátása, s műőrlők rágófelszínének kialakítása, kapcsok alkalmazása, teljes alsólemezes fogpótlás készítése címen elhangzott tartalmas előadások élénk vitát váltottak ki. E témákkal kapcsolatban számos egyéni és ötletes megfigyelést és tapasztalatot hallottunk.

A klinika orvosai ismételten résztvettek a Demokratikus Nőszövetség által szervezett vándorambulanciákon és az itt szerzett tapasztalatokat, valamint a falú fogászati ellátását tárgyaló ankét — melyen a Népjóléti Minisztérium, az Országos Közegészségügyi Intézet és a Nőszövetség képviselői is megjelentek — foglalkozott a magyar vidék legelterjedtebb népbetegségének, a fogszuvasodás megelőzésének és gyógyításának kérdésével.

Az állcsontsebészetnek egyik nehéz problémája a hadirokkantak sebészi és protétikai ellátása és rekonstrukciója. Szép és rendkívüli szaktudást igénylő esetek bemutatását láttuk részben a klinika, részben más intézetek részéről.

Megvitatásra került számos, a fogorvos érdeklődési körébe eső, határterületi kérdés is, így: a terhesség és szoptatás hatása a fogazatra.

a csecsemő és gyermek táplálékfelvétele, az allergiás kutatások újabb eredményei, a légköri viszonyok hatása a szervezetre, az állati fogazat sajátosságai, a penicillin alkalmazásával nyert eredmények. Az előadásokat ezenkívül számos betegbemutatás, referátum és technikai laboratóriumok bemutatásai egészítették ki.

Ez a változatos program az előadásokat kísérő nagy érdeklődés igazolja, hogy a klinika jó úton járt és nagy hiányt pótolt, amikor vitaelőadások keretében megtárgyalta a fogászat aktuális kérdéseit. Főképpen kieme'endőnek tartom, hogy az előadások kapcsán ideális munkaközösség alakult ki, mindenki igyekezett önzetlenül tudásának, tapasztalatainak legjavát adni és csak a tudományt szolgálni. A fogorvostársadalom óhaját tolmácsoljuk, ha kérjük, hogy a klinika folytassa tovább a megkezdett munkát a fogorvosképzés és továbbképzés érdekében.

(Sugár László dr.)

Beszámoló az Arpa internationale kongresszusáról

Prága, 1947. június 10—14.

Irta: Dr. MORELLI GUSZTÁV egyetemi rk. tanár.

Az *Arpa Internationale* és a *Cseh Fogorvos Egyesület* meghívására, utóbbi fennállásának 50 éves jubileuma alkalmából, április elején indultak meg az előkészületek, hogy a magyar Arpa minél nagyobb számban és módon vegyen részt a háború után ezúttal első külföldi összejövetelen. Az útlevelek és engedélyek beszerzése a prágai rendezőbizottság hathatós közreműködésével kellő időben sikerült és így nagy várakozással, de bizonyos félelemmel is indultunk útnak. Mindnyájan kitünően voltunk elhelyezve és 11-én reggel 9 órakor az orvosok házában megnyíló kongresszuson a 400 cseh és 150 külföldi részvevő között ott voltunk mi is 19-en. A díszterem elnöki emelvénye mögött 16 zászló jelezte a részvevő nemzeteket, köztük a piros-fehér-zöld magyar zászlót is láthattuk. Az egészségügyi miniszterrel az élén ott voltak az összes orvosi intézmények képviselői és az első sor közepén ült *Jaccard* a nemzetközi *Arpa* elnöke. Az elnöki cseh, francia és angol üdvözlés után a delegátusok léptek az emelvényre és ezek között *Adler* magántanár a magyar fogorvos szakcsoport nevében angolul, *Morelli* professzor pedig a magyar *Arpa* részéről francia nyelven üdvözölte a kongresszust. A díszülés után pazar megvendégelés várta a résztvevőket az Orvosház négy emeletre terjedő gyönyörű termeiben, ahol könyvtár, társalgók, éttermek és muzeum vannak ízléses, mintaszerű elrendezésben. Délben a fogászati kiállítás nyílt meg a város egy másik részében, ahol a kongresszus tudományos üléstermei is voltak. A kiállítás igen gazdag volt és nem győztük nézni a sok kül- és belföldi cég művészies rendezett fülkéit. Délután az *Arpa* közgyűlés zajlott le és a régi elnökség újraválasztásával végződött. Ezúttal a következő kongresszus helyéül Amsterdam meghívását fogadták el.

Morelli javaslatára a „*Paradentologie*"-ban közlendő cikkek ter-

jedelmét 6 oldalban szabták meg és egyúttal hozzájárultak, hogy amennyiben egy bejelentett és a programmon szereplő előadást a szerző nem adhatja elő, úgy ezt az illető nemzeti egyesületének javaslatára, más is előadhatja. Este a rendkívül imponáló Csernin-palota csodás kertjében *garden-party* volt, ahol a nemzetközi társaság régi ismerőseit örömmel üdvözölte és új ismerősökkel kötött barátságot. Csütörtökön, 12-én reggel kezdődött a tudományos előadások sorozata. *Jaccard* dr. és *Held* prof. Genfből igen szép szövettani metszeteken mutatták be kutatásaik eredményét a cementet illetőleg és azt. *Mezl* magántanár, a kongresszus fáradhatatlan, kedves főtitkárának tanulmánya egészítette ki. *Adler* magántanár (Debrecen) a paradencium biofizikájáról angolul tartotta meg nagysikerű előadását. Délután a fiziológia és etiológia köréből *Jirovec* dr. magántanár, *Kostlán* dr. és *Kostečka* prof. (mindhárman Prágából) tartottak előadásokat, míg *Schaer* dr. Genfből a Jacket-korona preparálásának tökéletesebb módját ismertette. *Frankl* Zoltán dr. magántanár (Budapest) angolul a *„dentitio difficilis"* és *„paradentitis"* kapcsolatairól. *Posselt* dr. (Kőbenhavn) pedig a paradentozis fogszabályozásos kezeléséről értekeztek.

Este a polgármester fogadott pazar termeiben igen kedvesen és nagyszerűen meg is vendégelt. Utána volt a hivatalos vacsora, melyen 300-an vettek részt. Az elnök felköszöntője után a nemzeti delegátusok sorában *Morelli* prof. köszönte meg francia nyelven a meghívást és a nagyszerű fogadtatást, valamint, viszonzásul meghívta a tagokat a mi szeptemberben tartandó nagygyülésünkre. Pénteken délelőtt a profilaxis diagnosztika, inybetegségek, tárgya köréből *Parma*, *Neuwirt* prof. és *Wachsmann* dr. Prágából, majd *Kovács* dr. (Budapest) angolul a *paradentitis* elnevezéseiről, *Chaput* Jenő (Páris) pedig a *stomatitis bullosa*-ról tartottak előadásokat. Délután *Morelli* prof. (Budapest) franciául a *„Dentosal"* hatásáról, *Frankl József* dr. (Pécs) magántanár a penicillin alkalmazásáról paradentitiszes bántalmak ellen angolul, *Perint* dr. (Budapest) a herehormon hatásáról *dystrophia-s paradentitis* esetében angolul tartottak előadást. *Nash* dr. (Bukarest) a gingivektomiáról angolul. *Bažant* (Prága) a natrium fluorid hatásáról dentintúlérzékenység ellen címen franciául beszélt. Végül *Kemény* dr. (Budapest) angol dolgozatát a porcellángyökerek alkalmazásáról paradentitisz esetekben olvasta fel *Kovács* dr. és *Nagy* fogtechnikus mester bemutatta igen szép modelljét. Ugyane módon *Bažant* dr. felolvasta *Kallay* dr. (Zágreb) dolgozatát a paradentózis, mint gócfertőzés címen. Este, az egészségügyi miniszter, *Prohászka* vendégei voltunk. Az egyetemi klinikákon ezenkívül *Kostečka*, *Parma* és *Neuwirt* professzorok tartottak igen szép bemutatásokat és műtéteket is végeztek. Mindenütt kedves vendégszeretettel fogadták és enni-innivalóval látták el a vendégeket. A kongresszus a mi részünkre a teljes siker jegyében zajlott le. 25 előadás közül 7 magyar volt és mind tetszést aratott. Ki kell emelnem az összes kartársak lelkes és arra irányuló közreműködését, hogy a külföldiek minél jobb benyomást nyerjenek a magyarok tudásáról, viselkedéséről és ezért köszönetet mondok nekik, akik hívásomra bátrak voltak követni a bizonytalanba. Külön köszönet illeti a hölgyeket, akik teljes odaadással szol-

gálták a magyar ügyet a társadalmi összejöveteleken és ezzel hozzájárultak ahhoz a hatáshoz, amelynek előnye még csak az ezután következő nemzetközi vonatkozásokban fog megmutatkozni. Végül köszönet illeti dr. *Perint Jenőt*, a magyar Arpa titkárát, aki igazán emberfeletti munkájával és lelkesedésével biztosította mindnyájunk számára a kiutazás lehetőségét. Remélem, hogy a sikeren felbuzdulva a következő alkalommal még sokkal többen fogunk résztvenni a nemzetközi tudományos versenyek arénájában.

Praxisracionalizálás

„Növelnünk kell a meglévő rendelők teljesítőképességét." (Prof. Balogh K. dr.) „Négy óránál több fogorvosi munka egészségünk károsodása nélkül huzamosan nem végezhető," (Több amerikai szerző.)

A gazdaságos termelés első feltétele minden egészséges vállalkozásnak. Az eredménynek arányban kell állnia a reá fordított idővel, anyaggal és energiával. A gyárak és üzemek racionalizálása külön tudomány lett, mérnökök százai foglalkoznak ezzel. Rendszerek és rendszereket jelentő nevek vannak forgalomban. *Taylor, Bedeaux, Stachanow, Kaiser* neve ugyanúgy többtermelést és a munkaeffektus emelését jelenti, mint a prosperitás vagy termelési csata elnevezés.

A fogorvosi rendelő bizonyos tekintetben *üzem, üzlet* és *vállalkozás*.

Üzem azért, mert gépekkel dolgozik, melyeket be kell szerezni, karban kell tartani s az áramszolgáltatás szünetelése esetében éppen úgy leáll, mint egy gyár vagy üzem. Mi is alkalmazunk segítő személyeket is, elsősorban asszisztensnőket, kiknek munkaidejét akkor is fizetnünk kell, ha rendelői üzemünk szünetel. Nálunk is vannak csúcsteljesítményi időszakok, mikor időnk jó kihasználása különösen fontos. És vannak olyan időszakok, mikor olcsóbban, gazdaságosabban végezhetjük el a munkát.

Üzlet azért, mert a szabad kereskedelemnek éppen úgy, mint a szabad orvosválasztásnak alapja, hogy a fél odamegy, ahol megtalálja azt, amit keres. Az az üzlet virágzik, ahol jól kiszolgálják a felet, minden árut készletben tartanak, az üzlet szolidsága biztosíték az áru jó minőségére, az árú értéke arányban van annak jóságával, ahol a félnek az az érzése, hogy vásárláskor ő a főszemély s a boltos nem gyakorol kegyet azzal, hogy őt kiszolgálja. A jó üzletnek kell még könnyű megközelíthetőség, aránylag hosszú üzleti idő, mialatt a vásárlók felkereshetik s megfelelő reklám és kirakat, mely az emberek tudomására hozza, hogy az üzlet egyáltalában létezik és mit milyen minőségben árul. De még a jó és olcsó üzlet előtt sem állanak az emberek szívesen hosszú ideig sorban, pedig ott örömteli tényben, olcsó és jó vásárlásban lesz részük.

Sok igazság van az amerikai *Kent* mondásában: *„A fogorvos — akár akarja, akár nem — üzletember, elsősorban nem hidakat, lemezeket és töméseket árul, hanem saját magát adja el (is selling himself)."*

Vállalkozás is ténykedésünk, mert az orvosi és különleges fogorvosi tudást ki kell egészíteni a technikus és keramikus munkájával.

De anyagot is vásárolni kell s ugyanakkor a felelősséget, *„a vállalkozói felelősséget" (Simon)* mindenkiért nekünk kell vállalnunk. S vállalkozóhoz hasonlóan kell elkészíteni a költségvetést is. Ugyanaz az épület szilárd talajon esetleg kétszeres költségbe kerül, mintha süppedékes talajra építtetjük. Ugyanolyan terjedelmű híd elkészítése egyik páciensnél kétórai, a másiknál négyórai időbe kerül. Méltánytalan, hogy mindkettőért ugyanazt az árat számítsuk. Egy vállalkozó még azt is figyelembe veszi, hogy a vele szemben álló fél jó fizető vagy rossz fizető. Ezt és hasonló szempontokat a kalkulációnknál nem lehet elhanyagolni, mert a helyes kalkuláció a jó vállalkozásnak — s ilyen minden fogorvosi munka — alapja:

„Nem egy jó praxist láttam süllyedni a magas árai miatt s nem egy kollégát láttam alacsony árai miatt elszegényedni és beteggé válni" írja E. *Heinrich.*

Ha az elmondottak alapján foglalkozni akarunk a fogorvosi rendelők munkájának racionalizálásával, első feladatunk annak a megállapítása, hogy valamely rendelő racionalisan dolgozik-e vagy sem. A második feladat azoknak a módoknak megállapítása, mellyel teljesítményünket növelhetjük és anyag-, idő- és energiafelhasználásunkat csökkenthetjük. Harmadszor pedig a racionális munka szempontjából kell tudnunk kalkulálni az idővel, anyaggal és pénzzel.

dr. Sztrilich Pál

* E rovat keretében szivesen válaszolunk a racionális praxis tárgykörébe tartozó kérdésekre. A közérdekűeknek a lapban, a nem közérdekűeknek levélben is felelünk.

LAPSZEMLE

KORTAN

Repülés alatt bekövetkező fogfájás a szövetekben előidézett nyomáscsökkenés miatt. (Dental pain while flying or during decompression tests.) British Dental Journal 1947. No. 6

Az angol légierő (R. A. F.) 1942 tavaszán kezdte el ilyen irányú kísérleteit, felhasználva az ide beosztott fogorvosok tapasztalatait és a mozgásban vagy nyugalmi helyzetben levő dekompressziós cellákban végzett megfigyelések adatait. Több légihadtest adatait egybeveették és az eredmények teljesen azonosak voltak.

A hideg kedvezőtlenül befolyásolja a fogfájás fellépését, de megdőlt az a vélemény, hogy ennek a faktornak vezető szerepe lenne, mert a felszállások gyakorisága, a magasság hirtelen változása lényegesen több okot szolgáltat a fogfájás fellépésére. Mérések alapján megállapították, hogy a fog hőmérséklete még különösen alacsony hőmérséklet mellett is alig változik. A repülőgépben a hőmérséklet —36 és +30 C° között ingadozik.

A vizsgálatokat 25 év körüli átlagtermetű egyéneknél végezték, akik a dekompressziós tünetek iránt legkevásbbé érzékenyek véredényük falazatának rugalmassága folyán. A szerző feltevése szerint a fájdalmat a sejtek (beleértve az érfalak sejtjeit) felületi feszültségük megváltozása folytán keletkező szövetrepedések okozzák és légbuborékok kerülnek a kapilláris erekbe. Felvevésüket részben állatkísérletekkel, részben különböző magasságban (40.000 láb) extrahált fogak szövettani vizsgálataival támasztották alá, melyek szerint kitágult, üres prekapillárisokat és összehuzódott végereket találtak, miből légbuborékok képződésére lehetett következtetni és a szövettani vizsgálatok ezeket a légbuborékokat ki is mutatták. Sok esetben a fájdalom a felszál

láskor, nem pedig a nagy magasságban kelekezik. (Súlyos fogfájásról utóbbi esetben mindössze négy jelentés érkezett.) Amerikai szerzők véleménye szerint a repülés alatti arcfájdalmakat a Highmore-üreg nyálkahártyájának kiterjedt ödémája okozza, mely az üreget szinte betölti. Bár kimutatták, hogy a sinus légtartalma a magasság szerint változik, nem valószínű, hogy a fogfájást ez okozza, mert míg a sinus-fájdalmak leszállásnál a legerősebbek, a fogfájás ilyenkor enyhülni szokott. Sinus- és fogfájdalom egyidejűleg a legritkábban fordult elő megfigyeléseik szerint. Cinkoxid-kötés vagy szegfűolaj szünteti a fogfájdalmakat, ami szintén ellentmond az antrum okozta fájdalomnak. Azonban az bizonyos, hogy egy fertőzött fog inficiálhatja az antrumot repülés alatt. (Ezt inkább úgy módosítanám, hogy a repülés alatt aktiválódó apikális abszcesszus a megbetegedés folytán megindíthat később mellüreg gyulladást. — A ford.)

A centrifugális erő is válthat ki fájdalmat. Súlyos fájdalmat érzett egy esetben a pilóta felső metszőfogában, sőt a fog erősen vérzett is, midőn egy zuhanórepülésből hirtelenül kiemelkedett. (Ez nem centrifugális erőhatás, hanem hirtelen fellépő légnyomásdifferencia. A ford.) A fájdalomnak a pulpában levő erek hemorragiás vérzése volt az oka. *Greenfield* kísérleteket végzett macskákon centrifugáló gépben. Ezeknél nem következett be a pulpa ereinek hemorragiája. Valószínű, hogy ilyen esetben csak konstitucionálisan gyenge, vagy bakteriológiai, kémiai hatások folytán meggyengült véredényeknél lép fel vérzés. A leszállás nem mindig szüntette meg a fogfájást, viszont felszállásnál a beteg fogak fájdalma ismét kiujult.

A statisztika szerint sem a hideg okozza a fogfájást, mert több esetben őrlő, tehát hideg behatásának kevésbbé kitett fogaknál jelentkezett fájdalom. Tömött és elhalt idegű fogak esetében felszállásnál a képződő gázok feszítőereje tűrhetetlen behatásának kevésbbé kitett fogaknál jelentkezett fájdalom. Tömött és elhalt idegű fogak esetében felszállásnál a képződő gázok feszítőereje tűrhetetlen fogfájást okozott, mely a pulpakamra feltárásával meg is szünt. Frissen tömött fogaknál is gyakran lépett fel fájdalom. (Ezen utóbbi tünetek a repüléssel és légnyomásdifferenciával megnyugtató módon és kizárólagos alapon nem hozható összefüggésbe, mert normális körülmények között is teljesen hasonló jelenségekkel találkozunk. — A ford.) Miután a fogak megbetegedései sok bajt okoznak a légiflotta embereinél, az R. A. F. egész állományára nézve kötelezővé tették a fogászati kezeléseket és röntgenvizsgálatokat. A repülésből visszatérők fogkezelései főleg extrakciókból vagy régi tömések eltávolításából állt, azonban gyökérkezelésekre, fogműtétekre is sor került. (Caldwell-Luc műtét is történt.) Teljesen pontos információkkal nem szolgálhatnak, mert a foghúzások és a szövettani vizsgálatok már a földön történtek, de az bebizonyítottnak vehető, hogy nagy magasságban a pulpa hiperémiája áll fenn. A fájdalom oka főleg a magasságban fellépő vasodilatatiós hatásban kereshető, mely a nem intakt fog megbetegedését aktiválhatja. Az is kimutatható még, hogy a repülés közben fájdalmassá váló fog környező szöveteiben ödéma lépett fel.

Dr. Perint Jenő

P. Pincus (London): *A nyálnak eddig ismeretlen tulajdonságáról.* (Saliva: A Short Account of a Property Previously Undescribed.) Brit. Dent. J. 1940. No. 3:

A irodalomban eddig nem közölték, hogy a nyálnak kifejezetten redukáló képessége van. Ez klinikai szempontból is fontos, mert anaërobok, oxigén nélkül növő baktériumok a *stomatitis ulcerosa* kórtanában nagy szerepet játszanak. Kísérletben a nyál festékolda-

DENTARIA R.T.
Dental-Depot
Fogorvosi berendezések, műszerek és vegyiszerek gyára
Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 11.
(Telefon: 185-051)

tokat redukált: így a metilénkéket és *dichlorphenol-indophenol* oldatot néhány másodperc alatt elszínteleníteite. A nyálnak e tulajdonsága nem csupán a jelenlévő baktériumok hatásának tudható be. Ha a nyálat 5 percre 55 fokra melegítjük, a festéket redukáló képesség 1 percről 6 perc időre nő meg. Enzimmérgek, mint *hydrocyan-sav* és *jódecetsav* a redukció idejét 1 percről 1 órára nyujtják meg, közben sok baktérium marad még a nyálban.

Ennek klinikai jelentősége is van, ha pl. *stomatitis ulcerosa* esetében a nyál redukáló sajátságát úgy használjuk fel, hogy a nyálat a fertőzött területről kizárjuk és nem redukáló szövetnedvvel helyettesítjük, így vérrel és szérummal, amely oxigént hordoz. *Fish* cinkoxid-eugenol-pasztával kente meg a fekélyek körüli területet, a fogakat és az inyt és így tartotta távol a nyálat. Kiderült, hogy vérnek, vagy szérumnak a nyálhoz jutása a redukciós képességet csökkenti, tehát az anaërob fertőzést is gátolja.

Nyilvánvaló, hogy anaërob-fertőzések esetén jótékony hatású, ha a nyálat az anaërob-organizmusoktól távol tudjuk tartani. A *Fleming* és *Dold* által ismertetett rendszer, pl. a *lysozym* és az *inhibin* jelentőségének felismerése szintén idetartozik. Minthogy a baktériumos fertőzés a fogszu és foglazulás lefolyásában is szerepel, a redukáló tulajdonság e szempontból is fontos.

Dr. Molnár László.

TECHNIKA

Dr. Hans Wunderer Jun: *Eine Brücke aus Palapont mit Metallrückplatte für vitale und wurzelbehandelte obere Frontzähne.* (Fémhátlemezes palaponthíd felső frontfogakpótlására). Z. Stomat. 1947. — 44. Jg. H. 2.

A szerző felső kis metsző hiánya esetén a nagy metszőre és szemfogra vállas palapont-koronát készít, melynek palatinális felszíne fémhátlemezzel védett. A fémhátlemezek egyes nyúlványai a palapontot keresztül fúrva a pillérrel közvetlenül érintkeznek. A két pillérre alkalmazott fémhátlemez viseli a kis metsző részére elkészített foglalatot, amelybe öntés vagy forrasztás útján dróterősítéseket (horgokat) készítenek. Ezáltal az átellenes fogak mindenütt fémre harapnak és a palapont horgonyok és a hídtest is incizális szélükig fémmel vannak védve.

Az eddig ismert rendszerekkel szemben az itt közölt semmi fejlődést nem jelent. Az általa készített fronthidak tartósságát egyéni kísérlettel óhajtja bizonyítani. Az előre elkészített fémhátlemezekhez viaszból megmintáztatja a házagfogat, próbára behelyezi és almát rágat. A fémhátlemez a rágónyomást átveszi és a viaszfogak épek maradnak. Fémhátlemez nélkül viaszhíd az almarágás közben rögtön tönkremegy. Azt mondhatnánk ennek az ellekezője volna csodálatos.

Dr. Földvári Imre.

Doz. Dr. Friedrich Schiller: *Meine Erfahrungen mit Kronen und Brücken aus Palapont.* (Tapasztalataim palapontkoronákkal és hidakkal.) Z. Stomat. 1947. 44. Jahrg. Heft. 5.

Palapont csaposfogakat és hidakat ismertet, amelyekben a fémváz a fordított csövesfogak redszerén alapszik. Mind a csaposfogakat, amelyek lehetnek hídhorgonyok is, mind a hídtest egyes tagjait csövesfogak formájában készíti, ahol a fémváz nem a gingiván, hanem a fogak rágófelszínén halad végig. Előnyösnek tartja különösen rövid fogakon alacsony harapás esetében. Pontos leírást közöl a fémváz készítéséről, a viaszmintázásról, a beágyazásról és a tömködésről. Ezt a módszert nemcsak őrlőfogak esetében, hanem frontfogak pótlásakor is alkalmazza teljes sikerrel mintegy három év óta. A frontfogak vázát olyképpen mintázza, hogy a szemközti (antagonista) fogak mind g a fémre, nempedig a műzománcra harapnak. Elismeri, hogy az ilyen rendszerű hidak javítása majdem kivihetetlen, viszont javításukra szerinte nincs is szükség, csak a horgonyok esetleges meglazulása esetében (ha a két horgony közül egyik meglazul, s a másik csak roncsolással távolítható el). Ez esetben a műzománcfogak a fémhorgony megforrasztása után újból készítendők.

Dr. Földvári Imre.

SZÁJSEBÉSZET

J. Koch—Langentreu: *Über einen Fall von malignem Melanom der Mundschleimhaut.* (Szájnyálkahártyán észlelt rosszindulatú melanoma esete.) Z. *Stomat. 1947. 3.*

A közlemény bevezetésében az újabban javasolt rosszindulatú melanoma elnevezés jogosultságát hongsúlyozza, az eddig használatos „*melanosarcoma*" helyett.

A melanomák ugyanis epiteliális sej-

tekből állanak, és rosszindulatú változataiknál is csaknem teljesen hiányoznak a kötőszövetes elemek, ami a „*sarcoma*"-s jellegre mutatna.

Kiindulásuk gyakori a pigmentnévuszokból, ezért ajánlja a pigment-tartalmú képletek sebészei kiirtását profilaktikusan. A fogorvos gyakran észlel pigmentfoltokat az inyszéleken. Melanoma eddig csaknem minden esetben csak a felső állcsonton és a szájpadon került észlelésre.

Felemlíti azokat a szerzőket, akik csak a sugaras kezelést ajánlják és azokat is, akik a kizárólagos sebészi kiirtás hívei.

Leközölt esetét, amelyet egy 69 éves nőbetegen észlelt, sebészi és sugaras kezelés alkalmazásával gyógyította.

Azt ajánlja, hogy még a rák műtétekor alkalmazott gyökeres kimetszésnél is nagyobb mértékben kell súlyt vetni messze az ép területekig való kiirtásra.

Esetében a frontfogak tájékának megfelelően elhelyezkedő daganatról volt szó, amely kb. cseresznye nagyságú volt.

A műtétnél a j. o. első metszőtől, az azonoldali első kisőrlőig terjedő területen, magasan az orralapig rezekálták a felső állcsontot bár a daganat csontos összeköttetése az alappal nem volt teljes. Utána háromízben röntgen besugárzást alkalmaztak és a beteg jelenleg, közel egy év után, tünetmentes.

Ezt nagy eredményként említi meg, mert az irodalomban közölt műtéti kezelésben részesült rosszindulatú melanomás betegek, néhány hónapon belül áttételekben pusztultak el.

Dr. Skaloud Ferenc

H. Hohlbrugger: *Parotisfistel in der Kieferhöhle nach plastischem Versuhluss einer Antrumfistel.* (Arcöbölsipoly plasztikai zárása után keletkezett parotiszsipoly, az arcöbölben.) Z. Stomat. 1947. 3.

Érdekes esetet ismertet a szerző, amelynek sorozatos szövődményei egy bal, felső, első nagyőrlőfog eltávolítása kapcsán keletkeztek.

1943 őszén a betegnek fogát eltávolították. A húzás helyén arcöbölsipoly keletkezett, amelyet 1945 január havában egy hadikórházban eredménytelenül megoperáltak.

A kiújult sipollyal a beteg az insbrucki orr-, gégeklinikára került, ahol újabb műtéten esett át, ami azonban ismét sikertelen volt. A műtétet 1945 június havában végezték és mivel, a bal arcöböl idült gennyedése is fennállott, radikális Luc-Caldwell műtéttel egyidejűleg.

A klinika a beteget, a még mindig fennálló sipoly műtéti zárása végett. ekkor áthelyezte az állcsontsebészeti állomásra.

Itt 1945 július havában egy pofanyálkahártyából képzett nyeleslebeny segítségével sikeres műtétet végeztek és a sipolyt bezárták.

Amidőn a beteg ellenőrző vizsgálaton megjelent a gégeklinikán, ott azt észlelték, hogy az arcöböl kiöblítésénél alig zavaros, híg, nyálszerű váladék ürül. Hogy ez tényleg nyál volt, az kiderült a beteg bemondásából, amely szerint étkezésnél, amikor a nyálelválasztás megindul, a bal orrüregéből tömegesen ürül tiszta nyálszerű váladék.

Az azonnali *Stenon*-vezeték megkísérelt kutaszolásánál kiderült, hogy a legutolsó sikeres műtéthez használt pofanyálkahártyalebenybe, akaratlanul belekerült a *Stenon* vezeték és ezt á ül eték az arcöbölbe. Tehát egy szabályos *Wittmack—Lautenschläger*-féle műtétet végeztek, amelyet a gégészek az ozaena kezelésére szoktak alkalmazni és amely a *Stenon* vezetéknek az arcöbölbe való bevezetéséből áll, az orrüreg állandó nedvesen tartása végett.

Ez a betegnél azonban kínos állapotot jelentett, mert étkezéseinél tűrhetetlen orrfolyása volt. A további műtéteket elkerülendő, a betegoldali parotisz röntgenbesugárzásához folyamodtak, amely a nyálelválasztást rövidesen megszüntette.

Tanulságos az eset azért, mert figyelmeztetett minket arra, hogy a pofanyálkahártyából kiképzendő lebenyeknél mennyire figyelembe kell vennünk a *Stenon*-vezeték jelenlétét.

Dr. Skaloud Ferenc.

HARVARD CEMENT, Z. W. Z. IDEGTŰ,
és mindennemű fogászati anyagok kaphatók LAKATOS REZSŐ, DENTÁL DEPÓBAN. Bpest, Dohány-u. 68. I. HIVATALOS ARANY ELOSZTÓHELY.

VEGYES

H. Ackers: *Penicillin in intra-oral lesions.* (Penicillin alkalmazása a szájsérüléseknél.) *British Dental Journal. 1947. 10.*

250 esetben, a legkülönbözőbb stomatológiai megbetegedések és műtétek alkalmával, helyileg alkalmazott pencillin kezelés módjáról és eredményeiről számol be.

Helyi penicillin-kezelést végeztek, heveny *stomatitis ulcerosa*, egyszerű és fertőzött fogeltávolítások esetében, heveny és idült alveoláris tályogoknál, szövődményes állcsonttöréseknél, ciszták műtéteinél és az idiopatikus szokványos *stomatitis ulcerosa*-nál.

Helyi kezelésre a penicilint lanolin és albucid kenocs, gelatina pasztillák, dragék formájában alkalmazták.

A kenőcsöket híg halmazállapotban használták, hogy rekord-fecskendőbe töltve, vastag kanülből a sebüregbe préselhetők legyenek.

A 250 egység penicillint tartalmazó gelatinos pasztillákat szájnyálkahártyagyulladások esetében úgy rendelték a betegeknek, hogy egy pasztillát az alsó áthajlási redőbe helyeztek ennek szopogatás nélküli teljes oldódásáig. Az oldódás után újabb pasztillát kell betenni, egész napon át az étkezési idő kivételével. A szokásos dohányzást megengedték, a szájmosást azonban nem.

Egy esetben heveny alvolaris tályognál (elgennyedt granuloma) gyökércsúcsrezekció végeztek. A tályog üregébe, annak kikaparása után, penicillines gelatin-kapszulát helyeztek és a műtéti sebzést varratokkal teljesen zárták. A bevarrt seb elsődlegesen gyógyult.

Egy másik esetükben, az 54321 fogakra terjedő tömlőt zártak teljesen, miután előzőleg az üreget pencillines lanolin pasztával töltötték ki. Itt is elsődleges sebgyógyulásról számolnak be.

Az 500 egység penicillint tartalmazó drazsékat szájnyálkahártyagyulladásoknál a gelatin-kapszuláknál leírt módon használták.

Fertőzött fogak eltávolítása, alveolektomiák, roncsolásos foghúzásos sebek ellátása után drazsét, vagy porrátört drazsét helyeztek a sebüregekbe és ezeket elsődlegesen zárták. A súlyosabb varratokkal való zárásra nem alkalmas esetekben is, gelatin-kapszulát helyeztek a sebüregekbe.

Állcsonttöréseknél, ahol a törésvonalba eső frakturált fogakat el kellett távolítani, minden esetben a sebüregbe drazsét vagy pasztillát tettek. A csontgyógyulás így minden esetben, a normális időtartam alatt bekövetkezett.

A kenőcsök 8—10 hétig, a drazsék 12 hónapig használhatók a bomlás veszélye nélkül.

Összefoglalásukban még egyszer ajánlják, hogy a helyileg alkalmazott penicillin-kezelés esetében meg kell kísérelni az eddig nyitva kezelt szájsérülések zárását, mert elsődleges sebgyógyulást remélhetünk.

A penicillin-kezelésnek csupán a nyelv felületi lobos folyamatánál és az idiopathiás, szokványos fekélyes szájgyulladásoknál nincs gyógyító hatása.

Dr. Skaloud Ferenc

HIREK

ACTA UROLOGICA címmel új, urológiai szaklap indult meg. A lap 3 íven igen szép kiállításban jelenik meg. A cikkek angol, francia, orosz és német nyelven jelennek meg. A lap szerkesztői: Babics prof. és Dr. Szold Endre, társszerkesztők: Dr. Molnár Gyula és Dr Pálóczi István.

ASSZISZTENSNŐI VIZSGA. A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete és az Egészségügyi Alkalmazottak Szakszervezetének felkérésére, a pályán már működő asszisztensnők részére 2 hónapos elméleti továbbképző tanfolyamot rendezett a Stomatológiai Klinika. A vizsgabizottság *Dr. Balogh Károly* professzor, a Somatológiai Klinika igazgatója, *Dr. Simon Béla* professzor, a Fogorvos Szakcsoport elnöke és *Dr. Sztrilich Pál* tanársegéd, a tanfolyam vezetője volt.

Az eredménnyel vizsgázott fogorvosi asszisztensnők névsora a következő:

Barna Józsefné, Barna Piroska, Jurák Katalin, Körber Jenőné, Koszorú Mária, Major Erzsébet, Melis Ágota, Nádasi Vera, Ráth Aladárné, Schober Erzsébet, Skolnik Ibolya, Vida Ernőné, Wagner Magda, Zsugovits Zoltánné.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának

ÁRKÖVY EMLÉK-KONGRESSZUSA

1947 szeptember 18—21.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportja Árkövy professzor emlékére tartja meg ezidei kongresszusát, melyen a tudományos programon kívül nagy fogászati kiállítás is lesz. A tudományos üléseket az Orvos-Egyesület székházában a Semmelweis-teremben (Szentkirályi-u. 21.) tartják meg, a fogászati kiállítás pedig a Nemzeti Tornacsarnokban lesz.

A nagygyűlésre úgy a környező államok, mint a távolabbbiak fogorvosegyesületeit meghívtuk. Nagyobb számban a következő országokból érkeztek be jelentkezések: Ausztria, Csehszlovákia, Románia, Jugoszlávia, Svájc, Franciaország, Olaszország, Dánia és Belgium. Kívánatos volna, hogy a magyar fogorvosok is minél nagyobb számban jelentkezzenek.

A kongresszus részvételi díja 20.— Ft, melynek beküldése a jelentkezéssel egyidejűleg esedékes. Jelentkezni személyesen, vagy írásban a kongresszus irodájában lehet, melynek címe: Budapest, V. Nádor-u. 32. III. 1. A részvételi díj pedig az 52.344. sz. postai csekkszámlán küldendő be. A jelentkezés és részvételi díj beérkezése után minden jelentkező az elhelyezésről (lakás és ellátás) részletes tájékoztatást kap, valamint arra vonatkozólag is, hogy a kedvezményes utazást milyen módon veheti igénybe.

A tudományos üléseket csakis a részvételi díj lefizetése ellenében kiszolgáltatott „részvételi jegy"-gyel lehet látogatni. Ez szükséges a kedvezményes utazás és ellátás igénybevételéhez is. Egyébként részletes felvilágosítást a kongresszus irodája nyujt akár személyes, akár írásbeli érdeklődésre. (Nádor-u. 32. III. 1.)

A M. O. Sz. Sz. Fogorvosi Szakcsoportja 1947. szept. 18—21-én Országos Nagygyűlést tart. A Nagygyűlésnek különleges ünnepi jelleget kölcsönöz, hogy az idén van Árkövy József halálának 25. évfordulója. Ez alkalommal óhajtunk a stomatológia nagy magyar úttörője emlékének áldozni. Emlékünnepélyünkre meghívjuk a külföld összes fogorvosegyesületeit és reméljük, hogy nagy számmal fognak kongresszusunkon résztvenni. Kérjük azokat a kartársakat, kiknek személyes külföldi összeköttetéseik vannak, legyenek segítségünkre a szervezésben és lépjenek ez ügyben összeköttetésbe az Elnökséggel.

A Nagygyűlés tudományos programjának összeállításához is hozzáfogtunk. Mindazok, kik előadást óhajtanak tartani, küldjék be július 30-ig előadásuk teljes szövegét a szakcsoport tudományos bizottságához (Nádor-utca 32). Előadási szándékukat azonban ettől függetlenül minél előbb jelentsék be, előadásuk címével együtt.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelezést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle Szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 26. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A Szerkesztőség újból és nyomatékosan felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már **eddig beküldött**, vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljenek. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közleményekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap színvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik. Csak jól olvasható, gépen írt és nyomdaképes cikkeket fogadunk el közlésre.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára írva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

A szövegrész vége.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

PLASZIN

TÖRVÉNYESEN VÉDVE MINDENKI JOGA



LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!

Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán





PLASZIN
LEMEZ és MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPITVA 1918

M.

Fej- és fogfájás, extractio utáni fájdalmak,
pulpakezelés, idegfájdalmak esetén:

DEMALGON-Chinoin

FELNŐTTNEK és GYERMEKNEK egyaránt adható!
10 tablettás csomagolás

ORVOSOK LAPJA
ÉS A
NÉPEGÉSZSÉGÜGY

megjelenik hetenként, havonta kb. 220 oldal terjedelemben.

Előfizetési ár: havonta . . . . 14—Ft.
negyedévre . . 40—Ft.

FIZESSEN ELŐ!

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 AUGUSZTUS XL. ÉVFOLYAM Nº 8. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924—1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise — Венгерский Журнал Стоматологии

Árkövy Emlékkongresszus

Budapest, 1947. szeptember 18-21

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

		Oldal
Dr. Berényi Béla:	A preventív fogászat mai állása . .	225
Dr. Fodor Gy. István	Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok gyulladásos betegségeinek penicillinkezelésében . .	240
LAPSZEMLE		250
Árkövy Emlékkongresszus hírei		254

ORIGINALIA:

		Page
Dr. B. Berényi:	Preventive Dentistry of Today . .	225
Dr. G. St. Fodor:	Results and Failures of Penicillin-Treatment in Cases of Inflammatory Diseases of the Jaws	225 240
CURRENT LITERATURE		250

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

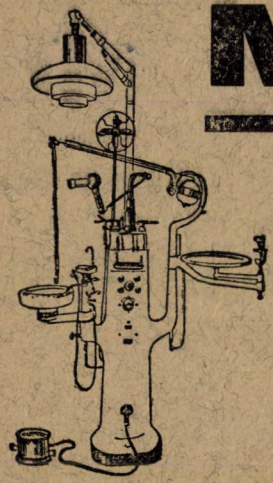
TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Telefon: 185-429.

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26. Telefon: 127-752.

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Megéri

a fáradságot, írjon egy lapot vagy telefonáljon és kérjen mintacsomagot a

„777"-ES

LENYOMATGIPSZBŐL

Érdemes

kipróbálni, mert ilyen jó lenyomatgipszszel mostanában nem dolgozott. Éles törési szélek. Hajszálpontos lenyomat. Kötési idő 3—4 perc. Készséggel küldök mintacsomagot Pestre és vidékre.

GYÉMÁNT CSISZOLÓMŰSZEREK

FÚRÓK NAGY VÁLASZTÉKBAN

Diathermiás készülékek



Különféle eredeti neuritisek, neuralgiák esetén:

VITAPLEX „B1" -Chinoin

HAZAI GYÁRTÁSÚ KRISTÁLYOS „B1"-VITAMINKÉSZITMÉNY

INJECTIO: 3 ÉS 15 X 2 mg 3 ÉS 15 X 10 mg 5 X 50 mg 3 X 150 mg

TABLETTA: 20 X 1 mg 20 X 3 mg 20 X 12 mg

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZITŐJE

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA

CSENGERY-U. 3.

TELEFON: 226-887

KOVÁCS

DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Röntgen

Centralix

alkalmi áron

Diathermiák

Devitalisatióknál használjunk

„THERIAKA" készítményeket:

ARSEN VATTA

ARDOS

dosirozott devitalisatió!

Theriaka

Budapest, V., Zoltán-utca 12. Telefon: 127-694

Herkules

(volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules

(VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 augusztus hó No. 8. szám

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A preventiv fogászat mai állása.*

Irta: Dr. BERÉNYI BÉLA.

A preventiv fogászat, vagyis a fogászati hygiene célja, hogy a stomatológia terén elért tudományos eredmények felhasználásával a fogak és szájképletek betegségeit megelőzzék, ill. a már fellépett megbetegedések tovaterjedését megakadályozzák.

A fogászati prevenció során elsősorban azon betegségek és rendellenességek ellen kell küzdenünk, amelyek széleskörű elterjedtségük miatt népbetegségeknek tekintendők. Ezek: az ortodonciai rendellenességek, a karies és a paradentozis.

Bár ezen elváltozások etiológiája egyáltalán nem tisztázott, mégis az utolsó évek tudományos kutatásai sok olyan eredményre vezettek, amelyek jelentős lépéseknek tekinthetők a sztomatológiai megismerések terén, s amelyeket máris a prevenció szolgálatába állíthatunk.

Az *orthodonciai rendellenességek* nemcsak az arckifejezés eltorzítása miatt bírnak jelentőséggel, hanem a karies és paradentozis keletkezésében is fontos szerepet játszanak, főleg a tökéletlen rágófunkció és a hibás megterhelés miatt. Ha figyelembe vesszük, hogy a gyermekeknek mintegy 30—60%-a szenved feltétlenül kezelésre szoruló ortodonciai rendellenességben, akkor be kell látnunk, hogy ilyen tömegeknek a kezelése a mi szociális viszonyaink mellett egyelőre, sajnos, teljesen lehetetlen. Ez a körülmény különösen indokolja az ortodonciai profilaxis rendkívüli jelentőségét.

Tudnunk kell ugyanis, hogy a rendellenességek kifejlődése az esetek egy igen jelentős százalékában megakadályozható és az eseteknek aránylag csak csekély százaléka az, ami profilaktikusan nem befolyásolható.

Kantorowicz a befolyásolhatóság sorrendjében az etiológiai faktorokat a következő öt csoportba sorozta:

1. faktor: A tejfogak korai elvesztése.

A tejfogak megfelelő kezelése révén ez az etológiai faktor lényegében teljesen kiküszöbölhető, káros következményei azonban még a fogak elvesztése esetén is meggátolhatók.

* Előadás a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjában 1946. XI. 21-én.

A tejfogak korai elvesztésének következménye az *Angle I.* osztályú anomáliák 1 csoportja, vagyis az egyes fogak rendellenes állása, esetleg még az *Angle II.* osztályú rendellenességek egy hányada is.

A tejfogak extrakciója előtt tehát meg kell gondolni, hogy az az állandó fogazatot illetőleg milyen következményekkel fog járni. Ha az extrakció mégis elkerülhetetlen, akkor az ú. n. szabad hézagtartókkal gondoskodnunk kell arról, hogy az így támadt rés ne szükülhessen össze. A fix elhorgonyzású hézagtartók nem megfelelőek, mert azok az állcsontok mezio-disztális irányú növekedésével nem tudnak lépést tartani.

2. Az ortodonciás rendellenességek *második etiológiai faktora a rachitisz.* A rachitisz a nyilt harapásnak és a megnehezített orrlégzéssel együtt a szűk állcsontoknak leggyakoribb előidéző oka. A csecsemők és gyermekek megfelelő antirachitikus kezelése — (D-vitamin, napfény, kvarc) — révén csaknem száz százalékban kiküszöbölhető.

3. faktor: A megnehezített orrlégzés.

Az állkapocsszüköletek egy jelentős részét, esetleg rachitisszel kombinálva, az adenoid vegetáció következtében beállott megnehezített orrlégzés okozza. A normális belégzésnél a belégzés intenzitásától függőleg 5—20 víz mm. negatív nyomás keletkezik a légutakban. Kilégzésnél ugyanilyen pozitív nyomás. Beszűkült orrgaratüregnél ez a negatív nyomás 20—60 víz mm.-t is elér, míg kilégzésnél, mivel a levegő részben a szájon át távozik, csak 30 víz mm. pozitív nyomás keletkezik. A légutakban keletkező fokozott negatív nyomás a szájüregben is negatív nyomást okoz, ami az állcsontok belső felszínére erős szívó hatást gyakorol. Az állcsontok ennek következtében — főleg ha rachitikusak — összeszükülnek, a kemény szájpad boltozatossá válik és a maxillakontrakció típusos formája áll elő. Kilégzésnél a szájüregben uralkodó pozitív nyomás nem hat ellenkező irányú erőként az állcsontokra, mert a szájüregben lévő pozitív nyomás alatt álló levegő egy része a fogak közti réseken át a szájtornácba kerül és ezáltal a belülről ható nyomás kiegyenlítődik. Az állcsontokra tehát csak a negatív nyomás hat. Amint az orrgaratüreg annyira beszűkül, hogy az orrlégzés lehetetlenné válik, a gyermek a száján át kezd lélegzeni. A post hoc ergo propter hoc elve alapján általában a szájlélegzést tartják a maxillakontrakció okának. Pedig abban a pillanatban, amint a gyermek csak a száján át légzik, a légzésnek az állcsontokra gyakorolt mindennemű hatása megszűnik.

Természetesen azt a tényt, hogy a szájlégzés más okoknál fogva egészségtelen és káros, egy pillanatig sem akarom kétségbe vonni, csak azt akarom leszögezni, hogy mint az eddig előadottakból kitűnik, az állkapocsszüköletért nem a szájlégzés, hanem épen megfordítva az állkapocsszüköletért és a szájlégzésért a megnehezített orrlégzés a felelős.

A megnehezített orrlégzés következtében beállott állcsont deformitások prevenciója tehát az adenoid vegetáció idejekorán történő műtéti eltávolításából áll.

4. faktor: A gyermekkori rossz szokások.

Csak részben és nehezen küszöbölhetők ki. Legjellegzetesebb képviselője az ujjszopás.

Az ujjszopás alkalmával a szájüregben ugyancsak pozitív nyomás áll elő, melynek hatásmechanizmusa teljesen azonos az előző pontban előadottakkal. Amellett a szopás második fázisának megfelelően a gyermek rá is harap az ujjára, ami által frontfogait kórosan megterheli. Ez a két hatás eredményezi végül is az orthodontisták által jól ismert rendellenességet, az ú. n. „*Lutsch-protrusion*"-t. Szűk állcsontok mellett a felső frontfogak legyezőszerűen kifelé dőlnek, az alsó front befelé dől.

Egy másik gyakori, de kisebb jelentőségű rossz szokás az ajakrágás, amely a rágás irányának megfelelően az alsó, illetve felső frontot kifelé döntik, a körömrágás és különböző tárgyaknak (ceruzának, zsebkendőnek) harapdálása, amelyek mind a megterhelés irányának megfelelően mozdítják ki helyükből a fogakat.

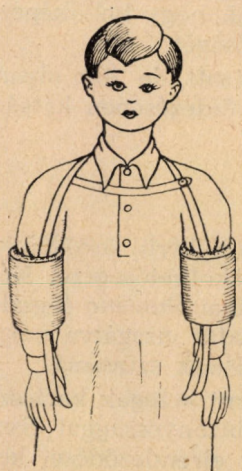
Egy rossz szokás, amely azonban rendszerint a nyelv anatómiai elváltozásával társul, a nyelvnek a fogak belső felületére gyakorolt nyomásából áll. Ennek oka a makroglosszia, amely viszont mixödéma, kretinizmus részjelensége lehet.

Milyen profilaktikus eljárással védekezhetünk ezen rossz szokások, elsősorban az ujjszopás következményei ellen?

Mielőtt erre a kérdésre a választ megadnám, előbb fel kell vetnem azt a kérdést, hogy vajjon szabad-e egyáltalán drasztikus eszközökkel beavatkoznunk és mérlegelni kell azokat az ártalmakat, amelyeket be nem avatkozásunk a fogazat és azokat, amelyeket esetleg túlságosan erélyes eljárásunk a gyermek pszichéjében előidézhet.

Ez egy olyan pont, ahol a gyermekgyógyászokkal gyakran ellentétes véleményen vagyunk és ahol éppen a gyermekek érdekében álláspontunkat a legsürgősebben össze kell hangolnunk.

A mi nézetünk a következő: akceptáljuk azt, hogy nappal, megfelelő környezetben, a gyermek pszichikus befolyásolása gyakorlott nevelő és helyesen kioktatott szülők révén az esetek túlnyomó részében sikerül. De hogy az ujjszopásra szokott gyermek, még ha el is tudjuk érni, hogy elalváskor nem szopik, éjjel álmába ne kapja be az ujját, azt tapasztalatunk szerint semmilyen pszichikus kezeléssel elérni nem tudjuk. Erre a célra, véleményünk szerint, kiválóan alkalmasak az *Oppenheim-féle manzsetták* (1. ábra).



1. ábra.

Ezt a két kikeményített és vattával bélelt manzsetta, amelyek kb. a felkar közepéig húzódó távolságnak megfelelő hosszúságúak. A két manzsettát hátul, a nyakszirten átvetett szallag köti össze. Hogy ez le ne csúszhasson, két szárát elől egy legombolható szallag köti össze. A felfelé való elcsúszást egy-egy, a hüvelykujjakon áthúzott hurok akadályozza meg.

Ezeket a manzsetákat a gyermekek rendkívül gyorsan, néhány nap alatt, megszokják. Szabad mozgásuk csak annyiban korlátozott, hogy könyökizületüket nem tudják behajtani. Néhány hét alatt teljesen leszoknak az ujjszopásról.

Ezen pont keretébe tartozik még egy rossz szokás, amely azonban nem a gyermekeknek, hanem a felnőtteknek egy rossz szokása. Szeretik t. i. a csecsemőket teljesen vízszintesen, párna nélkül, háton fektetni. *Schwartz* vizsgálataiból tudjuk, hogy vízszintes háton fekvésnél az állkapocs hátracsúszik, ami által egy mesterséges *Angle-féle II.* osztályú rendellenességet idézünk elő és ami ugyancsak Schwartz vizsgálatai szerint igen gyakran vezet tartós disztálharapáshoz. A helyes fektetés az egészen enyhe ventrál-flexióban lévő fejtartás, vagy ami még jobb, az alacsony párnán való oldalt fektetés felváltva jobb- és baloldalon.

5. *faktor: Az öröklés.*

Ez az a pont, ami nem befolyásolható, hacsak — mint azt *Kantorowicz* a bécsi internacionális kongresszuson igen szellemesen mondotta — az emberi társadalom tenyészteleppé nem változik.

Ha tehát az ortodonciai rendellenességeket és előidéző okokat még a tejfogak leváltódása előtt felismerjük és kezelésbe vesszük, akkor az esetek egy jó részénél lényegesen kevesebb költséggel és fáradtsággal oldhatjuk meg azokat, mintha az állandó fogak áttörése után költséges gépekkel, évekig tartó szabályozással kellene kezelnünk, ami a szociális fogellátás keretén belül már nem is volna megvalósítható.

A *kariesz* a legelterjedtebb népbetegség. Bár következményeiben szerencsére csak ritkán éri el a többi népbetegség, mint pl. a tbc. vagy lues pusztító hatását, széleskörű elterjedtségét tekintetbe véve, profilaxisa mind közegészségi, mind nemzetgazdasági szempontból egyaránt nagyfontosságú.

Közegészségi szempontból csak a fogeredetű gócfertőzések nagy számát (a gócfertőzések 25%-a tudvalevőleg fogeredetű) és a hiányos fogazat által okozott gyomorbetegségeket említem meg. Nemzetgazdasági szempontból pedig, eltekintve az előbb említett megbetegedések következtében kiesett vagy csökkent munkaerőktől, a kellő profilaxis hiánya miatt előállott foghiányokra, illetőleg az ezek pótlására fordított rengeteg időre, munkára, anyagra, szeretnék rámutatni, hogy kellőképen érzékeltetni tudjam a preventiv fogászat nagy jelentőségét.

A kariesz etiológiája még ma sem teljesen tisztázott, de több olyan körülményt és okot ismerünk, amelyek a kariesz előidézésében kétség kívül közrejátszanak.

Ezek a következők:

1. A *konstitució*, az öröklött hajlam.

A kariesz iránti fogékonyság és rezisztencia kétségkívül öröklődik. *Russel* már 1858-ban rámutatott a karieszhajlam örökölhetőségére. Később *Black* is ezt a nézetet vallotta. Ujabban az amerikai *Bunting* foglalt állást az öröklés mellett. *Proell* egypetéjű ikrek fogazatát vizsgálva megállapította, hogy azoknál rendszerint azonos fogak válnak szuvassá.

Hogy tulajdonképen mi az az öröklött faktor, ami a fogak karieszrezisztenciáját meghatározza, az még nincs teljes bizonyossággal tisztázva. Minden valószínűség szerint a zománcprizmák elrendeződése, keménységi foka, a dentincsatornácskák tágsága s ezzel kapcsolatban a

nedvkeringés milyensége lehetnek az öröklés által megadott konstitucionális tulajdonságok.

2. A második etiológiai faktor: *a diszponáló körülmények.*

a) Általános szervezeti okok alatt értjük először is az akut, magas lázzal, tartósan zavart szenzoriummal járó betegségeket, mint pl. a hasi tifusz, a kiütéses tifusz, agyhártya- és agyvelőgyulladás, stb. Ezek a szájápolás és a fogak öntisztulásának hiánya miatt hajlamosak karieszre.

Az általános diszponáló körülmények közé tartozik a terhesség időszaka is. *Balogh* professzur úr jóvoltából nemrégiben alkalmunk volt ezt a kérdést nőgyógyász kollégákkal együtt megvitatni. Ezen a megbeszélésen az az álláspont alakult ki, hogy bár semmi támpontunk sincs arra vonatkozólag, hogy a magzat az anya fogazatából kalciumot vonna el, mégis kétségtelen és statisztikákkal is alátámasztott tény, hogy terhesség alatt a kariesz gyakorisága nő.

Profilaxisunk az akut lázas betegségek alatt a fokozott an gondos szájápolásra szorítkozik. Terhesség alatt szintén fel kell hívjuk a figyelmet a leggondosabb szájápolásra, amit főleg a terhesség első félidejében, a gyakori rosszullétek idején sok terhes nő elhanyagol. Amellett vitamindús táplálékról és a téli hónapok alatt D. vitamin adagolásáról kell gondoskodnunk.

b) A *lokalis diszpoziciót* egyrészt a fogazatnak azon felületei teremtik meg, amelyek elhelyezkedésüknél fogva ételmaradék reteneiót okoznak és a tisztítás számára nehezen hozzáférhetők. Ezek a fisszurák és az approximális terek. Másrészt a foghús visszahúzódása révén csupasszá vált fognyakak, amelyeknek zománctalan részei a kariesz számára hatalmas támadási felületet jelentenek.

A lokalis diszponáló körülmények ellen csupán a fogak fokozott ápolásával, már fellépett szuvasodás esetén pedig a szekúnder kariesz megakadályozásával küzdhetünk profilaktikusan, a Black-féle „*extension for prevention*" elvének alapján végzett kavitásalakítással.

Amerikai szerzők újabban azt ajánlják, hogy a molarisok mély fisszuráit közvetlenül a fogak áttörése után preparálás nélkül tömjük be cementtel. Ezzel az eljárással állítólag a molarisok gyakori fisszura karieszét sikerült erősen redukálni.

c) A *táplálkozás* mint diszponáló körülmény főként a csecsemő- és gyermekkorban, tehát a tej-, illetve állandó fogak kifejlődésének időpontjában jön számításba éspedig elsősorban az avitaminózisok révén.

Hogy a rachitisz a fogaknak és állcsontoknak milyen súlyos elváltozását idézi elő, az közismert tény és erre nem is akarok külön kitérni. De fel kell hívnom a figyelmet arra, hogy a rachitisz napjainkban is még sokkal gyakoribb, mint ahogy azt általában elképzeljük. *Gerlóczy* szerint Magyarországon a csecsemők 70—80, sőt városokban 90%-a szenved legalább is átmenetileg rachitiszben. Egy ilyen átmeneti rachitisz már éppen elég arra, hogy a fogcsirok finom strukturájában olyan szabad szemmel nem látható vagy esetleg még szövettani vizsgálattal sem kimutatható változásokat okozzon, amelyek a külvilág ártalmai ellen védekezésre alkalmatlanná teszik a fogakat.

Kevésbé ismert a C. vitamin fontos szerepe a kariesz rezisztenciánál. *Hanke* „Diet and dental health" című munkájában rendkívül érdekes kisérletről számol be.

Tengeri malacokon végzett vizsgálataival kimutatta, hogy a C vitamin teljes hiánya az állandó növekedésben lévő rágcsáló fogakon gyökérhártya, pulpa és odontoblaszt degenerációt, valamint zománc és dentindekalcinaciót idéz elő. C vitamin adagolására a fogak újra visszanyerik normális struktúrájukat.

Ezen kísérlet alapján *Hanke* most már 351, 10—17 éves intézetben nevelkedő gyermeken folytatta vizsgálatait. Egy éven át a gyermekek normál koszton kaptak. Ezen idő alatt a gyermekek 79.2%-ánál talált progrediáló karieszt. A következő évben narancs és citromlé formájában bőségesen kaptak C vitamint. Ebben az évben a progresszív karieszek száma a felére esett vissza. A harmadik évben, újra külön C vitamin adagolás nélkül, a karieszelőfordulás az első év nivójára szökött vissza.

A táplálkozásnak a karieszrezisztenciára gyakorolt hatását már gyakorlati síkon mutatja be *Gythfeldt*.

Az oslói iskolákban 1932-ben bevezették az úgynevezett oslói reggelit, amely 1/3 liter tejből kétszersült vagy Kneippkenyérből, A és D vitaminnal kevert margarinból, kecskesajtból és alma vagy narancsból állt. A kalóriaértéke: 665. Ez a diéta ásványi sókban és vitaminokban igen gazdag és erőteljes rágást igényel. Ennek tulajdonítja *Gythfeldt* a vele elért jó eredményt.

A reggelit a szülők óhaja szerint bármelyik gyermek igénybe veheti, akár gazdasági, akár egészségi okok miatt. Általában a gyermekeknek kb. egyharmada fogyasztja állandóan az oslói reggelit. Négy éves megfigyelés után azt találta *Gythfeldt*, hogy a reggelit fogyasztó gyermekek, bár az első évben kb. 10%-kal magasabb karieszfrequenciával indultak — ami azzal magyarázható, hogy éppen ezek kerültek ki a legszegényebb néprétegből, aránylag a legrosszabb szociális és higienikus viszonyok közül — a negyedik év végén 20—30%-kal kevesebb karieszt mutattak fel, mint a többi gyermekek. A reggeli hatása tehát 30—40%-os karieszcsökkenést jelent.

d) A *klimának* minden fontos életfunkcióra — anyagcserére, légzésre, vérnyomásra, a belső szekreciós mirigyek működésére, a központi idegrendszerre, stb. — gyakorolt hatása bebizonyított tény. Mivel az idegrendszernek és az epitheltestecskéknek a fogállomány kifejlődésében nagy szerepük van, kétségtelen, hogy a klimatikus hatások a fogak karieszrezisztenciáját is befolyásolják.

Egyes szerzők a napfény specifikus hatásának tulajdonítják a Délafrikában és a délitengeri szigeteken észlelt karieszrezisztenciát. Ugyancsak a napfény hatásával magyarázzák *Mansbachnak* Palesztinából jelentett kitűnő statisztikáját, amely szerint a már ott született gyermekeknél 63, sőt a mezőgazdasági településeken 81%-ban talált teljesen egészséges fogazatot.

A mi véleményünk szerint itt tulajdonképen semmi másról nincs szó, mint a napfénynek arról a hatásáról, hogy a dehidrocholeszterineket a szervezeten belül D vitaminná képes átalakítani. Hogy a trópikus és szubtrópikus klima intenzív napsugárzása több D vitamint termel, mint amennyi a mérsékelt égöv lakóinak táplálékában általában van, ahhoz nem fér kétség. És ha meggondoljuk, hogy a napfény szociális különbségek nélkül mindenkire bőségesen ontja sugarait, akkor a délvidékről származó statisztikák teljesen érthetővé válnak.

Érdekesek *Kantorowicz* palesztinai vizsgálatai, aki a kolhoszszerű közös mezőgadasági településeken *Mansbach* adataihoz hasonlóan 13 éves gyermekeknél csaknem teljes karieszmentességet talált. Ezzel szemben egyénileg letelepedetteknél, akik az előbbiekkel teljesen azonos klimatikus viszonyok között éltek, a karieszhajlam megfelelt az európai középiskolásokénak.

Kantorowicz éppen ezért ezt az egyedülálló leletet nem a klima hatásának tulajdonítja, hanem annak, hogy ezeken a településeken született gyermekek a modern higiéné minden követelményének megfelelő csecsemő, ill. gyermek-gondozás-

ban részesülnek. Hogy a csecsemők és gyermekek gondos ellátásának melyik faktora az, amelyik a fogazat szempontjából ilyen, a csodával határos eredményekhez vezetett, arra nézve a legkiválóbb palesztinai gyermekgyógyászok sem tudtak Kantorowicznak felvilágosítást adni.

3. *Kiváltó okok.*

Végül rá érünk a kariesz tulajdonképeni kiváltó okaira, a vegyi anyagokra és mikroorganizmusokra, amelyeket együttesen fogok tárgyalni annál is inkább, mert *Miller* kemiko-paraziter elmélete lényegében változatlanul, ma, 70 év eltelte után is a kariesz keletkezéséről való tudásunk alapját képezi.

A legújabb kutatások is egységesek abban, hogy a kariesz keletkezéséhez szénhidrátok erjedéses bomlása és baktériumok szükségesek. A táplálékban lévő poliszaccharidák a nyálban lévő enzimek és baktériumok hatására dextrinre és diszaccharidákon át monoszaccharidákra bomlanak, amelyek foszforsav jelenlétében és azzal estereket képezve, végül tej-, vaj- és ecetsavvá alakulnak. Amerikai vegyészek szerint a szénhidrát-erjedés öt fokozaton megy át, amelyek közül négy fokozathoz erjesztőgombára, az utolsó ötödik fokozathoz azonban bacillus acidophilusra van szükség.

Wohinz bebizonyította, hogy a szájban az említett erjedési folyamat mellett alkoholos erjedés is lejátszódik.

Az irodalomban általában az a nézet uralkodik, hogy a zománc dekalcinációját tulajdonképpen nem is a végleges bomlási termékek, hanem egy közbenső bomlási termék a piroszőlősav okozza, amely mindkét erjedési folyamatnál jelen van.

Miller elméletének felállításakor csak annyit tisztázott, hogy a karieszes folyamatnál olyan baktériumok szerepelnek, amelyek proteolitikus fermentjeik segítségével fehérje bontásra képesek, de közelebbről a kórokozókat nem tudta meghatározni.

A vélt kórokozók egész sora után, 1925-ben az amerikai *Bunting* és munkatársai a *lactobacillus acidophilus*-t a karieszek 98%-ban kimutatták. Mivel karieszimmun szájban csak igen ritkán és kevés l. a.- találtak, úgy gondolták, hogy megtalálták a kariesz egyedüli okozóját. Utóbb ők maguk is rájöttek arra, hogy bár a l. a. a kariesz keletkezésében fontos szerepet játszik, de egyedüli okként semmi esetre sem fogható fel.

Gins 1933-ban, bár a Bunting-féle l. a. szerepét nem veti el teljesen a kariesz keletkezésénél, de a karieszt „Mischinfekció"-nak tartja, amelynél fontos szerepet tulajdonít anaerob leptotrixeknek. Extrahált karieszes fogakat steril fövenybe temetett el és azt állandóan nedvesen tartotta. A kariesz annak ellenére, hogy a fogak szabad levegővel nem érintkezhettek, tovább terjedtek. Ez a lelet egyrészt bizonyítja azt, hogy az anaerobok ha a kariesz keletkezésében nincs is szerepük, a kariesz tovaterjedésében feltétlenül részesek, másrészt hogy a már kifejlődött kariesz progrediálásánál szénhidrát erjedésnek nem kell jelen lennie.

Hogy a miliőnek, a nyálnak milyen fontos szerepe van a kariesz patogenezisében, arra *Willfred Fisk* következő kísérlete világít rá. Karieszes fogakat extrahált és azokat részben karieszimmun állat, kutya szájába helyezte el, részben pedig egy karieszre hajlamos állatnak, majomnak a szájába erősítette. Néhány nap multva azután bakteriologiai vizsgálatokat végzett streptococcus mutansra, amely karieszes dentinből mindig kitenyészthető és azt találta, hogy a kutya szájában lévő fogakból streptococcus mutanst kitenyészteni nem lehetett, sőt ha a fog hosszabb ideig volt a kutya szájában, úgy a dentinből semmiféle mikroorganizmust sem lehetett kitenyészteni. A majom szájában lévő fogaknál a lelet azonos volt az emberi szájban talált leletel.

A nyál $CaCO_3$ tartalmánál fogva képes savakat megkötni és ezen pufferhatása következtében meggátolhatja a kariesz kifejlődését. Azonkívül mechanikus hatásánál fogva, az ételmaradékok oldása és továbbítása révén is a kariesz ellen hat. Ezt

bizonyítja az a tény, hogy az alsó frontfogakon, amelyek úgyszólván állandóan nyálban fürdenek, ritka a kariesz.

Ugyancsak a nyál szerepére a kariesz elleni védekezésben mutat rá *Weinmann*, aki sorozatos vizsgálatok alapján megállapította, hogy a nyálban lévő proteolitikus fermentek karieszrezisztens embereknél sokkal nagyobb mennyiségben vannak jelen, mint a karieszre hajlamosoknál. Miután ez a fermentum fehérjebontásra képes, kézenfekvő az a feltételezés, hogy ez a nyálban jelen lévő fehérjéket, tehát a mucint is elbontja. A sűrű, nyúlós mucinnak mechanikus szerepe az ételmaradékoknak a fogak retenciós helyein való megtapadásánál kétségtelen tény. Lehetséges tehát, hogy a proteolitikus fermentum végeredményben a fölösleges mucin lebontása révén védi a fogazatot a kariesz ellen. Ez különben teljesen egybevág azzal a minden gyakorló fogorvos által tapasztalt ténnyel, hogy azok a betegek, akiknek sűrű mucindús nyáluk van, karieszre rendkívül hajlamosak.

Legújabban *Becks, Jensen* és *Miller* san franciskói fogorvosak florid karieszben szenvedő és karieszrezisztens egyének nyálában vizsgálták a lactobacillus acidophilus index viselkedését. Az indexet a nyálból kitenyésztett telepekből számították ki Vizsgálataik a következő eredményre vezettek:

A florid karieszben szenvedőknél az esetek 87.7%-ában 1000 fölött volt az index és csak 12.3%-ában volt 1000 alatt.

Karieszrezisztens egyéneknél csak 17.7%-ban volt 1000 fölött az index, míg az esetek 82.3%-ában 1000 alatt, 78.5%-ában pedig 300 alatt maradt a l. a. index.

Ezután a florid karieszben szenvedők kosztjából megvonták az édességeket és tésztaneműeket és ezeket tejjel, tejtermékkel, tojással, hússal pótolták. Egy hét után, majd havonta megismételték a vizsgálatokat és azt találták, hogy

az esetek 31.1%-ában a l. a. index 0-ra esett le és további 38.7%-ban kifejezetten lecsökkent. Tehát a könnyen bomló szénhydrátok megvonására az esetek 69.8%-ában az index leesett.

Egy év múlva a karieszfrequenciára vonatkozó vizsgálatok a következő eredményt mutatták.

Az esetek 62.3%-ában egyetlen új kariesz sem keletkezett, egy-két kariész 17.7%-ban, míg 3-nál több csak 20%-ban mutatkozott.

Ez az eredmény az amerikai folyóirat első elolvasása után valósággal felvillanyozott és egy pillanatig azt gondoltam, hogy egy nagy lépéssel közelebb jutottunk a fogászati preventio ideális megvalósításához. Sajnos hamarosan rájöttem, hogy az eredménynek egy nagy hibaforrása van. Tudniillik a florid karieszben szenvedő csoportban csak olyan egyének voltak, akiknél a vizsgálat előtti utolsó évben legalább 10 új karieszt lehetett konstatálni. Fel kell tételeznünk, hogy ezek az előző években is szép számmal kaphattak karieszt. Miután az összes addig fellépett karieszeket nyilván betömték, a karieszre diszponáló retenciós helyek nagy része már átesett a karieszen és ha azok lege artis voltak ellátva, akkor a karieszre hajlamos területek erősen lecsökkentek. A kariesz frequencia csökkenését részben ez is megmagyarázza. Ezen megoldás alapján bizony redukálni kell a táplálék megváltoztatása következtében csökkent karieszfrequencia %-os arányszámát. Kétségtelen azonban, hogy bizonyos kisebb %-ban valóban hatásos volt a szénhidrátok megvonása.

Sokkal értékesebbnek tartom az új amerikai irodalomban a fluornak a karieszrezisztenciára gyakorolt hatásának újabb vizsgálatait.

Sok éves tapasztalati tény, hogy az ivóvíz fokozott *fluortartalma*, amely a zománc pettyezettségéhez vezet, egyúttal csökkenti a fogaknak a kariesz iránti fogékonyságát.

Dean és társai kimutatták, hogy ennél sokkal kisebb mennyiség, mely a zománcban még semmiféle látható elváltozást sem okoz, szintén csökkenti a kariesz hajlamot. 21 város gyermekein végzett vizsgálataik kimutatták, hogy az ivóvíz fluor tartalma és a karieszfrequencia fordított arányban állanak egymással. Ahol az ivóvíz fluor tartalma a 0.001‰-et meghaladja, ott a karieszfrequencia $^1/_2$-a, de legfeljebb ½-e azon városokénak, ahol az ivóvíz fluor tartalma 0.0005‰ alatt maradt.

Érdekes és a fluor hatásmechanizmusának későbbi megvilágítására vezető lelet volt az, hogy a felső incizivusok a fluorbő ivóvíz mellett sokkal nagyobb karieszrezisztenciát mutattak a fluorszegény vidékekhez képest, mint pl. a molarisok.

Kérdés most már, hogy miként került a fluor a fogakba és milyen hatás révén fokozza a karieszrezisztenciát.

Az a feltevés, hogy az anyagcsere révén kerülne a fogakba, elesik, mert a dentinnek és még inkább a zománcnak oly minimális az anyagcseréje, hogy számottevő fluormennyiségek így nem juthatnak a fogakba. Különben sem találnánk így magyarázatot arra, hogy különböző fogcsoportok miért reagálnak különbözőképen a fluorbevitelre.

A másik lehetőség, hogy t. i. a fluor a nyál közvetítésével kerül a fogakba, szintén nem áll fenn. *Sognnaes* bebizonyította, hogy állatkísérletekben a nyálmirigyek eltávolítása egyáltalán nem befolyásolja a fluor hatását. Kimutatták azt is, hogy magas vérfluor tükör mellett a nyálfluor tartalma nem változott, valamint azt is, hogy a magas fluortartalmú ivóvizet ivók és kevés fluort tartalmazó ivóvizet ivók nyálfluor tartalma között különbség nem áll fenn. Az a tapasztalati tény, hogy éppen felső frontfogak, amelyek a legkevésbbé érintkeznek a nyállal, mutatják fluor hatására a legkirívóbb reszisztenciát szintén a nyál szerepe ellen szól.

Marad tehát a harmadik lehetőség, hogy közvetlenül a vízből kerül a fogakba a fluor.

Carnot már 1893-ban beigazolta, hogy a csont fluortartalma már rövid idő mulva megnövekszik, ha ezt fluor oldatban tartjuk. *Volker* ugyanezt a kísérletet újabban fogakkal végezte el és hasonló eredményre jutott. A fogak fosztfájai kémiai úton képesek fluort megkötni, ami által a zománcsavakkal szemben való ellenállóképessége erősen megnövekszik.

A fluornak a karieszreszisztenciát fokozó hatása két módon magyarázható meg. Vagy a zománc savban való oldhatóságát valójában csökkenti, vagy a zománc közvetlen szomszédságában korlátozza a savak keletkezését. *Volker* vizsgálatai az előbbi mellett szólnak.

Ez az elmélet, hogy t. i. a fogak fluor oldatból aktíve képesek fluort megkötni, teljesen egybevág azzal a megfigyeléssel, hogy a fluorbő ivóvíz hatására felső frontfogak mutatják a legnagyobb karieszreszisztenciát. Ez természetes, hiszen ezek érintkeznek ivásnál legintenzívebben a fluor oldattal.

Ezek a megismerések ösztönözték *Bibbyt* arra, hogy a fluor oldatot a fogak profilaktikus kezelésére felhasználja.

100 iskolás gyermeknél a fogazat egy-egy negyedét, tehát vagy az alsó vagy a felső fogsor felét, évenkint háromszor egy ezrelékes NaFl oldattal ecsetelte, két éven át. Az eredmény azt mutatta, hogy a fluorral kezelt oldalakon általában 33—40%-kal kevesebb új kariesz keletkezett, mint ugyanazon fogsor másik oldalán.

A kapott eredményt sokra kell értékelnünk, mert a kontrollt nemcsak azonos individuum, hanem ugyanaz a fogsor is szolgáltatta, tehát abszolut megbízható. Ha pedig meggondoljuk, hogy a vizsgált fogak a két év alatt összesen 48 percig érintkeztek 1‰-es NaFI oldattal, akkor feltételezhetjük, hogy gyakori kezeléssel, esetleg koncentráltabb oldattal még jobb eredményt érhetünk el.

Ennek a módszernek egyszerű és gyors kivitelezési lehetősége révén óriási jelentősége lehet a fogászati prevencióban, ha egyébként az amerikai eredményeket a mi vizsgálataink is megerősítenék.

Vegyük már most sorra azokat a pontokat, ahol *a kariesz ellen hatásosan védekezhetünk.*

Sokat tehetünk a *helyes táplálkozás* érdekében és itt kapcsolódik be preventiv munkánkba a gyermekgyógyászok hathatós segítsége. Enélkül a mi munkánk, a mely csak kb. a 3. életévtől kezdődhet, sohasem lehet tökéletes. Ha a gyermekgyógyászoknak sikerül a rachitiszt és a többi avitaminózisokat kiküszöbölni és a megfelelő táplálék-konzisztencia révén a gyermekeket erőteljes rágásra szoktatni, ami által egész rágóapparátusuk megerősödik, akkor nekünk már félig nyert ügyünk van. És hogy ez lehetséges, ezt mutatja a bonni példa, ahol Kantorowiczcnak

sikerült a csecsemők rachitiszét 2—3 éven belül 50%-ról 1%-ra leszállítani és mutatja a palesztinai példa, amelyről az előbbiekben már beszámoltam. Tudom jól, hogy jelenlegi gazdasági helyzetünk és társadalmi berendezkedésünk mellett egy ilyen program általános keresztülvitele hallatlan nehézségekbe ütközik, ez azonban nem riaszthat el bennünket. Ha mi már ab ovo feladjuk profilaktikus elveinket, akkor a hatóságok részéről sohasem számíthatunk kellő támogatásra. A demokratikus szociális intézmények és egyesületek segíteni akarása és lelkesedése áthidalhatatlannak látszó akadályokat is el tud hárítani. Ennek felszabadulásunk óta számtalan példáját látjuk.

Witthaus, Schwarcz és *Korkhaus* egyetértenek abban, hogy a kisgyermekek puha, édes, ragacsos szénhidrát-kosztja vezet a tejfogak korai pusztulásához, a rágóizmoknak és nyálmirigyeknek a hipoaktivitás következtében beálló elkorcsosulásához és végül következményeiben az állandó fogak pusztító szúvasodásához.

A tejfogak kariesze pedig, eltekintve attól, hogy az állandó fogak karieszeinek jelentős része ezeknek a következménye, sokkal több bajt okoz, mint ahogy erre általában gondolnak. *Georg Stein* mutatta ki, hogy lázas nyirokmirigy duzzanatok, polyarthritisek, chorea és endocarditis gyakran a fertőzött tejfoggyökerek gócfertőzésének következményei.

A szénhidrátok legfontosabb tápanyagaink közé tartoznak, de elkészítésük által elvesztik cellulozetokjukat, ami által erjedőképességük erősen megnövekszik és tapadóképességük is nő.

A higienikus táplálkozás tehát előnyben kell részesítse a nyers kosztot, természetesen csak olyan arányokban, amennyire azt emésztő szerveink tűrik. Az ételek elkészítésénél pedig tekintettel kell lennünk arra, hogy az ételek lehetőleg durva szemcséjüek, rostosak és minél kevésbbé ragacsosak legyenek. A puha dextrintartalmú fehér kenyér, amelynek lisztje a finom őrlés alatt kalciumsóit, fermentjeit és vitaminjait nagyrészt elvesztette, a kariesznek egyik gyakori előidéző oka lehet. Az étkezések után fogyasztott nyers gyümölcs — főleg az alma — kitűnően segítik elő az öntisztulást. A gyermekek szívesen is fogyasztják, ezért sohase mulasszuk el a szülőknek azt a tanácsot adni, hogy a gyermekek utolsó napi étkezése este egy alma legyen.

Egyébként is állandóan hangoztassuk az esti fogtisztítás fontosságát, mert még a legcivilizáltabb rétegekbe is csak a reggeli fogmosás van beidegződve, este a legkevesebb ember mossa meg a fogát. Pedig tudjuk, hogy alvás alatt, amikor a szájképletek úgyszólván teljes nyugalomban vannak és a nyálmirigyek működése a minimumra korlátozódik, a legalkalmasabbak a körülmények a szájban maradt szénhidrátrészecskék erjedésére és a kariozus folyamat megindítására.

A preventiv fogászatnak talán legfontosabb szervei az *iskolafogászatok.*

Az iskolafogászat két oknál fogva szolgálja legjobban a prevenciót. Először az organizációs körülmények miatt, mert a felnövő generáció soha többé nem érhető el mégegyszer úgy teljes egészében, mint a kötelező iskolalátogatás alatt. Másodszor, a biológiai körülmények

miatt, mert ezen idő alatt váltódnak le a tejfogak és ebbe az időbe esik a pubertás kora.

Az iskolafogászat legjobban bevált rendszere *a Kantorowicz-féle szisztémás kezelés, a bonni rendszer.* Kantorowicz rendszerének az a célja, hogy a gyermekek teljesen ép állandó fogazattal, a helyes szájápolásra szoktatva hagyják el az iskolát. Lényege: az állandó fogakon már a legkisebb karieszek ellátása.

Évenként kétszer kerülnek a gyermekek szűrővizsgálatra. Az állandó fogak legkisebb karieszeit is betömik, míg a tejfogakat csak akkor, ha azoknak olyan felülete kariozus, amely az áttörő állandó fogakkal érintkezésbe juthat és azokat veszélyezteti. A gangrenás, pulpitiszes tejfogakat extrahálják, mivel azoknak hosszas fáradságos kezelése a szociális prevenció keretein belül nem valósítható meg.

Egy lényeges pontja a Kantorowicz-féle rendszernek, hogy a vizsgálat és kezelés mindig a tanítás ideje alatt történjék. Fontos ez amiatt a pszihologiai ok miatt is, hogy minden gyermek, még a legjobb tanuló is örül, ha egy-egy órára elszabadulhat az iskolából, akár még fogkezelés árán is. A játékra szánt idejéből nem fog a fogkezelésre időt áldozni, de a tanítás ideje alatt annál szívesebben elmegy, úgy hogy ilyen beosztás mellett 95—98%-os részvételre lehet számítani.

Amint láthatjuk, az iskolafogorvosok működése a Kantorowicz-féle rendszerben úgyszólván csak a molárisok fisszuráinak betömésére és a tejmolárisok approkszimális kavitásainak ellátására korlátozódik. Ezáltal 3000 gyermek ellátására egy orvos és egy asszisztensnő tökéletesen elegendő. Az eredmény mégis az, hogy pl. a bécsi statisztikát említsem, a szisztémás kezelésen átesett gyermekek 86.3%-a ép fogazattal hagyta el az iskolát, ami annál is inkább figyelemreméltó, mert a szisztémás kezelés bevezetése előtt 1925-ben 10.000 iskolás gyermek közül csak 5.29% rendelkezett ép állandó fogazattal.

Ez a rendszer úgyszólván egész Európában elterjedt és az eredmények alapján ma már kétségtelen tény, hogy a szisztémás kezeléssel az iskolás gyermekek 90—96%-át aránylag csekély költséggel ki lehet gyógyítani és állandó fogazatukat gyógyult állapotban meg lehet tartani. Bebizonyosodott, hogy a fogászat egyik legsúlyosabb problémája, a gyökérkezelés a szisztémás kezelésen átesett gyermekeknél oly ritkaság számba megy, hogy megszűnik probléma lenni.

Nálunk 1927-ben vezették be a szisztémás kezelést a székesfővárosi iskolák fogászatai. A háború előtt már 13 ilyen iskolafogászat működött, amelyből — amint a tisztifőorvosi hivataltól örömmel értesültem — 9 már újra működik és fokozatosan helyreáll a munka a többiben is.

Vidéken előbb 13 iskolafogászati körzetet állítottak fel a Rockefeller alapítványból, majd ezeknek számát utóbb 21-re emelték fel.

Ha őszinte kritikát akarunk gyakorolni iskolafogászataink működése fölött, úgy meg kell állapítanunk, hogy különösen a székesfővárosi iskolafogászatok minden tekintetben kifogástalanul és a külföldi hasonló intézményekkel legalább is egyenrangúan működtek. *Oravecznek* az 1936-os bécsi kongresszuson a magyar iskolafogászatról tartott beszá-

molója kitűnő benyomást keltett a világ minden részéből összesereglett kollégák körében.

A magyar ikolafogászatnak azonban egy alapvető hibája volt éspedig az, hogy csakis a szegény gyermekek, helyesebben azok kerülhettek iskolafogászati kezelésbe, akiket a tanítók véleménye szerint szülei nem tudtak magánfogorvoshoz küldeni.

Nem akarom részletezni hogy ez a tanítói véleménytől való függés mennyi visszaélésre adhatott alkalmat, csak elvileg akarom leszögezni, hogy ez az álláspont egy demokratikus államban teljesen tarthatatlan. Ellenkezőleg, minden gyermeket kötelezni kell az iskolafogászati kezelésban való részvételre. Helyesnek tartom, hogy a szülők ha úgy kívánják, magánfogorvoshoz vihessék gyermekeiket de ez esetben is be kell mutassák a gyermeket a tömések elvégzése után az iskolafogorvosnak. Egy egész generációt érintő jó eredményt csak ily módon érhetünk el.

Az iskolafogászat mellett *a 3. életévtől kezdve* állandó fogorvosi felügyeletre és az iskolafogászat elveinek megfelelő szisztémás kezelésre volna szükség. Hogy ez milyen fontos volna, arra csak egy-két példát szeretnék kiragadni.

Oravecz 5000 budapesti óvodás gyermek fogazatát vizsgálta meg és azt a lesujtó eredményt kapta, hogy a 3—4 éves gyermekeknél a tejfogak 30%-a, a 4—5 éveseknél 55%-a és az 5—6 éveseknél a 78%-a volt már kariozus.

A bécsi *Erna Greiner* 1000 óvodás gyermeknél a megvizsgált 8000 tejmolaris közül 1221-en már gyökérkezelésre szoruló penetráló karieszt talált, 260 gangraenás, 305 pedig teljesen szétesett fog volt. Csak 217 tejmolaris volt lege artis betömve.

Igaz, hogy ezeknek a kisgyermekeknek a kezelése nem olyan egyszerű. Az óvódákat leszámítva, nem lehet őket olyan csoportosan megfogni, mint az iskolás gyermekeket, amellett nem is olyan értelmesek még, úgy, hogy kezelésük sokkal több bajjal és fáradtsággal jár, mint az iskolás gyermekeké. De, hogy nem megoldhatatlan ez a probléma, arról magam is meggyőződtem és meggyőződhetett bárki, aki egyszer fentjárt Bécsben *Georg Stein* Dreikleeblattgassei gyermekrendelésén. A 3—5 éves gyermekek a városzobából szülői kíséret nélkül kettesével-hármasával jöttek be a kezelőhelyiségbe. Minden félelem nélkül ültek a fogorvosi székbe és a legtöbb felnőttet megszégyenítő bátorsággal hagyták fogaik tömését elvégezni. Hogyne, hiszen bizonyos számú tömés egy-egy szép csillogó papír-érdemrend elnyerését jelentette és sok érdemrend tulajdonosa általános megbecsülést élvezett a többi gyermekek körében. Helyes pszichológiával és kíméletes kezeléssel a gyermekeknél mindent el lehet érni.

Erre a munkára rendkívül alkalmas volna a már fennálló és nemzetközi viszonylatban is kitűnően funkcionáló zöldkeresztes szervezetünk. A tüdő- és nemibeteggondozó diszpanzerek mellett sztomatológiai diszpanzereket kellene felállítani. A zöldkeresztes nővérek egy részét az amerikai *dental hygenistek* mintájára a fogászati prevencióra kellene kiképezni. Az ő feladatuk lenne a gyermekeket a helyes fogápolásra megtanítani, a szülőket a fogazat szempontjából fontos higiénes és táplálkozási elvekkel megismertetni és a szűrővizsgálatok és kezelések alkalmával az asszisztenciát ellátni.

A szakorvosi munkát nagyobb helyeken a helybeli fogorvosok láthatnák el, kisebb helyeken pedig egy-egy körnek, amely megfelelhetne a körorvosok által ellátott területnek, lehetne fogorvosa.

Ugyanezen szervezet keretén belül működhetnének az iskolafogászatok is.

Hogy már most a kezelés az egészségházakban vagy guruló ambulanciákon történne-e, ez az elérhető eredmény szempontjából meglehetősen közömbös. Ezt inkább az egyes vidékek területi adottságai és gazdasági körülményei szabhatják meg.

Általában legcélszerűbbnek tartanánk, ha az egész preventiv fogászatot egy egységes szervezet irányítaná és látná el az OKI és a Népjóléti minisztérium keretén belül.

Feltétlenül szükség van egy központi szervre, amelynek feladata a szervezés és felügyelet mellett a propaganda volna. Ami alatt nemcsak a nép felvilágosítását értem, hanem az állami, városi és községgi szervek, valamint a betegbiztosító intézetek meggyőzését a fogászati prevenció szükségszerűségéről, arról, hogy az e célra fordított aránylag jelentéktelen kiadás milyen bőven megtérül a későbbi fogkezelések, pótlások elmaradása révén.

Hiába működnek kitűnően a székesfővárosi iskolák fogászatai, amikor a többi budapesti iskola túlnyomó részében nincs is iskolafogászat. A vidékről nem is beszélve. Csakis egy egységes, centrálisan irányított organizáció biztosíthatja az egész ország gyermekeinek fogászati ellátását.

Tudom jól, hogy jelenlegi rendkívül súlyos gazdasági körülményeink között még a meglévő intézmények működése sincs kellőképen biztosítva, nehéz tehát egy teljes átszervezést végrehajtani. Nem is így képzelem el a dolgot. Gondoljuk csak el, hogy gyönyörűen funkcionáló és állandóan fejlődő nemibeteggondozó intézeteink őse a Teleia jótékony egyesület által életrehívott első nemibeteggondozó intézet volt. Ugyanígy fokozatosan újabb és újabb városok és körök bekapcsolásával gondolom az egész ország preventiv fogászati ellátását lassanként megvalósítani.

A preventiv fogászati ellátást az egész ország lakosságára, a felnőtteket is beleértve, kiterjeszteni még egy igen távoli lépés. Ennek a kérdéskomplexumnak csak egy részét, az ipari ártalmak megakadályozását kell sürgősen megvalósítanunk éspedig azon elvek alapján, amelyeket *Simon*, az üzemorvosi tanfolyamon tartott előadásában fektetett le.

Prodent
Dental-Depot
Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

1. Az alkati konstrukciójukban nem kifogástalan egyének távol tartása a veszélyeztetett üzemektől.

Idetartoznak az allergiásak, az exsudativ diathesisben a szájnyálkahártya vérzéses-gyulladásos jellegü megbetegedéseiben, általános kötőszöveti gyengeségben szenvedők és végül a habitus lymphatikus.

2. A diszponáló körülmények felkutatása és lehető kiküszöbölése.

Ezek közül leggyakrabban a vérképzőszervek megbetegedései és az ápolatlan száj szerepelnek.

3. A munkahelyek levegőjének minél tökéletesebb mentesítése az ártalmas szennyeződésektől.

Ez rendkívül nagy jelentőségü, mert a szájképleteket károsító anyagok gáz, gőz vagy por alakjában kerülnek a szájba, ill. a szervezetbe.

4. A veszélyeztetett üzemek munkásainak rendszeresen ismétlődő vizsgálata.

A paradentozisok prevenciójával röviden végezhetünk. Nem mintha ez már tökéletesen meg volna oldva, ellenkezőleg azért, mert erről még olyan keveset tudunk.

Gottlieb és *Orbán* a paradentozisokat két nagy csoportba osztották, az egyik a *„Schmutzpyorrhoea"* a másik a *diffuzatrofia.*

A „Schmutzpyorrhoea", amely alatt a szájápolás elhanyagolása következtében létrejött, de végül is tasakképződésre, gennyedésre és foglazulásra vezető foghúsgyulladást értjük, kezdeti stádiumban igen jól hozzáférhető a prophylaxis számára. A fogkövek és lepedékek eltávolítása, a helyes szájápolás megtanítása ekkor még teljes gyógyulást eredményez.

A másik csoport a diffuzatrofia ellen részint az ortodonciai részben már lefektetett preventiv elvek szerint küzdhetünk, ami által az egyes fogak vagy fogcsoportok kóros megterhelését iktathatjuk ki, részint pedig a szájképletek aktív igénybevételét és ezáltal normális fejlődését biztosító észszerű higiénikus táplálkozás útján.

Ezekben kísérltem meg rövid vázlatát adni a fogászati prevenció mai állásának. Amihez még csak azt szeretném hozzáfűzni, hogy tévhit az, miszerint a sztomatológiai megbetegedések nagy elterjedtsége a civilizáció szükségszerű következménye. Nem a civilizáció az, amely a tömegek fogazatának romlását vonja maga után, hanem csak ennek jelenlegi megjelenési formája. A magas fokon álló technikai fejlettség és a vele együtt járó proletarizálódás főleg a nagy városok lakói között a karies hatalmas elterjedtségét vonta maga után. De teljes bizonyossággal merem állítani, hogy egy magasabb fejlettségü társadalmi rendszer a civilizációnak ezen a fokán is meg fogja hozni, — az általános életszínvonal emelkedése, a terhesek csecsemők és gyermekek szociális profilaktikus ellátása révén — az emberiség karieszrezisztens fogazatát. És ez az, amire nekünk törekednünk kell. A mi ideálunk nem lehet csak az, hogy technikailag és kozmetikailag tökéletes fogpótlásokat készítsünk. Ha mozgásukban, fejlődésükben nézzük a dolgokat, akkor meg kell állapítanunk, hogy ezek csak jelenlegi helyzetünkből adódó megoldások és bár igen magas fokon álló, de mégis csak kényszer megoldások. Természetesen ezekre, sőt további fejlődésükre is feltétlenül szükség van, hiszen

a foghiányok preventiv úton való megakadályozása nem fog egyik napról a másikra menni. Egy fejlettebb, tökéletesebb társadalmi strukturában azonban ezek a technikailag és kozmetikailag tökéletes szép megoldások nem lehetnek úgy mint most, egy anyagiakkal jól ellátott réteg privilégiumai. Ezek minden rászoruló ember számára hozzáférhetők kell legyenek. Azonban a távolabbi perspektivákat tekintve, a mi ideálunk a legszélesebb néprétegek karieszrezisztens fogazat kell legyen.

Др. Береньи Бела: Превенция зубов с точки зрения настоящей стоматологии.

Превенция зубов делится на 3 части, именно: в отношении ортодонции, рационального профилакса кариеса и пародонтоза.

Превенци в отношении ортодонциальных аномалий (растройств)

1. Сохранение здоровых молочных зубов;
2. Борьба против рахита;
3. Операции в целях возстановления нормальной носовой дышательной функции;
4. Вылечение мешающихся плохих детских звычаев.

Етиология кариеса до сих пор еще не совсем ясная проблема стоматологии, но непосредственно следующие факторы должны играть важную роль при возникновении кариеса:

1. конституциональные факторы;
2. местные и универсальные диспозиции организма, болезни гравидитас, влияние климы, жевательную функцию нарушающие причины, и т. д.
3. ряд физико–химических бактериальных сильнодействующих органических и неорганических веществ (белковый распад, токсины, и т. д.)

Удачным профилаксом кариеса могут быть: правильное кормление рациональная гигение рта, систематический зубный контроль детей (если возможно, уже от 3 года возраста).

Ошибочно предполагается, что широкое разспространение стоматологических заболеваний необходимо является последствием нынейшей цивилизации. Несомненно, что высшая степень и развитие социалистического управления и жизни, при нынейшей степени цивилизации, принесет с собою — с помощей высшего жизненного стандарда, социально — профилактического обхождения детей и гравид — здоровый зубный апарат человечества.

Eredmények és eredménytelenségek az állcsontok yulladásos betegségeinek penicillinkezelésében

Írta: Dr. FODOR GYÖRGY ISTVÁN egyetemi magánʼanár.

Az orvostudománynak alig volt még felfedezése, amelynek rövid idő alatt olyan hatalmas irodalma alakult volna ki, mint a penicillinnek. A penicillinnel foglalkozó tudományos dolgozatoknak nagy része a laboratóriumi munkálatok eredményeiről számol be. A laboratóriumi kutató orvosok nagyszerű munkájának köszönhetjük, hogy ma már teljesen ismert előʼünk a penicillin kémiai szerkezete, a penicillinmolekula strukturája, kémiai és fizikai tulajdonságai, kitermelésének módozatai.

Bár jól tudjuk, hogy még ma is állandó kutató munka folyik a penicillinmolekula szinʼetikus előállítására, valamint a penicillinnek enterális, vagyis perorális adagolásra alkalmassá tételére azáltal, hogy az emésztőnedvekkel szemben való labilitását megszüntessük, mégis úgy látjuk, mintha a laboratóriumi munkálatokkal foglalkozó közlemények száma csökkenőben lenne. Ez azonban minden új orvosi felfedezés esetében, bizonyos idő múlva, be szokott következni. Miután a kutató orvosʼudomány a maga alapvető munkáját befejezte, a gyógyító orvostudomány lép előtérbe, hogy empiriás alapon állapítsa meg azokat a therápiás elveket, amelyek alkalmasak arra, hogy az új felfedezést hibátlanul állíthassuk a szenvedő emberiség szolgálaʼába.

Tulajdonképen a gyakorló orvosra vár az a fontos feladat, hogy egy új gyógymód, vagy új gyógyszer helyét a gyógyításban kijelölje. Ezt a feladatát a gyakorló orvos a múltban is mindig kitünően teljesítette. A szervezetbe jutott paraziták ellen az orvostudomány új alapokon vette fel a küzdelmet, midőn évtizedekkel ezelőʼt a chemotherápiás gyógyszereket kezdte alkalmazni. Ezeknek a chemotherapeuticumoknak az igazi értékéʼ is tulajdonképen a gyógyító orvos határozta meg. Az „in vitro" végzett kísérletekből biztatást nyertünk, hogy az új chemotherapeuticumokkal végre meg fog valósulni a régóta várt „therápia sterilisans magna". A gyógyító orvos volt az, aki rámutatott, hogy a kémcsőben elért fényes eredményeket a betegágynál nem mindig lehetett igazolni. Bár ezek a gyógyszerek a bakteriális fertőzések leküzdésében komoly haladást jelentettek, a baktériumkulturák ellen bennük hatásos fegyvert nyertünk, a mindennapi tapasztalat bizonyítoʼta be, hogy a belső dezinfekciót mégis csak bizonyos haʼárig végzik el.

A penicillin, mint tudjuk, nem chemotherapeuticum, hanem maga is baktériumoknak anyagcseretermékе. A gyógyító orvosnak a penicillinkutatások terén is nagy érdemei vannak. Ezeknek jellemzésére talán elegendő, ha, a sok közül, most csak egyet említek meg. A penicillin bevezetésének kezdeti szakában olyan véleményeket olvashattunk, hogy a penicillinnel adagolt sulfanilamidok és ezek származékai a baktericid

* Fogorvos Szakcsoport 1947. április 24-iki tudományos ülésén tartott előadás.

hatást csökkentik, vagyis a két gyógyszer között antagonisztikus hatás áll fenn. A betegágynál tett megfigyelések ennek éppen az ellenkezőjét derítették ki. A párhuzamosan adagolt sulfanilamid a penicillin hatását nagyfokban kiegészíti, a két szer közötti antagonizmus helyett éppen szinergiás hatás észlelhető. Ez ma már annyira ismeretes, hogy — mint azt egy svájci gyógyszervegyészeti gyárnak nemrégen „sulfocillin" név alatt forgalomba hozott gyógyszere is bizonyítja — a penicillint és a sulfanilamidot eredeti készítményekben együttesen is adagolják.

A penicillin áldásaiban természetesen a stomatochirurgiában is bőven részesítjük betegeinket. A penicillin kiterjedt irodalmából a szer általános tulajdonságairól és használatáról alapos ismereteket szerezhettünk. Ezek birtokában a penicillinnel folyó további kutatások tulajdonképen átterelődnek az egyes orvosi szakmák kereteibe. A kitűzött célunk ma már az, hogy a penicillin hatásosságáról egyes betegségcsoportokon belül győződjünk meg.

A penicillinnel kapcsolatos önálló megfigyelésekre talán egyetlen más orvosi szakmában sincs annyira szükség, mint éppen a stomatochirurgiában. A mi kis területünkön, a száj és állcsontok régióiban, olyan különleges bonctani viszonyokkal találkozunk, amelyekhez hasonlót a szervezet egyetlen más pontján sem láthatunk. Amint az állcsontok gyulladásainak más csontok gyulladásaitól elütő lefolyását, szövődményeit és minden jellegzetességét a sajátos anatómiai viszonyok irányítják, úgy ezeknek gyógyítását is a bonctani viszonyok szabják meg. Miként az operativ gyógyításunknak mindenben ehhez kell alkalmazkodnia, úgy a gyógyszeres kezelés, jelen esetben a penicillinkezelés, irányát is ez adja meg, amit egyébként az előadásom későbbi folyamán még részletesebben ki fogok fejteni.

Nincs az emberi szervezetben még egy olyan csontos szerv, amelybe tömegével lennének beágyazva olyan képletek, amelyek mindegyike külön fertőzési kapuként szerepelhet és okozhatja a csontállomány súlyos megbetegedését. A fogak és az állcsontok között olyan szoros anatómiai és funkcionális összefüggés van, hogy a fogaknak tulajdonképen már a legkisebb gyulladásos megbetegedése egyszersmind a csont megbetegedését is jelenti. A periodontium, ez az ínszerű erős kötőszöveti réteg, amely a fogat az alveolusban rögzíti, az alveolus periosteumával egyazon kötőszöveti réteget alkot, amelynek még a vérellátása is azonos. Ha tehát a fogat valamilyen patologikus behatás éri, ezt a periodontium vezeti át a periosteumra. A csonthártya belső rétege, a cambiumréteg, a histológiai vizsgálatok szerint, nem más, mint a csontfelszínét bevonó vékony velőréteg, amely tulajdonképen a Haverscsatornákat kitöltő velőszövet réteges összefolyásából keletkezik. Ezekszerint e szövetrétegek olyan szoros anatómiai egységet alkotnak, amelyek gyulladásos megbetegedései is egységesen történnek.

A súlyos kimenetelű gyulladásokat és életveszélyes infekciókat majdnem mindig csak az alsó állcsonton észlelhetjük. A felső állcsonton aránytalanul ritkábbak a súlyos komplikációk. Ezt azért fontos hangsúlyoznunk, mert *a penicillinkezelésre is tulajdonképen rendszerint csak az alsó*

állcsont komolyabb gyulladásos eseteiben van szükségünk. Ennek okát megint csak a különleges anatómiai viszonyokban kereshetjük. A felső állcsonton azok a hézagok, lyukak, amelyek a tömérdek csontlécecskét egymástól elválasztják, jóval nagyobbak, tágabbak, mint az alsón, tehát a színére, mint a mandibulán, amelynek csontfalai sokkal tömöttebb strukturát mutatnak, merevebbek, kevésbé átjárhatók. Ennek az a fontos gyakorlati jelentősége van, hogy a gyulladásos termékek a mandibulában csak nehezen győzhetik le a vastag csontfalak ellentállását és így a fertőzés magában a csont testében fog tovább terjedni. De *a felső és alsó állcsont vérellátási viszonyaiban is nagy különbség észlelhető. Amíg a felső állcsontot több, egymással közlekedő artéria látja el, a mandibula vérellátását csupán az arteria alveolaris inferior szolgálja.* Arra vonatkozólag, hogy a mandibula vérellátási viszonyainak milyen fontos szerepe van az alsó állcsont gyulladásai penicillinkezelésének sikerében vagy sikertelenségében, ugyancsak az előadásom későbbi folyamán fogok rámutatni. Megemlíthetem még, hogy a canalis mandibularis lefutásának, az egyes fogaknak a canalishoz való viszonyának, a csontvelő disszeminációjának is fontos szerepük van abban, hogy az alsó állcsonton észlelhető szövődmények sokkal gyakoribbak, mint a felsőn.

Annak megítélésére, hogy a penicillinkezeléssel milyen therápiás eredmények érhetők el, bőven állnak irodalmi adatok rendelkezésünkre. Annál sajnálatosabban nélkülözzük a penicillinkezelésnek preventív hatásaira vonatkozó megfigyeléseket. Szinte megmagyarázhatatlan, hogy akkor, midőn a penicillinnek eddig minden más gyógyszert felülmúló therápiás hatásosságát a tudományos közlemények ezrei bizonyítják, a preventív célokból történő kezelések eredményeiről alig olvashatunk beszámolókat. És erre a nagyon fontos kérdésre a mi magunk szakmájának, a stomatochirurgiának irodalmában sem találunk kielégítő felvilágosítást. Így a mai előadásomban *e kérdést kizárólag a saját tapasztalataim alapján fogom tárgyalni* és meg fogom kísérelni, hogy a kétségtelenül nem kielégítő eredmények okaira rámutassak és megjelöljem az utat, ami a betegség kifejlődésének megakadályozása céljából történő penicillinkezelések eredményeinek esetleg a megjavításához vezethet.

A penicillinnel kezelt eseteim közül négy kiválasztott betegem kórtörténetét fogom ismertetni. A választásom azért esett ezekre a betegekre, mert a legalkalmasabbnak látszottak arra, hogy kóresetüknek kritikai szemmel való vizsgálatával feleletet kapjunk feltett kérdéseinkre. Azonkívül ezek a betegek már a betegségük kezdetétől fogva kezelésem alatt állottak, a penicillinkezelésüket is már a betegségük egész korai szakában kezdtük meg és a betegségük egész lefolyását is végigkísérhettem.

Fiatal nőbetegnek a fogorvosa, vezetéses érzéstelenítésben, beletörte az egyik alsó bölcseségfogát. Az extractiós kísérlet előtt röntgenfelvétel nem készült. Mivel gyulladásos tüneteket e beavatkozás után a lágyrészekben és a csontállományban sem klinikai-, sem röntgenvizsgálattal kimutatni nem lehetett, valószínű, hogy a foghúzás javallatául

szolgáló nagy fájdalmat a fog pulpitise okozta. Az érzéstelenítés hatásának elmúltával — a pulpa szabadon lévén — ismét nagy fájdalom jelentkezett. Így a gyökereket még aznap, ugyancsak vezetéses érzéstelenítésben, nehéz véső munkával, eltávolítottam. A műtétet követő harmadik nap teljes szájzár jelentkezett, az aktív szájnyitás teljesen lehetetlenné vált. A páciensnek láza és fájdalma ekkor még nem volt, az állcsontot környező lágyrészekben a gyulladásnak legkisebb jelét sem észlelhettem. Így tulajdonképen azt sem dönthettem el, hogy a szájzárat a kétszeri vezetéses érzéstelenítés alkalmával a m. pterigoideus internus művi infiltrációja okozta-e, vagy pedig a rágóizmok heveny infekciójával van-e kapcsolatban. Mindezek ellenére penicillinkezelést haláztam el. Erre főképen az indított, mert több esetben volt alkalmam észlelni, hogy a mandibula felhágó ágának belső oldalán, a spácium pterigomandibularéban keletkezőben lévő phlegmonéknak, valamint a retromandibularis phlegmonéknak, több napon keresztül egyetlen kezdeti figyelmeztető jele: a szájzár. A penicillinkezelést tehát kizárólag azért kezdtük el, mert azt reméltük, hogy a súlyosabb gyulladás kifejlődését így még megakadályozhatjuk. A beteg 3 óránként, intramusculárisan, 20.000 egységet kapott. *600.000* egységnél tartottunk, midőn az állkapoccsal szomszédos lágyrészek beszűrődése, az állandóan folyó penicillinkezelés ellenére, megkezdődött. A gyulladás ezután már rohamosan terjedt és midőn elértük az *1,000.000* egységet, a retromandibuláris phlegmone teljes egészében kifejlődött. Ami azonban ilyen kiterjedésű phlegmonéknál teljesen szokatlan — és ez kétségtelenül a penicillinkezelés eredményének tudható be — betegségének eddigi szakaszáig a legmagasabb láza csak 37.8 fok volt. Ilyen állapotban operáltam meg, a phlegmonét szájfelől, retromandibularisan tártam fel. Óvatosságból további penicillinkezelést rendeltem el. Műtét után a beteg láza, várakozásunk ellenére, emelkedett, több napon keresztül 38.5—38.7 fok volt és a szövetek beszűrődése is fokozatosan továbbterjedt, annyira, hogy a gyulladásos oedema már a koponyatetőt is elérte. A láz emelkedése, és a lágyrészek infiltrátumának terjedése kétségtelenné tették, hogy a fertőzés még továbbra is aktív, ezt legyőznünk egyáltalán nem sikerült. A súlyos infekció jelének tarthattuk a haematológiai statust is, az anaemia jeleit, a műtét előtti 4,000.000 felüli vörösvérsejtszám hirtelen 3,200.000-re esett vissza. Annak eldöntésére, hogy esetleg nem vegyes infekcióval állunk-e szemben, vagyis a penicillin iránt érzékeny kórokozók mellett nem szerepelnek-e pencillinrezisztens baktériumfajták is, gennybakteriológiai vizsgálatot is végeztünk. *Bár ekkor a beteg már 1,900.000 egység penicillint kapott, a gennyből mégis kizárólag csak streptococcus haemolyticus nőtt ki,* ami pedig tudvalevőleg a penicillin iránt érzékeny kórokozók közé tartozik. A betegség tulajdonképen akkor vett jó fordulatot, midőn a penicillinkezelés mellett az ultraseptyladagolást is megkezdtük és a helyi penicillinkezelésre is rátértem, olymódon, hogy a műtéti sebet naponta kétszer ccm.-ként 20.000 egységet tartalmazó penicillinoldattal kiöblítettem és ugyancsak naponta kétszer ugyanilyen oldatba áztatott csíkokat vezettem a sebüregbe. A gyulladás

terjedése ezután már megállott, a szövetek beszűrődése visszafejlődött, így a betegség megoldottnak is látszott. Annál kellemetlenebb meglepetésnek számított, hogy kb. egy hét múlva az arc és nyak lágyszövetei is ét duzzadni kezdtek, a lobos szöveti reakció feléledt. Az arc szöveteiben pár nap alatt ha'almas tályog keletkezett, amelyet arcfelőli metszéssel kellett feltárnom. Ezután a lágyrészek gyulladása ismét visszafejlődött. Pár nap múlva azonban a szövetek újra infiltrálódni kezdtek és az arcban is újabb tályog keletkezett. Ekkor már nyilvánvalóvá vált, hogy a lágyszövetek fel-fellobbanó gyulladásainak okát a csontállományban kell keresnünk, bár röntgenvizsgálattal az állkapocsban strukturális elváltozást ekkor még kimuta'ni nem lehetett. Ez a diagnózisunk helyességét azonban nem döntötte meg, hiszen jól tudjuk, hogy a kórokozóknak sokszor hetekre van szükségük ahhoz, hogy a mészalapanyag feloldásával a csontszerkezetben olyan elváltozásokat okozzanak, amelyek már röntgennel is kimutathatók. Pár nap múlva ez is bekövetkezett, amely után az osteomyeli'is, minden kellemetlen tünetével előttünk állott. A csontállományban a demarkációs árkok teljesen még nem alakultak ki és így a csontműtéttel e folyamat befejezéséig még várnom kell.

A második eset ugyancsak fiatal nőbeteg, akinek egyik gennyes alsó molarisából periostitise keletkeze't. A fogorvos kartárs az extrakciót a gyulladásos tünetek lezajlása után akarta elvégezni. A fertőzés azonban a nyirokérrendszer útján tovább haladt, a nyirokba sodort baktériumok regionális lympadenitist okoztak, a nyakon több nyirokcsomó megduzzadt. Ebben az állapotban került hozzám a páciens. Bódításban a betegséget okozó fogat eltávolítottam. A fog helyéről bőven ürült a geny. A nyirokcsomóknak ekkor még csak a *savós periadentitis* kórképe tam meg, tulajdonképen ekkor még csak a *savós periadenitis* kórképe állott előttünk. Így remélni lehe'ett, hogy a mirigyekbe jutott fertőző anyagot még elpusztíthatjuk és a genyes lympadentitis kialakulását megakadályozhatjuk. Fiatal nőbeteg lévén, kozmetikai szempontból is fontosnak tartottam, hogy a bőrfelőli metszést elkerüljük. Ezért a foghúzás után már egy órával penicillinkezelést kezdtünk el. A be'eg összesen *1,000.000* egység penicillint kapott intramuscularisan. E nagy penicillinmennyiség ellenére a limphadenitis abscedens kialakulását, a nyirokcsomók elgennyedését, megakadályozni nem tudtuk. A bőrmetszéstől csak úgy tudtam megmenteni a beteget, hogy a szükséges beavatkozást a szájfenék felől végeztem el.

A harmadik beteg, akiről beszámolok, egy szerze'es nővér. Egyik alsó, kissé mozgó nagy metszőfoga már a legkisebb érintésre is fájdalmassá vált. A röntgenfelvétel paradentalis gennyedést mutatott. A fogat ú. n. aethertamponos módszerrel távolítottam el. A fájdalom azonban az extractió után nemcsak hogy nem szűnt meg, de nagymértékben fokozódott. A lágyrészekben ekkor még lobos jelenségeket nem észlelhettünk és az állkájék röntgenvizsgála'a is negatív eredményt adott. Az indokolatlannak látszó nagy fájdalmat az osteomyelitis fenyegető jelének tartottam. A csontvelőgyulladások kezdeti szakában sokszor az egyetlen, többé-kevésbé használható, diagnosztikai jel: az alig csillapítható fájda-

lom. A nagy fájdalmat azzal magyaráztam, hogy a gyulladásos hyperaemia már ráterjedt arra a finom laza kötőszövetre, amely a szűk csontcsatornákban futó kis ereket körülveszi és ez a zártfalú, csontos üregben a szövetnyomást erősen fokozta. Mivel lobos jelenséget sem a lágyrészekben, sem a csontállományban még nem észlelhe'tünk és a beteg láztalan is volt, feltételezhettük, hogy, a fokozódó szöveti nyomás ellenére, a csontcsatornácskákban futó kis erek thrombotizálódása még nem kezdődött meg. Célunk tehát az volt, hogy a szöveteket minél előbb felszabadítsuk a bak'ériumok romboló hatása alól. Ezért penicillinkezelést kezdtünk el. Azonban ez esetben is az történt, hogy még a penicillinkezelés folyamán, már *500.000* egységnél, az osteomyelitis minden jellemző klinikai- és röntgentünetével az álltájékon kifejlődött. Fontosnak tartom megemlíteni, hogy az állkapocs felvésésekor, a csontból kitakarított *gennyből ez esetben is kizárólag csak streptococcus nőtt ki.*

A negyedik esetben egy férfi betegem súlyos és kiterjedt arci és nyaki phlegmonéjáról számolok be, amely egy alsó bölcseségfogból keletkezett. Alapos feltárás ellenére a phlegmone átterjedt a túloldalra is és *a nyelvgyök is infiltrálódni kezdett, ami a glottisoedema veszélyét jelentette.* Ez újabb műtéti beavatkozást tett szükségessé. Ezzel egyidejűleg a penicillinkezelést is megkezdtük. A penicillinhatásnak tudható be, hogy a lágyrészek gyulladása a szokottnál gyorsabban fejlődött vissza és így természetesen a glo'tisoedema veszélye is megszűnt. A beteg összesen *500.000* egység penicillint kapott. A penicillinkezelést nemcsak azért fejeztük be ennél a mennyiségnél, mert a penicillin beszerzése abban az időben rendkívüli nehézségekbe ütközött, de a lágyrészek gyulladásának gyors visszafejlődése után ez már nem is látszott indokoltnak. A penicillin ez esetben a lágyrészek gennyes gyulladásának visszafejlesztésében rendkívül hatásosnak mutatkozo't és így annál váratlanabb szövődménynek számított, hogy a penicillennek ez a kitünő hatása a csontszövetben már nem mutatkozo't meg, mert kb. 2 hét múlva az osteomyelitis ez esetben is kifejlődött.

Az ismertetett ese'ekből levonható tanulság az, hogy *a preventiv célokból történő, vagyis a betegség kialakulásának megakadályozása miatt végzett penicillinkezelések eredményeit ma még nem tarthatjuk kielégítőnek.* A penicillin a betegséget ugyan lefékezte, de teljesen meg nem fékezte. Vagyis ez alatt azt érthetjük: *A betegség — a folyamatosan történő penicillinkezelés ellenére is — a maga kórbonctani útját végigfutotta; azonban ennek az útnak egyes, sokszor nagyon is veszélyes, szakaszai sokkal enyhébekké — hogy úgy mondjuk — egy-két pathológiai fokkal könnyebbekké váltak. Igy a pácienseinket életveszély nélkül tudtuk átsegíteni a súlyos betegségükön.* Természetesen ez a peni-

Használjunk Neonovofon! *érzéstelenítőt*

cillinnek olyan felbecsülhetetlen értékét jelenti, amely minden eddig ismert gyógyszerünk fölé emeli.

Bizonyos tehát, hogy *a penicillin a dentális fertőzések eseteiben is felveszi a küzdelmet a fertőző mikroorganizmusok ellen.* De hát akkor mi az oka, hogy az állandóan és folyamatosan adagolt olyan nagy mennyiségű penicillin mellett is, amely a megfelelő hatáshoz szükséges koncentrációt a vérben feltétlenül biztosítja, *a betegség kifejlődését, illetve továbbfejlődését még sem tudtuk megakadályozni.*

Kérdésünkre feleletet várva, szükséges, hogy vizsgálat tárgyává tegyük, vajjon a gyulladás kórbonctani jelenségei közül a legjellegzetesebb tünetnek, a keringés zavarának, milyen vonatkozásai vannak az állcsontok vérellátásával.

Ha a szervezetbe valamilyen kórokozó jutott be, vagyis a fertőzés megtörtént, a legerősebb hatás a behatolás helyén fog mutatkozni. Ez a hatás, amelyet általában gyulladásnak nevezünk, tulajdonképen kifejezője annak a küzdelemnek, amelyet a szervezet a bejutott fertőző csirokkal szemben megindított azok kiküszöbölésére vagy ártalmatlanná tételére. Ez a bonyolult folyamat elsősorban a vérkeringés zavarában fog megnyilvánulni. *Cohnheim* klasszikus kisérletei, amelyeket természetesen most nem akarok részletesen ismertetni, tisztázták ennek a keringési zavarnak a lényegét; amely kezdődik az erek kitágulásával, a véráramlás sebesebb lesz, ezt felváltja az áramlás lassúbbodása, azáltal, hogy a hajszálerek túlságosan kitágulnak, az endotheljük megduzzad. A pathogén hatás még fokozódhatik azáltal is, hogy az apró vér- és nyirokerekben mikróbák halmozódnak fel, amelyek az űrterüket szűkítik, vagy teljesen el is zárhatják. Így a vérerek rögösödése kezdődik. A megzavart keringésnek különböző fokozatai lehetnek. Komolyabb megbetegedéseket a keringés teljes megszűnése okozza, amelynek következményekép a táplálkozásból kirekesztett szövetekben a súlyos kémiai változások sora keletkezik.

Látjuk tehát, hogy *a gyulladás súlyossága az érrendszer viselkedésétől függ.* Ezek a vérellátási zavarok még kiegyenlíthetődnek olyan anatómiai területeken, ahol *a szövetek táplálását több, egymással közlekedő artéria látja el.* Ilyen kedvező vérellátási viszonyokat találunk a felső állcsonton és — mint az előadásom bevezető részében már említettem — ez is egyik oka annak, hogy a felső állcsonton csak ritkán találkozunk súlyosabb gyulladásos szövődményekkel. Ez egyszersmind érthetővé teszi azt is, hogy a felső állcsont lobos megbetegedései esetében csak kivételesen van szükség penicillinkezelésre. (A sinus maxillaris betegségeit nem soroljuk a felső állcsont betegségei közé, ezek külön betegségcsoportot alkotnak.)

Az alsó állcsont vérellátása már sokkal kedvezőtlenebb viszonyokat mutat. A mandibulát kizárólag csak az arteria alvelaris inferior táplálja és így, ha, bármely oknál fogva, ennek az egyetlen artériának, vagy akárcsak egy kis részletének is, az elzáródása következik be, ez a csontszövet súlyos megbetegedését vonhatja maga után.

Mint már kifejtettem, a fogak és az állcsontok anatómiai korrelációja folytán a fogak izolált gyulladásos megbetegedéseiről alig lehet szó. Ha a fogat bármilyen pathologikus inzultus éri, ez egyszersmind a csontállomány megbetegedését is okozza. A gyökércsúcstól a fertőző csirok szinte szabadon juthatnak el az állkapocs belsejébe, aminek első következménye a csontállomány megbetegedése, az *ostitis* lesz. Az ostitis azonban ez esetben nem azt jelenti, hogy magára a csontállományra — tehát a csontlécekre és csontlemezekre — közvetlenül terjed át a gyulladás, amelyek mésztartalmuknál fogva aránylag elég ellentállók, hanem a megbetegedésük csak másodlagosan történik, a csontcsatornákban futó kis erek thrombotizálódása útján. A csontcsatornákban futó véredényeket finom, laza kötőszövet veszi körül. A csonthézagokban lévő lágyszöveteknek a legkisebb hyperaemiája, vagy vizenyője már keringési zavart támaszt. Ha a zártfalú csontos üregben a szöveti nyomás fokozódik — a szövetek tágulására hely nem lévén —, a keringés teljesen meg is állhat. Ez esetben a csontállomány finom kötőszöveti struktúrája is felbomlik és a most már jó táptalajon tenyésző baktériumok a csontállomány kis hézagaiban elaprózott csontvelőt is megfertőzik és kifejlődik az *osteomyelitis* kórképe.

Azt hiszem nem tévedek, ha a preventív célokból történő penicillinkezelések eredménytelenségeinek okát az állkapocs ismertetett kedvezőtlen vérellátási viszonyaiban keressük. Az egyetlen artéria alveoláris inferior mellett *kollaterális vérpályák nem fejlődhetvén ki*, súlyosabb fertőzések eseteiben a csontcsatornákban futó kis erek rögösödése már a betegség korai szakában megkezdődhetik. *Ahhoz, hogy a penicillin baktériumpusztító hatását kifejthesse, természetesen az szükséges, hogy a fertőző mikroorganizmusokkal, megfelelő koncentrációban, közvetlen érintkezésbe kerüljön. Azonban számos szerző megegyező észleléseiből tudjuk, hogy trombozisok, nekrozisok, zárt csontgenyedések eseteiben a penicillin nem diffundál kielégítő mértékben és az ilyen szövetekben felszaporodott baktériumokhoz el nem juthatva, azoknak káros hatását elhárítani sem tudja.*

Az alsó állcsont infekciózus gyulladásos betegségei eseteiben még súlyosbító körülménynek számít, hogy ezek a thrombotizált erek és a bennük felhalmozódott baktériumtömegek egy csontos, merevfalú üregben vannak, ami *a penicillin diffuzióját még külön is megnehezíti. Mivel a penicillin a csont belsejében, a csont testében fészkelő fertőző gócokhoz eljutni nem tud, természetesen a betegség továbbfejlődését sem tudja megakadályozni.*

Az állkapocs testében fészkelő gócok a szomszédos lágyrészeket állandóan elárasztják gennykeltőkkel, így a gennyes gyulladás ezekre is átterjedve, következményes phlegmonozus beszűrődések és tályogok keletkeznek. Szerencsés körülménynek mondhatjuk, hogy *a tulajdonképeni életveszélyt jelentő e szövődményekkel szemben a penicillinhatás már kitünően érvényesül.* A penicillin a lágyszövetekbe jól diffundálva, ezeket jól elárasztja, miáltal az itt felszaporodott baktériumok gyorsan el-

vesztik hatóképességüket és így a megfelelő sebészi feltárás, a lobos exsudatum kibocsátása után, gyorsan gyógyulnak is.

A lágyrészek gennyes gyulladásainak kiújulását, a fertőző mikrobáknak a lágyrészekbe irányuló újabb és újabb invázióját azonban a penicillin megakadályozni már nem tudja, mivel — mint láttuk — a csontszövetben rejtőzködő infekciózus gócokhoz, a fertőzés tulajdonképeni forrásaihoz, el nem juthatva, ezekre hatni sem tud. Ez egyszersmind magyarázatát adja annak is, hogy a folyamatosan történő penicillinkezelés ellenére, még a betegség késői szakában is, miért lehetséges a gyulladásos exsudátumokban penicillinérzékeny baktériumot kimutatni. A lágyrészeknek és természetesen magának az állkapocsnak is, a végleges gyógyulását rendszerint akkor érjük el, midőn a csontszövetet műtéti úton szabadítjuk meg a baktériumtömegek pusztításától.

Az elmondottakat összegezve, a következőket állapíthatjuk meg: *Az ismeretett esetekben a preventiv okokból történő penicillinkezelések eredménye nem volt kielégítő, mert a mandibula súlyos gyulladásainak kialakulását és továbbfejlődését megakadályozni nem tudtuk.* Ennek okát akkor kezdtük meg, midőn az állkapocs testében, *a keringési zavart előidéző, kis erek thrombotizálódása már megkezdődött és így a penicillin az erek ürterében megtelepedett baktériumfészkekhez már nem juthatott el.* Ezek a keringési zavarok, súlyosabb fertőzések eseteiben, az alsó állcsont kedvezőtlen vérellátási viszonyai folytán, valószínűleg már a betegség egész korai szakában megkezdődnek. A penicillin baktériumpusztító hatása azonban már teljes mértékben érvényesült a mandibulát környező lágyrészekbe tovavezetett szövődményes phlegmonék és tályogok eseteiben, mivel a penicillin a lágyszövetekbe kifogástalanul diffundál. Így a szokásos sebészi ellátás után ezek a szokottnál gyorsabban gyógyultak. Pácienseinket tehát betegségükön életveszély nélkül tudtuk átsegíteni. Természetesen ez már önmagában is nemcsak indokolttá, de egyenesen kötelezővé is teszi számunkra, hogy súlyosabb fertőzések eseteiben a penicillin segítségét igénybe vegyük.

Hangsúlyoznunk kell, hogy az ilyen súlyos jellegű gyulladások kifejlődése szerencsére csak a ritkább esetek közé tartozik, mert a szervezet a maga védőberendezésével is már rendszerint kiküszöböli, vagy ártalmatlanná teszi a behatolt kórokozókat.

Előadásom befejezéséül tegyük fel magunknak a kérdést: vajjon van-e mód arra, hogy a preventív célokból történő penicillinkezelések eredményeit megjavítsuk? Szerintem igen.

Az ismertetett esetek tanulsága szerint, ha a penicillinkezelést egyes esetekben — a mai értelemben — korán is kezdjük meg, úgylátszik ez még sem történik a kellő időben. A baktériumok ellen a penicillint már akkor csatasorba kellene állítanunk, midőn a szervezetet valami olyan ártalom éri, amely a pathogén csirok bejutásának még csak a gyanúját kelti. A penicillinadagolást tehát már abban az időben meg kellene kezdenünk, midőn a baktériumoknak nem volt még idejük az új környezetükhöz alkalmazkodni, vagyis mielőtt szaporodó képességükkel és méregtermelésükkel a szövetelemekben a romboló munkáju-

kat megkezdhetnék. Ennek az ideális állapotnak a megteremtése azonban, midőn a penicillinnek, vagy bármilyen más antibiotikumnak az adagolása minden más gyógyszert, például a láz- és fájdalomcsillapítót is, megfogja előzni, természetesen nemcsak tőlünk függ. Ehhez az lenne szükséges, hogy az antibiotikumok valóban közkinccsé váljanak, korlátlan mennyiségben álljanak rendelkezésünkre és a mai nehézkes használatuk helyett, a páciens önmagának tudja adagolni éppen úgy, mint bármely más, mindennapi gyógyszerét. És tulajdonképen ez lesz majd az antibiotikumok igazán áldásos korszaka.

Összefoglalás. Ismerteti a felső és alsó állcsont bonctani viszonyainak azokat a jellegzetes különbségeit, amelyek megmagyarázzák, hogy a súlyosabb kimenetelű gyulladásokat és életveszélyes komplikációkat majdnem kizárólag csak az alsó állcsonton észleljük. Így természetesen a penicilinkezelésre is rendszerint csak az alsó állcsont súlyos gyulladásos eseteiben van szükség. Olyan eseteinek kórtörténeteit ismerteti, midőn a penicillinkezelést a betegség egész korai szakában azért kezdték meg, hogy a súlyosabb gyulladás kifejlődést megakadályozzák. Folyamatosan adagolt olyan nagy mennyiségű penicillin mellett is, amely a megfelelő hatáshoz szükséges vérkoncentrációt feltétlenül biztosította a betegség kifejlődését, illetve továbbfejlődését megakadályozni nem tudták. A betegség a maga kórbonctani útjait, a penicillinkezelés ellenére, végigfutotta, azonban ennek az útnak egyes, sokszor nagyon is veszélyes szakaszai (lágyrészek következményes phlegmonozus beszűrődései, tályogok sokkal könnyebbekké, egy-két pathológiai fokkal enyhébbekké váltak. Így a betegeiket életveszély nélkül tudták átsegíteni a súlyos betegségükön. A betegség kialakulását, illetve továbbfejlődését véleménye szerint azért nem tudták megakadályozni, mert a penicillinkezelést valószínűleg már csak akkor kezdték meg, midőn az állkapocs testében, a keringési zavart előidéző, kis erek thrombotizálódása már megkezdődött és így a penicillin az erek űrterében megtelepedett baktériumfészekhez, a fertőzés tulajdonképeni forrásaihoz, már nem juthatott el. Ezek a keringési zavarok, súlyosabb infekciók eseteiben, az alsó állcsont ismertetett kedvezőtlen vérellátási viszonyai folytán, már a betegség egész korai szakában megkezdődhetnek. Szerencsére a penicillin a mandibulával szomszédos lágyszövetekbe már jól diffundál és így a tulajdonképeni életveszélyt jelentő, lágyrészeknek következményes gyulladásai eseteiben a penicillinhatás kitünően érvényesül. A mandibula csontállományát, súlyosabb fertőzések esetén, rendszerint műtéti úton kell megszabadítanunk a baktériumtömegek pusztításától.

DENTARIA R.T.

Dental-Depot

Fogorvosi berendezések, műszerek
és vegyiszerek gyára
Budapest, IV.,
Kossuth Lajos-utca 11.
(Telefon: 185-051)

RÉSUMÉ:

Il fait connaître les différences caractéristiques des relations anatomiques des maxillaires supérieur et inférieur qui expliquent ques les inflammations graves et les complications dangereuses sont observées presque exlusivement au maxillaire inférieur. De cette façon l'intervention du traitement à la péniciline est également nécessaire uniquement dans les cas d'inflammation grave du maxillaire inférieur. Il fait connaître les cas historiques de telles maladies où l'on a commencé l'application de la péniciline au début pour empêcher le développement d'une inflammation grave. La maladie a suivi son chemin pathologique malgré l'application de la péniciline, cependant certaines étapes bien des fois dangereuses (infiltrations phlegmoneuses dans les parties molles, abcès,) sont devenues beaucoup plus bénignes. Ainsi les patients ont traversé leur maladie grave sans danger. D'après lui on ne pouvait empêcher le développement de la maladie, car l'application de la péniciline n'a été commencée que lorsque la trombose a déja débuté le trouble de circulation dans les petits vaisseaux de la mâchoire et de la sorte la péniciline n'a pu parvenir au foyer de bacilles des veines, source proprement dite de la contagion. Ces troubles de circulation en cas d'infections graves par suite du manque de ravitaillement en sang, peuvent avoir lieu déjà au début de la maladie. Heureusement la péniciline agit bien dans les parties molles, voisines de la mandibule et ainsi dans les cas dangereux d'une inflammation purulente des parties molles, l'effet de la péniciline agit merveilleusement. En cas d'une contagion grave l'ossature de la mandibule doit être libérée de la destruction des bactéries généralement par l'intervention d'une opération.

Budapest, Andrássy-út 21.

LAPSZEMLE

FOGSZABÁLYOZÁS

R. H. W. Strang, A. V. Greenstein, J. W. Ross és L. M. Waugh: *The advisability of extraction as a therapeutic aid in orthodontics. A Symposium — Pros and Cons.* (Fogszabályozási kezelésként végzett foghuzások javallatai; hozzászólások, mellette és ellene.) Am. Jnl. Orthod. & Or. Surg. *33*:141, 1947.

Négy szerző adaléka a felvetett kérdéshez. Az első kettő helyesli, a két utóbbi ellenzi a szabályozás során végzett foghuzásokat.

Strang, aki még aránylag rövid idő előtt minden szabályozás során végzett fogeltávolítást szinte műhibának itélt, az arizonai Tucsonból való *Ch. H. Tweed* kiváló eredményeinek láttára az utóbbi évek folyamán módosította álláspontját. *Tweed* ugyanis a sikeres fogszabályozás és a visszaeséstől való menteség szempontjából a leglényegesebbnek azt tartja, hogy a kezelés befejeztével a fogak és a processus alveolaris közvetlenül a csontos bázis felett legyenek, ne pedig len előtte. Különösen érvényes ez az alsó metszőkre, melyeket rendszerint túlságosan előre szokás vinni a kezelés során, hogy elegendő helyet nyerjünk. Fontos továbbá, hogy a fogak a bazális csontra merőlegesen álljanak. Így elesik a helyteremtésnek az a lehetősége, hogy a frontfogakat előre visszük. De a gyakorlat azt is megmutatta, hogy tágítással sem igen nyerhetünk annyi helyet, hogy minden esetben elférjenek a fogak. Ezért *Tweed* nyomán *Strang* is arra az álláspontra helyezkedik, hogy sok esetben célszerű a négy első kisőrlő kihúzása. Annál is inkább indokoltnak látszik ez az eljárás, mert a fejlődésre irányuló újabb vizsgálatok az arc és állcsontok fejlődésének a fogak jelenlététől való függetlenségét mutatták ki.

Greenstein adalékában is *Tweedre* hivatkozik elsősorban. Rendszerint a 4-esek extrakciója javallt; a kezelés a nagyőrlők szabályos záródása esetén abból áll, hogy a szemfogakat hátra visszük, míg a második kisőrlővel érintkeznek, az előredőlt metszőket pedig felegyenesítjük hogy merőlegesen álljanak a csontos bázisra.

Ross szerint a foghúzásos gyógymódnak semmiféle reális megalapozottsága nincs. Véleménye szerint olyan laposra nyomott száj-körüli képleteket kapunk az ilyen kezelés eredményeként, amelyek az ő szépségideáljának nem felelnek meg. De figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy az orofaciális tájék fejlődése talán minden testrész közül a legkésőbben fejeződik be, tehát a négy fog időelőtti kihúzása után még oly mértékben növekedhetik ez a régió, hogy egyszerre túlsok hely is lesz a megmaradt redukált fogazat részére. A fog kihúzása kihatással van valamennyi fogra, az egész fogazat tartó berendezéseire. Különösen veszélyesnek tartja a foghúzás propagálását, mert a kevesebb gyakorlattal rendelkező fogorvos kényelmes megoldásként ezt fogja minden olyan esetben választani, amikor nem tudja, hogy mit tegyen. Eddigi 30 éves gyakorlata alatt nem látta szükségét a foghúzásnak s ma sem látja indokoltnak, hogy eddigi véleményétől eltérjen.

L. M. Waugh adaléka a leghosszabb. Legelsőbben is kifogásolja, hogy *Tweed* elméletének igazolására semmiféle pozitív tényt fel nem hoztak, bár elismeri, hogy *Tweednek* igen jó eredményei vannak. *Tweed* elgondolása tisztán mechanisztikus. Egyálalán nem lehet tudni, hogy az állcsontok mikor kapnak újabb növekedési impulzust, egyáltalán nem lehet tudni, hogy mi lesz az extrakciók végeredménye. Igen kevés esetben van csak szükség arra, hogy a megfelelő eredmények érdekében fogat kelljen húzni. A foghúzás egyáltalán nem biztosítja, hogy a rendellenesség további kezelés nélkül gyógyul; tehát a foghúzás után is szükség van gépi kezelésre. Sokkal több rosszat tesznek a helytelen javallat alapján végzett foghúzásokkal, mint amennyi kárt tehet az extrakció elmulasztása. Különösen elvetendőnek tartja a rendszeres extrakciós kezelést, mert a foghúzásnak a nyelv nagyságára, izomzatára semmiféle befolyása nincs és az extrakció eredményeként beszűkített fogívhez a normálisan fejlett nyelv aligha fog alkalmazkodni. Azt az igen megszívlelendő tanácsot adja, hogy kétes esetben soha ne extraháljunk!

dr. Adler Péter.

KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT

Rosen, Norman: *Sulfonamidok használata a gyökércsatorna gyógyításában.* (The use of sulfonamides in root canal therapy.) The New York Journ. of Dentistry. 1943. Vol. XIII. No. 4.

A fogorvosi gyakorlatban a sulfonamid készítmények közül a sulfanilamid, a sulfathiazol és a sulfadiazin jöttek eddig tekintetbe. E készítmények közül a leghatásosabbat es a legkevésbbé mérgezőt kell kiválasztanunk. Az eseteket is meg kell válogatni a sulfonamid terápiához, mely mellett a megfelelő aszepszis és jó technika is elengedhetetlen. A szerző hivatkozik más szerzők vizsgálataira a sulfonamidok hatásmechanizmusát illetően, melyek szerint a sulfonamidok csökkentik a baktériumkultúra növekedését, a virulens baktériumokat avirulansekké változtatják a tokjuk elpusztításával. Az utóbbiak így jobban hozzáférhetők a szervezet természetes védekezése számára. Fehérje hasadási termékek, így izzadmány, nekrotikus részek hátráltatják a sulfonamidok hatását.

A készítmények helyi alkalmazásával 10—20-szor nagyobb töménység érhető el, mint az általános alkalmazással, bár szükség esetén a helyi alkalmazás nem zárja ki a sulfonamidok általános használatát sem.

A különböző sulfonamid féleségeket (sulfonamid, sulfathiazol, sulfadiazin) a fertőzés minősége szerint kell alkalmazni. Így a sulfanilamidot *streptococcus*, a sulfathiazol-t *staphylococcus*, a sulfadiazin-t kevert (főleg *streptococcus viridans*) fertőzésnél. A szerző heveny genyes folyamatoknál *sulfathiazol*-t, krónikus fertőzésnél (granulómánál) sulfanilamidot, egyébként minden esetben sulfadiazint ajánl.

Alkalmazási módok: 1. a poralakú készítményt egyenlő mennyiségű tiszta glicerinnel keverve paszta alakjában viszünk fel a gyökcsatornán keresztül a periapikális térbe. 2. A készítményt 40 fokos steril deszt. vízben, vagy fiziológiás oldatban oldva fecskendővel juttatjuk a periapikális tájékba. 3. Gyárilag előállított sulfadiazin oldatot használunk ugyanilyen módon.

A szerző statisztikai adatokkal bizonyítja a sulfonamid-készítmények gyógyító hatását, mely szerint 2—3 heti kezelés után 90%-ban a gyökércsatornákból baktérium nem volt kitenyészthető. A periapikális szövetek regenerációját a sulfonamid-készítmények nem zavarták.

Dr. Boros Sándor.

SEBÉSZET

Dr. R. Trauner: *Jóindulatú állcsontdaganatok sebészi eltávolításának eredményeiről.* (Ergebnisse der operativen Behandlung gutartiger zentraler Kieferknochengeschwülste.) Z. Stomat. 1947. Nr. 2.

Trauner röviden ismerteti az állcsontból kiinduló, jóindulatú, főleg gyermekeken és fiatal egyéneken (20—30 év) előforduló óriássejtes daganatok klinikai és rtg. képét. A diagnózis felállításánál figyelembe veszi a daganatok etiológiáját (trauma, gyulladásos ingerek), növekedési tendenciáját, a növekedéstől függő klinikai szimptomákat. Megállapítja, hogy a gyorsan növekvő daganatok puhák, vérbővek, bőr alá törve pszeudofluktuációt mutatnak és, vérzés esetén pigmentáltak (vérpigment). Így megállapítható a daganat kora, amit a rtg. vizsgálat még alaposabban igazol. A többi jóindulatú daganatféleségtől, (mixoma, fibroma, adamantinoma, hemangioma, stb.) történő differenciáldiagnózishoz a legbiztosabb eredményt a póbakimetszés ad. Rosszindulatú daganatoktól elkülöníteni nem nehéz, bár bizonyos ritkán észlelhető gyulladásos jelenségek a kórképet elmoshatják.

Terápiát illetően a konzervatív beavatkozás (exkohleáció) mellett foglal állást. Ettől, és az utána következő besugárzásoktól (gyengébb dózisokkal), jó eredményeket láttak, néha azonban recidivák léptek fel. A szerző szerint radikális, csonkító állkapocsrezekciót jóindulatú óriássejtes daganat esetén végezni csak kivételesen jogosult. Ugyanez áll az állcsontból kiinduló jóindulatú fibrómákra is. Jól gyógyultak a komoly növekedési tendenciát mutató mixofibromák is, recidiva ritkán fordult elő. Csontrezekciót csak a nagykiterjedésű daganatoknál jogosult végezni, melyek főleg a felső állcsontban fordulnak elő. *Chondromá*-nál viszont csak a rezekció jöhet számításba, rádiumbesugárzástól nem sok eredmény várható.

Dr. Péter Győző.

VEGYES

Orbán Bálint: *Briefe aus Amerika (Amerikai levél).* Z. Stomat. 1947 Nr. 2.

Az „*Anschluss*" óta az Egyesült Államokban élő *Orbán Bálint* megbízható felvilágosítást nyujt, hogy a fogorvosi diploma megszerzésének ott mik a feltételei. Ehhez elsőorban amerikai állampolgárnak kell lenni s a honosítás, csak 5 évvel a bevándorlás után történhetik meg. Ahhoz, hogy a 39 fogászati intézet valamelyikébe felvegyenek valakit „high school" (középiskola) és legalább 2 év „predental education" végzendő. A fogászati kiképzés 4 évig tart, de aki megfelelő iratokkal igazolni tudja, hogy fogászatilag már képzett, az 2 év alatt megkaphatja a D. D. S. (Doctor of Dental Surgery) oklevelet. Ezután kell az államvizsgát (State board examination) letenni, hogy a 48 állam valamelyikében dolgozhasson. E vizsga elméleti és gyakorlati. Elméletileg 15 tantárgyból kell írásbelileg 10—10 kérdésre választ adnia; az anatomia, szövettan, kémia, konzerváló fogászat, protetika, sebészet, stb, tárgykörében. Gyakorlatilag kalapált aranytömést, betételőkészítést, lenyomatvételt, amalgámtömést kell végezni. Egyes államokban 3-tagú hidat kell elkészíteni, vagy fantomon ¾ koronát preparálni, másutt felső-alsó protézishez fogfelállítás és beágyazás, esetleg Richmond-korona készítése a vizsga-feladat.

Érdekes adat, hogy az amerikai hadseregben 15.000, a tengerészetben 7.000 fogorvos dolgozik. A háborúban minden bevonuló fogászati vizsgálaton esett keresztül, és a katonák rágóképességét helyreállították. Most a fiatalabb, újdiplomás fogorvos generáció vonult be az idősebbek leváltására.

Minden fogorvos tagja a helyi egyesületnek (pl. Chic. Dent. Assoc.). A tagdíjat csak a helyi csoporthoz kell befizetni, azonban ezáltal automatikusan tagjává válik az állami fogorvos-egyesületnek és a központi *American Dent. Assoc.*-nek.

Minden egyes egyesületnek meg van a maga lapja. Így például a kétheti-ként megjelenő „*The Fortnightly Review*" a chicagói fogorvos egyesület, a havonta megjelenő „*Journal of the St. Ill. Assoc.*" az Illinois Állam fogorvosegyesületének lapja. A „*J. of the*

Amer. Dent. Assoc." nemcsak tudományos, de szakmapolitikai közlönye is az amerikai fogorvos társadalomnak. Ez mintegy 65.000 példányban jelenik meg. Ezeket a lapokat a fogorvosok a helyi csoportnak fizetett tagdíj fejében kapják.

Végül felsorolja a bécsi stomatologiai iskola 3 kivándorolt tagjának. *(Orbán, Sicher, Weismann)* 1939 óta Amerikában megjelent 50 értékes közleményét, közte számos önálló kötetnek a címét. Ha szemügyre vesszük a békebeli évek legjobb európai folyóiratának a Z. Stomat.-nak évfolyamait, akkor tapasztaljuk azt a nagy nivócsökkenést, amely 1939-től ennél a lapnál bekövetkezett. *Gottlieb, Orbán, Sicher, Stein* és más számos üldözött stomatologusnak hiányzó írásai volt azok a oka ennek a nagy hanyatlásnak. A náci uralom által emigrációra kényszerített tudósok gyökeret vertek más, demokratikus országokban és elvesztek egykori hazájuk tudományos élete számára.

Dr. Göndör László.

Gottlieb: *The Journal of the Americ. Dent. Assoc.* 1943.

Az emberi szervezetben élettani körülmények között a nyomás lehetőleg *húzássá* alakul át, mert ez a csontszövetekre kedvezőbb. Az alsó végtagon és a gerincoszlopon ez nem mindig lehetséges. A fogazatban a gyökérhártya függesztőrostjai révén húzóssá módosul a rágónyomás, ha a gyökér felszínén az új cementrétegek képződése élénk. Új gyökérhártyarostok rögzítéséhez új cementre is van szükség, tehát a fog épségéhez a folytonos cemen működés nélkülözhetetlen. A gyökércsúcsi cementképződés a gyökeret meg is hosszabbítja és így a korona rövidülésével együtt a sorvadásos jelenségeket ellensúlyozza. A fogak — alig észrevehetően — mozoghatnak medrükben élettanilag is; de ha egy fog tökéletesen szilárd, ez nem kóros állapot. Éppen ezért helytelen felfogáson alapul a *Boite*-féle elmélet, hogy a sínezés, hídkészítés amiatt káros a paradenciumra, mert több fogat összekapcsolva a normális mozgékonyságot gátolja.

A gyökérhártya vastagságát röntgensugárral és szövettanilag is tanulmányozhatjuk. Ha a gyökérrés keskeny, a fog szilárdabb, mintha széles a rés. A gyökérhártya vastagsága főként a működés függvénye. A funkcionális erőhatásoknak rendszerint oldalirányú összetevője is van. Mivel a súlypont leginkább a gyökér közepétől apikalisan fekszik, a legnagyobb kilengések a csúcs és a fognyak táján lé'esülnek, itt legvastagabb a periodoncium, míg a forgópont környékén a legszűkebb a gyökérrés. Ha a csontot erős nyomás éri, felszívódik, a gyökérhártya vastagodik, a fog terhelésre nagyobb kilengést végezhet, mint eddig. A nagyobb kilengés méginkább tágítja a rést; így *circulus vitiosus* támad, amit csak külső beavatkozás szüntethet meg, ez pedig a sínezés, a korona lecsiszolása, tehermentesítése.

A funkcionális alkalmazkodás hiánya miatt az antagonista nélküli fogaknak, impaktált fogaknak mindig szűk a gyökérrése, a gyökérhártya rostjai laza kötőszövetből állanak és nincsenek a működésnek megfelelően elrendeződve. A rágásban résztvevő fogaknak vastagabb a gyökérhártyája, mint a nem működő impaktált fogé. Mégsem nőnek össze a retineált fogak sem a csonttal, tehát a periodoncium biológiai, és nem csupán mechanikus alapon épül fel.

Zárt, jól működő fogsorban a gyökérrés tágulása az arci és nyelvi oldalra szorítkozik, minthogy meziodisztálisan a fogak egymást támasztják és az elmozdulás gátolt. Éppen ezért a foghiányok kedvezőtlenül hatnak, leromboljják az egyensúlyt. A kihúzott fog helyén a papilla eltűnik, a szomszédfogak lecsupaszodnak, a hézag felé dőlhetnek. Ha fix hidakkal immobilizáljuk a fogakat, az elmozdulást gátoljuk, a gyökérhártyarés szűk marad és a pillérek életartamát jóval megnyújthatjuk. Ez a rögzítés leghatásosabb módja, de jól szerkesztett részleges prothezisek is hozzájárulnak némileg a maradékfogazat megóvásához, különösen akkor, ha a rágónyomás főként tengelyirányban hat. Így a fog in-

HARVARD CEMENT, C. W. Z. IDEGTŰ
és mindennemű fogászati anyagok kaphatók LAKATOS REZSŐ, DENTÁL DEPÓBAN, Bpest, Dohány-u. 68. I. HIVATALOS ARANYELOSZTÓHELY

kább belennyomódik medrébe, tehát a kúpalakú gyökér besüllyedése szűkíti a gyökérhártyarést. Bármilyen más irányban mozgatjuk el a fogat, az egyik oldalon tágul a gyökérrés.

Fogpótlásaink tervezésekor tehát elsősorban arra kell törekednünk, hogy a természetes fogak megterhelését a fogművek szerkesztése által, különböző protetikai műveleteink során *főként axiális irányúvá alakítsuk.*

A tágult gyökérrés, ha a fog mechanikailag kedvezőbb helyzetbe jut, új cement- vagy csontképződés folytán ismét szűkülhet. Ha csak részben is cement tölti ki a tágulás helyét, ez nagy vitalitásra vall.

Leginkább a csúcsos és a többgyökerű fogak gyökérelágazódásai helyén találunk vastag cementet. Azonban a vastag cementréteg magában nem elég, a *cement állandó képződése a döntő biológiai tényező.* A túlterhelést csökkenthetjük éjjeli harapásemelőkkel, továbbá ha a betegeket rászoktatjuk, hogy nappal ne szorítsák össze fogaikat. *„Keep your teeth apart between meals."*

A paradentózis problémáinak megoldásához *Gottlieb* szerint minden figyelmünket a *fogra magára* kell összpontosítanunk. Az alveolaris csont és a visszamaradó sarjszövet minden kóros elváltozása magától megszűnik, ha a beteg fogát kihúzzuk. Sem a zománc, sem a dentin nem lehet oka a paradentózisnak, hanem csakis a cement. A fog funkcionalis értéke tehát jórészt a cement állapotával függ össze, de nem arról van szó, hogy ez csupán helyi probléma, hanem bizonyos központi szervek, hormonok irányításától is függ.

A szakorvosoknak korai diagnózissal kell a betegség gyorsítását lehetővé tenni. Pyorrhoea, esetén 2 tünet van már kezdetben: a tasak (a hámszallag mélybenövése) és a fogak vándorlása a csontszövet röntgenen látható elváltozásaival együtt.

A fogak szabálytalan vándorlásával együtt jár a cement kóros elváltozása. Ezért a paradentózist *cementopatiának* is nevezhetnénk, különösen a diffuz atrofia néven ismert alakot. Traumás okklusio akkor támad, ha a fog olyan irányban vándorol, hogy a kedvező záródással, illeszkedéssel szemben ütközik. Ha pl. egy felső metsző labialisan tolódik el, nem létesül traumás okkluzio. Ha azonban egy jól fejlett 2 magas csücsökkel bíró felső I. kisörlő vándorol bukkális irányban, traumás záródást okozhat.

A terhesség alatt észlelt inytúltengések (*Ziskin* majon-petefészek kísérletei) hormonalis hatásokra utalnak. *Schour hypophysektomizált* patkányban a molarisok gyökerein felszívódást látott.

A *hypophysis* és az *ovarium* működése között is összefüggés van. A *hypophysis*-nek a paradentális szövetekre kétségtelenül nagy befolyása van, de ez ma még terápiásan nem érzékelhető.

Dr. Molnár László

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának

ÁRKÖVY EMLÉK-KONGRESSZUSA

1947 szeptember 18—21.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportja Árkövy professzor emlékére tartja meg ezidei kongresszusát. A tudományos üléseket az Orvos-Egyesület székházában, a Semmelweis-teremben (Szentkirályi-u. 21.) tartják meg.

A kongresszus főtémái:

1. *A pulpabetegségek typusos kezelése.*
2. *Az akrylatok gyakorlati alkalmazása.*

A kongresszuson a háború után első ízben vesznek részt külföldi előadók és vendégek. Külföldről a következő előadók jelentették be eddig előadásaikat:

Berghoff (Wien), Borusiewicz (Varsó), Cicerini (Udine), Driak (Wien), Loos (Wien), Nass (Bukarest), Mèzl (Praha), Peter (Wien), Radkovec (Brně), Simek (Brně), Winkler (Opatija).

A kongresszus hazai előadói a következők:

Prof. Balogh Károly, Prof. Oravecz Pál, Prof. Morelli Gusztáv, Molnár László, Hattyasy Dezső, Varga István, Lőrinczy Ervin, Móczár László, Kocsis Antal Gábor, Frankl Zoltán, Fodor György István e. m. tanárok, *Földvári Imre, Sugár László, Kucharik József, Kemény Imre, Kende János, Perint Jenő, Cseres Pál, Deák László, Sárkány Ilona, Tóth Kamélia, Végh Lajos, Gergely Lajos, Uri József, Sándor Ferenc, Sömjén Iván, Skalud Ferenc, Huszár György, Vályi Béla, Klein Ernő, Illyés Lajos, Bruszt Pál, Enyingi Lajos, Pesthy István.*

A kongresszus részvételi díja 20.— Ft, melynek beküldése a jelentkezéssel egyidejűleg esedékes. Jelentkezni személyesen, vagy írásban a kongresszus irodájában lehet, melynek címe: Budapest, V., Nádor-u. 32. III. 1. A részvételi díj pedig az 52.344. sz. postai csekkszámlára küldendő be. A jelentkezés és részvételi díj befizetése után minden jelentkező az elhelyezésről (lakás és ellátás) részletes tájékoztatást kap.

A tudományos üléseket csakis a részvételi díj lefizetése ellenében kiszolgáltatott „részvételi jegy"-gyel lehet látogatni. Ez szükséges a kedvezményes utazás és ellátás igénybevételéhez is.

A részvételi jeggyel egyidejűleg mindenki 50%-os vasúti díjmérséklésre jogosító utalványt kap a MAV vonalaira.

amely szept. 9-25 közötti időpontban Budapestre és visszautazásra jogosit

Elhelyezés az Árkövy Emlékkongresszuson

Az elhelyezés kívánságra egy-, két- és többágyas szobákban történik a következő kategóriák szerint:

	Csak szoba (részben fürdőszobával) Ft	Szoba + reggeli Ft	Szoba + reggeli + ebéd Ft
HOTELEK:			
Ia)			
Astoria	36.—	40.—	54.—
Bristol			
Ib)			
Continental	28.—	32.—	44.—
II.)			
Erzsébet királyné (közös szoba 1, 2, 3, 4 ágy) . .	23.—	26.20	33.50
Nemzeti Szálloda . . .	23.—	—	—
Park Szálloda	18.—	—	—
PENSIÓK:			
Ungár			
Renaissance			
Stift			
Touring	—	—	38.— 46.—
Lukács			
Palota			

A fenti árakban bennfoglaltatik:

Az elhelyezés általában kétágyas szobákban, de kívánságára egyágyas szobákban is mérsékelt felárral.

Komplett reggeli (kávé, tea, vaj, jam, sütemény).

Ebéd (leves, sült két körítéssel, tészta, vagy sajt, vagy gyümölcs).

Kiszolgálás és az összes adók (%-ok).

Szerényebb igényű résztvevők részére az 1. sz. Honvéd Kórházban, XIII., Róbert Károly-krt. 44. és az Orvosok Házában, IX., Gyáli-út 2. díjtalan, részben önköltségi áru elhelyezést tudunk nyujtani.

A korlátolt ágyszámra való tekintettel a jelentkezők sürgősen közöljék ily irányú kérésüket!

A szobafoglalások iránti bejelentés a MAGYAR ORVOSOK SZAKSZERVEZETE, FOGORVOS SZAKCSOPORT, ÁRKÖVY EMLÉKKONGRESSZUS, Budapest, V., Nádor-u. 32. III. 1. címre történhet.

Mindezektől független egyéni kívánságokat, úgy az elhelyezés, mint az utazás ügyében a résztvevők részére készséggel elintéz a kongresszus vezetősége által megbízott EUROPA-TURISZTIKA UTAZÁSI IRODA (Budapest, VI., Andrássy-út 9. Tel.: 426-111., 221-231.), ahová azokat közvetlenül közölni lehet.

A szobafoglalás miatt kérjük az érkezés napjának közlését.

A SZERKESZTŐSÉG KÖZLEMÉNYEI

A Fogorvosi Szemle Szerkesztősége: Budapest, IV., Múzeum-krt. 39. Telefon: 185—429.

A Fogorvosi Szemle kiadóhivatala: Budapest, V., Nádor-u. 26. A Fogorvosi Szemle hirdetéseire és szétküldésére, valamint az előfizetésekre vonatkozó levelezés ide intézendő.

Kérjük vidéki kartársainkat, hogy küldjenek be lakóhelyükön történt közérdekű, vagy fogorvosi érdekeket szem előtt tartó híreket.

A Szerkesztőség újból és nyomatékosan felkéri az *eredeti cikkek* szerzőit, hogy a már **eddig beküldött**, vagy ezután beküldendő közleményeikhez körülbelül egy gépírt oldalnyi összefoglalást valamilyen idegen nyelven is mellékeljenek. Lehetőleg angol, francia, orosz vagy német nyelven.

A lap szétküldésével kapcsolatban észlelt zavarokról értesítést kér a szerkesztőség, hogy azokat korrigálhassa.

Az eredeti cikkek szerzőit kérjük, hogy lehetőleg csak magyar szavakat használjanak a közleményekben és a gyakran előforduló idegen, különösen latin szavakat magyaros helyesírással írják. Sok munkát megtakarítanak ezzel a szerkesztőségnek. A lap színvonalát emeli, ha minden cikk azonos helyesírási elvek szemmeltartásával íródik. Csak jól olvasható, gépen írt és nyomdaképes cikkeket fogadunk el közlésre.

Kérjük kartársainkat, hogy akár magyar, akár más nyelvű folyóiratból küldjenek be érdekes cikkekről kivonatokat. Lehetőleg gépírással a papír egy oldalára irva. Az eredeti cikk szerzőjét és a cikk eredeti címét, zárójelben a cikk magyar címét, és végül a cikk megjelenési helyét és idejét tüntessék fel.

A szövegrész vége.

FOGORVOSI SZAKLAPOK köteteit, **főleg a Fortschritte der Zahnheilkunde, Zahnärztliche Rundschau, Schweitzerische Monatschrift für Zahnheilkunde stb. keresem megvételre. Cím a kiadóban. Telefon: 127—752.**

Egy harmincéves rendelő jól felszerelve, bérbeadó. Telefon: 137—517.

Deportált fogorvos **rendelője** és **várószobája** bérbeadandó, assistenciával. — Dr. Weinberger Józsefné, Budapest, VI., Laudon-u. 3. I. 12.

Dr. Berger Gyula (V., Szt. István-krt 10.) fogorvos, nevét Bontára változtatta.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

PLASZIN



TÖRVÉNYILEG VÉDVE BEJEGYZÉSI JOG

LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!



Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán



PLASZIN
LEMEZ ÉS MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPITVA 1918

M.

MEGJELENT!

IRÁNYELVEK
A FOGOBVOSI
SEBÉSZETBEN

A FOGORVOSI-SEBÉSZET FEJLŐDÉSE ÉS JELENLEGI ÁLLÁSA MAGYARORSZÁGON

Írta: FRANKL ZOLTÁN dr. egyetemi magántanár
Előszóval ellátta: SIMON BÉLA dr. egyetemi rk. tanár

AZ ORVOSOK LAPJA KIADÁSA. KB. 100 OLDAL.
Megrendelhető: Az „ORVOSOK LAPJA" SZERKESZTŐSÉGÉNÉL: V., Nádor-u. 32. I. em. vagy kiadóhivatalánál: V., Nádor-u. 26. V. em.

Ára: 15.—Ft., ill. az Orvosok Lapja előfizetőinek és a Fogorvos-Szakcsoport tagjainak: 9.—Ft.

Minden stomatologiával foglalkozó orvosnak nélkülözhetetlen vezérfonal a fogorvosi-sebészet változatos és sokrétű területén. A gyakorlati irányelvek világos, rövid, tömör összefoglalása, a forrásmunkául szolgáló 670 dolgozat bibliographiájával.

Lapunk mai számához válaszlevelezőlapként felhasználható ismertetőt és csekklapot mellékelünk.

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 SZEPTEMBER XL. ÉVFOLYAM Nº 9. SZÁM

176

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924—1931 PROF. MORELLI GUSZTAV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM 1947 SZEP 12 ÁTVETTE

308

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Oldal

Dr. Sugár László: Ujabb vizsgálatok az epulisok keletkezéséről 257
Dr. Perint Jenő: Fültőmirigy kivezető csövének elzáródása és következményei . . 264
Dr. Kollár Lajos: A műgyantakoronák elkészítésének hibaforrásai 273
Dr. Molnár László: Hogyan írjunk? 279
Dr. Sztrilich Pál: Szükség van-e munkaegység számításra? 283
Árkövy Emlékkongresszus programmja 286

ORIGINALIA:

Page

Dr. L. Sugár: The Development of the Giant-cell Epulis: New Investigations . . . 257
Dr. J. Perint: Obturation of the Stenon's Duct 264
Dr. L. Kollár: Mistakes in the Construction of Acrylic Crowns 273
Dr. L. Molnár: How to Write and What? . . . 279

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

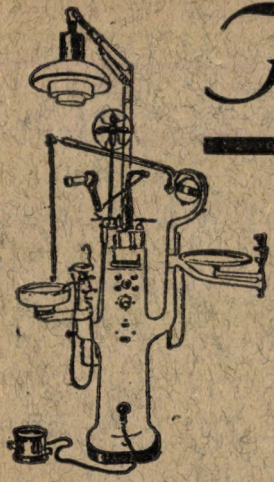
TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Telefon: 185-429.

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26. Telefon: 127-752

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Keressen fel

üzletemben a kongresszus tartama alatt!

Megéria fáradságot,

mert békebeli áruraktáramban az összes fogorvosi műszereket és anyagokat egy helyen veheti meg.

Diathermiás készülékek

Székre szerelhető köpőcsésze
(Vízvezeték nélkül)
„777" LENYOMATGIPSZ
Gyémánt csiszoló-műszerek

Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934

Herkules

(volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.
Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.
Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules

(VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

Különféle fertőzések nagyhatékonyságu és jól türhető
CHEMOTHERAPEUTICUMA:

ULTRASEPTYL-Chinoin

Tabletta: 10 és 24 drb. (0.5 g.)
Injectio: 2 kcm (0.4 g); 5 kcm (1.0 g); 25 kcm 5.0 g

Gyökkezelés, extractiók utáni genyedés, sebészi feltárás esetén:

ULTRASEPTYL-UREA-Chinoin

12 g-os szóróüveg

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZITŐJE

TELEFON:
226-887

KUTSERA ANTAL
FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA
CSENGERY-U. 3.

KOVÁCS
DENTAL-DEPOT
(cégt.: Kovács Béla)
Budapest, Rákóczi-út 55.
Telefon: 335—188.

Röntgen
Centralix
alkalmi áron
Diathermiák

Hirdessen
a
Fogorvosi Szemlében

1947 szeptember hó No. 9. szám

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Pázmány P. Tudományegyetem Stomatologiai Klinikájáról.
(Igazgató: *Dr. Balogh Károly* egyet. ny. r. tanár.)

Ujabb vizsgálatok az epulisok keletkezéséről.

Irta: Dr. SUGÁR LÁSZLÓ egyetemi tanársegéd.

Az epulisok között a különböző klinikai megjelenési formák, valamint a változatos szövettani kép alapján megkülönböztetnek sarjadzásos, óriássejtes és rostos epulisokat. Ezek közül a legtöbbet vizsgált és vitatott az óriássejtes epulis (epulis gigantocellularis), melynek keletkezéséről, jellegéről igen különböző véleményeket olvashatunk az irodalomban. *Virchow* és *Aschoff* körülírt alakjuk és a szervezet ép szöveteitől való eltérő szerkezetük miatt valódi daganatnak, neoplasmának tartották. *Recklinghausen* felhívta a figyelmet az óriássejtes epulis és az ostitis fibrosa szövettani hasonlóságára. *Konjetzny* a csöves csontokban található óriássejtes sarcomák keletkezését vizsgálva rámutatott, hogy a csöves csontokban traumák hatására vérzés támadhat. A vérzés reaktív-reparatív szövetburjánzást okoz, mely gömbsejteken kívül fibroblastokat és óriássejteket is tartalmaz és szöveti szerkezete igen hasonló lehet a myelogen óriássejtes sarcomához. Ezek azonban nem sarcomák és véleménye szerint nem is tartoznak a neoplasmák közé, hanem csak a vérzés által kiváltott reaktív sarjszövetburjánzás, mely óriássejteket is tartalmaz. Ilyenek a csöves csontokban található „barna tumorok" és közéjük sorozza az állcsontok epulisait is. Ezekre a szövetburjánzásokra *Konjetzny* az ostitis fibrosa localisata nevet ajánlja, jelezvén ezzel a szövetburjánzás gyulladásos jellegét. Kiirtásuknál műhibának tartja a csonkító műtétet, csupán az újonnanképzett idegen szövet eltávolítása szükséges. *Ribbert* az óriássejtes sarcomákat, ill. az epulis gigantocellularist a *csontfelszívó-szövetből* kiinduló jóindulatú daganatnak (osteoklastomának) tartja az óriássejteknek az osteoklast sejtekhez való nagyfokú hasonlósága miatt és szembeállítja a rosszindulatú osteosarcomával, a *csontképzőszövet* daganatával.

Reimann is a csontlebontószövet daganatának tartja az epulisokat és kiemeli, hogy az epulis és az ostitis fibrosa (az ú. n. „barna tumorok") között lényeges különbség van. Az ostitis fibrosát kiterjedt vérzések jellemzik, az epulisokban pedig nincs csontátépítés.

Balogh az epulisok patogenezisét vizsgálva kiemeli, hogy az epulis a paradencium jelenlétéhez kötött szöveti újképződés. Fogatlan szájban

nem fejlődik, vagy fejlődése még a fogak jelenlétekor indult meg. Ez az oka, hogy a processus alveolaris pusztulásával járó atrófiás folyamatoknál nem találunk epulist. A paradencium ezen speciális szövetgyarapodással járó folyamataira a *paradentoma* nevet ajánlja.

Häupl az epulisok keletkezését úgy magyarázza, hogy a szájban mehanikai, vegyi, hő vagy toxikus ingerek kis fekélyeket okoznak. A fekélyekhez gyulladás társul és speciális szövetburjánzás indul meg. A fejlődés kezdetén a sarjszövet igen sejtdús, bőven tartalmaz ereket és orsóalakú sejteket, melyek *Häupl* véleménye szerint a kapillárisok endotéljének burjánzásából származnak. Az óriássejteknek nincs közük az osteoklastokhoz, nem csontlebontás a feladatuk, hanem vérzést, gyulladásos termékeket felszívó szerepük van.

Az epulisok ezen érési folyamatát *Siegmund* is elismeri és keletkezésüket a processus alveolaris belsejében lezajló csontlebontással járó folyamatokra vezeti vissza. *Siegmund* véleménye szerint az epulis fiatal sarjadzásos felszívószövet, mely az ottlevő erek körüli kötőszövetből fejlődik. Kezdetben kapilláris vérerekből és osteoklast jellegű óriássejtekből áll. Később a lebontásos folyamatok befejezése után az óriássejtek eltűnnek és tömött rostos kötőszövet alakul ki (epulis fibrosa).

Így számos szerző foglalkozott behatóan az epulis lényegével, szerkezetével és az egyes kérdésekben eléggé különböző, sőt egymásnak ellentmondó véleményt nyilvánítottak. Vitatott kérdés, hogy az epulis a valódi daganatok közé sorozható-e, vagy gyulladásos jellegű speciális sarjadzásos felszívószövet, esetleg átmenetet alkot a daganatok és a gyulladásos sarjszövetburjánzások között. A legtöbb véleményeltérésre ad okot az óriássejtek keletkezése, szerepe, valamint az óriássejteket tartalmazó szövetburjánzások különböző szöveti szerkezete. Vitatott kérdés, hogy a különböző epulis-típusok (sarjadzásos, óriássejtes, rostos) ugyanazon folyamatnak különböző fejlődési stádiumai (érési folyamat), vagy mindegyik más és más jellegű és eredetű szövetburjánzás.

A budapesti Stomatologiai Klinika hosszú évek alatt gyüjtött nagyszámú epulisanyagát átnézve igyekeztünk ezekre a vitatott kérdésekre választ adni, vizsgálva az epulis szerkezetét, az óriássejtek genezisét és az epulis érési folyamatával kapcsolatos szöveti változásokat.

A készítményeket részben 10%-os formalinnal, részben Susá-val fixáltuk és a metszeteket haematoxylin-eosinnal, pikrinsav-savanyú-fuchsinnal, vashaematoxylinnal, azannal festettük és Papp és Foot féle ezüstimpregnálást végeztünk. Különösen tanulságos volt a különböző festési eljárások összehasonlítása sorozatos metszeteken.

A vizsgált anyagot *klinikailag* két nagy csoportra oszthatjuk:

1. ép fogak mellett fejlődő, körülírt, éleshatárú, tömött tapintatú szövetújképződésekre. Ezekre klinikailag is jellemző a nagyfokú recidivakészség, sokszor csak az ép szomszédos fog eltávolításával akadályozhatjuk meg kiújulásukat.

2. Szúvas fogak, gyökerek mellett, lobos jelenségek kíséretében fejlődő szövetburjánzásokra. Ezek elmosódott határuak, szivacsosak, sarjszövetre emlékeztetnek. Kiirtásuk után kiújulásuk sokkal ritkább, mint

hogy a szövetburjánzással együtt a gyökereket, rossz fogakat is eltávolítjuk.

Az epulisok *szöveti képe* elég változatos. Jellemző rájuk:

1. a fibroblast típusú stroma, mely kötegekben vagy szabálytalanul elrendeződő orsóalakú vagy tojásdad, elég nagymagvú kötőszöveti sejtekből áll;

2. extracellularis rosthálózat, változó mennyiségű, a fejlődés kezdetén egész fiatal, praekollagén argentofil rostokat találunk. Ezek később megvastagodnak és kollagen festést adó rostokká válnak, idővel a rostképződés lép előtérbe, a sejtes elemek rovására a rostok felszaporodnak;

3. óriássejtek, változó számban találhatók, homogen vagy finoman szemcsés plazmatömegben 8—10—20 kromatindús magot találunk, de előfordulnak 100—150 magot tartalmazó óriássejtek is.

Az egyes esetek összehasonlításakor az epulisokon bizonyos fejlődést figyelhetünk meg és a fejlődés foka szerint 3 típust különböztethetünk meg, melyekben az egyes szövetelemek különböző mértékben és kifejlődési fokban találhatók:

1. *Fiatal, növekedésben lévő epulis:* jellemző rá a sejtdússág, sok kapillárist tartalmaz. Ezüstimpregnációval a fiatal kötőszövetre jellemző vékony ezüstrostokat mutathatunk ki, melyek praekollagen rostoknak foghatók fel. Általában kevés óriássejtet tartalmaz.

2. *Kifejlett epulis*ra jellemző, hogy a rostok megszaporodnak, megvastagodnak, kollagen rostokká érnek, már adják a kollagen rostfestést. Számos óriássejtet találunk bennük és nagyon jellegzetes, hogy az óriássejtek vastagodó rosthálózatban helyezkednek el. Ezüstimpregnációval az óriássejtek körül, azokat hálózatosan, szinte kosárfonatszerűen körülvevő rostszerkezetet mutathatunk ki. Az óriássejtek körül kisebb-nagyobb szövetközti bevérzések. (1., 2. ábra.)

3. *Visszafejlődő, vagy elöregedő epulis,* — jellemző rá, hogy a kollagen rostok erősen megszaporodnak, idősült vérzések, haemosiderin található, az óriássejtek száma csökken. Olykor az óriássejtekben szegényebb területeken — ahol tisztán fibroblast típusú sejtek vannak — osteoid alapállomány kicsapódása és csontszigetek képződése figyelhető meg.

Az *óriássejt* az epulis legjellemzőbb szöveteleme. Az óriássejtek miatt, a vegyessejtű sarcomák óriássejtjeire emlékeztető szöveti kép alapján, nevezték az epulist sarcoma gigantocellularae-nak, bár mindenképen helyesebb lett volna fibroma gigantocellulare nak nevezni. Ugyanis az epulisok sem a klinikai viselkedés: az infiltratív növekedés és az áttételek hiánya, sem a szöveti szerkezetük alapján nem sorozhatók a rosszindultú daganatok közé. Hiányoznak a rosszindulatúság szöveti jelei: magoszlások csak igen elvétve láthatók. Nincsenek sejtmagelváltozások, mint a kromatinállomány zsugorodása (pyknosis), teljesen hiányoznak a multipolaris-, hypo- és hyperchromiás magoszlások. Sebészi eltávolítás után kiújulásuk csak akkor következik be, ha a daganatszövet nem lett teljesen eltávolítva.

Az óriássejtek változó számban fordulnak elő, fiatal sejtdús burjánzásokban, valamint hegesedő, rostos epulisokban gyér számban láthatók. Kifejlett epulisokban elég gyakoriak, s találunk olyan daganato-

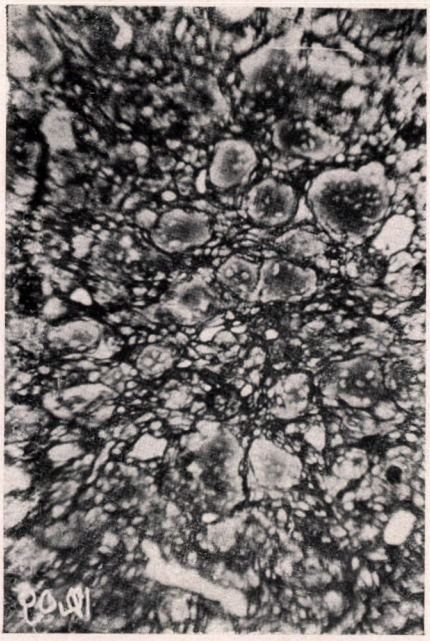
kat, melyek szinte zsúfoltak óriássejtekkel. Az óriássejtek számának ezt a váltakozását az okozza, hogy csak a fejlődés bizonyos fokán jelennek meg, majd idővel eltünnek és helyüket rostos kötőszövet foglalja el. Az óriássejtek képződését *Ritter* a kapillárisok endotéljának burjánzásával magyarázza, úgy hogy az endotél szaporodik, a kapilláris falán kis bimbók jelennek meg, de ezt a folyamatot nem követi lumenképződés. *Konjetzny* az óriássejtek keletkezését hasonlóképen kapilláris endotélburjánzásra vezeti vissza. Az óriássejtképződés úgy történik, hogy a kész kapillárisok endotéljának szaporodása folytán az erek lumene beszükül, vagy teljesen eltünik és így támadnak a kerek, élesen határolt óriássejtek koncentrikusan elhelyezett magvakkal. *Konjetzny* véleménye szerint az óriássejtek szerepe a vérzések felszívása és ennek megszünte után eltünnek.

Készítményeinkben elég nagyszámban találtunk óriássejteket. Az óriássejtek protoplazmája egynemű, néhol finoman szemcsés, vagy habos szerkezetű, olykor kisebb-nagyobb vakuolákat találunk bennük. A sejtben a magvak elrendeződése eléggé változó. Lehetnek a plazmában egyenletesen elosztva, gyakran látjuk, hogy a sejt középrészén, vagy egyik polusához közelebb szétszórva helyezkednek el (3. ábra). A magvak elrendeződéséből, alakjából nehéz arra következtetni, hogy az óriássejtek kapillárisok endotéljéből származnának. Hajszálerekkel, érbimbókkal való kapcsolatot nem tudtuk kimutatni. Sehólsem találtunk olyan részt, mely az óriássejteknek a hajszálerek endotéljéből való lefüződését mutatná.

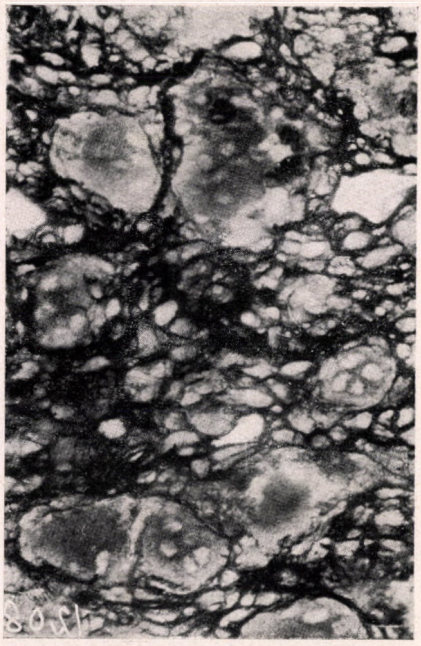
Az *óriássejtek fejlődésével* kapcsolatban elég sok sejtben találtunk kettős magvacskát és egyes helyeken a magvakban befűződést és direkt oszlás jeleit figyelhettük meg. Szembetűnő, hogy a fiatal óriássejtek plazmája éles határ nélkül megy át a környező kötőszövetbe. A sejtek felületén kis betüremkedések, behuzódások láthatók, melyeknek a környező kötőszöveti sejtek nekifekszenek és plazmájuk összeolvadása figyelhető meg (4. ábra). A sejt növekedése tehát a kötőszöveti sejtek összeolvadása útján is történhet. Idősebb sejteken azt láttuk, hogy a sejt csak egyik pólusán függ össze éles határ nélkül a környezettel, míg a többi oldalon a sejthatár jól kivehető. A sejtplazma festődése nem egyenletes, hanem az élesen határolt részeken sötétebbre (erősebben basofilra), a környezettel összefüggő részén világosabbra festődik (5. ábra).

Készítményeinkben az *óriássejt keletkezésének két módját* találtuk. Az óriássejt képződhet kötőszöveti sejtmagvaknak amitotikus oszlása útján, mikor a sejtmag oszlását nem követi a plazma kettéválása és történhet kötőszöveti sejteknek összeolvadása útján: egyes sejtek beván-dorolnak a fejlődő óriássejtekbe. *Az óriássejtek képződése a csonthártya, vagy a kapillárisok körül lévő kötőszöveti sejtekből* (tehát nem az endotél, hanem inkább a Maximow-féle nyugvó adventicia sejtekből) *indul meg.*

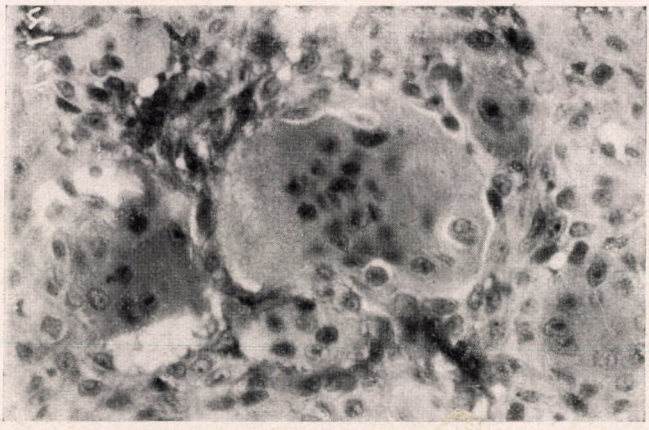
Az óriássejtek szerepét vizsgálva *Konjetzny* és *Häupl* az idegentest óriássejtekhez hasonló sejteknek tartja őket, melyek feladata gyulladásos termékek, vérzések, vérfestékrögök felszívása. *Ribbert* a csontfelszívó sejtekkel, osteoklastokkal rokon sejteknek tartja az epulis óriássejtjeit.



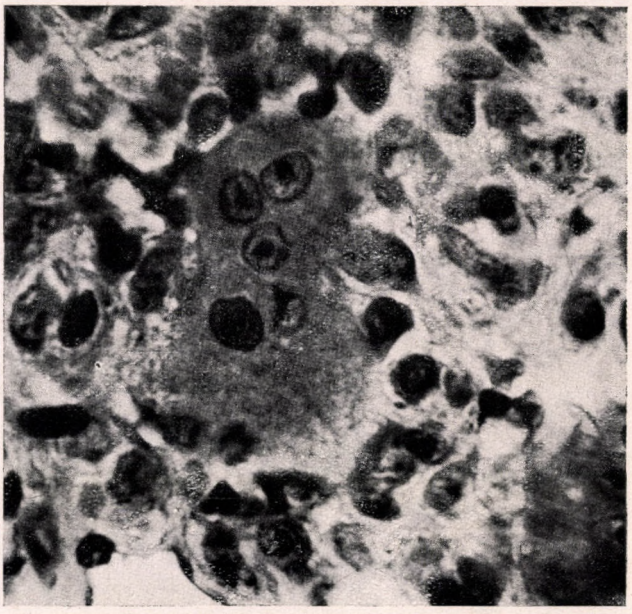
1. ábra. Óriássejtes epulis. Papp f. ezüstimpregnáció. Az óriássejteket kosárfonatszerűen fínom argentofil rosthálózat veszi körül.



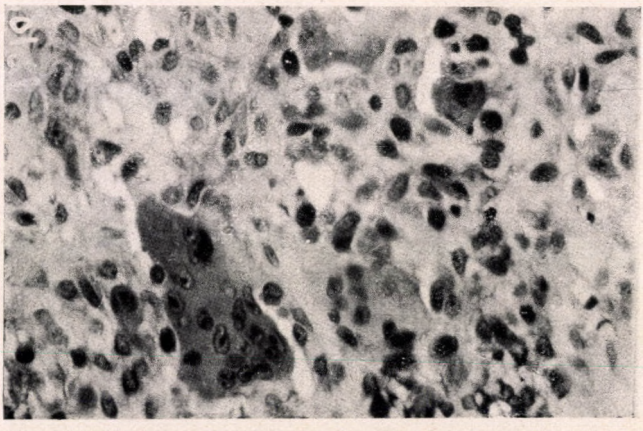
2. ábra. Az óriássejteket befonó argentofil rosthálózat erősebb nagyítással.



3. ábra. Óriássejt, a sejt közepén elrendeződő magvakkal. A sejtplazmában vakuolaképződés. A sejt szélén a sejthez nekifekvő fibroblast.



4. ábra. Óriássejt erősebb nagyítással. A sejthatár csak a sejt bal oldalán vehető ki élesen, jobb oldalán a sejthatár elmosódott. Az óriássejtbe beolvadó fibroblastok figyelhetők meg.



5. ábra. Óriássejtes epulis. Az óriássejtes epulis. Az óriássejt egyrészén éles határ nélkül összefolyik a környező fibroblastokkal. Ezen a részen a sejt világosabbra festődik.

Ha az epulis óriássejtjeit összehasonlítjuk az osteoklastokkal, azt találjuk, hogy az *osteoklastok,* általában ahogy *Weidenreich* leírja őket, elég nagy sejtek, 30—40 μ μ széles és 40—90 hosszú sejtek, nagyságuk tehát megfelel egy közepes típusú epulisóriássejt nagyságának. Az osteoklast sokmagvú plazmatömeg, a magvak száma 2—5, de vannak 10—20, kivételesen 50—60 maggal bíró sejtek is, plazmájuk bazofil és kétféle granulációt tartalmaznak. Az osteoklast keletkezése történhet egy és ugyanazon sejt oszlásából vagy több sejt összeolvadása útján. A vélemények eltérnek, hogy a sejtoszlás mitotikus, vagy amitotikus módon történik. Jellemző rájuk nagyfokú histolytikus képességük. Hatásukra a mészsók, rostok és a közti ragasztóanyag egyenletesen felszívódik. A csont felszívását azonban nemcsak a többmagvú osteoklast sejtek végezhetik. *Köllicker* és *Pommer* hangsúlyozza, hogy a csontfelszívódás nincs bizonyos sejtes elemek jelenlétéhez kötve, hanem a kapilláris nyomásnak gyuladás ,vagy más okból bekövetkező fokozódása és ennek következtében a szövetnedvek qualitatív és quantitatív megváltozása okozza. A nyomásfokozódás idézi elő egyes sejtek osteolytikus tevékenységét. Osteolytikus tulajdonsággal bírnak a többmagvú osteoklast sejteken kívül a nagy egymagvú kötőszöveti sejtek és a nyirok- és vérérkapillárisok endotél sejtjei. *Maximow* is kiemeli, hogy a csontvelő fiatal kötőszöveti sejtjei is osteolytikus hatással bírnak. A fokozott nyomás megszünésével az osteoklastok szétesnek, esetleg osteoblasttá, vagy nyugvó kötőszöveti sejtekké válnak.

Óriássejtek jelenléte különleges gyulladást jelent. Óriássejtképződés ott következik be, ahol különlegesen nehéz felszívódást találunk, melyet a szervezet egymagvú kis fagocita sejtjei elvégezni nem tudnak. Szinte azt mondhatjuk, hogy több kis sejt egyesül a nehéz feladat elvégzésére. Az óriássejtképződés tehát a szervezetnek sepciális reakciója nehezen transportálható szövetek (csont, kiterjedt vérzések. elhalások) felszívására.

Az epulisok kifejlődését és az óriássejtek szerepét tekintve azt találtuk, hogy különösen a *fejlődés kezdetén eltakarító, felszívó sarjszövettel állunk szemben.* A fiatal epulis óriássejtjei és az osteoklast sejtek között nagyfokú hasonlóság mutatható ki. Nagyon jellemzően láttuk ezt egy fiatal, néhány hét óta fennálló epulisnál.

Az eset leírása: a hám és csontszövet között beékelődve növekedő sejtburjánzás. A csontgerendák szélén felszívódás jelei. A csontgerendák között érdús és igen sejtdús lazarostos kötőszövet, mely nem választható el élesen a daganatszövet strómájától. Az óriássejtek a csonttól, ill. a daganatszövet strómájától csak bizonyos távolságban jelennek meg. Az órássejtek igen különböző nagyságúak, többnyire oválisan elnyúltak, 5—20 mag van bennük. Plazmafestésük jóval erősebben bazofil, mint a környező orsóalakú sejteké. Az óriássejtek plazmafestése nem egyenletes. Egyik végükön a festés sokkal halványabb, a sejthatár itt éles határ nélkül megy át a környezetbe. A felszívódó csontgerendákon *jellegzetes osteoklastok láthatók, melyek színeződése teljesen hasonló az óriássejtek színéhez.*

Az osteoklastok csontlebontó hatásukat savtermelő képességüknek és fermenthatásuknak köszönhetik, feltételezhető, hogy az epulisok óriássejtjei is hasonló savtermelőképességgel bírnak.

A felszívó sarjszövet feladatának befejezése után tömött rostos kötőszövetté alakul, melyből az óriássejtek eltünnek.

Vannak egyes esetek, mikor ez a regresszív átalakulás: a hegszövetté való visszafejlődés nem következik be és előtérbe lép az óriássejtképzés. Ilyenkor az érdús granulációs szövet helyébe orsóalakú sejtek kerülnek, melyek között igen nagyszámban találhatók sokmagvú óriássejtek. Ez a kép teljesen hasonló a jóindulatú kötőszöveti daganatok szerkezetéhez és véleményünk szerint a csontfelszívó szövetből kiinduló daganatnak, osteoklastomának fogható fel. A jóindulatú kötőszöveti daganattól (fibromától) annyiban tér el, hogy a csontfelszívósejtekhez hasonló sejteket is tartalmaz, mert olyan kötőszövetből indult ki, melynek csontfelszívó sejteket termelő képessége van.

Ezek alapján választ adhatunk arra a kérdésre is, hogy az epulis a valódi daganatok, vagy sarjszövetburjánzások közé sorolható-e. Amennyiben az epulisok jelentékeny része, melyek klinkailag elmosódott határúak, szivacsosak és szúvas fogak, gyökerek mellett lobos jelenségek kíséretében fejlődnek: a felszívó sarjszövet burjánzásának, *hypertrófiájának* foghatók fel, ahol a nehéz felszívódás jeleként elszórtan óriássejtek is találhatók. Azok a szövetképződmények, melyek körülírtak, éleshatárúak, tömött tapintatuak, ép fogak mellett fejlődnek, szerkezetükben különböző irányban haladó orsóalakú sejtek nyalábjaiból és köztük nagyszámú óriássejtből állanak: a csontfelszívó szövet *daganatának* tekinthetők.

A szervezet egy csontján sem találunk olyan élénk csontátépítést, mint éppen az állcsontokban, ahol részben a fogváltással kapcsolatos felszívódásos folyamatok, részben a fogak kifejlődése, elvesztése, változó irányú megterhelése, valamint gangrénás fogak, gyökerek mellett lezajló gyulladásos folyamatok kihatva a csontra, annak átépítését idézik elő. Ez adja magyarázatát, hogy az állcsontokban találjuk legtöbbször a csontfelszívószövetnek túlsarjadzását és olykor daganatos elfajulását.

Szövettani vizsgálataink beigazolták, hogy az epulis — ha a csont felültéről is indul ki — nemcsak a csonthártyát infiltrálja, hanem beterjed a csontgerendák közé is. Ezért úgy a sarjadzásos, mint a daganatos alaknál, nemcsak magát az újonnan képzett szövetet, hanem a kiindulásul szolgáló csontrészt (alveolust) is el kell távolítani a kiújulás megelőzése céljából.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy az epulis a paradencium szövetelemeiből kiinduló szövetburjánzás. Kiváltó okként az állcsontokban lezajló csontlebontással és csontápítéssel járó folyamatok szerepelnek. Klinikailag két típusban jelentkezik: 1. szuvas fogak, gyökerek mellett, inygyulladás díséretében fejlődő, elmosódó határú szivacsos sajszövet; 2. ép fogak mellett fejlődő. körülírt, éleshatárú daganat. Szöveti szerkezetét jellemzi a fibroblasttípusú stróma, extracelluláris rosthálózat és az óriássejtek. Az óriássejtek alakjukban és festődésükben nagymértékben hasonlítanak az osteoklastokhoz és nehéz felszívódás jeleként foghatók

fel. Az óriássejtek fejlődése a csonthártya és a hajszálerek körüli kötőszövet sejtjeiből indul meg, ritkábban amitotikus megoszlás gyakrabban a sejtek összeolvadása útján. A sarjadzásos epulisnál bizonyos érési folyamat figyelhető meg: a fiatal érdús kötőszövetben óriássejtek jelennek meg, a felszívódásos folyamat lezajlása után az óriássejtek eltünnek, csontszigeteket és rostos hegszövetet találunk. A tömött szerkezetű epulisok a csontfelszívószövet daganatának, osteoklastomának tekinthetők.

The Development of the Giantcell-epulis: new investigations.

Regarding to the author's findings the epulis has to be considered as a granulation-tissue, deriving from the elements of the parodontium. Etiologic factors are changes of the bone-tissue, caused by resorptive processes. There are two kinds of clinical appearance of epulis:

1. spongious granulation tissue with inditstinet outlines in the vicinity of badly decayed teeth accompanied by symptoms of chronic inflammation of the gingiva.

2. Circumscript neoplasm in the neighbourhood of healthy teeth.

Histological structure is characterized by presence of fibroblasts, extracellular fibrous network and giant cells. Shape and staining of the giant cells resemble closely to those of the osteoclast-cells and may be considered as symptoms of resorptional disturbances. The giant-cells derive from the cells of the periosteal connective tissue and the perivascular tissue.

In the granulative form of epulis, a process of maturation is to be observed; giant-cells appear in the immature vascularized granulation-tissue and after the end of the resorptive process disappear, being replaced by fibrous cicatricous tissue.

The solid form of epulis has to be considered as tumor of the resorptive connective tissue of the bone: osteoclastoma.

IRODALOM.

Balogh K.: Die Pathogenese der Epulis (Paradentoma). Z. f. Stomat. 1925. 802. o.
Häupl K.: Zur Kenntniss des sogenannten Risenzellensarkome der Kiefer. Vierteljschr. f. Zahnhlk. 1925. 449. o.
Konjetzny G. E.: D'e sog. lokalisierte Ostitis fibrosa. Archiv f. klinische Chirurgie 1922. Bd. 121. S. 567.
Kölicker A.: Die normale Resorption des Knochengewebes. F. C. W. Vogel, Leipzig. 1873.
Pommer G.: Untersuchungen über Osteomalazie und Rachitis, nebst Beiträgen zur Kenntniss der Knochenresortion, Vogel, Leipzig. 1855.
Reimann: Über die benigne Epulis. Schw. M. f. Zhk. 1925. 127. o.
Ribbert H.: Zur Kenntniss der Riesenzellensarkome. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. 1917. 29. o.
Ritter: Die Epulis und ihre Riesenzellen. Dtsch. Zschr. f. Chirurgie. 1900. Bd. 54.
Siegmund H.: Bemerkungen über den Bau und das Wesen der Riesenzellepulis. D. M. f. Zahnhlk. 1926. 270. o.
Szabó J.: Az epulisok kórszövettanához. F. Sz. 1933. 643. o.

HARVARD CEMENT, C. W. Z. IDEGTŰ
és mindennemű fogászati anyagok kaphatók LAKATOS REZSŐ, DENTÁL DEPÓBAN, Bpest, Dohány-u. 68. I. HIVATALOS ARANYELOSZTÓHELY

Fültőmirigy kivezető csövének elzáródása és következményei

Írta: PERINT JENŐ kórházi főorvos.

A fültőmirigyvezeték elzáródását előidéző okokat 3 főcsoportra oszthatjuk.

Az első csoportba, mely a legszűkebbkörű, tartoznak az anatomiai és fejlődési rendellenességek. A második csoportba a mirigyállományba, vagy kivezető csövébe jutott idegen testek (idegen tárgyak) okozta elváltozások tartoznak. (Exogen factorok.) A harmadik csoportba a mirigy, vagy a kivezető cső akut krónikus gyulladásos, valamint daganatos eredetű elváltozásait soroljuk. (Endogen elváltozások.)

Mielőtt a fentiek részletes ismertetésébe kezdenénk, szükségesnek mutatkozik a *glandula parotis* és *ductus Stenonianus seu parotis* rövid anatomiai és szövettani ismertetése.

A *glandula parotis* a *regio facialis* területén foglal helyet. Felső határa a járomívcsont, mediálisan a *musc. masseter* közepéig terjed, kraniálisan kitölti majdnem az egész *fossa retromandibularis*-t, alsó határa a mandibula szára alá terjed egy ujjnyira. Kivezető csöve: a *ductus parotis* hátulról előre vízszintes irányban haladva, keresztezi a *musc. masseter* első kötegét, majd a *musc. buccinatorius*-t áttörve a felső második őrlőfog koronájának megfelelőleg a borca nyálkahártyáján kölesnyi papillában szájadzik.

Közvetlenül a beszájadzás előtt a fültőmirigytől elszigetelten kis járulékos mirigycsoportokat találunk, melyek szövettanilag és funkcionálisan a fültőmirigy állományának felelnek meg és mindazok a károkok, melyeket a fültőmirigy megbetegedéseivel kapcsolatban kimutathatunk, ezekben a járulékos mirigyekben is hasonló elváltozásokat okozhatnak.

A fültőmirigyet külsőleg a *fascia parotideo-masseterica* fedi és a hátsó hártyája, mint *fascia parotidea* az egész *fossa retromandibularis*-t kibéleli. Ennek *lamina profunda*-ján egy nyílást találunk, mely a *parotis* fészkét a *spatium parapharingeum*-mal összeköti. A *nerv. facialis* ágai legyezőszerűen ágaznak szerte és keresztül a mirigy állományon.

A nyálelválasztást a mirigy idegei és ezeknek reflexjelenségei irányítják. *Szabó* szerint a nyálelválasztás idegműködések kormányzása alatt áll. Ezek jól tanulmányozott reflexjelenségek, eléggé ismertek az 1. afferens, 2. efferens idegműködések és 3. azok centruma.

Szerkezetét illetőleg a *parotis* összetett, csöves, acinozus, tömlős mirigyekből áll. A nyálmirigyek kivezető csövét hengerhám béleli, a nagyobb, egyesült csövek falában izomrostokat is találunk. A nyálkamirigyek kivezető csöve másod- és harmadrendű ágakból tevődik össze. A lobulusokat sűrű ideghálózat szövi át, melyek a szekreciós funkciókat irányítják.

Thanhoffer és *Krompecher* különösen behatóan foglalkoztak a nyál mirigyek normális és kórszövettanával. *Okamura* a *parotis*-ban interlobulárisan a kivezető csövek és érkapillárisok között az acinusokba behatoló orsóalakú multipolaris ganglionsejteket talált, melyeket szimpatikus képződményeknek tart.

Az elzáródás okait természetesen nem lehet olyan élesen egymástól elválasztani, mint ahogyan azt a fenti csoportosításban felállítottam, de a tárgykör bizonyos rendszerbe foglalása a kérdés tisztázását megkönnyíti.

A felosztásban szereplő okozatok szervesen egymásba kapcsolódnak és egymásra való hatásuk folytán újabb obturációs lehetőségeket teremthetnek. Így pl. a nyálpangás kőképződésre vezethet, viszont kő jelenléte nyálpangást idézhet elő. Bizonyos típusú kő gyulladásos ter-

mék, viszont kövek krónikus gyulladást tarthatnak fenn.

Az elzáródás okai lehetnek tehát:

I. Anatómiai illetve fejlődési rendellenességek.
II. Exogen faktorok.
Idegen testek (idegen tárgyak).
Pneumatokéle.
III. A mirigyállomány vagy a kivezető cső endogén elváltozásai.
Gyulladások.
Daganatok.
Nyálkőképződés.

I. Anatómiai illetve fejlődési rendellenességek.

Azoknak az anatómiai rendellenességeknek csoportja relative szűkkörű, mely a vezeték elzáródását okozhatja. Inkább azokat a rendellenességeket kell figyelembe venni, melyek a mirigy tájanatómiai elváltozásai következtében adódnak. Az irodalomban több adatot találunk, mely szerint a *parotis* nem a normális anatómiai helyét foglalja el. Ha ez a helyzeti eltolódás maga után vonja a vezeték helyzetváltozását is és rendellenes lefutása szöglettörésekre, beszűkülésekre ad alkalmat, obturáció következhetik be, mely nyálpangással párosul és ezzel kapcsolatban nyálkőképződési lehetőség adódik.

A *parotis* vezeték lefutása eltérhet a relatív egyenes vonaltól: kanyargósvonalú vezeték szintén alkalmas arra, hogy a nyálkiürítésben lassúbb áramlású helyen a nyál anorganikus alkatrészei kicsapódván, a kőképződést megindítsák.

Braun az anatómiai rendellenességeket, a mirigy fejlődési rendellenességű ömlős képleteit a nyálkőképződésben mint fontos tényezőt említi. Erről a tumorok tárgyalásánál még részletesen les szó.

Cavallero leírt egy esetet, ahol a felső szemfog eltávolítása után az alveoláris üreg egy borsóalakú és nagyságú járulékos *parotis* mirigygyel közlekedett. Ugyanennél a betegnél nyálpangást is észlelt, ami azonban oki kapcsolatba a fenti lelettel nem hozható.

II. Exogen factorok.

Idegen testek.

Idegen testek kétféle úton kerülhetnek be a mirigybe, illetve a vezetékbe.

1. A szájüregen át mechanikus úton préselődnek vagy nyomulnak be a kivezető csőbe,

2. sérülések következtében az arcbőrön át.

Leggyakrabban a szájüregen át parotiszvezetékbe került idegen testekről van szó, melyek a nyálkövekhez hasonlóan obturálhatják a kivezető csövet, vagy gyulladásos folyamatot indíthatnak meg.

Heinike 48 idegen test esetének észleléséből a *duct. Whartoni*-ban 27-et, a *duct. Stenonianus*-ban 19-et *és a duct. sublingualis*-ban 2 esetet ír le. Az idegen testek anyagai szerint a következőket találta: szalmaszál 14, gabonamag 7, szőrszál 6, gabonahüvely 5, toll 3, gyümölcsmag 2, fadarab 2, sörét 1, hajszál 1, fogpiszkáló 1, gesztenyehéj 1.

Pacquet főleg gabonaszemeket, *Zilz* egy letört fogdarabot, *Delery* és *Rouxeau* gyümölcsmagokat és *Hulka* fadarabot észlelt.

Amint látjuk, mindenféle idegen anyag szerepelhet. Ehhez szeretném hozzáfűzni egy esetem ismertetését, hol *duct. Whartoni*-ban egy amalgándarabot és a *duct. parotis*-ban szőlőszemet találtam. *Berger* és *Genzmer* véleménye szerint a szájüregben leváló fogkövek is szerepelhetnek mint bejutó idegen testek.

Azt látjuk, hogy gabonafélék milyen szép számmal szerepelnek *Heinike* kimutatásában. Viszont azt is tudjuk, hogy az *aktinomyces* gomba-fertőzés etiológiájában milyen fontos szerepet játszik az, hogy ezek a gabonahüvely rostokon tapadnak meg. Több szerző kiemeli az *aktinomyces* gomba jelentőségét parotitiszek és nyálkövek szempontjából. Ha tehát azt látjuk, hogy az idegen testek közül milyen sokszor szerepelnek a gabonafélék, elképzelhető, hogy ezúton alkalom nyílhat a szájüregen át *aktinomycosis*-os fertőzésre.

Söderlund és *Naeslund* 41 esetet írt le idegen testek és nyálkövek okozta nyálmirigyvezeték elzáródásáról. Ők az obturációs jelenségek előidézésében sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az idegen testeknek, mint az anorganikusan képződött nyálköveknek. Leírt eseteikből 34 a *gl. submaxillaris*-ból, 7 a *gl. parotis*-ból származott. Számszerűen nem közlik, de az esetek egy részében a kő, illetve az idegen test még identifikálható alapanyagában, mint kőmag elhalt *aktinomyces* gombák tömegeit találták.

Sérülések következtében, különösen háborús sérülések után az amerikai szerzők sok esetben leírtak *parotis*-sérüléseket és a sebgyógyulás után apróbb idegen testek, repeszdarabok maradtak a *parotis* állományában. Szerintük érdekes megfigyelésre nyílik majd alkalom, hogy milyen úton fognak ezek az idegen testek eltávozni, avagy a mirigyállományban milyen másodlagos elváltozást idéznek elő. Mindezideig nem találkoztam az irodalomban olyan esettel, mely szerint az exogén úton bejutott idegen testek a mirigyvezetéken keresztül távoztak volna, vagy a mirigyvezetékbe kerültek volna.

Pneumatokele.

Egészen speciális elváltozás, ami azáltal jön létre, hogy levegő kerül a *ductus*-on át a fülőmirigybe. Üvegfúvóknál és fúvóshangszerzenészeknél fordulhat elő. A levegő mint puha sercegő ballon tapintható. A *duct. parotis* időleges elzáródása miatt nyálpangással párosulhat.

Egy külföldi filharmonikus zenekar pesti vendégjátékával az Operaházból előadási szünetközben a puzonos keresett fel a bal fültőmirigynak megfelelő helyen ballonszerűen tapintható, hirtelenül fellépő duzzanattal. Enyhe masszírozással perceken belül megszünt a panasza és a duzzanat.

III. A mirigyállomány, vagy a kivezető cső endogen elváltozásai.

Gyulladások.

A gyulladásokat két csoportba oszthatjuk. Az első a *parotis* és kivezető csövének gyulladásait foglalja magában, a második csoport a *regio facialis* területén lezajló gyulladásokat tartalmazza.

A *parotis* gyulladásainál minden esetben a mirigy tapintásra érzékeny és fájdalmas. A fájdalmak kisugározhatnak a fél arc területére és a fogakra is. A mirigy duzzadt, részben a gyulladás szerozus vagy genynyes váladéka, részben a mirigy szövetpusztulása miatt. A duzzanatban azonban főszerepet játszik — különösen az első napokban — a nyálpangás. A nyálpangás nem tart soká, mert a gyulladt mirigyek működése csökken. Láz és ödema mint kísérőjelenségek a mirigygyulladás majdnem minden akut formájában jelentkeznek. A kivezetőcső elsődleges vagy csatlakozó gyulladása miatt elzáródásos tünetek lépnek fel. A gyulladás következtében hámleválások, nyálkafoszlányok elzárhatják a kivezető cső belsejét. Ezek sokszor képezik egy későbbi kőmag alapját és ha egy tünetmentes aszeptikus kő volt jelen, annak inficiálódása ilyen gyulladásokkal kapcsolatos folyamatoknál a leggyakoribb. *Kroiss, Alexander, Kuttner* a kőképződés egyedüli okát a parotiszban lezajlott gyulladásnak tulajdonítja. Az kétségtelen, hogy a gyulladásoknak igen nagy szerepe van a kőképződésben, de ezt a teljesen kizárólagos feltevést nem tudnám magaménak tenni.

A mirigygyulladás azonban nem zajlik le mindig csak a mirigy állományán belül és a kivezető csőben, hanem átterjedhet a szomszédos képletekre, szervekre is. Az anatomiai ismertetésnél leírtuk a *parotisz fészket*, melyben a mirigy ül. Megemlítettem, hogy a *fascia lamina profundá*-ján át egy nyílás a *spatium parapharingeum*-mal köti össze. Itt haladnak a nagy nyaki erek és az ezeket borító fasciák mentén a gennyedés a nyaki tájékokra is leterjedhet. A *parotitiszek* terjedhetnek az arcbőr irányába és a pofa felé. Kedvezőtlen körülmények között a genny ezeket áttöri és gennyes sipoly képződik, mely később nyálsipollyá alakulhat.

Pendt és *Materna* leírt egy esetet, melyben kétoldali *parotitisznél blastinomyces* gomba okozta fertőzés lépett fel. *Kretschmár* egy többször recidiváló *parotisz* és *gl. submaxillaris* gyulladása miatt a *gl. submaxillaris* műtéti eltávolítását hajtotta végre. Szövettanilag megvizsgálva a mirigyállomány nagyfokú szklerotizálódását és a mirigylebenykék atrofiáját találta. A cirrotikusan atrofiás mirigy kivezető csövei kitágultak és kereksejtes beszűrődés volt jelen. A mirigyállományban elszórva sok kis nyálkő volt.

A *parotisznak* és a kivezető csövének gyulladásos folyamatai, melyek a *duct, parotis* részleges vagy intemi táló elzáródására vezethetnek, akutak és krónikusak lehetnek.

Előidéző kórok szerint lehet a gyulladás aszcendáló, deszcendáló illetve hematogén és a környező szervekről átterjedő. A gyulladást megindító okok között szerepelhet a nyálkő és a bejutott idegen test.

A *parotis* gyulladása társulhat egy távoleső szerv betegségéhez, amint ezt igen gyakran látjuk, a gyomor-bél huzam megbetegedéseinél *(typhus)*, a vesefolyamatoknál, stb. és megfordítva *parotitis* okozhatja távoli szervek megbetegedéseit. Sajátságosan gyakori szövődmény az *orchitis*.

Aszcendáló gyulladások — a szájüregen át a parotitiszvezetékben felhatoló fertőzés — csökkent nyálelválasztással járnak, mrt a gyulladt mirigycsövek megduzzadása miatt a nyál lefolyása akadályozott. Ilyenkor pszeudocisztás tüneteket is észlelhetünk.

Ezt a nyálpangást (ha a gyulladás a kivize ő cső falaiban van) a kő okozta pangásos tünetektől nem mindig tudjuk elkülöníteni. Általában, ha a gyulladás akár a mirigyállományban, akár a kivezető csőben duzzanattal, pangásos tünetekkel jár, az okozat az előidéző okot gyakran takarja.

Akut gyulladásoknál a *parotisz* nyomásra érzékeny, a pofa a beszájadzási helyen belövelt, esetleg kifekélyesedett és a papilla duzzadt. Lázzal jár. A *gl. parotis* tapintata tömött, körülötte az egész *regio facialis* duzzadt, vizenyős. Az étkezés, rágás és beszéd fájdalmas. Kisugárzó fájdalmak a fülbe, a halánték területére és a fogakra is kiterjednek. Láthatjuk, hogy e tünetek között sok közös vonást találunk a kő okozta elváltozásokkal is és ha a kő gyulladást idéz elő, úgy csak mint előidéző okot tudjuk regisztrálni, de úgy tünetileg, mint a therápiás beavatkozás szempontjából a gyulladás veszi át a főszerepet. Ha azonban a kő még nem idézett elő gyulladást, úgy csak az elzáródásos tünetek közösek, tehát a nyálpangás és duzzanat.

Aszcendáló gyulladásokat találunk hanyag szájápolásnál, műtétek után és súlyos, hosszadalmas betegségek alatt, valamint elmebetegeknél. Ugyancsak aszcendáló típusú mirigy- és kivezető csőgyulladás léphet fel sztomatitiszek, anginák és mindenfajta száj- és torokfertőzés esetén. *Brünning* leírt kankós fertőzést is eszcendáló tipus szerint.

Műtétek után is észlelünk parotiszgyulladást, ha a műtét altatásban történt. Évekkel ezelőtt egy hosszadalmas nőgyógyászati műtét után két nappal a jobb parotiszvezeték gyulladását észleltem. A parotiszvezeték ceruzavastagságú tömött kötegként volt tapintható és a nyálpangás fájdalmas duzzanatot okozott. *Brünning* és *Wullstein* is leírt több műtét utáni parotiszgyulladást, nyálpangás és parotiszvezeték elzáródás tüneteivel. *Bos aethernarkozis* után észlelt *parotitisz*-t és azt *aether* gyógyszerhatásának tulajdonította.

Parotitis sok heveny fertőző megbetegedésnek kísérő jelensége, illetve első jelei közé tartozik. Különösen *typhus, kiütéses typhus, vörheny, tüdőgyulladás, influenza, cholera, pestis, pyaemia* és *sepsis* eseteiben.

A *parotis* és *regio facialis* gyulladásos megbetegedéseinek részletezése azért kívánatos, mert egyrészt a parotiszvezeték elzáródását idézhetik elő, másrészt differenciáldiagnosztikai szempontból és a nyálkő okozta elváltozások elhatárolása miatt az áttekintést megkönnyítik.

A gyulladásokat a következő két főcsoportba oszthatjuk:

I. *Paroitis*-ek és a kivezető cső gyulladásai.

1. A *parotis* és vezetékének akut gyulladásai.
2. A *parotis* és vezetékének krónikus, nem specifikus gyulladásai.
3. A parotis és vezetékének kronikus specifikus gyulladásai.

I. A fültőmirigy és a kivezető cső gyulladásai.

a) *Parotitis akuta.*

1. A paroitis és vezetékének akut gyulladásai.

A *parotis* egymástól jól elhatárolt lebenyekből áll, ezért a mirigy egyes lebenyei külön is megbetegedhetnek. Aszerint, hogy a gyulladás csak egyes lebenyeket érint, vagy az egész mirigy állományára kiterjed, fájdalmas göböket, vagy egybefolyó tömöttebb tapintatú, láztól kísért terimemegnagyobbodást észlelünk. A vizenyő állandó kísérőjelenség. Az étkezés, rágás, beszéd és nyálelválasztás fájdalmas. A szájnyálkahártya a megfelelő oldalon száraz és a parotiszvezetékből, ha ninqs elzáródva, nyomásra gennyes váladék ürül. A folyamat átterjedhet a másik oldali mirigyekre is, mely esetben mindig sztomatitiszt is észlelünk.

b)) *Parotitis acuta epidemica (mumps).*

Járványos fertőző megbetegedés, melyet virus okoz. Különösen gyakori gyermekeknél, de felnőttek is megkaphatják. Legtöbb esetben néhány napon belül a másik oldalra is átterjed. Gyakori kísérőjelenség a heregyulladás. A nyaki és fülmögötti nyirokcsomók megduzzadnak. Egyébként a gyulladásos tünetek hasonlók a *parotitis acutá*-nál észlelt tünetekhez.

A parotitis acuta epidemica nem egyszerre lép fel mindkét oldalon és nem is mindig terjed rá mindkét oldali fültőmirigyre. Ez a körülmény nagyon fontos differenciáldiagnosztikai szempontból, mert a nyálkő okozta pangásos elzáródás is hasonló tüneteket okozhat. *Lightwood* több esetben megfigyelte, hogy mumps után *myelitis* lép fel. Az agyidegekre is ráterjed, különösen a VII. agyidegre. Az ezévi *mumps*-járványnál több agyhártyagyulladást észleltem. *Penzoldt* érdekes megfigyelés egy *mumps*-esettel kapcsolatban az volt, hogy a folyamat nem a fültőmirigyekre, hanem kizárólag a *submaxillaris* és *sublingualis* mirigyekre terjedt és a virusokat iis csak ezekből a mirigyekből nyert gennyből tudta kimutatni. *Neumann mumps*-eseteknél az *epigastrium* nyomási érzékenységét emeli ki.

c) *A parotiszvezeték akut gyulladása.*

Sialodochitis acuta.

Ez a parotitiszek állandó kísérőjelensége, mely gyógyulás után is még hosszabb ideig fennállhat. A parotiszvezetéket tömöttnek tapintjuk, belőle enyhe nyomásra genny ürül. Nyálpangás kis mértékben előfordul.

2. A parotisz és vezetékének kónikus nem specifikus gyulladásai.

a) *Parotitis chronica.*

Akut parotitiszek, vagy vezetékgyulladások után a mirigy állományában szétszórt göböket tapinthatunk, melyeket kötőszöveti tultengés okoz. A gyógyulás hosszú ideig tart, sokszor nem is következik be.

b) *Sialodochitis fibrosa.*

A mirigy kivezető csövének krónikus gyulladása. A vezeték kitágul, tömötté, egyenetlen tapintatúvá válik. A kivezető csőben kiöblö-

ződések, divertikulumok képződnek. Ezek a divertikulumok igen alkalmasak nyálkövek képződésére. Nyálpangás, kólika itt is felléphet és miután a heveny gyulladás tünetei hiányzanak, a legkönnyebben téveszthetjük össze nyálkő jelenlétével, melyhez az is hozzájárul, hogy bimanuális vizsgálattal a parotiszvezeték egyenetlen megvastagodásait köveknek tarthatjuk.

3. A parotisz és vezetékének krónikus specifikus gyulladásai.

a) *Tuberkulózis.*

Tuberkulózis nem szokott primér elváltozás formájában a parotiszban fellépni, de csatlakozhatik egyéb tuberkulotikus folyamatokhoz. Hematogén és aszcendáló úton léphet fel a gyulladás.

b) *Lues.*

Gumma is ritkán lép fel csak a parotiszban, de ebben az esetben a tumoroktól a mirigyek hatalmasan kifejlődött megnagyobbodása, a komplementkötés pozitív volta különíti el.

c) *Aktinomycosis.*

Az *aktinomyces* kimutatható laboratóriumi vizsgálattal a parotiszvezetéken át ürülő gennyből. Több esetet ismertetek újabban, ahol a nyálkő magját *aktinomyces* fonalak képezték. Rég lezajlott fertőzésekre is lehetett következtetni, mert évekkel előbb eltávolított nyálköveket vetettek szövettani vizsgálat alá és állítólag sikerült kimutatni elhalt gombafonalak tömegét.

II. A regio facialis területén lezajló gyulladások, melyek nem a fültőmiriggyel állnak összefüggésben.

1. *Szájüregből kiinduló gyulladások.*

a) *Sztomatitiszek.*

Sztomatitiszek következtében a nyálkahártya megduzzad, kompressziós úton nyálpangás jöhet létre, ha ez a pofának azon területén lép fel, ahol a parotiszvezeték szájadzik.

b) *Dentális eredetű gyulladások.*

Dentális eredetű periodontitiszek, periosztitiszek, paradentitiszek (aktivált granulomák és ciszták) is ezen területen folyhatnak le. Az injekciók utáni szövődmények is ebbe a csoportba tartoznak.

Az állcsontokban fellépő *osteomyelitis* kezdeti stádiuma, amikor a csontokban az elváltozást röntgennel még nem lehet kimutatni és az *osteomyelitis* lehetőségére nincs tisztázott kórelőzmény (dentális vagy nazalis), sokban fedi a *parotitis* klinikai képét.

2. *Az arc képleteiből kiinduló gyulladások.*

c) *Myositis.*

Különösen a *mm. masseter*-ben fellépő reumás eredetű *izomgyulladások* jöhetnek számításba. Az izom akút gyulladása klinikailag könnyen utánozhatja a mirigylob tüneteit. (Ismervén a *duct. parotis*

anatómiai helyzetét.) A két *m. masseter*-nek a parotiszvezetékre gyakorolt nyomása nyálpangást okozhat és a reumás göbök krónikus esetben nyálkövekkel könnyen összetéveszthetők.

Különös érdekességű egy *Berg* által leírt eset, melynél a *masseter*-ben borsónagyságú, keménytapintású képletet észlelt. Műtéti úton eltávolítva, szövetanilag lemezes csontszövetnek felelt meg, rendezetlen csontvelőszigetekkel. A képlet erősen elmeszesedett tokkal bírt. Miután ez pontosan a parotiszvezeték helyén ült, csak műtét alatt tisztázódott, hogy nem nyálkőről van szó.

d) *Vizenyők.*

Hirtelen fellépő *Quinke* ödéma és angioneurotikus ödéma is megemlítendő, mert nyálpangást és a parotiszvezeték obturációs tüneteit is okozhatta. *Schalit* írt le egy ilyen esetet.

e) *Mikulicz-féle nyál- és könnymirigy-gyulladás.*

Sajátságos kórkép a nyál- és könnymirigyek közös, mindkét oldalon fellépő gyulladásos folyamata. A szájnyálkahártyán *Blandin—Nuhn*-féle mirigyek részvételével jelentkező gyulladás. A limfocitaszám nem emelkedik. Pszeudoleukémiás jelenség, mely lépmegnagyobbodással jár. Különös ismertetőjele a könnyzacskók hurkaszerű duzzanata. A szájnyálkahártya kiszárad, ulcerozus tünetek lépnek fel; könnyen vezet a bukkán kiterjedt nekrozisokra, nomára. Nagyon ritka megbetegedés.

Tumorok.

A jóindulatú daganatok, mint keménytapintatú, kisebb-nagyobb szétszórt göbök tapinthatók. A *haemangioma* és *lymphangioma* tapintata puhább. Ökölnyi nagyságot is elérnek, környezetükkel nem kapaszkodnak össze, elmozdíthatók, a regionális mirigyekben elváltozást nem okoznak. A tumor nagysága és elhelyeződése szerint a mirigy működési zavarait idézheti elő és nyomást gyakorolva a *parotis* kivezető csövére, nyálpangást okozhat. Kis terjedelmű tumor — ha nyálpangást okoz — nehezen különíthető el a nyálkő okozta klinikai tünetektől. Kedvező esetben röntgen segítségével ki tudjuk mutatni a nyálkövet. Negatív röntgenlelet még nem jelenti azt, hogy nyálkő nincsen.

Rosszindulatú tumorokat az általános jellemző tulajdonságaik miatt nem nehéz felismerni. Tapintatuk kemény, a környező szövetekkel és az állcsonttal is összekapaszkodnak, a mirigyekben áttételeket képeznek.

Winter összefoglaló referátumában *Fedeles—Findeisen* statisztikája szerint a szervezet rosszindulatú tumorai közül 0.09% esik a fültőmirigyre. *Dunnet* szerint az összes rákdaganatokat véve alapul, 1.3% vonatkozik a *parotis*-ra. *Berg* vizsgálatai szerint a *parotis*-rák a szájsebészeti állcsont, és határterületeket vizsgálva, 2.7%-ban fordul elő.

Nyálkő okozta elváltozások azonban malignus, keménytapintatú tumorokkal való összetévesztésre is okot adhatnak. *Terrier, d'Arcy Power, Thiele, Riedel* írtak le eseteket, ahol a tumorműtét szerencsésen kő okozta *pseudotumor*-műtété változott. Viszont *Roedelius* egy kő eltávo-

lítása alkalmával a követ egy karcinomás tumorba beágyazva találta. Szerinte a kőokoz a izgalom indította meg a hámburjánzást, ami könnyen elképzelhető, mert a hámszövet mindennemű ingerre burjánzással reagál. *Bos* esetét kell megemlítenem, aki carcinoma helyett 14 drb. apró, szederalakú nyálkövet talált, melyeket röntgen segítségével nem tudott kimutatni.

A *parotis*-ban a következő tumorokat találjuk:

1. *Jóindulatú daganatok.*

a) *Tömlők.*

Rugalmas tapintatú, fluktuáló, körülírt képlet formájában észlelhetők. Rendszerint veleszületettek. Előfordul, hogy nyomást gyakorolnak a kivezető csőre és így nyálpangás jön létre.

b) *Kötőszöveti eredetű daganatok:*

Haemangioma, lymphangioma, lipoma.

c) *Hámeredetű daganat*

Az adenoma.

d) *Vegyes daganat.*

Myxoma.

Ez a daganatféleség legjellemzőbb a parotiszra. *Frökling* a parotisz umorokról szóló összefoglaló munkájában kiemeli, hogy ha vegyes eredetű daganatokról szólunk, elsősorban a *parotis* tumoraira gondolunk. *Heinike* több mint 400 esete, *Krompecher* és számos más szerző vizsgálatai is megerősítik ezt.

2. *Rosszindulatú daganatok.*

a) Sarcoma.

Kórszövettanilag legtöbbször mint *fibrosarcoma* észlelhető, de találkozunk kis, kereksejtes *sarcoma*-val és *melanoma*-val is. Néha nagyon rosszindulatú formákat látunk. Néha egyidejűleg két oldalon is fellép.

b) *Carcinoma.*

Két formában jelentkezik a parotiszban: 1. *carcinoma cirrhosum* nagyon keménytapintatú tumor, korán facialis bénulásra vezethet. 2. *Carcinoma medullare*, ahol a sejtszaporodás lép előtérbe, lágyabb tapintatú, nagyobb területre terjed és kifekélyesedésre hajlamos.

(Folytatjuk.)

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ** egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

A műgyantakoronák elkészítésének hibaforrásai

Irta: Dr. KOLLÁR LAJOS v. klinikai tanársegéd.

A műgyanta koronák készítésében többévi múltra tekinthetünk vissza, s így bőséges tapasztalataink vannak arról, hogy a gyakorlatban mennyire válnak be. A műgyantaanyagokat készítő gyárak ismertetései olyan jó tulajdonságokat említenek, amit a gyakorlat nem teljesen igazol. Kétségkívül a balsiker oka az esetek túlnyomó részében nem az anyag minőségében, hanem a helytelen csonkelőkészítésben és a technikai elkészítésben rejlik. A fogorvosi gyakorlatban rendkívül elterjedtségét ezeknek az anyagoknak könnyű és aránylag olcsó feldolgozása magyarázza meg. A műgyantaanyagok feldolgozásának előnye még abban áll, hogy a technikai munkát különösebb laboratóriumi berendezés nélkül a szakorvos maga készítheti el. A feldolgozáshoz mindössze egy küvetta és prés szükséges. A műgyantaanyagoknak fogászati célra való gyártásában még további fejlődés várható, remélhetőleg ezek a készítmények a közeljövőben részünkre is elérhetőek lesznek. E cikk keretében nem célom a hídpótlások elkészítésére kiterjedni, mert ehhez laboratóriumi felszerelés szükséges.

A leggyakoribb hibaforrást a csonk előkészítésénél látjuk. A meglazult vagy széttört koronák legnagyobb részében olyan csonkelőkészítést tapasztaltam, amelynél a csonk egy fémkorona hordására sem lett volna alkalmas. A műgyantakoronákhoz ugyanúgy, mint a porcellánkoronákhoz, a csonkot feltétlen vállal készítsük el. *Kirsten* a csonkelőkészítést hat fázisra osztja.

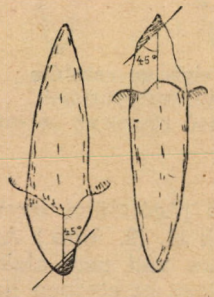
I. Első ülésben csonkelőkészítés.

1. A metszőélek megrövidítése úgy történik, hogy felső fogakon a metszőéleket palatinálisan, az alsó fogakon bukkálisan a függőlegesre 45°-ra csiszoljuk le. (1. ábra.)

2. A metszőfogak palatinális felszínéből s az őrlőfogakból okkluzálisan annyit csiszolunk le, hogy az antagonista fogak között legalább két mm. hézag legyen. (2. ábra.)

3. Az approximális oldalakat szeparáló koronggal csiszoljuk le. Ügyeljünk arra, hogy a szeparálás alkalmával a fognyakon lépcső alakuljon ki, ami a szeparáló korong helyes tartásával érhető el. (3. és 3a. ábra.)

1. ábra.



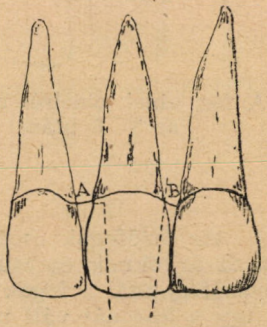
Felső fog. Alsó fog
A metszőélek megrövidítése.

2. ábra.



A palatinalis oldal lecsiszolása.

3. ábra.

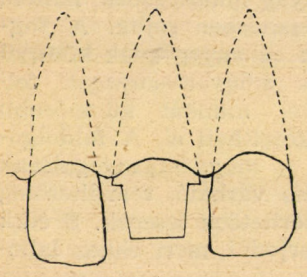


Az approximalis oldalak lecsiszolása. „A" helyes, „B" helytelen.

4. Lencsealakú montirozott kővel a labiális és palatinális oldalon rovátkát készítünk. (4. ábra.)

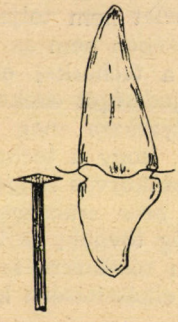
5. A labiális és palatinális oldalon hengeralakú montirozott kővel addig csiszolunk, míg a rovátkák eltűnnek. (5., 5a., 5b. ábra.)

3a. ábra.



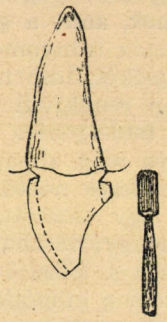
Labial. felől nézve a III. f. után.

4. ábra.



A labialis és palatinalis rovátka elkészítése lencse alakú montírozott kővel.

5. ábra.



A rovátkák eltüntetése hengeralakú kővel.

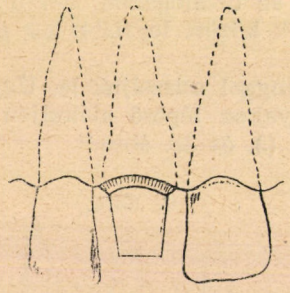
5a. ábra.



A fog approximal. old. nézve az V. f. után.

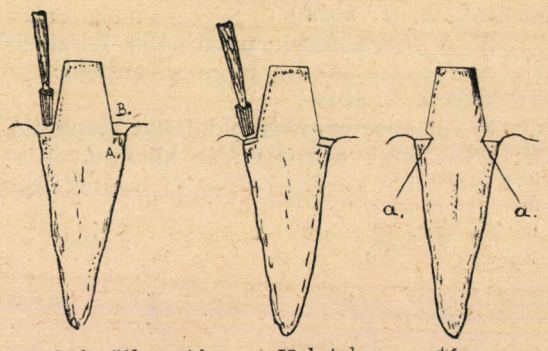
6. A csonk nyakát süllyesztő fúróval a gingiva alá süllyesztjük. Helytelen fúrótartással alámenő részek keletkezhetnek. (6. ábra.)

5b. ábra.



A fog labial. oldalról nézve az V. f. után.

6. ábra.



A csonkok süllyesztése helyes fúróvezetés „A" keskenyebb, mint „B".

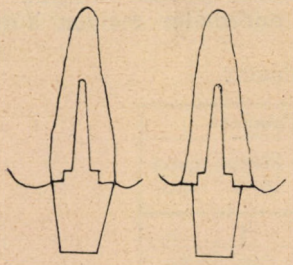
Helytelen vezetése a süllyesztő fúrónak. Alámenő részek az „a"-nál.

Az örlőfogak csonkelőkészítésénél fontos, hogy a rágófelület lecsiszolását az árkoknak és csücsköknek megfelelően végezzük el. (9. ábra.) Az alsó metszőfogaknál a fogak gracilis volta miatt a fognyakon váll nem alakítható ki, így a koronát váll nélkül készítjük. A csonk készítése ez esetben hasonló a fémkoronákhoz előkészített csonkéhoz, csak a fog oldalaiból többet kell csiszolni, főleg az approximális oldalakon.

Műcsonkos korona. Olyan gyökérkezelt fogaknál, ahol a fog koronai része nagymértékben elpusztult, ajánlatos öntött csappal műcsonkot készíteni.

A műcsonkos korona a gyakorlatban jól bevált, mivel a korona falát vastagabbra készíthetjük, így tartósabb és a színe is jobb. A műcsonkot fehér fedőlappal vonjuk be, nehogy a fém színe az áttetsző korona színét befolyásolja. A műcsonk készítésénél ügyeljünk arra, hogy 1. az öntött csap legalább olyan hosszú legyen, mint a fog koronai része, 2. a fognyakon a lépcsőalakot megtartsuk (7. ábra), 3. a fognyakba téglaalakú kazettát süllyesszünk, melynek a palatinális átmérője nagyobb legyen, mint a bukkális. (8. ábra.) A műcsonk anyagául a legcélszerűbb króm-nikkel fémet alkalmazni. Készíthetjük a műcsonkot úgy is, hogy nikkelin csapra könnyen olvadó fémet *(Weston)* öntünk. Ennek az eljárásnak előnye, hogy elkészítésénél nem szükséges öntőkészülék, a műcsonk szilárdsága azonban nem egyenértékű a króm-nikkelből készült öntött csapokkal.

7. ábra.



helytelen helyes

8. ábra.



bukkális oldal

palatinalis oldal
A kazetta
keresztmetszete.

9. ábra.



helyes

9a. ábra.

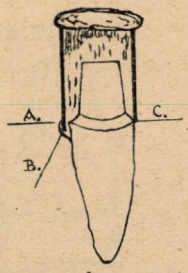


helytelen
A nagyőrlő fogak preparációja.

II. ülésben lenyomatvétel és színválasztás.

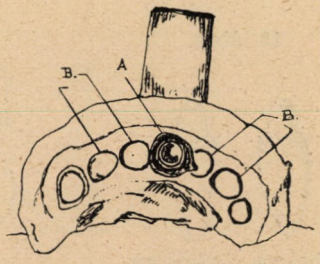
Amennyiben megfelelő rézgyűrű-sorozat nem áll rendelkezésünkre, dentiméter dróttal mértéket veszünk és 0.20-as vastagságú rézlemezből ezüstforrasztó segítségével készítünk rézgyűrűt. A fognyaknak megfelelően a gyűrű szélét kivágjuk és a széleket csiszolókővel lesimítjuk. A bő gyűrű a *Kerr*-massza elhúzódását okozza. (10. ábra.) A rézgyűrűt puha zöld *Kerrel* megtöltve egyenletesen felnyomjuk a fogra, majd lehűtve, kanállal gipsz tájékoztató lenyomatot veszünk (11. ábra), s utána viaszharapást készítünk.

10. ábra.



Kerr lenyomat hosszmetszete. A. B. a gyűrű hosszú és bő, ami a massza elhúzódását okozza, C. helyes.

11. ábra.



A. gyűrűs Kerr lenyomat.
B. helyzet lenyomat.

Színválasztás. A *Palapont*-színkulcs szerint külön kell az élszínt, középszínt és a nyakiszínt meghatározni. A színválasztásban a legtöbb hibát úgy követik el, hogy a fog színét világosabbra határozzák meg. Tapasztalat szerint egy árnyalattal sötétebb szín kevésbbé feltűnő, mint a világosabb. Tekintetbe kell még vennünk a ragasztócement színét is, mely a korona színére befolyással van, mivel a műgyanta sokkal áttűnőbb a porcellánnál. Meghatározható még a szín „*Vita*" fogszínkulcs szerint is, melynek a Palapont színkulcsra való átértékelését a táblázat mutatja.

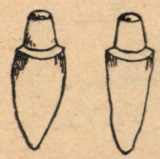
III. A korona technikai elkészítése.

A gyakorlatban a Palapont-korona terjedt el a legjobban, így annak elkészítését tárgyaljuk. A gyűrűs Kerr-lenyomatot cementtel töltjük ki, úgy, hogy a cementből a gyökéri részt is kialakítjuk. (12., 12a. ábra.) A cement megkeményedése után a tájékoztató lenyomatot a szokásos módon öntjük ki, majd az ellenharapást készítjük el. Azokban az esetekben, amikor a csonk váll nélkül készült, a gipszlenyomatot kék *Moldanó*-gipsszel öntjük ki. A gipszmodellen a csonkot éles szikével kb. két milliméter mélyen körülgravírozzuk.

Vita — Palapont színkulcstáblázat:

Vita	Palapont			Vita	Palapont		
	élszín	középszín	nyakiszín		élszín	középszín	nyakiszín
2	I	5	7	16	25	8	9
4	I	5	8	17	25	26	30
5	I	6	8	18	1	5	6
6	I	7	8	20	25	7	8
7	45	7	9	21	47	8	9
8	25	8	9	22	84	8	9
9	84	8	10	23	84	47	10
10	85	9	11	24	49	47	11
11	88	51	53	61	45	26	88
12	86	32	13	62	47	49	90
14	45	7	8	63	86	49	59
15	45	7	9	64	88	51	13

12. ábra.



helyes helytelen

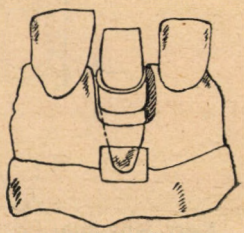
Cement modellek.

12a. ábra.



Cement modell a helyzetlenyomatban.

13. ábra.

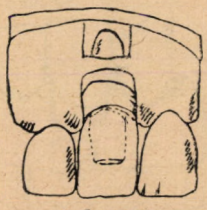


A mintázáshoz elkészített modell.

A csonkot híg olajjal bevonva, fehér *Prepon*-viaszt cseppentünk rá. Amikor már a csonkot vékony viaszréteggel bevontuk, meggyőződünk arról, hogy a viasz nem ragadt-e rá a csonkra, s utána elvégezzük a fog felépítését és mintázását. (14. ábra.) Sok esetben igen jól alkalmazhatók a gyárilag készült Palapont-fogak, melyet a csonkra felcsiszolunk, majd a hiányzó részt viasszal kiegészítve, a koronát megmintázzuk. (15. ábra.) Ez az eljárás főleg azok részére ajánlatos, akiknek a mintázásban és színezésben kevés gyakorlatuk van, mert így kozmetikailag sokkal szebb koronákat tudnak előállítani. A gyárilag készült Palapont-facetta a Palapont-anyaggal a főzés alkalmával tökéletesen egybeforrad.

Beágyazás. A viaszkoronát a csonkról óvatosan leemelve, az egyik küvetta-félbe addig süllyesztjük, míg a gipsz a korona szélét eléri. (16. ábra.) A korona belső felületét szabadon hagyjuk. A gipsz megkeményedése után felületét vízüveggel vonjuk be. A *„kontra"* kiöntése úgy történik, hogy először a viaszkorona belső részét töltsük ki kevés gipsszel. Légbuborék képződését úgy kerülhetjük el, hogy a gipszet kis adagokban cseppentgetjük s közben a küvettát rázogatjuk. A korona belső részének kiöntése után a két

14. ábra.



A korona viaszból felépítve.

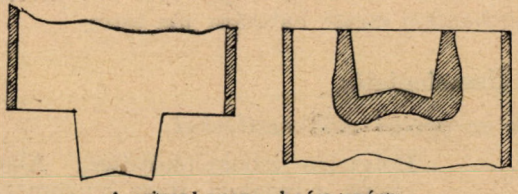
15. ábra.



A Lacetta felcsiszolása a csonkra.

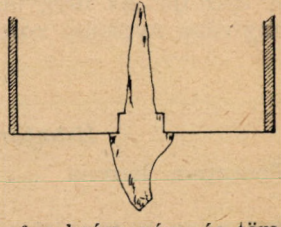
küvettarészt zárjuk és gipsszel kitöltjük. A gipsz megkeményedése után a küvettát forró vízbe helyezzük, majd a két küvetta-félt szétszedve, a mintázó viaszt forró vízzel kiolvasztjuk. A gipszfelületeket újból vízüveggel bevonva megszárítjuk.

16. ábra.



A viaszkorona beágyazása.

16a. ábra.



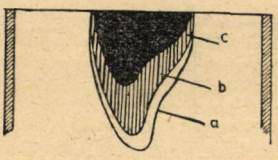
Csaposfog beágyazása és tömése.

Színezés és tömés. A Palapont színezési táblázat szerint él-, közép- és nyakiszínt kiválasztva, a megfelelő mennyiségű Palapont-porokat kis porcellántálacskákba adagoljuk. A porra folyadékot cseppentve addig keverjük, míg a masszán szálkaképződés észlelhető. Fontos, hogy az egyes színek mennyisége megfelelő arányban legyen. Sok élszín esetében például túl világos

színű koronát kapunk. A három színt egy időben keverjük meg. Először az élszínt, utána a középszínt, végül pedig a nyakiszínt adó masszát préseljük kis üvegtömővel a küvettába. (17. ábra.) A helyes tömítés nagyon fontos, különben hólyagos lesz a korona. A tömítés után a küvettát zárva préseljük, majd kengyelbe szorítva, forrásban lévő vízben 30 percig főzzük. A kifőzés után a küvettát hideg vízben lehűtve szétnyitjuk, majd a gipszsablonokat a küvettából kiszedjük. A palapont-koronát a kemény gipszből úgy távolítjuk el, hogy a gipszsablont szeparáló koronggal, vigyázva, hogy a korona meg ne sérüljön, szeletekre vágjuk. Az egyes szegmentumokat depurátorral szétfeszítjük, így a korona könnyen kivehető. A korona belsejében lévő gipszet, óvatosan — nehogy a korona falát átfúrjuk — kis gömbfúróval és exkavátorral távolítjuk el.

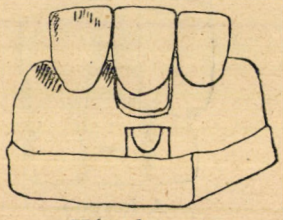
A palapont-korona kidolgozása. Legcélszerűbben a különböző alakú gyémánt montírozott kővel és fehér papir-csiszolókoronggal végezhető. A fényesítés finom habkőporos, lágy körkefével történik. A polírozást magas fordulatszám mellett kis nyomással végezzük, mert a palapont-korona könnyen átkopik. (18. ábra.) Ha a szájba helyezett koronából utáncsiszolás szükséges, paraffinolajos gumival megfelelő simaságot és fényt tudunk elérni.

17. ábra.



a) élszin
b) középszin
c) nyakiszin.

18. ábra.



Kész korona.

IV. ülésben a korona beragasztása.

A korona beragasztására lehetőleg *Kryptex*-cementet használjunk, mert a foszfát ragasztócement könnyen megváltoztatja a korona színét. Ha a korona a kívánt színnél világosabbra vagy sötétebbre sikerült, megfelelő színű ragasztócementtel javítható.

A műgyantaanyagok szövetizgató hatását a kísérletek és a gyakorlat nem igazolja. Az ínygyulladás minden esetben a helytelenül elkészített, bő, a gingivába nyomúló korona mechanikai izgató hatására jön létre.

Összefoglalás.

Hibaforrások az orvosi előkészítésnél.

1. Pontatlan korona	Helytelen csonkelőkészítés. Alámenő részek a csonkon, rossz lenyomatvétel.
2. Túl nagy és formátlan korona . .	A fog bukkális oldalán elégtelen csiszolás.
3. A korona átkopik	A csonk és az antagonista fogak között hiányzik a legalább két mm hézag.
4. A szín nem megfelelő	Helytelen színválasztás, vagy nem megfelelő ragasztócement.

Hibaforrások a technikai elkészítésnél.

1. Pontatlan korona	Helytelen modellkészítés, vállatlan csonknál rossz gravírozás.
2. A viaszminta a modellre tapad . .	A csonk nincs frissen beolajozva.
3. Préselés közben a beágyazó anyag szétmorzsolódik	Elégtelen keménységű gipsz alkalmazása, vagy nem vártuk meg a gipsz megkeményedését.
4. A szín nem megfelelő	Az él-, közép- és nyakszín mennyisége nincs megfelelő arányban adagolva.
5. A palapont-anyagban hólyagképződés	A palapont-masszát hígra keverték, vagy elégtelen volt a tömítés és préselés.

Pécs, Szabadság-út 27.

Hogyan írjunk?

Írta: Dr. MOLNÁR LÁSZLÓ, stom. klinikai int. tanár

Jót s jól és röviden. Ezt könnyű mondani. Sokszor azonban egy rossz cikk is jó hatást vált ki, mert vitát indít meg, gondolatokat ébreszt és hozzájárulhat egy kérdés tisztázásához.

Az élet számtalan nehézségét, kellemetlenségét és talán a legnagyobb bajt, a háborút is el lehetne kerülni, ha cselekedeteink előtt és közben arra is gondolnánk, hogy amit teszünk, milyen hatással lesz embertársainkra, milyen reakciót vált ki bennük. Röviden: sokszor célszerű, ha beleképzeljük magunkat a másik ember helyzetébe.

Gondoljunk tehát a szaklap szerkesztőségi szobájára, ahol a nagytapasztalatú és szaktudású főszerkesztő kitünő munkatársaival együtt a lapot a befutó nyersanyagból összeállítja. Mit tennénk mi az ő helyében, milyen cikkekre volna szükségünk, minek örülnénk és mivel nem tudnánk mit kezdeni?

A maga dolgában senki sem objektív. Szükséges tehát az elbírálás, annak megitélése, hogy a lap olvasóinak mi felel meg leginkább.

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

A fogászat, mint az orvostudomány általában, alkalmazott tudomány és a gyógyítás végeredményben empirián alapszik. Hiába osztjuk két részre a közleményeket: gyakorlati cikkekre és tudományos értekezésekre, mindkét fajta cikk csakis a gyakorlat érdekeit szolgálhatja; a praktikus írás közvetlenül, a tudományos pedig a végső következtetések révén. Mikor a zománchasábok lefutását vizsgáljuk keresztezett nikolokkal, polarizált fényben, vagy a fogbél fibroblast sejtjeit kutatjuk, vagy az epulis óriássejtjeit a mikroszkóp alatt, ez is a gyakorlat céljait szolgálja, hogy a betegeken jobban, könnyebben, biztosabban segíthessünk, vagy a bajokat megelőzhessük.

A szerkesztő rövid cikkeket, 3—8 oldalas közleményeket legkönnyebben használhat fel, mert ezeket jól el tudja helyezni a lapban, beoszthatja és így több témára jut hely, megoszlik az érdeklődés. Jó ábrák vagy rajzok a megértést könnyítik, az érdeklődést fokozzák. Írjunk tömondatokban, mondotta *Balogh* professzor. Hosszabb cikk után a végén összefoglalva vonjuk le röviden a tanulságokat. Értelmesen írjunk, de ne sértsük meg az olvasót, bízzunk valamit az ő megértésére is, hiszen akadémikusoknak, szakembereknek irunk.

Sokszor rendkívül bosszantó a szakirodalom tanulmányozása. Némelyik cikk igen érdekesen indul: a szaktudomány legnagyobb problémáit veti fel és kezdetben úgy látszik, hogy közelebb jutunk a megoldáshoz. De a végén nincs semmi, legfeljebb a szerző egy-egy saját szabadalmazott gyógyszerének vagy műszerének csinált propagandát vagy titokban kurzusokra vadászik, esetleg betegeinek akarja cikkeit mutogatni. Elmondhatjuk, hogy a szakirodalom állandó és tüzetes tanulmányozása — amiben a szerzőnek elég része volt — abban áll, hogy kásahegyen kell keresztülrágni magunkat, míg egy kis jamhez jutunk. Máskor nyilvánvaló a misztifikáció, a szerző tud, vagy tudni vél valamit, de eljárását nem közli pontosan, annak menete, műtéti módszere a leírásból nem tanulható meg, nem érthető meg, tehát csak elkápráztatja, csalogatja az olvasót, de a valóságban nem tanítja meg semmire, nem is akarja csak csodáltatja önmagát. Ezt különösen sokszor láthatjuk az amerikai szakirodalomban: pl. az alsó protézis lenyomatvételének világraszóló új módszerét közlik, a végén kiderül, hogy az egész csak blöff, vagy már ismert eljárás, vagy a gyakorlatban alig használható.

Minthogy a fogászati gyakorlat teljesen a tapasztalaton alapszik, a praxis számára rendkívül fontos, hogy mi vált be, milyen az eredmény a kezelt fogon 5—10 év mulva, milyen fogpótlás szolgál kitünően 6—8 év mulva. A balsikerek sokszor még tanulságosabbak, mint a dicsekvés, mert ez sokszor hitetlenséget ébreszt. De csak ritkán olvassuk azt, hogy valaki beismeri tévedéseit. Ez érthető, mert a legtöbben azt állítják, hogy az ő praxisukban balsiker nem fordulhat elő, nem történhet meg. A mi gyüjteményünkben azonban vannak pl. röntgenképek, midőn a diatermiás gyökérkezelés jól sikerült, egy-két év mulva gyógyult esetnek látszott, 8 év mulva azonban a gyökér félig felszívódott, mint egy tejfogé. Az amputált fogak pár év mulva néha súlyos gócfertőzéses tüneteket okoztak. A palapont koronák, sinek kikoptak, eltörtek. A parapul-

paris inlay-k egy év mulva meglazultak, alattuk a fogbél gangrénás lett. A jól kioperált paradentoma helyén két év mulva sarcoma fejlődött. A háromnegyedkoronás sinekből néha a pillérfog kimozdult, a zománc elszíneződött. A nyiltkeretű fazettás koronák fazettája letört, sőt néha az egész korona meglazult. A direkt betétek inyi szélénél néha-néha szuvasodás támadt és a fog elvesztését okozta.

Különösen tanulságos egy-egy beteg megfigyelése éveken keresztül. Ugyanazon beteg fogazatának tanulmányozása, a minták, röntgenképek, fényképek összeállítása egy évtized távlatán keresztül tanulságosabb lehet, mint száz eset vizsgálata néhány hónapon át. Az esetek elbírálásához jó memória és pontos feljegyzések szükségesek; az adatok hű regisztrálása, időnként a beteg ellenőrzése teszik lehetővé az élettapasztalatok gyüjtését és a praxis számára nagyfontosságú tanulságokat foglalhatunk így össze.

Ha valamely közlemény a végén semmiféle konkluziót nem tartalmaz, jobb ha nem publikáljuk, hanem várunk, míg valamely tanulság adódik. Remekmű alkotásához sok idő kell. Pár nap vagy hét alatt megírhatunk valamit, de ha az írást öt éven át a fiókunkban tartjuk és állandóan javítgatjuk, megfigyeléseink alapján módosítjuk, bővítjük, sokkal értékesebb lesz a közlemény.

Természetesen erre csak ritkán van mód. Legtöbbször már pár hónapi kisérletezés és gyors feldolgozás után megjelenik a közlemény, mert a tanársegédi cím, a docentura vagy a főorvosi kinevezés sürgős, a szerzőnek eszeágában sincs várni, vagy a leírtakat módosítani, átdolgozni. Megjegyzem, hogy ez a bírálat inkább a külföldi és nem a hazai viszonyokra vonatkozik. Nálunk az ilyesmi aligha fordulhat elő.

A főszerkesztőnek joga van ahhoz, hogy a cikkeket megnyirbálja, átalakítsa, megrövidítse. Ez a szerzőknek rendkívül fájdalmas műtét, hiszen olyan, mintha gyermeküket nyisszantanák és felháborodva gondolnak az Editorra, sőt néha bepanaszolják az Elnöknél vagy a Professzornál. Régebben megtörtént, hogy egy-egy szerző közleményeiből hatalmi kérdést csinált. Így pl. 60 oldalas közleményét egyetlen számban akarta publikáltatni, holott a lap tudományos szövegének terjedelme összesen csupán 48 oldalra terjedhetett. Arra a megjegyzésre, hogy 48 oldalon nem lehet 60 oldalt lehozni, azt mondta, hogy „majd elintézem én a minisztériumban és szerzek papirt". Máskor a közírók együgyüségeket, a szakirodalomban régen letárgyalt, megoldott problémákat vetnek fel és oldanak meg, újra feltalálják a spanyolviaszkot; büszkék rá, hogy ők eredetiek, mert nem olvasnak semmit, csak írnak: „ich singe, wie der Vogel singt".

A szaklapok közleményei csak ritkán hozhatnak nagyon jelentős dolgot, vagy ez először nem tűnik ki, mert az új eljárások sokszor csak évek mulva válnak igazán közkinccsé. De ha egy módszer valóban jó és kidolgozva általánosan elterjed, csak nagyon nehezen helyettesíthető jobb eljárással. Így pl. az aranykorona, a fémbetét, a kalapált tömés, az égetett porcellánköpeny, a funkciós lenyomat olyan eljárások, melyek nélkül a praxis a távoli jövőben sem képzelhető el.

Ismert dolgokat is lehet újra tárgyalni, de kellő megvilágításban, mert néha feledésbe merülnek, azonkívül új szempontok alapján megváltozhat az értékelésük.

Tömören, világosan írjunk, de gondolva arra, hogy ami ma teljesen biztosnak, helyesnek látszik, pár év vagy évtized mulva nevetségessé válhat. „Fiatalember, maga túl világosan ír; ezt a luxust még *én sem* engedhetem meg magamnak", mondatta egyszer Ausztráliában a szemészet professzora kiváló tanársegédjének. Ezt úgy értette, hogy a tudományban nincsenek abszolut igazságok. Megállás sincs, tehát óvatosan kell kifejezni magunkat, gondolva arra, hogy változnak a dolgok és tévedni emberi dolog. A műtéti, technikai eljárásokat úgy ismertessük, hogy érthetők legyenek, ne okozzon zavart azok kipróbálása, vagy jó ábrákkal tegyük a szöveget világosabbá.

Igen fontos, hogy a közleményekben felvetett vitás kérdésekre a szaklapban többen válaszoljanak és a praxis problémáit számos hozzászólás tisztázza. A gyakorlat kérdéseinek megértéséhez nálunk *Sztrilich* közleményei sokban hozzájárultak. Amerikai szaklapban van olyan rovat, ahol minden tíz soros, egy ábrával ellátott tanácsért 10 dollárt kap a beküldő. Sokszor a tudományos cáfolat, a ledorongolás sem árt, ha nem személyes jellegű, mert az ambiciót fokozza. A sértett szakíró hatalmas energiával fog hozzá, hogy kiköszörülje a csorbát, közléseit szélesebb alapokra fekteti és így a vita sok szép eredménynek lesz az elindítója. Az összességet mindig érdekli a vita, ha a gyakorlat fontos kérdéseire igyekszik felelni.

A gazdasági és a praxisvezetésre vonatkozó kérdések is fontosak. Emberismeret és életismeret a siker titkához tartoznak.

Nem az a fontos, *hogy írjunk, hanem hogy mit, hogyan irunk meg.* Mondanivalónkat szépen, világosan is kifejezhetjük, a stílus az ember.

A szerkesztőnek csak az egyik oldalon, csak géppel irott, eredeti, más nyelven még meg nem jelent közleményeket szabad beküldeni. A gépiratot is át kell nézni a szakírónak is. Célszerű a már kész közleményből még helyenként kihagyni, rövidíteni, hisz Chronos isten is felfalta fiait: az idő úgyis mindent megemészt. Nem indokolt az egyéni büszkeség, „saját eljárásom", „egyéni módszerem", mert semmi sem új a nap alatt. Régi, évtizedes folyóiratokban sokszor meglepő, ma újra felfedezett eljárásokat, igazságokat olvashatunk. A részletkérdések, a finomságok, melyek a tankönyvekben nincsenek, nem lehetnek benne, ezek a lényeges dolgok a szakközleményekben.

DENTARIA R.T.

Dental-Depot

Fogorvosi berendezések, műszerek
és vegyiszerek gyára
Budapest, IV.,
Kossuth Lajos-utca 11.
(Telefon: 185-051)

PRAXISRACIONALIZÁLÁS

Szükség van-e munkaegység számításra?

Fogorvosi életünkben sikerek és sikertelenségek váltakoznak. Néha könnyű sikerek, néha meg nem érdemelt sikertelenségek. Egy könnyű extrakció és híre megy, milyen „aranykezünk" van. Egy injekciós hématoma a ragyogó szépségű közéletű nőnél és mindenki kígyót-békát kiált ránk. A páciensek elismeréssel szólnak rólunk, dícsérik könnyű kezünket, kedvességünket, tudásunkat s ugyanakkor minden rosszat elmondanak az előző kezelőorvosukról, kinek azonban csak az volt a bűne, hogy kérni merte a honoráriumot.

Hamar megejt a siker varázsa s azt hisszük magunkról, hogy további fejlődés és tökéletesedés a mi helyzetünkben már nem lehetséges. Ezért kell néha hideg fejjel megkérdeznünk: Jó fogorvosok vagyunk-e s a jelenlegi viszonyok között megmaradtunk-e jó fogorvosnak? Lépést tartottunk-e a tudomány fejlődésével? Nem kerített-e hatalmába a fogorvosokat annyira fenyegető tudományos nihilizmus? Nem lettünk-e „úgyis mindegy" fatalisták, például a gyökértömések terén? Nem lett-e idegrendszerünk túlzottan ellenálló a szenvedésekkel, de csak a páciens szenvedéseivel szemben? Nem mondjuk-e egy injekció helyett pusztán kényelemszeretetből, hogy „annak szabad fájnia" vagy hasonlót?

S ha ilyen szempontokból nem találunk kifogásolni valót, nem kell-e sokszor megállapítani, hogy az elért siker, az eredmény, nincsen arányban a ráfordított idővel? Nem dolgozunk-e többet, mint amennyit egészségünk kímélése megenged? Nem tartanak-e bizonyos kezelések túlsoká? Azt csináljuk-e, ami nekik hasznukra van, vagy megalkudva orvosi hivatásunkkal, minden kérésüket teljesítjük akkor is, ha az ellen benső énünk néha tiltakozik is? Nem fog-e el némelykor az az érzés, hogy taposómalomban dolgozunk és nincsen időnk arra, hogy szemünket felemelve, egy kicsit mást is lássunk, mint a folyton ránk-ránkszakadó munkát? Van-e időnk feleszmélni, jobb munkamódszert keresni, vagy mindent folytatni kell úgy, amint eddig, mert itt a következő beteg s utána megint a következő?

Sok fogorvos van úgy, mint némely háziasszony, aki reggel kezdi a munkát, este fáradtan roskad le, pedig negyed annyi munkát se végzett, mint egy másik, aki mégis pihentebben fejezi be a napot.

Elsőrendű kötelességünk, hogy rendelői munkánkat a modern kor racionalizálási szempontjai szerint átvizsgáljuk. Korszerűtlen, nagy üzemanyagfogyasztással járó gépeket és munkamódszereket mindenütt kiselejteznek, miért csak a fogorvosok tűrjék meg azokat?

Hogyan állapíthatjuk meg, hogy munkánk racionális?

Ellentétben más kartárs gyógyító tevékenységével, ahol a páciens a vizsgálatot és az orvosi tanácsot effektív orvosi ténykedésnek tekinti, nálunk — méltán vagy nem méltán, ezt most ne firtassuk, — többnyire csak a végzett munkát honorálják. Ezért lehetséges, hogy célszerűtlen munkamódszerrel, adminisztrációval és technikával, ugyanolyan magas honoráriumok mellett az egyik fogorvos csak egyharmadát keresse meg ugyanazon idő alatt, mint a másik.

Kézenfekvő az a gondolat, hogy a teljesítmény megállapításához a munkaidőn kívül legnagyobb szerepe a betegek számának van, azaz hány beteget kezeltünk, intéztünk el a rendelési idő alatt. Ez a felfogás teljesen téves, mert minden páciens kezelésekor mintegy öt perc improduktív időveszteségünk van, még akkor is, ha nem beszélgetünk vele. Ez az időveszte-

ség — kézmosás, fogadás, leültetés, öblítés, majd újabb kézmosás, búcsúzás s a legközelebbi időpont megbeszélése — negyvennyolc páciensnél négy órányi időt tesz ki. Mennyi idő marad akkor a negyvennyolc páciens kezelésére? Pedig egyes külföldi szerzők, így *Münch* és mások napi hetven-nyolcvan fogbetegről is beszélnek. Az időveszteségnek feltüntetett öt perc a magánrendelőkben inkább hosszabb, mint rövidebb, mert a személyes jellegű beszélgetést nem is lehet és nem is szabad kizárni. *A betegek létszáma tehát nem fokmérője a rendelő teljesítményének, sőt bizonyos létszámon felül a munkateljesítményt határozottan rontja.*

A munka eredményét, a sikert, általánosságban annak kézzelfogható anyagi eredményével, a pénzzel szokták mérni. Ez kétségkívül bizonyos tekintetben jó fokmérője a teljesítménynek, azonban összehasonlításokra nem túlságosan alkalmas. Csak a bruttó bevételt állapíthatjuk meg könnyen, a nettó bevétel a rezsikiadások levonása után számítható csak ki s ez minden rendelőnél más. A tiszteletdíjak többnyire nem egy napon folynak be a végzett munkával. Ezeknek nagysága különböző, nemcsak azért, mert az orvosi tiszteletdíjnak csak minimális ára van megállapítva, hanem azért is, mert a legtöbb fogorvos szociális szempontból sok páciensének a normálisnál alacsonyabb díjat számít. Ezért nehéz a rendelő-teljesítményeket még fix értékű pénz idején is összehasonlítani. Hozzájárul ehhez még az a nehézség, hogy csak igen nagyvonalú emberek hajlandók rendelőjüknek intim titkait nyilvánosságra hozni.

A rendelő munkaeredményét nem határozza meg sem a munkaidő, sem a betegek napi létszáma, sem a bruttó bevétel, csupán az elvégzett munkateljesítmény.

Hogyan tudjuk ezt a munkateljesítményt mérni úgy, hogy összehasonlításra alkalmas legyen?

A megoldás az, ha a fogorvosi munkák mindegyikére olyan átlagos időegységet, munkaegységet tudunk megállapítani, amellyel bármely rendelő napi teljesítménye időegységben, illetve munkaegységben kifejezhető.

Az egyes fogorvosi műveletek elvégzéséhez szükséges időegység megállapítása korántsem könnyű dolog, mert a körülmények, adottságok mindenütt mások és mások, de éppen azért, mivel ezek alapján a körülményeket és adottságokat akarjuk megváltoztatni, szükséges, hogy határozott számokat vegyünk alapul.

Kiindulásunk a magánpraxis, mert érzésünk szerint itt van leginkább szükség ilyen ellenőrzési rendszer kidolgozására. S ha erre megfelelő adataink vannak, azok az intézmények, szociális fogászati rendelők számára könnyebben átértékelhetők, mint fordítva.

Az első kísérletezést tizenkét évvel ezelőtt végeztem, amikor a budapesti fogászati klinikán dolgozó, de magánpraxist is folytató hét kollégának — így többek közt az Amerikában azóta elhúnyt kiváló protetikusnak, dr. *Major* Emilnek, a *Fogorvosi Szemle* akkori és jelenlegi szerkesztőjének dr. *Varga* Istvánnak — kértem ki véleményét egyes fogorvosi munkák idejére vonatkozólag. Az adatok magánpraxisra, átlagos képzettségű fogorvosi asszisztensnővel való dolgozásra vonatkoztak s feltételeztük azt, hogy ezeket önálló műveletként végezzük el a betegen, így tehát más kezelés egyidőben nem történik nála.

A hét kolléga véleményének középarányosát kiszámítva, az alábbi eredményeket kaptam.

Fogszínmegállapítás	9 perc
Csonkkialakítás Richmond csaposfoghoz	23 „
Gyűrűpróba kétrészes koronához	13 „

Inlé beragasztás		22 perc
Amalgámtömés, II. osztályú	30	„
Cementtömés, II. osztályú	30	„
Szilikáttömés	30	„
Kötéscsere idegkezelésnél	13	„
Diathermia elzárással	26	„
Új betegvizsgálat	21	„
Röntgen-felvétel	7	„
Hídlevétel	22	„
Koronaelőkészítés	34	„
Inlé kialakítás, II. osztályú	33	„
Teljes felső-alsó gipszlenyomat	26	„
Extractió	25	„

A fenti tizenkét évvel ezelőtt megállapított középértékeket alapulvéve, klinikai és magánpraxisomban sokszáz idő- és munkaeredményszámítást végeztem. Ezek alapján egy egyszerű munkaegységrendszert szerkesztettem, melynek kipróbálására 1945 nyarán, amikor a háborús események következtében hat hétig egy vidéki rendelőben dolgoztam, jó alkalom kínálkozott. Engem is nagyon érdekelt, hogy bizonyos determináló körülményekre való tekintettel, így a villanyfúrógép és vízvezeték hiányára, munkateljesítményem menynyivel lesz kisebb, mint az otthoni rendelőben. Ezért a rendelés megkezdésétől, annak befejezéséig pontos feljegyzéseket készítettem az elvégzett munkáról, az arra fordított időről s természetesen a befolyt honoráriumról is.

A hathetes teljesítményemet két tabellába foglalom össze. *Az alapmunkák* csoportjába soroltam a leggyakoribb kilenc műveletet, a *különleges munkák* csoportjába a ritkábban végzett nyolcat. Utóbbiak az előbbieknek csupán tíz százalékát tették ki.

Alapmunkák:

Extrakció	97	eset	à 1 E	(munkaegység)	97.— E
Amalgámtömés	130	„	à 1 E	„	130.— E
Cementtömés	62	„	à 1 E	„	62.— E
Szilikáttömés	46	„	à 1 E	„	46.— E
Koronabecsiszolás	64	„	à 2 E	„	128.— E
Koronapróba	64	„	à 1 E	„	64.— E
Korona, ill. hídberagasztás	40	„	à 1 E	„	40.— E
Részleges protezis	5	„	à 4 E	„	20.— E
Teljes protezis	2	„	à 6 E	„	12.— E
					599.— E

Különleges munkák:

Csaposfog készítés	3	eset	à 2 E	(munkaegység)	6.— E
Palapontkorona	2	„	à 2 E	„	6.— E
Protezis javítás	1	„	à 2 E	„	2.— E
Idegkezelés	10	„	à 3 E	„	30.— E
Kivésés	3	„	à 2 E	„	6.— E
Resectio	2	„	à 2 E	„	4.— E
Hídlevétel	2	„	à 2 E	„	4.— E
Belső incisio	1	„	à 1 E	„	1.— E
					59.— E

A fenti adatokhoz néhány megjegyzést óhajtok fűzni, hogy azok más szempontból is értékelhetők legyenek.

Időmegtakarítást jelentett: 1. Injekcióadáshoz kiültetés a várószobába. 2. Több extrakció és tömés egy ülésbeni elvégzése. 3. A szilikát tömések alá dublírozott cementtömések készültek, tehát a száradási idő csaknem azonos volt. 4. Írásbeli utasítások adása. 5. Egy páciensen végzett aránylag nagy munkateljesítmény, átlagosan 5.7 (ötegészhéttized) egység (E).

Időveszteséget jelentett: 1. Lábhajtásos fúrógép. 2. Kézzelállítható fogorvosi műtőszék. 3. Katonai átvonulások alkalmával a páciensek otthonmaradása. 4. Pontat-

lan acélmunkák (technikus csere), melyek koronapróbánál aránytalan sok munkát okoztak.

A hatheti vidéki dolgozásom alatt összesen elvégeztem 658 munkaegységet (599+59). Napi hat órát dolgozva, összesen 216 óra alatt végeztem el ezt a teljesítményt. A páciensek száma 115 volt. Egy óra alatt tehát kereken három munkaegységet végeztem el. Egy munkaegységre tehát húsz percnyi idő esett.

Munkateljesítményemmel meg voltam elégedve, mert régi számításaim szerint is a húszperces munkaegységnyi idő jó teljesítménynek számít. A tizenötperces egységidő, melyet E. *Heinrich* kívánatosnak tart, csak kivételesen jó feltételek mellett érhető el.

Ez a próba meggyőzött engem, hogy ilyen vagy hasonló munkaegységszámításra szükség van, mert a fennti konkrét esetben, pénzügyi mérleggel, teljesítményemből következtetéseket nem vonhattam le.

Dr. Sztrilich Pál

Kartotéklap. Érdeklődésére közöljük, hogy a modern elveknek megfelelő kartotéklapot „System dr. Sz. P." jelzéssel forgalombahoztuk. A **Prodent** fogászati depónál (Budapest IV., Ferenciek-tere 4) kapható. Egy kartotéklap ára kb. 15 fillér. Kezeléséhez részletes használati utasítást mellékeltünk.

Békés. A fogbetegek írásbeli felvilágosításának szövegei rendelkezésre állanak. Közöltük a **Salamon** emlékkönyvben. Több érdeklődő esetén együttesen kinyomatjuk s a fején helyet hagyunk, hogy mindenki névbélyegzőjével ellássa. Így a beszerzés sokkal olcsóbb lenne.

Többeknek. A mindennapos praxis problémáit igyekszünk elsősorban megtárgyalni. Örömmel veszünk minden hozzászólást. A felvetett problémákra e rovat keretében vagy levélben válaszolunk.

M. K. Köszönettel megkaptuk az írásbeli utasítások egy-egy példányát. Örülünk, hogy gyári rendelőjükben felhasználták.

Beérkezett kérdések: 1. Milyen pecsétnyomót használjunk a rendelőben? 2. Könyv- vagy kartotékvezetés a helyes? 3. Van-e forgalomban technikai rendelőlap?

MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE
FOGORVOS SZAKCSOPORTJÁNAK

ÁRKÖVY EMLÉK-KONGRESSZUSA ÉS KÖZGYŰLÉSE

1947. szeptember 18—19—20—21-én, Budapesten.
Az Orvosegyesületben, VIII., Szentkirály-utca 21.

ISMERKEDÉSI EST 1947. szeptember 17 (szerda) 20^h—22^h
a CAFÉ DE LA PAIX KÜLÖNTERMÉBEN, V., NÁDOR-UTCA 31.

1947. szeptember 18-án, csütörtökön 9 ^{h}-kor.

ÁRKÖVY EMLÉKELŐADÁS:

Dr. Balogh Károly: A haladás iránya a stomatologiában.

VITAKÉRDÉS: A FOGBÉL BETEGSÉGEI.

Dr. Hattyasy Dezső: A fogbél betegségei és gyógyításuk. (Felkért referens)
Dr. Varga István: A gyökérkezelés normája. (Felkért referens)
Dr. Fr. Driak (Wien): Standpunkt der Wiener Schule in der Frage der partiellen und totalen Pulpektomie.

Dr. St. Loos (Wien): Klinische Beobachtungen über die Beziehung von Erkrankungen der Pulpa und parodontalen Gewebes und ihre Komplikationen.
Dr. Nass Endre (Bukarest): A szövődményes gangréna kezelése.
Dr. Enyingi Lajos: A gyökércsúcsterület, mint fertőzési kapu, ennek sebészi és belorvosi ellátása.
Dr. Bruszt Pál (Baja): A fog belsejében képződő granulómákról.

1947. szeptember 18-án, csütörtökön 16 h-kor.

SZÁJSEBÉSZET

Dr. Gergely Lajos (Debrecen): Az állcsontok daganatairól.
Dr. Sándor Ferenc: A nyelv tályogjai.
Dr. Móczár László: Az ankylosis műtétének tanulságai.
Dr. Fodor György István: A glandula submaxillaris köveiről, több ritka eset kapcsán.
Dr. Frankl Zoltán: Szájsebészeti bemutatások:
1. Osteoma maxillae. 2. Cystából kiinduló carcinoma.
Dr. Fr. Radkovec (Brnê): Enucleation of odontogenic cysts.
Dr. Illyés Lajos: A penicillin hatása az életveszélyes, akut dentális infekcióknál.
Dr. Klein Ernő: Periapikális folyamatok sebészi terápiája gócfertőzés gyanuja esetén.

1947. szeptember 19-én, pénteken 9 h-kor.

PROTETIKA: VITAKÉRDÉS: AZ AKRILATOK.

Dr. Molnár László: Az akrilatok gyakorlati alkalmazása a fogászatban.
Dr. Lőrinczy Ervin — Dr. Földvári Imre: A kivehető részleges protézis kritikája.
Dr. Kemény Imre: Kozmetikai problémák a stomatologiában.
Dr. Kende János: A prognátia megoldása sebészileg képzett alveolusba ültetett porcellángyökerekkel.
Dr. Vályi Béla — Nagy Sándor: A műgyökeres protézisekről.
Dr. Winkler Gyula (Opatija): Az individuális okkluzió problémájának megoldása és az okkluzió ellenőrzése kondilo-temporalis műfogással.
Dr. Skaloud Ferenc — Dr. Huszár György: A prognátia sebészi és protétikai kezelése.
Dr. Huszár György — Dr. Skaloud Ferenc: Állkapocshiány sebészi és protétikai ellátása.
Dr. Pesthy István: Kozmetikus hídpótlások.

1947. szeptember 19-én pénteken 16 h-kor.

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

Dr. Sárkány Ilona (Debrecen): A kalcium és a foszfor oldódása a zománcból.
Dr. Uri József (Debrecen): A cocainum novum hydrochloricum bomlásáról.
Dr. Fr. Borusiewiecz (Warsawa): L'organisation des études stomatologiques en Pologne.

Dr. Kelenhegyi Tóth Kornélia — Dr. Végh Lajos (Debrecen): A vér cholinestrase tükre a szájnyálkahártya különböző megbetegedéseinél.
Dr. Oravecz Pál (Pécs): Beszámoló a pécsi Egyetemi Stomatologiai Intézet egyévi orvosi munkájáról.
Dr. E. Berghoff (Wien): Die historischen Grundlagen der Zahnheilkunde.
Dr. Sömjén Iván: Új, szilikáttömésnél is használható segédeszköz(matrica)
Dr. L. Ciceri (Udine): Le scuole di odontoiatria nei principali Stati.
Dr. Deák László: Az alkat és erginek szerepe a rágószerv betegségeinek kóreredetében.

1947 szeptember 19-én, pénteken 20 h 30'-kor.

ÜNNEPI VACSORA

a Hotel Bristol különtermében (Mária Valéria-u. 4.)
Jelentkezés és jegyváltás a Kongresszus irodájában.

1947. szeptember 20-án, szombaton 9 h-kor.

PARODONTOZIS (Arpa ülés)

Dr. Morelli Gusztáv: A Dentosal jelentősége a parodontozis megelőzésében.
Dr. Z. Mézl (Praha): Einteilung der Artikulationsanomalien. (Klassifizierung.)
Dr. Lőrinczy Ervin — Dr. Sugár László — Dr. Kucharik József: Alkati elváltozások a diffuz atrófiás parodontozis kóreredetében.
Dr. Kocsis Antal Gábor: Anatomiai adatok a lingularis érzéstelenítő eljáráshoz.
Dr. Perint Jenő: A trigeminus neuralgia dentalis vonatkozása.
Dr. Fr. Peter (Wien): Aetiologische Grundlagen der orthodontischen Anomalien.
Dr. J. Simek (Brnê): Orthodontische Behandlung der grossen Schneidezähne bei Wurzelkrümmung.
Dr. Cseres Pál: A nervus alveolaris inf. érzéstelenítésének új módja.

1947. szept. 18-án csütörtökön és szept. 20-án szombaton 19 h-kor Amerikai fogászati és fogsebészeti színes filmbemutató A Keskenyfilmszövetség bemutató termében (IV., Reáltanoda-u. 15.).

1947. szeptember 20-án, szombaton 17 h-kor.

KÖZGYŰLÉS

Tárgy: Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. Beszámolók. Tisztikar és választmány megválasztása. Indítványok (8 nappal előbb írásban bejelentendők).

1947. szeptember 21-én vasárnap: KIRÁNDULÁSOK.

A szövegrész vége.

„Fogorvosi szakkönyvek Salamon professzor könyvtárából eladók. Nagykanizsa dr. Kőnig"

Fogorvosi rendelő felszereléssel (Röntgen, Diathermia) **bérelhető:** dr. Visegrády, V., Alkotmány-u. 19. félemelet 3.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.
Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd-u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

PLASZIN



LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!

Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utódai:
Lakatos Zoltán





PLASZIN
LEMEZ és MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII. WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689

ALAPITVA 1918

N.

Fogászatban használjuk
a Theriaka gyártmányokat

KONZERVÁLÓ FOGÁSZATBAN

fertőzött gyökcsatornájú fogak, a periodoncium krónikus gyulladásainak és a periapikális zóna kóros elváltozásainak gyógyszeres terápiájában kiváló eredményeket érünk el a DR. HALÁSZ LÁSZLÓ előírása és felügyelete mellett gyártott Dr. Bugyi Balázs egyetemi tanársegéd: „Gyakorlati eredmények a Stomatológiában"

Solutio Phenoli Monochlorati Camphora Mentholica

S. C. M. C. és a vele készült JODOFORMOS pasztával.

Gyártja és forgalomba hozza:

„THERIAKA" gyógyszervegyészeti vállalat

BARTHA JÓZSEF OKLEVELES GYÓGYSZERÉSZ
Budapest, V., Zoltán-utca 12. szám. Telefon: 127-694

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 OKTÓBER XL. ÉVFOLYAM Nº 10. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924—1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise — Венгерский Журнал Стоматологии

BESZÁMOLÓ AZ ÁRKÖVY EMLÉKKONGRESSZUSRÓL

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:		Oldal
Dr. Molnár László:	A fogsorzáródás és illeszkedés működéses kialakítása	311
Dr. Schranz Dénes:	A foghiányossággal kapcsolatos gyomorbélzavarok értékelése orvos szakértői szempontból	313
Dr. Földvári Imre:	A fogpótláshoz használt anyagok megválasztása és feldolgozása	317
Dr. Perint Jenő:	Fültőmirigy kivezető csövének elzáródása és következményei	320
Dr. Sztrilich Pál:	A fogorvos idejének értéke	331
KÜLFÖLDI CIKK:		
P. Wolfer—P. Schmuziger:	A helyi érzéstelenítés	334
George R. Moore:	Orthodontics	336
KÖNYVISMERTETÉSEK		338
LAPSZEMLE		339

ORIGINALIA:		Page
Dr. L. Molnár:	Functional Shaping of the Articulating Surfaces in Prosthesises	311
Dr. D. Schranz:	The viewpoints of the medical expert about gastrointestinal diseases connected with partial and total loss ot teeth	313
Dr. I. Földvári:	Election of Materials in Prosthetics	317
Dr. J. Perint:	The Obturation of the Stenon's Duct	320
Dr. P. Sztrilich:	The Dentist's Time	331

ÁTVETTE

308

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ
SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor: BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Telefon: 185-429.

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26 Telefon: 127-752

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED



Ujdonságok

és ujonnan érkezett műszerek!

Hőlégsterilizátor

Nikkelezett rézlemezből, 5 darab tálcával, hőmérővel, jelzőlámpával

Dento-therm

Kis diathermiás készülék, gyökércsatorna kezeléshez

Uj típusú, Rövidhullámú adócsöves Diathermiás készülék

Pontos milliampermérővel
Földelt fémházba építve, kétfiókos csőasztalkán.
Az összes elektródákkal.

HASZNÁLHATÓ:

Gyökércsatorna kezelésre.
Rövidhullámú átmelegítésre
Tökéletes metszésre. (Vértelen kés.)
Vitalitás vizsgálatra.
Gyökércsatorna kiszáritására.
Röntgenfilm átvilágitására.

prof. Balogh-féle fogleválasztó — szájterpesztő-sebkampó — éles kanál.
prof. Máthé-féle gipszolló, lenyomatok szétválasztására.

Kétvégű rozsdamentes fémspatulák.
Kétvégű lapjára és élére hajlított simítók.
Gyökér tömő műszerek 3 vastagságban.
Sarló alakú depurátorok.

Uj tipusú műszerek!

Nyálszívó pipa.
(A nyálkahártyát nem szívja fel.)

Amalgámpisztoly.
(Pontos kivitelű, nem romló műszer.)

Fúró- és kőtartó lapok.
(3 féle nagyságban, luxus kivitelben.)



Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V. SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934

Fej- és fogfájás, extractio utáni fájdalmak, pulpakezelés, idegfájdalmak esetén:

DEMALGON - Chinoin

Felnőttnek és gyermeknek egyaránt adható!

10 tablettás csomagolás

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

TELEFON: 226-887

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA

CSENGERY-U. 3.

KOVÁCS

DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Röntgen

Centralix

alkalmi áron

Diathermiák

Pyorrhoea alveolaris
Gingivitis chronica
különleges gyógyszere

SKAPYOR

*

Vérzések megelőzésére
és szüntetésére

STRYPHNON

injekció, por, oldat, vatta, gaze.

*

M. Gy.

MAGYAR GYÓGYSZER RT. BUDAPEST V.

Herkules

(volt TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Eredeti vitálliumból és wiplából készítjük lemezeinket, öntve és préselve.

Vázlemezeink a legmodernebb tervezés és rögzítési elvek szerint, a legpontosabb kivitelben készülnek.

STEIN-féle osztott prothezisek.

Műgyanta munkák: Szépség, élethűség és tartósság szempontjából felülmúlhatatlanok az eredeti amerikai és angol műgyantából általunk készített hidak, koronák és prothezisek.

Fémmunkák forrasztása hydrogén- és oxygéngázzal történik, miáltal a forrasztások a legtökéletesebbek.

Munkáink megbízhatók és szájban nem törnek.

Herkules

(VOLT TOLDI)

fogtechnikai laboratórium

Budapest, VII., Szövetség-utca 15. :-: Telefon: 420-511.

Laboratóriumvezető: VOGL EDE

(a volt Nagy és Vogl cég tulajdonosa.)

1947 október hó *No. 10. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

Beszámoló az Árkövy emlékkongresszusró 1947. szeptember 18—21.



ÁRKÖVY JÓZSEF
1851—1922

Mai viszonyainkhoz képest fényes külsőségek között és értékes belső tartalommal zajlott le a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportjának 1947. évi tudományos nagygyűlése, melyet Árkövy halálának 25. évfordulóján az ő emlékének szenteltünk. A nehéz utazási és valutáris viszonyokhoz mérten sok külföldi vendégünk volt, s a magyar vidék is tekintélyes számban vett részt.

Külföldről érkezett vendégeink voltak: F. Driak (Wien), E. Costa (Bukuresti), J. Imberecht Brüsszel), St. Loos (Wien), A. Nass (Bukuresti), Rusicka (Bratislava), Reseda (Bratislava), Salz, Vukovajec, Bdanovachi, Karl, Stark, Csögör és még sokan mások.

A kongresszus a Café de la Paix különtermében ismerkedési estével kezdődött, hol a magyar rendezőség vendégül látta a külföldieket. Barátságos légkörben számoltak be egymásnak a jelenlévők hazájuk fogászati és egyéb vonatkozású viszonyairól. Csütörtökön, 18-án volt a nagygyűlés ünnepélyes megnyitása az Orvosegyesület Semmelweis-termében, hol **Morelli** *professzor a következő szavakkal fordult a kongresszushoz:*

Mélyen tiszteli Hölgyeim és Uraim!

Az Árkövy emlékkongresszus rendezősége nevében van szerencsém Önöket a legszívélyesebben és a legnagyobb tisztelettel üdvözölni. Köszönöm, hogy a meghívásunknak oly szép számmal tettek eleget és úgy érzem, hogy ezt nemcsak a kegyelet érzése hozta magával a stomatológia nagy apostola iránt, hanem az a tény is, hogy felszabadulásunk után ezúttal először van alkalmunk nagyobb és ünnepélyesebb keretek között, egyrészt a tudomány haladását megismerni, másrészt régi, kül- és belföldi kapcsolatainkat felújítani és újakkal kibővíteni. Mindezeket *Árkövy* szellemében tesszük, mert az ő neve még ma is élő erő, egy nagy ember évszázadokra szóló hatása, akihez minden tekintetben mi is méltók szeretnénk lenni. Ily értelemben meleg szívvel mondom: hozta Isten kedves kartársainkat és remélem, hogy a kongresszusi napok mindnyájunk megelégedésére fognak szolgálni.

Ezután **Dr. Weil Emil** az Orvosszakszervezet nevében üdvözli dr. *Molnár Erik* népjóléti minisztert urat és a külföldi vendégeket. A Fogorvos Szakcsoport a fogorvosoknak társadalmi, szakmai, tudományos és politikai szempontból legelőkelőbb testülete. A Fogorvos Szakcsoport *Árkövy* kongresszusa a magyar orvosi társadalmi életnek kimagasló eseménye. Hogy a Fogorvos Szakcsoport kongresszusát *Árkövy József* emlékének szenteli, ez bennünket orvosokat, de különösen a fogorvosokat komolyan elkötelez. *Árkövy* tudományos szempontból a fogászatnak, mint orvostudománynak megalapítója, személye messze túlnő azokon a kereteken, melyeket kis országunk számára megszabott. A magyar orvostársadalomnak örök büszkesége, hogy először a Budapesti Tudományegyetemen volt tanszéke a fogászatnak. A magyar fogorvostársadalom méltó volt és méltó ma is e hagyományokhoz. Az a szellem, mely a Fogászati Klinikán uralkodik, ahogy *Balogh* professzor és munkatársai minden erejükkel és lelkesedésükkel a medikusok elméleti és gyakorlati kiképzését vezetik, nem marad mögötte *Árkövy* szellemének. Elismerésre méltó az a lelkesedés, és kötelességtudás, amivel *Balogh* professzor és a Fogorvos Szakcsoport vezető tagjai tudományuk alkalmazását bővíteni akarják. *Balogh* professzor mindjárt a felszabadulás után keresztülvitte, hogy a fogszú népbetegséggé nyilvánítassék és leküzdésére bizottság alakuljon. Ez a tevékenysége annak a szellemnek a folytatása, amelyet *Árkövy* kezdett el. Még sok kötelesség vár az orvosokra és köztük a fogorvosokra, hogy lakosságunk orvosi ellátását biztosítani tudjuk. Sok orvos kellene — különösen vidékre —,

de semmi körülmények között sem vagyunk hajlandók engedményt tenni a tudományos nívó rovására, és nem vagyunk hajlandók semmi ürüggyel sarlatánoknak szabad utat nyitni!

Az orvosi rendtartás rövid időn belül jogszabállyá válik és akkor a kuruzslás kérdését, mely a Fogorvos Szakcsoportot érdekli, el kell intézni. Igaz, hogy jelenleg még a vidék ellátottsága hiányos, de számos fogorvos megy ki vidékre, hogy a paraszti tömegek orvosi ellátását biztosítsa.

Mi nem félünk, hogy nem lesz elég fogorvos, a vidék ellátására. Ez évben 500 orvostanhallgató iratkozott be a budapesti egyetemre és 200—200 a vidéki egyetemekre. Az orvosok és a fogorvosok pedig elegeť fognak tenni annak a kötelességüknek, hogy a nagy tömegek orvosi ellátását biztosítsák.

Arra kéri a kongresszust és a Fogorvos Szakcsoportot, hogy további munkásságával, egyenlő kötelességteljesítéssel és szakmai tudással teljesítsék hivatásukat a tudomány, a magyar nemzet és az emberiség érdekében.

Dr. Molnár Erik *népjóléti miniszter:* Tisztelt kongresszus! *Árkövy Józsefben,* akinek nevét ez a kongresszus viseli, nemcsak a nagy magyar tudóst, hanem a demokratát is ünnepeljük. Ünnepeljük azt a magyar tudóst, akinek volt bátorsága szembehelyezkedni a német tudomány egyoldalúságával. Abban az időben német kultúrfölény, politikai és gazdasági fölény volt, amely politikai, gazdasági és kulturális függést vont maga után.

A magyar közegészségügynek egyik legfontosabb feladata: küzdelem a fogbetegségek megelőzése és gyógyítása érdekében.

Ezt szolgálja az iskolafogászati, járási és mozgó fogászati rendelők létesítése és rendszeresítése. Üdvözlöm a kongresszuson megjelenteket és a külföldi vendégeket, akik összegyültek, hogy ünnepeljék emlékét egy nagy magyar orvosnak és nagy magyar demokratának.

Az osztrák kiküldöttek nevében **dr. Fritz Driak** szólt. Hálás köszönetét fejezi ki a meghívásért. A bécsi stomatológiai klinika és a bécsi fogorvosok üdvözletét tolmácsolja. A kongresszus munkásságához sok sikert kíván.

Dr. Csőgör Lajos, a kolozsvári egyetem rektora és a fogászati klinika igazgatója: A román közegészségügyi szakszervezetek központjának nevében tisztelettel és örömmel üdvözli a kongresszust. Csodálattal nézi azt a munkát, melyet a történelme mélypontjára jutott nemzet kulturális újjászervezése terén végzett. A Stomatológiai Klinika híven *Árkövy* szelleméhez, először tért magához kábultságából és első volt, mely a tudományos munkát felvette a felszabadulás után. Romániában a lakosság még nagy gazdasági nehézségekkel küzd, de a kormány egészséges alapot fektetett le a jogegyenlőség alapján, mely tudományos és kulturális szempontból is a további fejlődést biztosítja. Ez a kongresszus a Duna-medence népeinek megismerését és a kölcsönös bizalom kifejlődését szolgálja. Abban a reményben, hogy a kongresszus tudományos működésén kívül ezt a célt is szolgálja, a kongresszusnak jó munkát kíván.

Dr. Imberecht: A belga Fogorvos Egyesület, *van der Ginst* a brüsszeli klinika igazgatója és az A. S. I. nevében üdvözli a kongresszust.

Ezután megkezdődött a nagygyűlés tudományos programmja:

Dr. Balogh Károly: Árkövy emlékbeszéd.

Árkövy szelleme előtt kívánok hódolni, amikor nevét kiejtem kongresszusunkon. Most, amikor 25 évvel halála után idézzük emlékét, megtisztultan áll előttünk személye, munkássága és kultúrtörténeti jelentősége. A mulandó emberi életből kikristályosodott az időt álló érték és így ma már tisztán látjuk *Árkövy* alkotásainak, tudományos működésének hatását.

A második, sőt harmadik nemzedék fejődött ki *Árkövy* szellemi hagyatékából. Bármilyen naggyá is terebélyesedett a stomatológia fája az idők folyamán, jól tudjuk, hogy a gyökerek *Árkövy* szellemiségéből táplálkoznak. A stomatológia történetének ténye, hogy legelőször hazánkban épült fel stomatológiai klinika, *Árkövy* küzdelmes munkásságának eredményeképen. Hogy ez milyen értéket jelent az utódok számára, azt felmérni nem tudjuk, mert már kényelmesen beleszülettünk abba a szellemi hagyatékba, amely az egész

világon megbecsülést szerzett szaktudományunknak. Ennek a megbecsülésnek *Árkövy* korszakos jelentőségű és tudományt formáló munkája: *Diagnostik der Zahnkrankheiten,* vetette meg az alapját.

Árkövy a céltudatosan fejlődő ember példaképe. Sokat tanult, hogy tanítani tudjon, tudott kitartóan akarni, hogy sikert érjen el és voltak meglátásai, amelyekkel a jövőbe tekintett. Külseje, megjelenése, magatartása tekintélyt biztosított, s míg sikere és gazdagsága volt, barátai is voltak. Ennyi felkészültséggel és adottsággal emelkedett *Árkövy* kortársai fölé.

Mint minden eszmei átalakuláskor, úgy *Árkövynek* is a korszellem ellen kellett harcolnia. A múlt a foghúzó mesterek és fogtechnikusok világa volt minden fogorvosi iskola nélkül. *Árkövy* magánrendelőjéből fejlesztette ki fokozatosan a magyar stomatológiát és megszabta annak jövőjét, irányát. Mint az eszme apostola, elérte a teljes győzelmet. Klinikát és tanszéket kapott a stomatológia. Azt mondhatjuk: mindent elért, amit elvi, tárgyi és nem személyi okokból akart. Személyében győzött a tudós, a tanító és a szervező, de végül is elbukott az ember. Hogy bukásának mi volt az oka, azt röviden megmondani nem lehet. Élettörténetéből azonban megérthetjük, hogy aki annyi sikert aratott, annak voltak ellenfelei éppen közvetlen munkatársai között.

A tanulság, amely szintén az utókorra maradt *Árkövy* életéből, az volna, amely megéreztetné és tudatná velünk, hogy mikor vonuljunk vissza a sikerek szintéről csalódás nélkül és a jól végzett munka boldog érzésével. Sajnos ez több, mint amennyit egy embertől kívánni lehet. *Árkövy* nem tudott elvonulni és ezért meg kellett érnie a csalódásokat.

Amit az élet nem adhatott meg *Árkövynek*, azt megkapta halála után. Munkásságának gyümölcse, tervei, álmai valóraváltak és a magyar stomatológia megteremtője halhatatlanná lett. Mi pedig kegyeletünket és tiszteletünket az által róhatjuk le *Árkövy* iránt, ha hajthatatlanul bízunk és dolgozunk a stomatológia felvirágoztatásán.

Dr. Hattyasy Dezső: A fogbél betegségei és gyógyításuk (referatum).

A gyulladásos fogbélmegbetegedések kóroktanában főképpen négy tényező szerepel. 1. a *közvetlen fertőzés*. A legtöbb pulpamegbetegedés a fertőzött szúvasodás tovaterjedése folytán jön létre. A kialakuló pulpamegbetegedés függ a szuvas fertőzöttség fokától és minőségétől, valamint a fogbél sekundär dentintermelő képességétől is. 2. A *vegyi, toxikus* behatások közül gyakorlatilag legfontosabb a silicat-méreg hatására kifejlődő *pulpahyperämia*, ill. fogbélelhalás. 3. A *mechanikus* okok részben a traumás hatások, részben a fogorvosi kezeléssel kapcsolatosak. Utóbbi csoportba tartozik pl. a kavitásalakítás közben történő pulpaexponálás. 4. *Áttéti fertőzés* szeptikus megbetegedéseknél fordul elő és igen ritka.

A *pulpitis*-ek kórtani jellegét illetően fontos, hogy a gyulladásos folyamat a gyökércsatorna bejáratánál gyakran demarkálódik. Ha a demarkáció előfeltételei nincsenek meg, úgy a fertőzés igen gyorsan tovaterjedhet. A demarkáció második állomása sok esetben a gyökércsúcs környéke. Különleges módon zajlik le a *silicat-elhalás*, melyet bizonytalan idő mulva követhet a *silicat-ostitis*, vagy *phlegmone*, mely tekintettel anaërob jellegére, különösen rosszindulatú lehet.

A pulpitiszek diagnosztikájában *Árkövy* rendszerét egyszerűsíteni kellett. Klinikailag a *hyperämia* és a kezdődő *pulpitis* igen hasonló lehet. A *hyperämiát* reverzibilis volta jellemzi. Részleges pulpitisznél a koronapulpa él és a gyökérhártya nem érzékeny. Ilyenkor a gyökérpulpa ép és nem fertőzött, ami a kezelési eljárásainkban fontos. Teljes pulpitisznél a gyökérhártya már érzékeny és a gyökérpulpa fertőzött lehet.

A megbetegedett fogbél teljes kigyógyítása és megtartása megbízhatóan újabb eljárásainkkal sem lehetséges. Fiatal, tág pulpájú fogakon a fogbél véletlen megnyitása, vagy kezdődő gyulladás eseteiben jó eredményt ad a biológiás amputáció. Első feltétel az aszeptikus dolgozás. A csonkolt fogbélre kolloidális *calciumhydroxyd*-ot (pl. *Calxyl*) helyezünk, esetleg sulfamyd hozzátéttel és bakteriummentesen zárjuk a pulpasebet. A gyógyulás új dentintető kialakításával történik.

Szuverén megoldás kifejlődött fogakon a teljes fogbéleltávolítás. Mikénti a kísérletes kutatások (elsősorban *Gottlieb* és iskolája) egyértelműen tisztázták, legjobb gyógyulási eredményeket akkor kapunk, ha semmiféle olyan vegyszert nem használunk, mely a sebgyógyulást hátráltatja. Ilyen gyógyszerek pl. az *arsentrioxyd*, a *phenol*-ok, a *trikresol* stb. Szintúgy fontos és a sikernek előfeltétele az aszeptikus dolgozás és jó gyökértömés.

Fertőzött gyökércsatorna esetében (teljes pulpitisz, gangréna stb.) a gyökércsatorna csirátlanítása és bakteriumokra át nem járható, legalább a gyökércsúcsig érő gyökértömés a követelmény. A gyökércsatorna csirátlanítása penicillinnel még nem eléggé tisztázott kérdés. Átjárható gyökércsatorna esetében, gyökérhártyagyulladásnál, hatása meglepően jó. Gyökércsatorna fertőtlenítésre igen ajánlható a *jódiontophorézis* esetleg diatermiás átmelegítéssel kombinálva. A kezelés ilyenkor több ülésben történik. Frontfogakon, ahol kevesebb a *ramificatió* a gyökércsúcson jobbak a gyógyulási eredmények, mert a gyökértömés teljesebb.

Dr. Varga István: A gyökérkezelés normája. (Referatum.)

A nem exaktan végzett gyökérkezelés köztudomás szerint gócfertőzéshez vezethet. A konzerváló fogorvoslás sikere, vagy sikertelensége a jó gyökérkezelésen múlik. A szociális biztosítás fogorvosának egységes módszer szerint kell a gyökérkezelést végeznie, hogy egységesen ellenőrizhető is legyen. Ez a gyökérkezelés normája. A norma egyelőre csak az egy gyökerű fogakra vonatkozik. A norma célja: 1. nagy százalékban eredményes, 2. kevés eszközzel, 3. kevés költséggel, 4. rövid munkaidő alatt, legyen elvégezhető, 5. könnyen elsajátítható és 6. jól ellenőrizhető legyen. Mai tudásunk szerint a gyökérkezelés akkor eredményes, ha a gyökércsatornába falálló, csúcsig érő és tömör gyökértömést tudunk elhelyezni, akár ép, élő, fertőzött, vagy elhalt fogbelű fogról van is szó. Nem alkalmas az a fog gyökérkezelésre, melybe bármilyen okból kifolyólag nem lehet jó gyökértömést tenni. A normában cement-guttapercha gyökértömítést ajánl, egyszerű kivitele miatt. Fontosnak tartja a gyökérkezelés megkezdése előtt és a gyökértömés elhelyezése után a Röntgen-felvételt, de lényeges még az is, hogy a gyökércsatorna átjárhatóságának ellenőrzésére a gyökércsatornába helyezett fém tűvel egy közbenső Röntgen-felvétel is készíttessék. A gyökércsatorna kitágítására hosszú nyelű és hosszú működő résszel bíró kézi Kerr-tűket ajánl. Fontosnak tartja a műtéti terület csíramentességét is, melyet a guminyálrekesz minden esetben való alkalmazásával vél elérhetőnek. Élő fogbél esetén a gyökérkezelés (fogbélkiirtás, gyökércsatorna kitágítás és gyökértömés) egy ülésben való elvégzését tartja legcélravezetőbbnek.

A gyökérkezelés normája a következő fázisokból tevődik össze: 1. Indikáció felállítása, 2. érzéstelenítés, 3. izolálás, 4. kavitástoilette, 5. a gyökércsatorna hosszának mérése Röntgen-felvétellel, 6. gyökércsatornatágítás, 7. gyökértömés, 8. az izolálás eltávolítása, 9. ellenőrző Röntgen-felvétel.

Előadásában indítványozza, hogy a gyökérkezeléshez szükséges műszerek, eszközök és anyagok külföldről való beszerzésére a Népjóléti Kormányzattól segítséget kérjünk.

Dr. Fritz Driak magántanár, a Bécsi Egyetem Fogorvosi Intézetének ideiglenes vezetője: A Bécsi Iskola álláspontja a teljes és részleges pulpektomia kérdésében.

Gangraenás pulpájú fogakon a gangraenás pulpaanyag teljes eltávolítása s ezt követőleg a gyökércsatorna hermetikus elzárása gyökértöméssel *(pulpa-exstirpátio-metódus)*, vagy pedig a fogeltávolítás jön tekintetbe.

A még élő pulpájú, pulpitiszes fogak vagy teljes, vagy pedig részleges pulpektomiával *(pulpa exstirpatio)* kezelhetők. Mindkét módszernek megvannak úgy az előnyei, mint a hátrányai. A gyökérkezelésnek minden esetre az a célja, hogy a kórokozó csíráknak hatását megakadályozza, úgy a fogban, mint a periapikális szövetekben és következményeiben az egész szervezetben.

Tárgyalja még a kezelés technikáját és a módszer javallatait.

A bécsi iskola, tekintve előnyös tapasztalatait a teljes fogbélkiirtás terén, eltért a részleges pulpektómia módszerétől s már csak azon ritka esetekben alkalmazza, hol a totális kiirtás a sikertelenséget már előre is valószínűvé teszi. Ilyen esetek a következők: tejfogak, olyan fogak, melyeknek gyökérfejlődése még nem befejezett, továbbá éles szögben hajlott gyökerű, vagy pedig a röntgen szerint át nem járható csatornájú fogak, végül olyan súlyos általános megbetegedésben szenvedőknél, akiknek állapota hosszabb időt igénylő gyökérkezelést nem tűr.

Dr. Stefan Loos (Wien) klinikai tanársegéd: A fogbél és a parodontium betegségeinek szövődményeire és távolhatására vonatkozó klinikai megfigyelések.

Ha dentogen gócot keresünk, figyelmünk elsősorban a nem élő fogakra és azok periapikális viszonyaira irányul. Amennyiben kifogástalan a gyökértömés és periapikalis elváltozás nincs, az ilyen fogat általában nem tekintettük gócfertőzés okozójának. Sajnos kitünt, hogy csak a pozitív röntgenelváltozás döntő, míg a negatív röntgenlelet nem zárja ki a góc létezését. Élő fogakkal összefüggésben és azok közvetlen közelében is keletkezhetnek fertőző gócok, így pl. parodontalis folyamatok következtében.

Ajánlatos többirányú röntgenfelvételt készíteni, továbbá egyéb klinikai vizsgálatokat is elvégezni: vérkép, vérsejtsüllyedés stb.

A leggondosabb vizsgálat dacára is rejtve maradhat dentalis góc, mint ahogy az alábbi esetekből kitűnik:

Egy beteg *arthritis* és szívpanaszok miatt gócra volt gyanús. Vizsgálatnál majdnem tökéletesen ép fogazatban csupán a bal alsó bölcseségfog nem él. Röntgenképen tökéletes gyökértömés látható, a periapikalis tér normális. A fog eltávolítása után a beteg összes panaszai elmúltak. Egy másik esetben retineált bölcseségfog volt az oka a kéztőcsontok és izmok fájdalmának. Nem szabad azonban ebből azt következtetni, hogy minden retineált fog gócfertőzést okoz.

Több esetet ismertet, melyek bizonyítják, hogy gócfertőzés élő fogbelű fogak esetén is keletkezhetik a fogágy betegségeiből kiindulva. Ilyen parodontalis elváltozást okozhat traumatikus okkluzió is, midőn a mechanikus ártalom körülírt szövetkárosodást, fehérjeszétesést eredményezhet. Ez a hely mint *locus minoris resistentiae*, másodlagosan fertőződhet és ugyancsak fertőző góccá válhatik.

Dr. Nass Endre (Bukarest): A szövődményes gangréna kezelése.

Gangrenás fogak csúcsi deltájának fertőtlenítése nehezen érhető el. Roncsoló szerekkel, túlmagas diatermia-hővel többet árthatunk, mint használunk. A Kerr csatornareszelőkkel legfeljebb a főcsatornában és csak ennek irányában eső kevés delta csatornában tudunk megfelelő kezelést és gyökértömést végezni. A legtöbb oldalcsatornácska így kezeletlen és tömetlen marad.

Legbiztosabb és leggyorsabb az eredmény, ha a fertőzött, nekrotikus terület eltávolításával és a gyökcsatorna tökéletes, hermetikus elzárásával a szervezetet segítjük. Sajnos, hogy a csatornácskákba gyógyszert juttatnunk még jód-iontoforézissel sem sikerül és hogy rezekció után is létrejöhet granuloma-recidiva.

A komplikált gangréna kezelése akkor a legegyszerűbb, amikor a szervezet már képezett magának fisztulát. Fisztulát szándékosan is kelthetünk és a fogat is jól átmoshatjuk rajta a gyökcsatorna kellő kitakarítása után.

Az átfecskendezési eljárást már rég csinálták fecskendővel, de maró anyagokkal s csak később humánusabb oldatokkal, de még mindig fecskendővel. Felfogásom szerint a fogat is fecskendőnek tekinthetjük, melynek csúcsa a fogmederbe van rögzítve, ha annak üres belsejében (gyökércsatorna) megfelelő anyagot, rugalmas vulkanizálatlan kaucsukkal átnyomnak. Ezen eljárásomat *„autosziringának"* neveztem el. Fisztulás esetekben ezzel a módszerrel végeztem a mosásokat. Incizió után nagy gömbfúróval megejtett apikoperiapikalis nyíláson át a csontüregbe paraffinos tampont viszek be, mely nyitvatartja az üreget, anélkül, hogy váladékkal átivódnék. A kezelés másnapján végrehajtott végleges gyökértömésnél a tampont előbb leitatom, leitatva tartom, vagy a csatorna felső részében egy jól zsírtalanított pasztadugaszt is hagyhatok, míg a jodoform-dentin-cement-guttaperchacsúcs gyökértömést elvégzem. A felesleget a csúcsról a nyitott ablakon keresztül eltávolítom.

Az „autosziringás" kezelés nagy előnye, hogy a fisztulákat könnyen fel lehet fedezni, mert sokszor rejtve maradó nyílásából a gyógyszer habosan távozik. Perspektívát nyujt ezen módszer az antibiotikumok helyi alkalmazásában és a gyökértömések biologikusabbá tételében a komplikált gangréna eseteiben is.

Dr. Enyingi Lajos: A gyökércsúcsterület, mint fertőzési kapu, ennek sebészi és belorvosi ellátása.

A gyökércsúcsterület fogorvosi ellátása — közelebbről a gyökércsatorna betömése legjelentékenyebb ténykedése a fogorvosnak. Minthogy a gyökérhártya mikrobiologiai folyamataiban az egész organizmus résztvesz, gyógyszeresen is támogathatjuk a szervezet regeneratios folyamatait. Mivel itt igen finom biologiai folyamatokról van szó, homeopathás készítményeket használunk, nevezetesen a gyökértömés után 8 napig Allium Cepa D6-ból napi 3×8 cseppet étkezés után 1 kavéskanál vízben. Ha a fogbélbántalommal kapcsolatos csontelhalásos folyamatok is voltak Argentum D6 oldatból 2 naponként 1 cm^3 injectio alakjában adunk bőr alá a gyökértömést követő 2 héten keresztül. Mindkét készítményt az Arlesheimi Weleda-gyár készíti.

A XIX. század cellularpatologiai szemléletével szemben századunk biológiai szemlélete a mi kis területünkön is új gondolatokra késztet. Nem kétséges, hogy mikrosebészi eljárásaink között többféle van, mely jó eredményt hozhat, még az amputációs eljárás is, de a probléma végleges megoldása — a szervezet tantós megvédése az endogén faktor felismerésében rejlik. Gyógyszeresen is igyekezzünk kedvezően befolyásolni betegünk állapotát.

1. Lehetőleg kevesebb ülésben sebészi kautálék mellett lássuk el a gyökércsatornát. 2. Minden gyökérkezelést kísérjen belsőleg gyógyszeradagolás a regeneratív folyamatok alátámasztására. 3. Vigyük a köztudatba, hogy a gyökértömött fogakat időnként ellenőrizni kell s ha legkisebb kedvezőtlen röntgen vagy klinikai tünetet észleljük új gyökértömés, új gyógyszeres kezelés szükséges. 4. Teoretikusan a gyökérkezelés problémája ma nem az, hogy mikép-

pen végezzük a gyökérkezelést, hanem az, hogy a mindenképpen antifiziológiás aktus hátrányos hatásait a szervezet megfelelő befolyásolásával kiküszöbölhetjük.

Dr. Bruszt Pál (Baja): A fog belsejében képződött granulómákról.

A fog belsejében létrejött granulómák kiinduló szövetei leggyakrabban élő fogbélrészek, melyek a gangrénás vagy idegölés következtében elpusztult fogbélből megmaradtak. Ezek az élő fogbélrészecskék különböző ingerekre sarjszövetképzéssel reagálnak. A sarjszövet elemei lebontják a dentint, sőt a cementet is.

Egy esetet ismertet, melynél a bal felső egyes fog táján bukkalisan babnyi, porckeménységű terimegnagyobbodás volt tapintható. A röntgenképen a gyökér közepén kb. lencsényi ovális folt, (ritkulás a dentinben). A fogat kihúzta, a benne levő sarjszövet górcső alatt a granuloma típusos képét mutatta.

A folyamat elég ritka az irodalomban, eddig 43 esetet közöltek. Ha a folyamat nem túl nagy és megfelelő helyen van, a fogat kellő kezelés után meg lehet tartani.

Gergely L. (Debrecen): Az állcsontok daganatairól.

A témakörből három részletkérdést ragad ki:

I. A tumor okozta gyökérrezorpciók kérdése. A gyökérrezorpció nem jellegzetes a daganat malignitására. Mindig csak annak kifejezője, hogy a daganat gyorsabban nő, mintsem a fog ki tud előre térni. Hogy nemcsak tumorsejtek okoznak rezorpciót, az is mutatja, hogy a pulpa felől is megindul a kemény állományok lebontása, amint a gyökércsúcs táján az erek komprimálódnak. Rosszindulatú daganatnál a környékbeli fogakat is el kell távolítani Jóindulatú daganatnál a fogakat lehetőleg kíméljük. Ha ez esetben a gyökércsúcs táján rezorpciók láthatók, úgy célszerű a gyökérkezelést előzetesen elvégezni operációs előkészítésként.

II. Diagnosztikai tévedést a daganatok sokfélesége és a ritka daganatfajták okozhatnak. A szövettani vizsgálat döntő jelentőségét hangsúlyozza gyakorlati példán, amelynél szolid adamantinomára vagy centrális epuliszra gondoltunk, de a szövettani vizsgálat myxomát mutatott.

III. Terápiásan műtéten kívül a besugárzás jön számításba. Rádium hiányában mi kontaktsugárzást használunk. Felületes daganatoknál a kezdeti eredmények jók. Állcsontdaganatoknál műtét+mélysugárzással kombinált kontaktsugárzást ajánlunk.

Dr. Sándor Ferenc: A nyelvtályogról

A nyelv gennyes gyulladásával aránylag ritkán találkozunk a gyakorlatban. Ez annál feltűnőbb, mert a nyelv a szájüreg gyulladásaiban igen gyakran résztvesz, másrészt a táplálékfelvétel kapcsán bő alkalom nyílik a nyelv sérüléseire. Legnagyobb jelentősége a nyelv igen jó vérellátásának van a fertőzések leküzdésében. Szomszédos szervek gyulladása ráterjedhet a nyelvre s a nyelv flegmonéját vagy tályogot idézhet elő.

Súlyos általános fertőzéseknél leírták a nyelv diffuz beszűrődését. Ez oly nagyfokú lehet, hogy a hatalmasan megduzzadt nyelv légzési akadályt képezhet. A beteg kényszertartást vesz fel, fejét hátraszegi, hogy légzését könnyítse. Nyelésképtelenség mellett a nyálképzés fokozott, ez nyálfolyást okoz. Hidegrázás, magas láz, elesettség mellett a további tünetek a tályog helyétől függenek.

Legúlyosabb szövődmények közé tartozik a *v. jugularis interna* gennyes *thrombophlebitis-e* és a *sepsis*. A kezelés mindig az esethez igazodik. Ha a

tünetek nem fenyegetők, conservative járunk el. Öblögetésre és antibioticumok (sulfamidok, de elsősorban Penicillin) adagolására infiltratumok visszafejlődhetnek Ha a tünetek fenyegetőek, korán és kiadósan avatkozuk be. A behatolás vagy *submentalis sagittalis*, vagy oldalsó metszéssel történik, mely kb. az art. lingualis lekötésnél használt metszésnek felel meg. A tracheotomiás készletet készenlétben kell tartani, hogy glottis oedema esetén a életmentő műtétet azonnal el lehessen végezni.

Dr. Móczár László: Az ankylosis mandibulae műtétének tanulságai.

Húsz éves tapasztalatairól számol be, mellyel kapcsolatban egy fiatal férfibeteget mutat be, aki először gyermekkorában került hozzá szájzárral. A szájzár oka a bal állkapocsízület ankylosisa volt, melyet skarlát következtében fellépő gennyes *otitis media* idézett elő. Az egész ízület elpusztult. Műtétileg kellett az állkapcsot mobilizálni. Miután a kívánatos álízület nem képződhetett ki a szükséges utókezelés hiányában, az állkapocs újból összecsontosodott a koponya alappal.

18 év után a beteg újból jelentkezett, mikor a műtétet megismételték. Ez alkalommal a *proc. coronoideus*-t is eltávolították.

A műtét sikerének, azaz az álízület kifejlődésének feltétele a gondos utókezelés, mely az állcsont állandó és erélyes mozgatásából áll.

Móczár a következőkben foglalja össze előadásának lényegét:

„Az ankylosis mandibulae műtétének tanulságai között a legfontosabbnak tartom az állandó felügyelet alatt végzett mechanikus tágítást. Ezt a kérdést nemcsak azért tartottam szükségesnek a kongresszuson szóvátenni, mert az állcsontízület zavartalan működése előfeltétele minden fogorvosi beavatkozásnak, hanem mert a mechanikus tágítást különböző készülékekkel végezzük, mely készülékek konstruálásában a fogorvos nagyban segítségére lehet a műtétet végző sebésznek. Ezek a készülékek elvileg két típusra vezethetők vissza: az egyiknél a fogsorokra alkalmazott fémöntvények közé a szájüregben elhelyezett rugókat teszünk. A másiknál ezeket az öntvényeket a szájüregen kívül vezetett rugórendszerrel tartjuk állandó disztrakcióban. Minden esetben a legfontosabb, hogy a beteg a készüléket egy esztendőn keresztül éjjel-nappal hordja. Tehát az a ankylosis mand. műtétének legfontosabb problémája az utókezelés, mikor is a beteg a mesterségesen szétfeszített fogsorokat a saját izomerejével kénytelen összecsukni. Ezáltal az állandó állcsontmozgatás által új ízületet hoz létre és annak fennmaradását biztosítja."

Dr. Fodor György István: A glandula submaxillaris köveiről, több ritka eset kapcsán.

A nyálmirigyek köves betegsége, a szervezet egyéb kőbetegségeihez viszonyítva aránylag ritka. Gyakran tapasztalhatjuk, hogy olyan súlyos szövődményeket is okozhatnak, amelyek végül a megbetegedésnek nagyon is komoly jellegét adhatnak. Az előadónak az utóbbi évek folyamán kivételesen nagyszámú nyálköves beteget volt alkalma észlelni és operálni. Ezek közül most csak azokat az eseteket mutatja be, amelyek ritkaságuknál fogva érdeklődésre tarthatnak számot és tanulságosnak ígérkeznek. 35 éves nőbetegének harminc nyálkövet távolított el részben a submaxillaris mirigyéből, részben a mirigy szétesése és a kövek szétszóródása következtében a nyak szöveteiből. A röntgenfelvételen túl megfigyelhető a nyak szöveteiben a kövek nagy területű szétszóródása. Egy másik betegének mindkét oldali *ductus Warthonianus*ában képződött nagy tömegű követ mutatja be. Egyéb ritka eseteinek bemutatásával kapcsolatban ismerteti a *ductus*- és mirigykövek között észlelhető

különbségeket és fényképeken mutatja be azokat a röntgenvizsgálati módszereket, illetve beállításokat, amelyekkel a legbiztosabban mutathatjuk ki a nyálköveket.

Dr. J. Imberechts: Ipari balesetből eredő súlyos arckoponya-sérülés esetének és stomatológiai ellátásának ismertetése.

A gembloux-i híres késgyárban a munkások gyakran szenvednek súlyos sérüléseket a kések köszörülése alkalmával. Dr. Imberechts betegénél a centrifugális erő által kihajított késdarab a beteg arcába vágódott és az arckoponyát mintegy kettévágta. A törés majdnem a koponyaalapig hatolt, de szerencsére azt nem érte el. Az előadó a sérülések sebészi ellátása után palatinális és labialis ívekkelrögzítette a maxilla darabjait. A bravúros műtét és szakszerű utókezelés következtében a beteg 18 hónap alatt teljesen meggyógyult.

Dr. Frankl Zoltán: Osteoma maxillae.

15 éves fiú, aki fél év óta veszi észre, hogy növekszik a baloldali felső állcsontja. A klinikai és rtg. vizsgálatok szerint a kóros elváltozás a felső állcsont osteomája. A tumor eltávolítását injekciós érzéstelenítésben végeztük. A nyálkahártyametszést a felső ajak átmetszése után ferdén az ínyszél irányában vetzettük. Az ínyt *buccalisan* és *palatinálisan* is az ínyszéltől 2 mm-re vágtuk át. Ily módon a nyálkahártya-csonthártya lebenyt feltolva a tumor eltávolítása után elegendő lágyrész állott rendelkezésünkre a nyálkahártya-szélek egyesítésére és így a seb üregnek a szájüregtől való elválasztására. Ezt megelőzőleg az orr oldalsó falának nyálkahártyájából a *Luc-Caldwell* műtéttel egyezőleg, nagy lebenyt készítettünk, amelyet az üregbe fektettünk. A lágyrészek kellő egyesítésével a proc. alveolaris helyén ahhoz hasonló lágyrész dudort sikerült kialakítani a protetikai pótlás számára.

Dr. Frankl Zoltán: Cystából kiinduló carcinoma.

38 éves nő, 10 év előtt rezekálták a jobb felső nagymetsző fogát, a cystát távolították el. A rtg. felvétel az egykori cysta helyén kiterjedt felritkulást mutat. A rtg. képen látható felritkulást lehetett volna a csontregeneráció hiányosságával magyarázni. Minthogy azonban a betegnek az egykori műtéti terület helyén tompa fájdalmai voltak és általános panaszaira egyéb okot nem találtunk, műtétre határoztuk el magunkat. A csontot felvésve babnyi cystára jellegzetes szövetképletet távolítottunk el. A szövettani vizsgálat eredménye cc. Ezért nyolc nappal az előző műtét után a maxillának a cystát körülvevő területét resecáljuk. A csont és lágyszövetekben nem sikerült daganat sejtet, illetve daganat fészket kimutatni. Sima gyógyulás után a beteget besugárzásra küldjük. A tanulság mindebből az, hogy a fogeredetű cysták szöveti vizsgálatát még a klinikailag legegyszerűbbnek látszó esetekben is elengedhetetlennek tartjuk.

Dr. Illyés Lajos: A penicillin hatása az életveszélyes akut, dentalis infekcióknál.

„P. E. 78 éves legyengült féribeteg súlyos, szeptikus állapotban: 40 C° lázzal, súlyos légzési zavarral. Fogatlan száját nyitni alig tudta, nyelni csak fájdalmak árán volt képes. A műtétre, mely a mandibula bal vízszintes szára alatti széles metszésből, annak tompa feltágításából és jodoform tamponokból állott, kis mennyiségű büzös savós genny ürült, másnapra a beteg állapota súlyosbodott. Ekkor 400.000 O. E. pc.-t adtunk i. m.-an elosztva 10 adagra. Az utolsó pc. adag befecskendezése után néhány órával a beteg jobban érezte magát. Röntgen felvételen baloldali alsó impaktált szemfog, melyet a gyulladásos tünetek visszafejlődése után eltávolítottunk.

Érdekes az eset abból a szempontból is, hogy impaktált fogáról a beteg nem tudott.

Összefoglalva a kétségtelenül tanulságos esetet: Súlyos akut dentalis infektióknál, ha a sebészi beavatkozás 24 óra elmultával nem hoz javulást a beteg állapotában, ne késlekedjünk pc.-t adni.

Dr. Klein Ernő: Periapicalis folyamatok sebészi terápiája gócfertőzés gyanuja esetén.

A periapicalis folyamatok terápiája gócfertőzés gyanúja esetén a szerzők nagy többsége szerint a fertőző gócok eltávolítása, extractiót ajánlanak és excochleálnak, vagy rezekciót végeznek. Ez a terápia nem vezet mindig célhoz.

15 év tapasztalata és 120 eset észlelése alapján az eredménytelenség okát két faktorban látom: 1. Az extractióval és az azt követő *excochleátio* általában szokásos (az alveoluson keresztül történő) módjával nem tudjuk maradéktalanul eltávolítani a periapicalis gócot. 2. Sebészi beavatkozásainknál nem vesszük tekintetbe a gócfertőzésben szenvedő szervezet csökkent védekező képességét.

Ad 1. Az alveoluson átvezetett kanál nyelének maximális kitérése mellett is nagy terület marad elérhetetlen számára. Sok esetben az alveolus apicalis részének szűk volta miatt el sem érjük a gócot.

Ad 2. Helytelenül járunk el akkor, amikor a periapicalis gócok sebészeti ellátása után zárjuk a sebüreget, mert az abban felgyülemlő vér és sebváladék kitűnő táptalaj az ott megmaradt bacteriumok számára. A sulfamidok adagolása által a szervezet könnyebben győzi le a secundaer tünetek műtét okozta fellobbanását.

Gócfertőzésre gyanús esetekben, ha a foghúzást és kikaparást követő 8—10 napon belül a tünetek nem szűnnek meg, úgy tárjuk fel a *periapicalis* tájat, gondosan kaparjuk ki és behajtva a nyálkahártyalebenyt a sebüregbe tamponáljuk azt.

Rezekció vagy *cysta* műtét esetén ne zárjuk a sebüreget, hanem járjunk el *Partsch* I. műtéte szerint.

Dr. Molnár László: Az akrilátok gyakorlati alkalmazása a fogászatban. (Referatum.)

Szólókoronákhoz az akrilátok főleg frontfogakon, jól beváltak. *Hidakat* csak vázzal készítsünk: horgonyoknak fémeket használva, a hídtesten műcsonkos kiképzéssel. *Mélyharapás*, sínezés esetén, hídhorgonyokhoz a háromnegyed-koronákon kívül a fazettás koronákat alkalmazzuk, Amerikában alámenő fémkeretbe (platinarany) préselve, nálunk platinaszögekkel (U-alakú csappal) nittelve és ragasztva, mert így cserélhető. Amerikában fontos, hogy bizonyos rágógumifajták hozzáragadnak a műzománchoz és lehúzzák a koronát a csonkról. Ha a horgonyokat csak feszüléssel tudjuk felnyomni helyükre, a híd meglazulása, rossz széli zárás várható.

Betétekhez, sőt tömésekhez is ajánlották a műzománcokat a szilikátok helyett: *filcryl néven*. A monomert és polimert a kavitásban nyomással egyesítjük és nyomás alatt tartjuk, cellofánnal és gumilappal szorítjuk a kavitásba. Az eredmények még bizonytalanok. Inlékhez csak I. és V. osztályú, vagy tömeges, nagy térfogatú kavitásba használjunk műzománcot. II. osztályúba, kisőrlőbe nem jó, mert vagy vékony és eltörik, vagy sokat el kell fúrni a fogból. Devitalizált fogba inkább alkalmazható. A rágónyomásra lassan alakját változtatja, ki is eshet az üregből, nem olyan megbízható, mint a fémbetétek.

A porcellánhidak mint kivételes ügyességű szakemberek munkái tovább is figyelmreméltó darabjai a fogtechnikai művészetnek, de csak ritkán alkal-

mazhatók. Az élet már eldöntötte, hogy az akrilátok lassan háttérbeszorítják a kerámiai technikát és azt sok esetben helyettesítik.

Klasszikus alkalmazási területe az akrilátoknak *a lemezes fogpótlások*. A háború előtt kizárólag a klasszikus izoláló anyagot, a cinnfóliát használták a préseléshez, de a háború alatt calciumalginatot, nylont, gumilapot alkalmaztak. Megállapították, hogy e pótanyagok nem olyan jók, mint az ónlemezes izolálás és felületi feszültséget és repedést okozhatnak a műanyagban. Ha a már kész polimerizált anyagot akármilyen enyhe oldószer éri (pl. alkohol) a repedések előtünnek, míg a cinnfóliázott anyagon nem mutatkoznak. A rubberdamizolálás néha a tiszta, átlátszó műzománcon piros elszíneződést okozott.

Belső feszültség a préselt akrilátlemezekben mindig van, különösen a műfogak, kapcsok, kengyelek körül. Porcellánfogak körül nagyobb a feszülés, mint műzománcfogak mellett.

Javítások, alábélelések után a belső feszülés, a rossz izolálás okozta felületi károsodások fokozott mértékben tünnek elő, repedés, elszíneződés könnyen törés támadhat. A gyakorlatban a felület hibáit úgy vizsgáljuk, hogy kis vattagombolyagon néhány percre alkoholt viszünk a felületre. Rövid idő mulva kis nagyítással már előtűnnek a felületen a hálózatos, finom hajszálrepedések, elszíneződések.

Az akrilátokból készült *plasztikus fogak* ma már nagy választékban kaphatók és különösen porcellánfogakkal szemben elhelyezve a természetes kopást megkönnyítik. A plasztikus műfogak felhasználása közben azonban vigyázni kell arra, hogy csiszolás, viaszolás közben azokat túl ne hevítsük, oldószerek ne érjék. Polirozás közben víz alatt kell tartani, mert ha melegszik, könnyen foltos vagy repedéses lesz, illetve az expanzióhoz szükséges vizet az anyag nem veheti fel magába.

Akrilátfogak akrilátokkal szemben a fogpótlás viselőjében nem keltenek egészen kellemes érzést, kissé bizonytalan, túlzottan ruganyos a rágás. Ha műfogsorokon az alsó rágófelületekbe fém (arany-, ezüst-, ergó-) rágófelületeket, onléket helyezünk a felső porcellánfogakkal szemben, egyéni rágópályák képződnek. Ezt csupán akrilátokkal nem érhetjük el. Kaucsuklemezek a porcellánfogakat jobban rögzítik, mint a paladon vagy más műzománc.

Az akrilátfogsorokat legújabban puha vagy kemény alábélelőkkel, javíthatjuk. Alsó fogműveket teljesen alábélelhetünk a szájüregben puha masszával. Részleges fogsorokon csak a gerinceken kell alábélelni.

Akrilátkanalakat funkciós lenyomatokhoz jól használhatunk. Műzománcokból obturátorok, műszem, műorr, fül, sőt végtag (kézpótlások) protézisek is készülnek, fémmel kombinálva.

Végeredményben tehát az akrilátok sokféle célra használhatók. Számos jó tulajdonságuk van. A porcellánt igen sok esetben helyettesíthetik.

Dr. Lőrinczy Ervin és dr. Földvári Imre: A kivehető részleges fogpótlás kritikája.

Hibás az olyan törekvés, melynél a maradékfogazat és a nyálkahártya egyformán vesz részt a teherviselésben. Rágófelszíni támasztékot csak akkor alkalmazhatunk, ha a tisztán dentalis elhorgonyzáshoz megvannak a feltételek. Egyébként mindig csak rögzítőkapcsot alkalmazunk és a rágónyomás terhét a nyálkahártya-csontfelületre visszük át. Az egyenletes megterhelés élettani szempontból nem hátrányos. Körülírt csontsorvadást csak ott látunk, ahol a megterhelés egyenetlen.

Gingivodentalis megterhelésről beszélni anatómiailag helytelen. A gingiva a parodontium egy része, mely az állcsont fogatlan részein felszívódik; Az alveolaris gerincen jelenlévő nyálkahártya nem téveszthető össze a gingivával.

Az alaplemez túlzott megkisebbítése hibás és csakis dentalis elhorgonyzás esetén indokolt. Ha a rágónyomás terhét a nyálkahártya csontfelület viseli, az alaplemezt lehetőleg ki kell terjeszteni és csak a maradékfogazat palatinális, nyaki része maradhat szabadon.

B. Müller teóriáját *Gámán* vizsgálatai alapján állította fel, *Gámán* megállapításai azonban csak az alveolaris nyulványra vonatkoznak. Az alveolaris nyulvány protézis-nyomás alatti lebontása után fennmaradó alveolaris gerincre a csontátépítődési folyamatok nem vonatkoznak.

A reziliencia fogalmáról eltérőek a vélemények. A nyálkahártyát ért elváltozás két fázisra osztandó: primär összenyomhatóságra és secundär atrofiára. A végső állapot a protézis nyomása alatt csak hetek mulva jön létre. Ha a nyálkahártya elváltozása be van fejezve, leghelyesebb új protézist készíteni.

Rágónyomásos lenyomat csak a kompresszibilitás különbséget rögzíti, tehát nem oldja meg a süllyedés kérdését.

A vegyes megterhelés káros hatása a támfogak billenésében jut kifejezésre. Ezt a káros hatást a *B. Müller*-féle rúgós kapocs sem képes kiküszöbölni. A káros hatás következménye a protézis billenése is, mely ugyancsak a vegyes megterhelés folytán jön létre.

A hosszúnyelű, rúgós támasztékos kapocs, mely *Schröder-Rumpel* szerint tapintó billentyűnek tekintendő, az egyenetlen süllyedést nem akadályozza.

Dr. Keményi Imre: Esztétikai problémák a stomatológiában.

A fogpótlás esztétikai célja nemcsak a fogív hézagainak helyreállítása, *hanem a foghíjjasság előtti arcvonások rekonstrukciója is.*

A fogpótlásnak távolabbi esztétikai célja a felső ajak iveltségének nyugalmi állapotban való rekonstrukciója. Hogy ezt elérjük, nem csak a *fogívet*, hanem az *állcsontívet is* eredeti konfigurációjában kell rekonstruálni. Ez legnehezebb teljes foghiány esetében.

Mivel nem rendelkezünk olyan eljárással, amely fixhidaknál lehetővé tenné az állcsontív rekonstrukcióját, *ezért az állcsontív deformációjának profilaxisára kell törekednünk.* Ezt elérhetjük a *műgyökerek kiterjedtebb alkalmazásával.*

Ugyancsak szükséges az állcsontív korrekciója, prognátiánál, ha a korrekció a prognátiás állású fogak gyökerének megtartásával, *Jacket-korona* alkalmazásával történik. *Ezt csak úgy érhetjük el, ha a fogak dekoronálása után a limbus alveolarist, a gingiva legnagyobb kímélése mellett, 1—2 mm mélységben a hozzá tartozó gyökér labiális részével együtt eltávolítjuk.*

Az alsó állcsont- és fogsorívnek az ajak formálásában nincsen a felsőhöz hasonló fontos szerepe. (Azonkívül az alsó fogak nyaki része, de különösen az iny a legritkábban szokott látható lenni. Az alsó elülső fogak pótlásánál tehát mások az esztétikai sikerek feltételei. Miután nincs szükség az eredeti állcsontív rekonstrukciójára). *Ezért nem indikált a műgyökerek alkalmazása sem.* Ezek helyett, a pótlásra kerülő fog számára, *a tetején lelapított porcellángömböket készítek,* melyek külső formában egy-egy gyökér megvastagodott csúcsi részéhez hasonlítanak.

Ugyanezt a rendszert lehet alkalmazni felső fogak esetében is, ha az ajak még nevetésnél is takarja a fogak nyaki részét.

Dr. Kende János: Prognátia megoldása sebészileg képzett alveolusba ültetett porcellán gyökerekkel.

Porcellán gyökerek implantációja minden esetben javalt, amikor frontfogat távolítunk el és az ezáltal keletkezett hiányt, fix híddal pótoljuk. Az implantált porcellán gyökér megakadályozza, az involuciót. Nem áll be szöveti zsugorodás, heges összenövés, az arc eltorzulása. A porcellán gyökér a kihúzott fog gyökerének helyét foglalja el, azonos körfogattal, ¾-ed hosszúságban. Kifejezett prognatia esetét úgy oldottuk meg, hogy a felső fogív szűkítése céljából a kihúzott 2 nagy metsző helyébe, palatinalis irányban 4—5 mm-nyire új alveolus üreget képeztünk és ebbe helyeztük a 2 nagymetszőt pótló porcellángyökereket. A két porcellángyökér és a hozzá tartozó porcellán koronák teljes felső körhídba vannak iktatva: technikailag lebegő középrészt képeznek. A porcellán gyökereknek feladata az arc konfigurációjának megtartása. A műtét és behelyezés után 14 hónappal megállapíthatjuk, hogy ezen feladatnak teljes mértékben megfeleltek. A hátrahelyezett porcellán gyökerek felett a lágyrészek símán, feszesen tapadnak. A *processus alveolaris* az első hónapokban röntgennel kimutatható gyulladásos jelenséget mutatott, lassú csontfelszívódás állott be. Ez a folyamat a 6-ik hónapban megállt és csontújképződés váltotta fel. Jelenlegi röntgenkép a porcellán gyökerek csúcsi harmada körül kifejezett csontos alveolust mutat. A porcellán gyökér formatív ingerként hatott s új alveolus képződött az implantatum körül.

Dr. Vályi Béla: Műgyökeres protézisek.

Nemcsak hidakat, hanem protéziseket is elláthatunk műgyökerekkel. Itt nem használunk égetett porcellánt, hanem akrilátokat. Indikációi:

1. Felső és alsó állcsonton, ha a maradék fogazat, akár helyzeténél, akár elhelyezkedésénél fogva protézis tartására nem alkalmas.

2. Teljes felső lemezeknél, ha az íny beszédnél, vagy nevetésnél láthatóvá válik s kénytelenk vagyunk a front porcellán fogait felcsiszolni.

3. Teljes felső lemezeknél, ha leküzdhetetlen hányinger áll fenn, s így kényszerülve vagyunk patkóalakban kivágott protézist készíteni.

4. Alul, még abban az esetben is, ha avval kell számolnunk, hogy teljes alsó lemezre lesz szükség.

5. Teljes alsó lemezeknél.

A metódus kivitelezése: Még foghúzás előtt elkészíttetjük a részleges lemezt. A beteg ezt addig hordja, amíg sem evésnél, sem beszédnél kellemetlenséget nem okoz. Ha elég jól megszokta, lenyomatot készítünk a szájban ülő lemezzel a kihuzandó fogakról. Viasz harapás, antagonista lenyomat. Utána elővigyázatos extrakció. (A fog ne törjék el.) A sebbe feszes tampont helyezünk. A pozitívre elkészíthető aztán olyan műgyökér, mely alakjánál és tengelyénél fogva tökéletesen követi az eredeti fogat.

A kijavított lemezt a kihúzott fog kipótlásával, gyökérrel, a tampon eltávolítása után, óvatosan szájbahelyezzük. Az első időkben nem szabad huzamosabban szájon kívül tartani a lemezt, mert a seb zsugorodik.

Az akrylát műgyökér nem okoz semmiféle irritációt, sem fájdalmakat.

Nagy Sándor: Műgyökerek alkalmazása a proteziseknél.

A protézisnél a műgyökér mindenkor megfelelő színű akrilát anyag, mert a porcellánnal szemben van egy bizonyos rugalmassága, és a foggyökér nagyságát és konfigurációját pontosabban követheti, mint a porcellán. A röntgenfelvétel alapján készített műgyökerek nem minden tekintetben kifogástalanok.

Újabb és pontosabb metódus a következő munkamenettel sikerül:

Először elkészítem a protézist a kihúzásra kerülő fogak pótlása nélkül. Ha a beteg a lemezt megszokta, akkor a fogak eltávolítása előtt lenyomatot veszünk a protézissel együtt és ezután extraháljuk a fogat. A kihúzott fogat a lenyomatba behelyezzük. *Az így nyert modellen pontosan megkapjuk a gyökér állását, nagyságát és formáját és ezáltal tökéletesen tudjuk az eredeti gyökér után a műgyökeret elkészíteni.*

A műgyökeres protéziseket kétféle eljárással készítem:

1. A protézist már az előbb vázolt módszer szerint előre elkészítem és csak utólag pótlom az extrahált fogat a műgyökérrel.

2. A protézist elkészítjük a fogpróbáig. Ha a fogpróba jó, akkor új gipszlenyomatot veszünk és extraháljuk a fogat, melyet a lenyomatba helyezünk. A fogpróbát áthelyezzük az új modellra és erre készítjük el egyszerre a protézist a műgyökérrel és pótlandó fogakkal együtt.

Műgyökeret alkalmazhatunk már régebben elkészült protéziseknél is, ha a protézis kifogástalan s ha valamelyik fog extrahálásra kerül. Teljes alsóknál, *ha csak egy műgyökeret tudunk is alkalmazni,* elősegítjük a lemez jobb tartását.

Dr. Skaloud Ferenc és dr. Huszár György: A felnőttek prognátiájának sebészi és protetikai kezelése.

Alig javítható szabályozással a kifejezett prognátia a csontosodás befejeződése, a 21-ik életév után. Egyetlen megoldásként a sebészi kezelés jöhet számításba. A prognátia korrekcióját célzó műtétek legtöbbször, sajnos nem adnak tökéletes eredményt. A különböző módosított eljárásoktól eltekintve két műtét van, ami eddig szóba jöhetett: a *Bichtmayer*-féle *osteotomia*, ami lényegében fogeltávolítás nélkül a palatinális fogmeder fekvése után a frontfogak erőszakos redressement-jából áll. A másik *Chon-Stock* eljárása, ahol az egész fogmedernyulványt jóval a foggyökerek csúcsa felett kell átvésnünk és a fogakkal együtt „betörjük".

Az általunk végzett műtét kivitele a következő: Kétoldali *nervus infraorbitalis* vezetéses érzéstelenítése után magasan az áthajlási redőből a szemfogak csúcsának magasságából kiinduló metszést végzünk, mindkét oldalon a szemfogak meziális szélén. A nyálkahártya-csonthártyalebenyt felfejtjük, annyira, hogy a *spina nasalis anterior* is teljesen szabadon legyen. A négy frontfogat extraháljuk. Vésővel eltávolítjuk a túlérő csontrészt a spina magasságáig. Most meg kell vizsgálnunk a szájrés záródását. Ha ez teljes, — tehát aktíve az alsó és felső ajak összeszorítása könnyen keresztülvihető —, akkor a csonteltávolítás elegendő. A lebenyt most mégegyszer jó magasra feltólva mobilizáljuk vele az egész áthajlási redőt és orrgyököt. Utána lehúzzuk az újonnan képzett fogmederszélre, megállapítjuk az eltávolítandó gingivaszél nagyságát és ezt ollóval levágjuk. Majd selyemvarratokkal egyesítjük a palatinális gingivaszéllel. Eljárásunk következtében az orrgyök felfelé tolódása és a felső ajak felkunkorodása teljesen eltűnik, ami a többi műtéteknél mindig megmarad.

A műtét után a teljes gyógyulásig lemezes pótlást kell a betegnek viselnie. Rendszerint 8—10 héttel a műtét után a végleges fogpótlást el lehet már készíteni. Erősen előreugró szemfogaknál kénytelenek vagyunk a fogak koronáját lecsiszolva csaposfogas elhorgonyzással rögzíteni a hidat. Ha a protrúzió csekélyebb mérvű, pillérül öntött porcellánhomlokzatos koronát készítünk. A hiányzó fogakat fém műcsonkra készített Jacket koronákkal pótoljuk.

Dr. Huszár György és dr. Skaloud Ferenc: Teljes állkapocshiány sebészi és protetikai ellátása.

Betegünk, 52 éves férfi, szilánksérülést szenvedett, mely alsó ajkát, az állcsúcstájék lágyrészeit és állkapcsát erősen összeroncsolta.

A mandibula vizszintes ága elpusztult. A nyelv így előreesett és állandó nyálcsorgás elviselhetetlenné tette a beteg életét. Többszakaszos plasztikai műtét segítségével, a nyaki tájékból kimetszett nyeles lebenyekkel szájfeneket, majd az arcból vett lebenyekkel alsó ajakrészt képeztünk. Igy sikerült elérni a szájrés teljes záródását. A beteg kora, és rossz erőbeni állapota miatt nem csontátültetéssel, hanem protetikai úton pótoljuk a hiányt.

A beszűkült és rugalmatlan szájrés megnehezítette a lenyomatvételt. *Bayer*-féle bázislemezből két, fél lenyomatkanállal vettük a lenyomatot. A félkanál alatt itt egy teljes kanál felét kell érteni. A kanalakat egymás után helyeztük be a szűk szájrésen; majd a betétellel fordított sorrendben vettük ki.

Esetünkben a felső állcsontban *4 21 1 3 4* fogak voltak meg és ezeken is évek óta fémhíd volt. A 4-es fogakra, melyeken már fémkoronák voltak, reáhúzható részleges koronákat készítettünk, amelyeket vitallium palatinaliv kötött össze. Az alsó állcsont és a fogak pótlására készített 6-fogas alsó rezekciós protézist a felső vitalliumvázzal rúgórendszer köti össze. A rúgótartók felül koronákba, alul a kaucsuk protézis alaplemezébe vannak elhelyezve.

Dr. Pesthy István: Kozmetikus hídpótlások.

Európában a kozmetikus fogpótlások ideje általánosságban már a huszadik évnél kezdődik. Ez az esztétikai igények fokozódásával magyarázható. A kozmetikus hidaktól megkövetelik, hogy:

1. Fém sehol a munkán látható ne legyen.
2. A pótlás színében és formájában illuziókeltő legyen.
3. Tökéletes rágóképességet biztosítson.
4. Olcsó legyen.

Mielőtt részletesen szólna a szerző ezen követelményekről, kitér a porcellán (Jacket) és műgyanta koronák kritikai méltatására. Arra az eredményre jut, hogy a műgyanta koronák mai formájukban és előkészítésükben még az égetett porcellán mögött maradnak. Rágásmechanikai, kozmetikai, szín és formai tekintetben csakis a Jacket koronák használhatók megnyugtató módon.

A gyakorlati tapasztalatokon felépített megindokolások részletei után, az előadó rátér a sorvadt *proc. alv.* műtéti mélyítésének ismertetésére, majd a kozmetikai célból a csonthártya alá bevarrt alveolushiányok pótlására.

Dr. Sárkány I. (Debrecen): Kalcium és foszfor oldódása a zománcból.

Évekkel ezelőtt kihúzott, szobahőmérsékleten kiszáradt fogakból dentin- és zománcport készítettünk 500—600 kg/cm² nyomás alatt. A port pH 2, 3, 4, 5, 6, 7 és 8-as Britton-Robinson puffer hatásának tettük ki. A kioldott Ca és P mennyiségét határoztuk meg. A Ca meghatározás *Kramer-Tissdall*, a P

meghatározás *Fiske* és *Subarow* módszerével történt. 20 percen belül a pH-től függő mennyiségben oldódik Ca és P; a kioldódó mennyiség alig növekszik, ha a behatás idejét 13 órára hosszabbítjuk. Az oldódással egyidejűen a hydrogen-exponens növekszik.

Kb. pH 4-re beállított acetátpufferben időbelileg követtük a Ca és P oldódását, amelyet görbékkel ábrázoltunk. A különböző időpontokban kioldott Ca és P arányát meghatároztuk; ez az arány egyezik a hydroxylapotit összegezett képletéből kiszámított aránnyal.

Ha a puffert egy idő multán kicseréljük olyan pH-jú oldatra, amilyen a puffer eredetileg volt, ismét nagyobb mérvű és gyorsabb oldódás következik be. Ha ezt a folyamatot görbével ábrázoljuk, azt látjuk, hogy a görbe második fázisa nem fedi az elsőt. Ha a pufferoldat kicserélésekor oly friss pufferodatot adunk a porhoz, amelyiknek pH-ja azonos, mint a leöntött pufferé volt, a további oldási folyamatban lényeges változás nem történik. Ebből az a következtetés vonható le, hogy a Ca és P egy része könnyebben oldható formában van valószinűleg a kemény fogállományokban s minden oldódási folyamat ennek a résznek a kioldásával kezdődik.

Ca és P oldódási görbéket vettünk fel a zománcpor előzetes fluorkezelése után is. A fluor protektív hatása kétségtelenül látható. Érdekes, hogy a fluorral előkezelt zománcból kioldódó Ca és P aránya eltér az előkezeletlen zománcnál megállapított oldódási aránytól.

Dr. U r i J. (Debrecen): A novokain bomlásáról.

Novokain-szuprarenin oldatok álláskor elszíneződnek. Ezen elszíneződés lényegét *Langecker* hosszú évek előtt tisztázta. Adrenalin-mentes novokain-oldatoknál is észlelhető azonban sárgás elszíneződés, ha hosszabb időn át állnak fényben. Ez az elszíneződés különböző ionok által gyorsítható. A legjelentékenyebb hatása az Ag, Fe, J és Co ionoknak van.

Az elszíneződött novokain hatása a macska vérnyomására eltér a színtelen friss oldat hatásától. A színezett oldat vérnyomáscsökkentő hatása kifejezettebb. 0,5 ccm 4%-os elszíneződött oldat nagy vérnyomásesést és szívbénulást okozhat.

Novokain egyben elveszti specifikus ideg-vezetést bénító hatását, amint ezt kísérletileg a béka *ischiadicus-gastrocnemius* készítményén ki lehetett mutatni.

A novokain nyilván redoxrendszer, amelynek oxydációja a specifikus hatás csökkenésével és a toxicitás emelkedésével jár.

A praxisra vonatkozóan az a következtetés vonható le, hogy elszineződött novokain-oldatot használni nem szabad. Hogy az elszineződés könnyen megítélhető legyen, színes ampulla-üvegek használata kerülendő.

Dr. K e l e n h e g y i-T ó t h K. és dr. V é g h L. (Debrecen): A vér cholinesterase tükre a szájnyálkahártya különböző megbetegedéseinél.

Szájnyálkahártyabetegségeknél gyakran fokozott a nyálfolyás. Ez a nyálmirigyek fokozott izgalmának a jele. Az ingerátvitel a paraszimpatikusnál egy vegyi mediátor, az *acetylcholin* segítségével történik. A nyugalmi állapotot az *acetylcholin hydrolyzise* állítja helyre, amit egy specifikus enzyma visz végbe. Tehát ezen fajlagos enzymának az aktivitása felelős utolsó fokon a *parasympathikus* izgalmi tónusáért. Az enzyma aktivitása pontosan mérhető a *Gál* által kidolgozott nephelometriás módszerrel.

A cholinesterase-szintet határoztuk meg különböző stomatológiai megbetegedéseknél, főként gingivitisznél a sztomatitisznél. *Gingivitis simplex* esetén 4-szer normális, 5-ször csökkent és 4 izben emelkedett értékeket kaptunk; ulcerózus folyamatnál 12 esetben volt normális az érték, 8 esetben csökkent s két esetben fokozott. Az értékek nagyobb része a normális alsó határánál volt. A gyulladás kiterjedése és fennálltának ideje nincs befolyással a cholinesterase-szintre. Kiemelendő, hogy a szint friss frakturáknál normális, a drótsín levételekor azonban csökkent értéket mutat. Ennek oka nyilván a sín által okozott gingivitisz és a törés által okozott táplálkozási zavar.

Dr. Sömjén Iván: Új silikáttömésekhez használható segédeszköz (matrica).

A bárki által elkészíthető gumihuzalos matrica lényegében egy átlyukasztott celluloid vagy keskeny fémcsík, melynek lyukán átdugott, ú. n. női patentkapocs közbeiktatásával rögzített vékony gumihuzal adja a matrica helyben tartására szükséges erőt.

Alkalmazható Black II—III. osztályú silikát és amalgámtömések mellett az V. osztályú nyaki kavitásoknál is, amikor a tömőanyag bevitelére a megfelelő helyen a matricát átlyukasztjuk.

Felhasználható a fogak védésére (szeparálási, fúrási sérülések elkerülésére), valamint direkt és indirekt inlay lenyomat vételére is.

Dr. Deák László: Az alkat és az erginek szerepe a rágószerv betegségeinek etiológiájában.

Az emberi fogazat két legelterjedtebb betegsége a káriesz és a paradentozis. E két betegség között fennálló antagonizmus arra enged következtetni, hogy e betegségek patogenezisében belső tényezők játszanak jelentős szerepet. Az alkattan megállapításait tanulmányozva, látjuk, hogy aszténiában a mezodermális elemek hiányos fejlettsége miatt, az ektodermalis vagyis hámeredetű szervek túlsúlyba kerülnek, míg piknikusoknál ez fordítva van, vagyis a mezodermális elemek fejlettsége nagyobb. Az aszténiások azért hajlamosak kárieszre, mert a zománc ektodermális eredetű szerv, míg a piknikusoknál azért gyakori a paradentozis, mert a csontszövet, melynek pusztulása okozza a paradentozist, mezodermális eredetű. Ezt tehát megmagyarázza a két betegség között fennálló antagonizmust.

A gének befolyásukat részben a hormonok, részben a vegetatív idegrendszer központjai útján fejtik ki. A kutatások azt látszanak bizonyítani, hogy az endokrin mirigyek zavarai a fogazat betegségeiben jelentős szerepet játszanak.

Az egyik ilyen tény az, hogy ugyanazon élet között élő családtagok közül az egyiknek a fogazata erősebben hajlamos karieszre vagy paradentozisra, mint a másiké. Ha fel is tételezzük, hogy e két betegség létrejöttében külső okok is szerepelnek, mégis látnunk kell, hogy ugyanazon külső tényezők az egyes egyedeknél nem egyforma hatást váltanak ki. Ezt a fentiek szerint úgy magyarázhatjuk, hogy nem ugyanazon gének éreztetik befolyásukat a család minden egyes tagjánál, hanem az egyiknél az egyik, a másiknál a másik gén játszik domináló szerepet.

A mirigyek működését a gének kormányozzák, viszont a mirigyek által termelt hormonok a fogazatra többirányú befolyással vannak. Ezzel szemben a vitaminok a génektől függetlenül fejtik ki hatásukat, de a hormonok és a vitaminok működése között mégis többszörös korreláció áll fenn. Erre való

tekintettel és mert hatásmechanizmusuk is sok rokon vonást mutat, a hormonokat és a vitaminokat közös névvel ergineknek nevezték el.

Az egyes hormonok és vitaminok a fogazatra kifejtett hatását illetőleg meg kell jegyeznünk, hogy míg az egyes mirigyek diszfunkciója következtében fellépő és a fogazatot károsan befolyásoló zavarokat csak igen nehezen vagy egyáltalán nem tudjuk befolyásolni, addig az egyes vitaminok hiánya folytán fellépő megbetegedéseket a kívülről bevitt vitaminokkal igen jól befolyásolhatjuk.

Az alkattani és öröklástani szemlélet egyrészről, a vitaminok és hormonok szerepének ismerete, másrészről tehát lehetővé teszi, hogy a fogászati terápia ingadozó irányait egy határozott álláspont váltsa fel.

Prof. Morelli Gusztáv: A „Dentosal" hatása a parodontozis eseteiben.

A tapasztalat a sósvízben a szájnyálkahártya hurutos bántalmainak igen hatásos gyógytényezőjét ismerte fel. Hosszas megfigyelés szerint az elhanyagolt, fogkővel borított fogak is megtisztulhatnak egyedül természetes sósvízzel való öblögetésre. Sok kísérlet után sikerült egy több mint tíz sóból álló keveréket találni, amely minden kívánalomnak megfelel és amellett a fogakra nézve teljesen ártalmatlan. Ez „Dentosal" néven kerül forgalomba és vízben, nyálban egyaránt maradék nélkül oldódik. A sókristályok oldódása igen erős osmotikus hatást fejt ki a szerves és sejtes anyagokra és ez okozza a rendkívüli élénkítő és tonisáló hatást az ínyre. A kemény fogkő ily kezelés mellett csakhamar felpuhul és oldódik. Aránylag rövid idő alatt a fogközök kiürülnek, a fognyakakat egészséges, tömör és ép rózsaszínű íny zárja szorosan körül.

A Dentosal használata a következő esetekben ajánlatos:

1. Ha a fogkő az íny-szélre nyomást gyakorol, vagy ha a kő belsejében támadt rothadás szájbűzt okoz.

2. Ha az íny lobos, akár helyi okból, mint pl. *gingivitis tartarica, stomatitis,* akár általános okból, mint pl. terhesség, cukorbetegség, vesebaj, stb.

3. A paradontozis kezelésénél.

4. Szépészeti szempontból időről-időre minden esetben használandó, mert a fogakat minden idegen anyagtól tökéletesen megtisztítja.

Dr. Lőrinczy Ervin—dr. Sugár László—dr. Kucharik József: Alkati elváltozások a diffuz atrófiás parodontózis kórcredetében.

A parodontózis kifejlődése és a szervezet egyes alkati tulajdonságai között található összefüggések meghatározására közel 1000 beteg fogászati, illetve belgyógyászati átvizsgálását végezték el annak tisztázásra, hogy parodontózisnál milyen belső elváltozások mutathatók ki. A II. számú Belklinikán fekvő 336 belbeteg közül 24, a Stomatológiai Klinika szájbeteg osztályán kezelt 640 járóbeteg közül 11, összesen 35 betegnél találtak diffuz atrófiás parodontózist. A belvizsgálat kiterjedt az egyéni és családi anamnézis és a belgyógyászati status-on kívül a vérkép, vizelet, *Wassermann* r., vérnyomás, Ekg, vércukorterhelés, alapanyagcsere, fehérje specifikus dynamikus hatás és adrenalin érzékenység meghatározására. Egyes esetekben a testméretek és vízterhelés meghatározása is megtörtént.

Vizsgálati eredményeik alapján a parodontózis kifejlődése és más betegség között közvetlen kapcsolatot kimutatni nem sikerült, de figyelemre méltó a cukorbetegek magas száma. 35 beteg közül 9 (26%) volt diabeteses.

A 9 cukorbetegen kívül még 3 hormonális zavaron alapuló megbetegedést *(myxoedema, hypothyreosis, pluriglandularis insufficientia)* találtak, ami arra mutat, hogy a foglazulás hormonális disfunkcióval állhat közelebbi összefüggésben.

A belvizsgálat alkalmából a legállandóbb eltérést a fehérjék specifikus dynamikus hatásának csökkenésében találták s ezt, mint *hypophysis* mellső lebeny *insufficienciát* fogják fel.

A *hypophysis* és a vele szorosan összefüggő agyalapi vegetatív idegrendszeri központok működését a fehérjék spec. dyn. hatásának csökkenésén kívül az adrenalin érzékenység, testméretek és vízterhelés meghatározással igyekeztek megállapítani.

Az adrenalin érzékenység vizsgálata: 5 esetben normális, 8 esetben csökkent értéket adott.

A spec. dyn. hatás csökkenése és a hiányzó, vagy csökkent adrenalin érzékenység a diffuz atrófiás parodontózisra hajlamos alkatnak számokkal is kifejezhető karakterisztikuma.

A testarányok felnőttnél úgy alakulnak, hogy normálisan a testhossz egyenlő a karöltő távolságával, a fejtető-*symphisis* távolság pedig egyenlő a symphisis-talptávolsággal. *Hypophysis* mellső lebeny fokozott működésénél a karöltő nagyobb lesz, mint a testhossz és a *symphisis*-talptávolság nagyobb a fejtető-symphisis távolságnál. *Hypophysis* csökkent működésénél a törzs hosszabb, mint a végtagok.

A vízterhelés meghatározása: reggel éhomra másfél liter vizet itatunk, normálisan az első 4 órában kiürül ennek kétharmada, az első 24 órában pedig a további egyharmad, vagy még több. Csökkent *hypophysis* mellsőlebeny működésnél kezdetben többet vizel, fokozott működésnél kevesebbet. Ezen vizsgálatok eredményei is a *hypophysis* mellső-lebeny működésének zavarára utalnak.

Alkati vizsgálatok jelentősége: Parodontózisnál a fogak vándorlását és meglazulását, valamint a fogmedernyúlvány csontjának pusztulását a gyökérhártyarésben támadó sarjszövet idézi elő és összefügg a fog cementjének degenerációjával vagy elhalásával. Ez bekövetkezhetik az ínygyulladás hatására és kifejlődik a *gyulladásos jellegű* foglazulás. De a cement *nekrobiosisa* bekövetkezhet az anyagcserével összefüggő elváltozások hatására is. Ez a *diffuz atrófiás* parodontózis kórképe. Parodontózisban szenvedő betegeknél a belgyógyászati vizsgálatok elvégzése és a kapott eredmény értékelése részben a prognózis, részben pedig a fogászati beavatkozások, ill. technikai munkák indikációjakor bír jelentőséggel.

Dr. Theodorescu Dan és dr. Popescu Valerian (Bucuresti): Az alsó állkapocs csontplasztikája.

Az alsó állkapocs csonthiányainak pótlása (osteoplasztika) alapja az osteolitikus és osteoklasztikus folyamat. A *transplantatum* csontos alapanyaga felszívódik, illetve fellágyul, hogy majd újabb lépésként, kemény mészanyag rakódhassék le, azaz, hogy újabb csontosodás következhessék be. A bukaresti Stomatologiai Klinikán 1941-től kezdődőleg 64 esetben 81 csontplasztikát végeztek az alsó állcsont hiányainak pótlására. A pótlásokra három módszert alkalmaztak: *nyeles átültetést, transplantatum-grefont* és *szabad csont transplantatumot.* Az esetek legnagyobb részében (49 esetben) a szabad transplantatum módszerét alkalmazták a *crista illiacából* kiemelt csontdarab segítségével. A *crista iliacából* vett transplantatum jobbnak bizonyult a tibiából

vettnél, mert a csípőcsontból mód van az állkapocséhoz hasonló görbületű, nagy csontdarabok nyerésére. A transplantatum ágyának szerepe nagyon fontos. Jól táplált, bőséges lágyrészekből kell kiképezni. A transplantatum rögzítésére régebben lágy, rozsdamentes drótot használtak. Tökéletesebb eredményt érlek el, mikor a transplantatumot a törvégek közé egyszerűen beilleszteltek. Ezt a módszert Pont *„Greffes en margueterie"* néven írta le. A transplantatum és a törvég megfelelő kiképzése szükséges ehhez a módszerhez. Némely esetben a *catgut-ös* rögzítést alkalmazták.

A műtét után nem *teljes* állkapocs-rögzítést alkalmaztak és megfelelő immediat protézist készítettek. A protézis alkalmazása a transplantatum megfogamzását és megerősítését siettette.

Dr. Kocsis Antal Gábor: Anatómiai adatok a linguláris érzéstelenítéshez.

A fogpulpa fájdalomérző idegrostjai főleg a *trigeminus* ágakból származnak. A *nervus alveolaris inferiorban* fut kevés számú vegetativ rost is. R. Greving és Kiss vizsgálatai alapján a vegetativ idegrostok között futnak *viscero-motoros* és *viscero-sensoros* idegrostok is, amely utóbbiak a mély érzést és a fájdalomérzést is vezetik. A fogpulpába az *arteria alveolaris inferior* ágainak falában is kerülnek fájdalomérző rostok.

A *nervus alveolaris inferior*-nak a *lingula mandibulae* táján történt érzéstelenítése alkalmából, ha az érzéstelenítő folyadék eléri az *arteria alveolaris inferiort*, az arteria falán futó vegetativ *(sympathicus)* idegek érzéstelensége is létrejön. *Ennek ellenére gyakran előfordul, hogy a három alsó moláris pulpája érzékeny marad. Ez azonban csak úgy történhetik meg, ha a mandibula felhágó ágának belső felületén a foramen mandibulae-n kívül, a lingula felett még egyéb nyílások is vannak.* A mandibula felhágó ágának belső felszínén, a lingula felett nyíló *foramen*-ekről nem találtam adatokat az irodalomban.

Eziránvú vizsgálataimat az *Anatómiai Intézetben* 1943-ban kezdtem és az *Embertani Intézetben* folytattam. Több mint 700 mandibulát figyeltem meg. Már 1943-ban legelőször egy 12 éves gyermek koponyáján találtam a lingula felett foramen-eket. Ezek a foramen-ek a vizsgált mandibulák 70%-ában már szabad szemmel is láthatók, átmérőjük $^1/_{16}$ mm-től $^1/_2$ mm-ig terjed. Nagyító lencsével még gyakrabban lehet találni apró forameneket a lingula felett. Sok esetben 1—2, ritkábban 3—4, vagy több likacska vezet a csont belsejébe.

A fent leírt foramenek topográfiai helyzete a vizsgált mandibulák 70%-ában állandónak mondható, éppen ezért ezeket a likacskákat foramina supralingularia mandibulae-nak neveztem el. A foramenek előtt gyakran sekély árok húzódik, amely a foramenek folytatását képező vékony csatornába vezet. A csatornába vékony fémszálat vezetve, a mandibulák felhágó ágáról röntgenfelvételt készítettünk. A röntgenfelvételen a fémszál a canalis mandibularis felé irányul, esetleg beletorkollik a csatornába, de több esetben a fémszál a hátsó molaris gyökeréig nvomult előre.

A foramina supralingularia mandibulae boncfani ismerete közelebb visz bennünket azon élettani jelenség megértéséhez is, hogy a három alsó moláris pulpája még a linguláris érzéstelenítés után is fájdalmas.

Dr. Perint Jenő: A trigeminus neuralgia dentalis vonatkozásai.

A *nervus trigeminuson* genuin és tüneti okú neuralgiák vannak. Ha elemezzük ezt a meghatározást, úgy kitűnik, hogy a két csoportba sorolt megbetegedések kórtani és kórszövettani szempontból egyáltalán nem hozhatók ilyen egyszerűen közös nevezőre.

Helyesebb lenne, ha kórszövettani alapon kórtanilag világosabb és szabatosabb meghatározás szerint, egyrészt a *trigeminus ideg mint szerv gyulladásáról*, és másrészt *az ideg járulékos gyulladásáról* beszélni.

Helyes lenne, ha *meghatározott* és ezidőszerint *meghatározatlan okú trigeminus ideg által közvetített fájdalmat* és végül magának a *trigeminus ideg és Gasser-duc elsődleges és másodlagos megbetegedéseit* különböztetnénk meg.

I. *Meghatározott okú fájdalom.* (A trigeminus ideg által innervált szervek megbetegedései az ideg lefutása mentén lezajló folyamatok által változódik ki.)

II. *Meghatározatlan okú fájdalom.*

III. *A trigeminus ideg megbetegedései.*

a) Elsődleges okok, az ideg mint szerv megbetegedései.

b) Másodlagos okok korrelációs alapon.

Stomatológiai vizsgálataink során a fog és környezetének ismert megbetegedéseit ki kell zárnunk.

Dr. Cseres Pál: A nervus alveolaris inferior érzéstelenítésének új módja.

A *nervus alveolaris inf.* vezetéses érzéstelenítésekor a beszúrási hely kitapintása helyett a nyálkahártyán egy jól látható helyet találunk, melyet *trigonum postmolarenak* neveztem el.

A felső molarisok meghosszabbított rágósíkja a garat felé, a *raphe pterygomandibularis*-t metszi. A *raphe pterygomandibularis*-nak a hamulus *pterygoideus* és az előbb leírt metszési pont közötti része az a felső szakasz, hol a nyálkahártya kiboltosodik. E kiboltosodás következményekép a nyálkahártya lateral felé besüpped, bemélyedés képződik, melynek két szára hegyesszöget alkot. A jól látható hegyes szög két szára között bármely pont alkalmas fix pont a beszúrás helyéül.

A fent említett nyálkahártyabemélyedés annál plasztikusabban rajzolódik ki, mennél jobban tátja ki a beteg a száját. A jól kirajzolódó nyálkahártya bemélyedésbe az ellenkező oldalról vezetett Record-fecskendő 16-os v. 17-es tűjével szúrunk be felfelé és kifelé. Nem szúrunk rá a csontra, de nem is keressük a mandibula felhágó ágát. Mielőtt közben az injectiós oldatot deponáljuk, a beteget felszólítjuk, hogy az arcizmait lazítsa el, száját könynyedén, kényelmesen, puhán tartsa tátva. Leggyakrabban 3—5 perc után a beteg a zsibbadást jelzi.

Vizsgálataim célja: oly képlet leírása a szájban, mely gyakorlati értelemben feltalálható, mely nem a tapintás, de a látás számára könnyen hozzáférhető, s mely a beszúrás céljaira fix helyet jelent.

Használjunk Neonovoton! *érzéstelenítőt*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Budapesti Tudományegyetem Stomatologiai Klinikájának közleménye.
(Igazg.: Dr. Balogh Károly egyet. ny. r. tanár.)

A fogsorzáródás és illeszkedés működéses kialakítása.

Írta: Dr. MOLNÁR LÁSZLÓ, intézeti tanár.

A természet a kinövő fogakat nem juttatja jó artikulációba, csak záródásba. A működés, a rágófelszínek mérsékelt kopása biztosíthatja csupán a tökéletes, kiegyensúlyozott illeszkedést, midőn a rágófelszínek az állkapocs előre- és oldalmozgása közben is érintkezésben maradnak.

A tökéletes artikuláció tehát a működés hatására, fokozatosan alakul ki. Ennélfogva fejlettebb funkcionális alak, mint a pontos záródás.

Az abrasio folyamán, megfelelő rágómunka mellett esetleg csak évtizedek alatt képződik ki a fogfelszínek optimalis illeszkedése. Midőn a kopás elérte az optimalis stádiumot, ezután a hanyatlás következik: a dentin nagy felületen exponálódik, az érintkező kontaktfelszíneken a zománc betörik, az ételpép beékelődik, gyulladás és szuvasodás támadhat.

Mint minden természetes folyamatnak, a kopásnak is stádiumai vannak Bizonyos fokon túl a kopás már káros, a rágófelszínek helyreállítása (prothetikai reconstructio) válhat szükségessé.

A természetes fogazat a kopás folyamán nem válik tompává, életlenné, hanem a különböző keménységű fogszövetek egyenetlen abrasioja folytán mindíg új élek, vájulatok, kontúrok támadnak, melyek még hatásosabban működnek, mint az ép, csücskös fogazat.

A prothetika hosszú ideig egyáltalában nem hasznosította azt a közismert tényt, hogy különböző keménységű foganyagokat használjunk fel pótlásainkba. Régebben ugyan az S. S. White cég már gyártott olyan műfogakat, melyek belül puhább, az ú. n. dentinmasszából és kívül keményebb „émail"-ból voltak égetve, de ezt gyakorlatilag nem lehetett hasznosítani.

A prothetika vezető szakemberei a műfogsorok pontos illeszkedésének megvalósítására bonyolult szerkezetű, háromdimenzionális artikulátorokat ajánlottak. Egyidőben *Gysi* a paciens fejecspályájának mérései alapján igyekezett a porcellánfogak csücskeit és csücsöklejtőit egyénileg becsiszolni, de pl. az ú. n. balanszoldal becsiszolására még ő sem tudott *elméletileg* sem pontos szabályokat megállapítani.

A bonyolult, drága, nagy artikulátoroknak sok hibája van. Ezek közül pusztán az a körülmény, hogy a resilientia folytán rágás közben adódó eltéréseket a készülékek pontosan sohasem regisztrálhatják, már elegendően mutatja a lehetséges eltéréseket a valóságtól. Éppen ezért a gyakorlatban nem is terjedtek el. Nemcsak Európában, Amerikában is (mint pl. P. *Belding* a Dental Items-ben közli) 100:1 arányban használják az egyszerű sarnéros okkludorokat a háromdimenziós készülékekhez viszonyítva. Az élet tehát kiselejtezte, kidobta magából a nehézkes, bonyolult fogsorgépeket. Tanítás és tanulás céljaira, a fogsorzáródás hibáinak tanulmányozására, bizonyos nehéz esetekben, pl. harapásemeléshez jó szolgálatot tehetnek, de mégis általában fölöslegesek és nem is nyujtják azt, amit a konstruktorok ígértek.

Régi megállapítás, hogy a legjobb artikulátor a beteg szája. Ha tehát a két fogsorban különböző keménységű anyagokat használunk: pl. alul porcellánkeretben arany, ezüst, vagy ergórágófelületeket, felül szemben pedig porcellánfogakat, a működés révén az ütközőpontok és felszínek lekophatnak és idővel kialakulhat a jó artikuláció: az állkapocs a felső fogakkal érintkezésben maradva szabadon mozdulhat el a tér minden irányában.

A természetes abrasio megvalósítására 15 évvel ezelőtt arany és alumíniumműőrlőket használtam porcellánfogakkal szemben. Az alsó részleges, vagy teljes kaucsuklemezbe viaszrágófelületeket (kis- és nagyőrlőket) mintázva, a *felső kész protézis* porcellánfogaival kissé berágatva, aranyból kiöntve a kaucsukbázisba cementeztem vagy vulkanizáltam. Később 3-féle típusban alumíniumőrlőket használtunk e célra: normális túlharapás, élharapás és kereszharapás eseteire a kopott természetes fogak rágófelszínét utánozva.

A legjobb eredményeket 20 karátos arany és égetett porcellán együttes alkalmazásával értük el. Rendszerint a felső állcsontban használjuk a porcellánfogakat; az alsó kis- és nagyőrlők helyén pedig az öntött aranyrágófelületeket. A rágás hatására már 2—3 hét mulva igen érdekes, szinte kifürkészhetetlen módon támadnak az aranyban a kopások. Először egy-egy *csücsök* csúcsai fényesednek ki, majd lelapulnak, lekopnak. Marginalis lécek, kiemelkedések, csücsöklejtők lesimulnak, másutt pedig a vájulatok szélén éles gerincek, facettaszélek képződnek. Néhány hónap, esetleg 1—2 év mulva kialakul a legcélszerűbb rágófelszín, mely több év mulva esetleg tulzottan lekophat.

A viasz- (arany-) fogakat mindig csücskösre mintázzuk, mert a csücskök nélkül nem formálódhatnak ki a legmegfelelőbb működéses alak.

Üreges porcellánfogakba (Hall, Cavidens-fogak) is mintázhatunk viaszt, amit berágatva kiöntünk fémből és onlay, inlay vagy háromnegyedkoronaszerűen kiképezett üregbe belecementezünk. E célra foganként 1—1.5 gr. arany elegendő, tehát kevesebb kell, mint egy hídtaghoz.

A szociális praxisban ergót, színezüstöt vagy amalgámot is használtunk e célra

A polimerizált fogak is felhasználhatók porcellánfogakkal szemben, de néha túlzottan kopnak; azonkívül a rugalmas anyagból nem képződnek olyan éles kontúrok, fazetták, mint fém-porcellán kombinációjából; azonkívül lassanként a plasztikus fogak felszíne túlságosan ellaposodik.

Műzománc műzománccal szemben nem megfelelő, a rágásban nincs erő, a betegnek bizonytalan érzése van, mintha kicsúszna a falat fogai közül

Régi típusú porcellánfogakat is előkészíthetünk fémrágófelszínek befogadására csiszolással, ha nem állanak rendelkezésre üreges műőrlők.

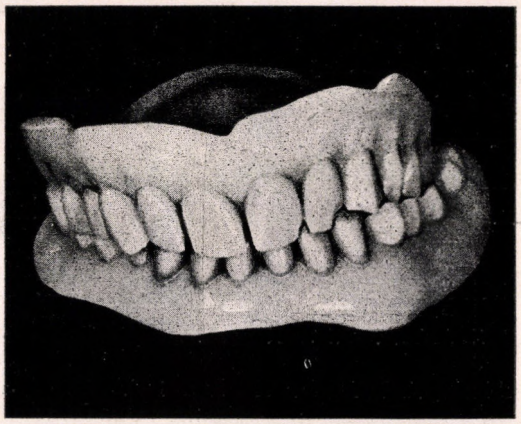
Legjobb tehát a porcellán + fém (arany) kombináció. Ha a felső állcsonton plasztikus fogakat alkalmazunk, az alsó protézisbe tesszük a porcellánfogakat, hogy ez legyen a súlyosabb.

Kitűnő megoldás, ha alul-felül porcellánfogakat használunk és az alsó őrlőfogakat egy mm-es aranyrágófelszínnel fedjük.

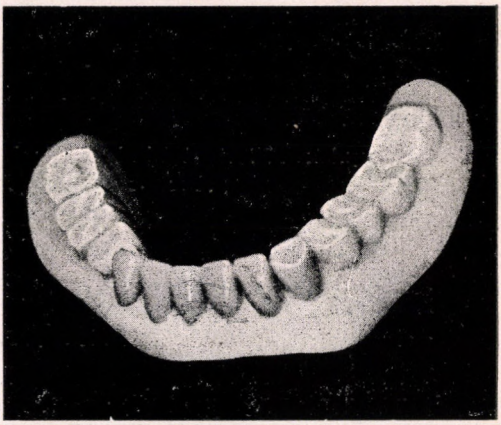
Az ú. n. *szelektiv becsiszolás* teóriákon alapszik, hisz rágás közben az állkapocs individualis, évtizedek óta megszokott pályákon mozog és falat van a fogfelszínek között. A természetes kopást létrehozó folyamat pontosan az artikulátorban sohasem utánozható, tehát jobb, ha a kopást a működésre, a szervezet ezen legfontosabb életmegnyilvánulására bízzuk.

A fogfelállításhoz bármilyen artikulátort (Gysi-félét is) használhatunk.

Közismert tény, hogy a magascsücskű vagy ütköző porcellánfelszínek az alaplemezen át a csontszövetnek erős üléseket közvetítenek rágás közben és ez a körülmény az állcsontgerincek gyors sorvadását okozza.



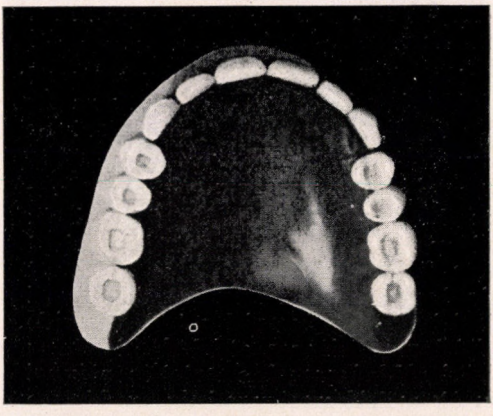
Felső porcellánfogas és alsó palapont-rágó felületű fogpótlás 6 évi viselés után.



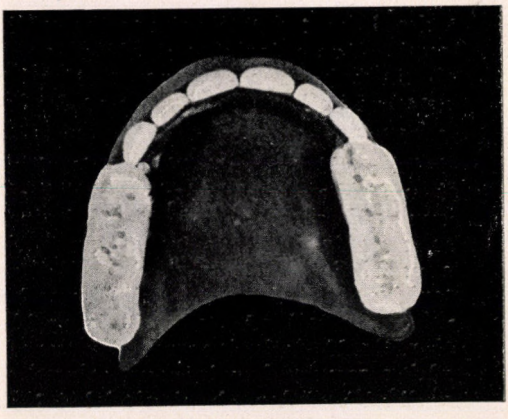
Az alsó rágófelület. A kereszttharapásos oldalon a rágósík befelé, a túlharapás oldalán kifelé lejt.



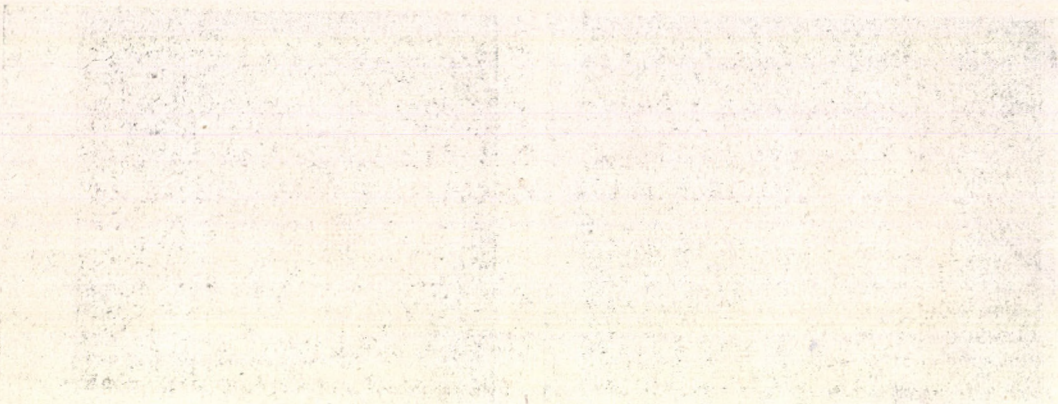
A rágófelszínek dőlése oldalnézetben.

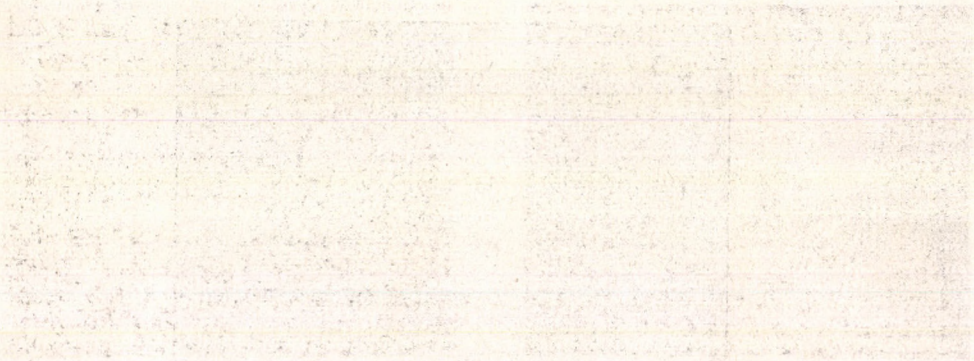


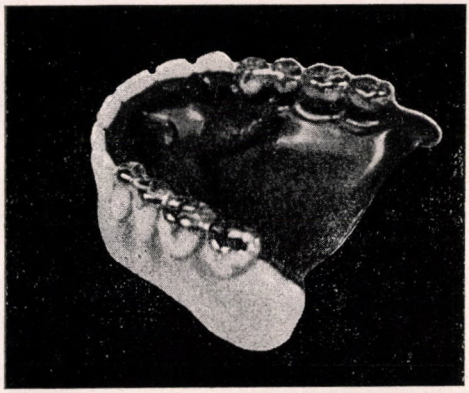
Felső kész kaucsuklemez, a porcellán-fogakba vágott üregek jól láthatók.



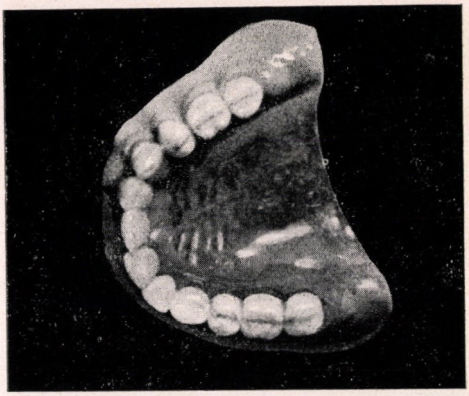
Viaszharapás a kész fogművel.



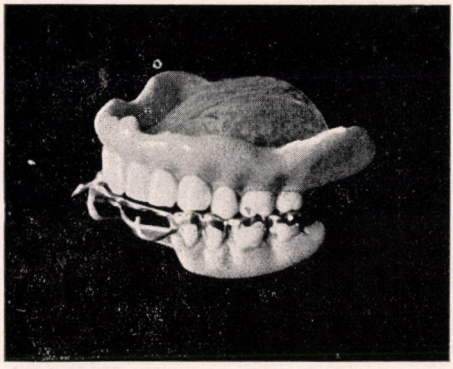


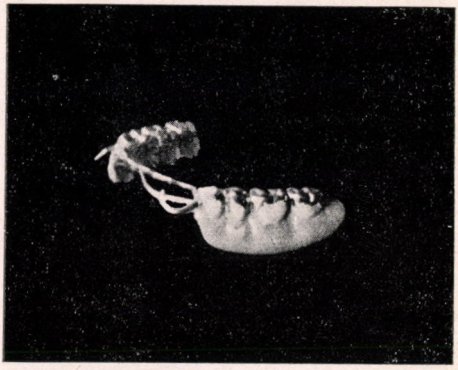


Öntött superergo onlay-k a porctllán-fogakba cementezve.

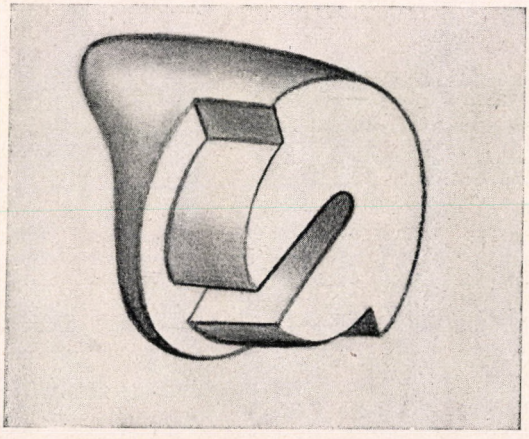


Felső Lucitone fogpótlás, progen harapásban, porcellánfogak.





Alsó részleges fogmű, 20 karátos aranyrágófelülettel.



Porcellánfog, melyre viaszmintázat alapján fémonlay önthető.

Ha tehát funkcionalis módszerrel alakítjuk ki a *jó* artikulációt, biológiai elveknek szolgálunk, a fundamentumot, a fogművet tartó alveolaris csontot kíméljük és a fontos orvosi követelményt igyekszünk megvalósítani: „nil nocere". Őrizzük azt, amit betegünk ránkbízott.

Summary: The best occlusion is the functionally optimal occlusion, with complete elimination of occlusal disharmony. Nature secures balanced occlusion by gradual attrition of the occlusal surfaces. Different degrees of hardness and the difference between enamel and dentin of the same tooth play a considerable part in the development of occlusal harmony. Cuspal coordination is simplified through the use of dental casting alloys (20 kar. gold) on the occlusal surfaces in mandibular prostheses. The upper denture should have porcelain teeth. This will allow all cusp and interfering surfaces to become wear down and the attrition of the occlusal surfaces permits a proper distribution of the masticatory stress. The masticatory surfaces of the opposing hard porcelain teeth travel the individual path in the softer metalic onlays. In this way we get the most accurate and comfortable occlusion in full denture restorations, which is peculiar to the individual. Hall-teeth and Cavidens-porcelain bands may be used in lower dentures. In the finished dentures the cavities of the lower porcelain molars and bicuspids are filled with inlay wax and carved to anatomic forms. Have the patient close in centric occlusion and then chew in the lateral and protrusive occlusal path on the wax onlays, so that freedom of movement may be had in all directions. Carve the occlusion and cast the inlays in 20 karat gold, palladium gold or silver. The finished inlays are cemented in place.

The procedure is practical, the benefits to the edentulous patient are numerous. The attrition of the metal surfaces permits a proper distribution of the stresses, giving consideration to the individual mandibular movements. This technic for occlusal coordination obviates spot grinding (which is a hazardous procedure) and results in comfort and elimination of sore spots even by overextension of the base.

A Budapesti Tudományegyetem Stomatologiai Klinikájának közleménye.
(Igazgató: Dr. Balogh Károly egyet. ny. r. tanár.)

A foghiányossággal kapcsolatos gyomorbélzavarok értékelése orvosszakértői szempontból

Írta: SCHRANZ DÉNES dr. egyetemi tanársegéd,
törvényszéki orvosszakértő.

A tapasztalat szerint az orvosi szakok határkérdéseiben nemcsak általában a gyógyító orvosok, hanem az orvosszakértők véleménye is igen eltérő, ellentétes szokott lenni. Ez főleg abban találja magyarázatát, hogy a határkérdések tisztázását az okozati összefüggés szempontjából megvilágítva a szakirodalomban nehéz vagy egyáltalában nem lehet megtalálni. A belgyógyász, ha gyomorbetegénél nagyfokú foghiányt talál, a beteget fogorvoshoz küldi fogainak pótlása céljából. A betegek között is közismert az, a felfogás, hogy a rágótevékenységnek bármiféle zavara kihatással lehet az emésztőtraktusra is. Ezt az összefüggést egyesek túl, mások lebecsülik, pedig nagy a jelentősége annak, hogy egy bizo-

nyos emésztőrendszeri elváltozás mennyiben vezethető vissza foghiányosságra, s a foghiány pótlása után miért nem gyógyul meg minden gyomorbeteg. A felmerült kérdésekben mást mond a fogorvos és mást a belgyógyász, s más a gyógyító gyakorlatot esetleg nem folytató törvényszéki orvos felfogása, aki csaknem kizárólag kórbonctani alapon igyekszik a kérdést megválaszolni. Szükséges tehát a kórbonctani, belgyógyászkórtani és fogászati felfogást egybevetni, s a szerteágazó véleményeket összehangolni. Csak ilyen módon lehetséges a kérdéseket helyesen megvilágítani: a gyógyításban megfelelő eredményeket elérni, a szakértői gyakorlatban pedig az igazsághoz vezető utat megtalálni.

Link 2315 boncolás anyagát vizsgálta meg, s 1579 esetben talált gyomorelváltozásokat. Utóbbiak között a hiányos fogazatuak voltak többségben. Klinikai vizsgálatok során ugyancsak *Link* 1000 olyan gyomorbetegen, akiknek egy részénél a rágóképességcsökkenés baleseti sérüléses eredetű volt, arra a megállapításra jutott, hogy lényegesen nagyobb számban panaszkodtak gyomorbélzavarokról azok, akiknek traumás eredetű fogazati rendellenessége volt, mint akiknél előzetesen nem szerepelt baleset. Tehát a fogsérültek tudatában is él az a meggyőződés, hogy hiányossá vált fogazatuk, illetve hiányos rágóképességük miatt emésztési zavaraik vannak, amelyeket a rágószervet ért trauma elszenvedése előtt nem vettek észre vagy nem méltattak jelentőségre. Ezért mondja *Link*, hogy a traumás előzményű esetekben a panaszokat bizonyos fenntartással kell fogadni. Sok sérültben meg van a hajlam arra, hogy bármilyen egészségzavart, amelyet a trauma elszenvedése előtt nem vett észre, valamiképen mégis azzal hozza összefüggésbe. S ha megkérdezzük, hogy miért tartja a bántalmat a trauma következményének, a válasz mindig az, hogy fogainak elvesztése előtt nem volt semmi baja. A sérültek tehát egyszerűen időbeli egybeesés alapján vélik az okozati összefüggést fennállani foghiányosságuk és gyomorbélzavaraik között. Ez az időbeli egybeesés — ami sok esetben nem jelenti az okozati összefüggés tényleges fennállását — sokszor megtéveszti a laikus bírót is. Így a bírói szabad mérlegelés alapján esetleg el sem fogadja az okozati összefüggést kizáró, a gyengébb féllel szemben szigorunak látszó szakértői véleményt, s méltányossági alapon kártalanítást ítél meg.

Kívánatos tehát azt a kérdést tisztázni, hogy a foghiányosság milyen emésztőszervi következményekkel járhat. *Noorden* szerint az ételek megrágása a gyomor működését kedvezően befolyásolja. Viszont a nem kellőképen rágott étel többletmunkát jelent a gyomor számára. *Oefele* nagyszámú vizsgálat alapján arra az eredményre jutott, hogy a rosszul rágók bélsarában hiányosabb emésztés nyomai észlelhetők. A további vizsgálatokból az is kiderült, hogy a rágóképesség és a gyomor működése bizonyos egyensúlyban van egymással. *Gutzeit* és *Becker* szerint az egészséges gyomor bármilyen okból meg nem rágott táplálékot kifogástalanul emészti meg. *Gelmann* moszkvai közlései pedig arra mutatnak rá, hogy a gyomorbélrendszer kielégítő működése esetében az elégtelen rágótevékenység nem vezet a tápanyagok megemésztésének csökkenéséhez, vagyis nincs számottevő kalóriás veszteség. Ezt *Gelmann* azzal magyarázza, hogy a hiányosabb fogazatú, illetve rágótevékenységű

egyén részben puhább táplálék és kisebb falatkák, valamint tartósabb rágás útján igyekszik a hiányt kiegyensúlyozni. De azt is feltételezi, hogy a gyomorbélcsatornának valószínűen kiegyensúlyozó működése is van.

E vizsgálati eredmények ellentétben állanak azzal a régi tapasztalati megállapítással, hogy a rágóképesség zavara káros hatással lehet az emésztőtraktusra is. Ez az ellentét azonban csak látszólagos, mert az említett vizsgálók eredményeinek elemzéséből kiderül, hogy az egyensúlyvizsgálatok csak rövid időre vonatkoztak: a tartós túlterhelést a gyomor nyilván nem bírja sokáig, az emésztőtraktus kiegyensúlyozó tevékenységére valószínűen csak egy bizonyos ideig lehet számítani. Ezt igazolják *Bugyi* vizsgálatai katonákon.

Bugyi 227 esetét olyképpen dolgozta fel, hogy a röntgenreliefvizsgálat mellett frakcionált koffeines próbareggeli éhgyomri szakaszának stalagmometriás kimutatását is elvégezte. Vizsgálataiból azt az eredményt szűrte le, hogy a foghiányosok szájnyálkahártyája száraz, nyálelválasztásuk csökkent. A fogazat hiányosságával egyidőben hypo- illetve anacid gastritis mutatkozik. Ezeket a sajátosságokat *Bugyi* foghíjjasokon észlelte, ezzel szemben az ép fogazatuak csaknem kivétel nélkül normális viszonyokat mutattak. Azokon a foghiányosokon, akiknél a hiányt pótolták, továbbra is hypo- illetve anaciditast lehetett észlelni. A prothesisviselők gyomra általánosságban nem mutat ugyan hurutos elváltozásokat, azonban a foghiányossággal kapcsolatosan megromlott savviszonyok nem állnak többé helyre: vagyis a fogpótlás nem javít a savviszonyokon. A fogpótlás tehát csupán mechanikai szempontból előnyös a foghíjas egyénre, mert így a táplálék megrágása, felaprítása tökéletesebb, s a gyomor munkája kisebb. *Bugyi* vizsgálati eredményei kártalanítási szempontból is nagyjelentőségűek, mert rámutatnak arra, hogy hyperaciditasos, ulcusos megbetegedések nem vezethetők viszsza foghiányosságra. Nem ismerünk ugyanis olyan kórélettani mechanizmust, amellyel e változások keletkezése és a foghíjasság között okozati összefüggést lehetne kimutatni.

Figyelemmel tehát különösen *Bugyi* megállapításaira — *Link* nyomán — a hiányos rágóképességű egyéneket a gyomorbélkövetkezmények szempontjából az alábbi öt csoportba lehet sorolni: 1. Olyan hiányos fogazatú egyének, akik gyomor-bélpanaszokat emlegetnek, de a szakvizsgálatok számottevő emésztőnedvi elváltozást nem igazolnak. 2. Tényleg kimutatható emésztőszervi elváltozást, de a bántalom nem hozható kellő bizonyossággal összefüggésbe a hiányos rágótevékenységgel. 3. A panaszok és kimutatható elváltozások kétségtelenül nem a hiányos rágótevékenység következményei. 4. A hiányos vagy csökkent gyomorsavelválasztás és csökkent gyomorbélmotilitás a hiányos rágótevékenységgel okozati kapcsolatban van. Ezek azok az esetek, amelyekben a gyomortájat ért nem súlyos behatás után az egyébként hiányos rágótevékenységű beteg panaszait és gyomorbélzavarait könnyen a traumával hozzák kapcsolatba, pedig az ok a fogazati hiányossággal maradék nélkül tisztázható. Végül az 5. csoportba azokat a hiányos rágótevékenységűeket sorolja *Link*, akiknél sem gyomorbélrendszeri panasz, sem ilyen kóros

elváltozás nincs, mert a nem nagyfokú rágóképességcsökkenést konstitutionalis tényezők huzamosan egyensúlyban tudják tartani.

A fenti eredményeket egyrészt a katonai alkalmassági fok meghatározása esetében, másrészt általában mindenféle baleseti, illetve sérüléses eredetű kártalanítási nézőpontból a következőképen foglalhatjuk össze: 1. Mérsékelt fokú foghiány nem szokott gyomorbélhurutot okozni, mert konstitutionalis okokból az egyensúly fel sem billen. 2. Kifejezettebb foghiányt a szervezet egy ideig képes egyensúlyban tartani anélkül, hogy gyomorbélzavar mutatkoznék. 3. Kifejezett foghiánnyal hypo- anacid gastritis szokott együtt járni, s a száj nyálelválasztása csökken. 4. A fogpótlás a sav- és nedvelválasztási viszonyokat számottevően nem változtatja meg, hanem csupán a gyomor munkáját könnyíti meg azáltal, hogy az étel jobban felaprítva jut el a gyomorba. 5. Hyperaciditas, ulcus nem vezethetők vissza foghiányosságra.

Ezeknek szem előtt tartásával az okozati összefüggés megállapításában még igen fontos követelmény az is, hogy az elszenvedett trauma hatására a rágótevékenység jelentékeny csökkenését biztosan ki lehessen mutatni. Ha tehát egyébként csaknem teljes fogazatú egyén néhány frontfogát veszti el traumával kapcsoaltosan, ha később gyomorbél elváltozások kétségtelenül beigazolódnak is, a traumás okozati összefüggés azért zárható ki, mert nehány frontfog ideiglenes, de még állandó hiánya sem jelenti a rágótevékenységnek olyan fokú károsodását, ami gyomorbántalom kifejlődését eredményezhetné.

35 éves napszámos 1939 augusztus 26-án balesetet szenvedett olyan módon, hogy vassín lesodorta. Jobb combján szakított lágyrészsebe támadt s 4 felső metszőfogát is elvesztette. Hónapok múlva a foghiányt pótolták s újra munkába állt. 1940 június 6-án rosszul lett, állítólag vért is hányt, s a kórházban gyomorfekélyt állapítottak meg nála. 1941 szeptember 23-án sérültet törvényszéki orvos vizsgálta meg, aki véleményében többek között kifejtette, hogy a gyomorfekély annyiban hozható okozati összefüggésbe az elszenvedett balesettel, mert a sérült a 4 felső fog elvesztése folytán nem tudott jól rágni, ami a gyomorra megterhelést jelentett, már pedig az ilyen megterhelés arra hajlamosaknál fekély keletkezéséhez vezethet. Ez alapon a szakértő 50 százalékos munkaképességcsökkenést állapított meg. Adott esetben tehát a szakértő idevonatkozó belgyógyászati és stomatológiai tapasztalatok hiányában ott tévedett, hogy 4 felső metszőfognak a rágásban jelentőséget tulajdonított, s nem vette tekintetbe, hogy a metszőfogak csupán a falat leharapásában szerepelnek, ideiglenes vagy állandó hiányuk az ételnek evőeszközzel tökéletesebb felaprítása esetén nincs hatással az étel megrágására, mert az az őrlőfogak feladata. A fogelvesztés tehát nem hozható okozati összefüggésbe az állított gyomorfekéllyel. Minthogy pedig nem ismerünk olyan kórélettani mechanizmust, amellyel a gyomorfekély keletkezését foghíjasságra lehetne visszavezetni, ennélfogva az okozati összefüggés a 4 felső frontfog ideiglenes elvesztése és a később megállapított gyomorfekély között kellő határozottsággal kizárható.

A fentiekben igazolva látjuk azt a klasszikus törvényszéki orvosi elvet, hogy ha a szakértő követi a tudomány haladását s minél több

adatot (tárgyi bizonyítékot) kutat fel, tüzetes vizsgálattal és helyes ítélőképességgel a kártalanítási kérdésekben is megtalálhatja azt az utat, amely közmegelégedésre az igazsághoz vezet. Az elmaradt, bizonytalan tudású szakértő nem töltheti be hivatását, mert ott is okozati összefüggést állapít meg — méltányossági alapon — ahol kétségtelenül nincs összefüggés. A szakértőt orvosi szakkérdésekben az igazság kiderítésének megkönnyítésére alkalmazza a bíróság s nem azért, hogy bizonytalan tudásával egyik vagy másik fél javára jótékonykodjék. A méltányosság gyakorlása a bíró feladata, a szakérő szakmájának határain belül csak informálja a bírót. Ha a szakértő ezt túllépi, nem jár el hivatásszerűen, s az igazságszolgáltatás nem kapja meg az orvostudomány részéről azt a támogatást, amit joggal elvár.

IRODALOM: *Bugyi B.:* A gyomor kórtanának stomatologiai vonatkozásai. A stomatologia halladása. 1946. — *Gelmann S. E.:* Die Bedeutung des Kauaktes für die Verdauung. Ztschr. f. Stomat. 1932. 15. 1933. 19. sz. — *Link K, H,:* Die Unfallbegutachtung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Leipzig. Meusser 1936. — *Link K. H.:* Pathologisch-anatomische Untersuchungen zur Frage: Gebisschäden und Magenveränderungen. Ztschr. f. Stomat. 1942. 23. sz. — *Oefele:* D. zehnärztl. Wschr. 1901. 32. 1902. 40. 41. 42. 1905. 10, 12, 22, — *Rösler:* Über die ursächliche Rolle des Gebisses für die Entstehung des Magen- und Duodenal geschwürs. Inaug. Diss. Halle. 1939.

Dr. D. Schranz: The viewpoints of the medical expert about gastrointestinal diseases connected with partial and total loss of teeth.

Loss of some teeth does not cause gastroenteritis because the balance is kept by constitutional factors. The organism is also able to counterbalance the loss of several teeth without any trouble of the gastrointestinal tract. The major degree of missing teeth as a rule is connected with hyp- or anacid gastritis and with decrease of the secretion of saliva. The denture (prosthesis) does not change considerably the amount of production of the gastric acid and saliva however it makes easier the work of the stomach by masticating the food. Hyperacidity and ulcus are not unavoidable sequealae of loss of teeth.

A Budapesti Tudományegyetem Stomatologiai Klinikájának közleménye.
(Igazgató: Dr. Balogh Károly egyet. ny. r. tanár.)

A fogpótláshoz használt anyagok megválasztása és feldolgozása.

Írta: Dr. FÖLDVÁRI IMRE egyetemi adjunktus.

A fogpótlások általában háromféle célt szolgálnak: rágóképesség helyreállítása mellett, esztétikai és beszéd-technikai szempontból teljesítenek szolgálatot. Ezen három cél elérése kell hogy vezessen, amikor a pótlás készítésére vállalkozunk és az ehhez szükséges megfelelő anyagot választjuk.

Korona- és hídpótlásokhoz, dacára a nagyon elterjedt rozsdamentes ötvözeteknek, minden szempontból legmegfelelőbb az arany, illetve annak ötvözetei, pl. platinaarany. Koronákhoz és porcellánhomlokzat nélküli hídtestekhez 22 kar. arany, porcellánfog hatlemezének vagy foglalatának 18 kar. 5—10%-os platinaarany. Aranybetét rágófelszíni, vagy a nyaki harmad kavitásába

22—23 kar. aranyból készíthető, míg approximalis kavitásba különösen, ha hídhorgonyzásban vesz részt 20 kar. 10%-os platinaaranyból.

Öntvények, tehát úgynevezett tömörfogak, hátlemezek és betétek céljaira ne használjunk régi levett hidakat, hanem csak tiszta ötvözeteket. Elszíneződés és törés leginkább azért jön létre, mert sokan ezt az annyit említett szabályt nem respektálják. Az arany rendkívül kényes fém és kis szennyeződés is sokat árthat. Maga a tiszta ötvözet is károsodik helytelen kezelés mellett ha az olvasztás, hevítés, savazás és lehűtés szaktudás nélkül történik.

Az ötvözetek szilárdságtani tulajdonságai nemcsak az ötvözet finomságától, minőségétől, hanem a kristályszerkezetétől is függ. Ha a megolvasztott fém, az olvadás pontig hül, a mozgékony atomok és molekulák egyesülnek és kristálymagokat alkotnak. Minél lassabban hül ki a fém, annál több kristálymag keletkezik, amelyek egymás növekedését akadályozzák, így a fém apróbb, finomabb kristályokat tartalmaz. A finomabb kristályszerkezetű fém rugalmasabb, szilárdságtani tulajdonságai jobbak.

Ha egy fém folyékony, benne más fém feloldható: így folyékony, aranyban a platina is feloldódik. De pl. vörösréz csak az arany nagy feleslegében oldódik. Ezért vörösrézzel ötvözött pénzaranyban mikroszkóp alatt gyakran látunk nem oldódott vörösrézszigeteket. A pénzaranyból készült fogműveknél a gyakran tapasztalt elszíneződés oka az, hogy az ötvözet alkatrészei között is van potenciálkülönbség, amely galvanáramot eredményez és a réz oldásához vezet.

Fogászati művek készítésére olyan nemesfém ötvözetek alkalmasak, amelyek homogén elegykristályokat tartalmaznak, ami annyit jelent, hogy minden kristálymagban ugyan olyan arányban szerepelnek az ötvözet alakelemei, mint az egész ötvözetben.

Gyökérben horgonyozott pótlások, tehát csaposfogak, vagy műcsonkos zománc és műzománc pótlásokhoz szintén az arany ötvözetek a legmegfelelőbbek. A zománc és műzománc színét áttűnőségük miatt a szürkefémek megváltoztatják. Az arany sárga színe tűnik át legkevésbbé. Csapnak legmegfelelőbb a platiniridium drót: ennek hiányában meg kell elégednünk a 10%-os platinaranydróttal. 18 kar. aranydrót ráöntésnél könnyen megolvad likacsos, törékeny lesz. Ráöntés közben az aranydrót oxidálódik, ezért lesavazás után a csapot a csonkhoz vagy sapkához kevés forrasztóval hozzá kell forrasztani.

Elhorgonyzás szempontjából fontos a csap hossza, vastagsága és alakja. A csaposfog gyökérbesüllyesztett része, tehát a csap, az emelő egyik karja hosszabb, mint a koronai rész.

Úgynevezett csaposfogak helyett ma inkább a műcsonkos zománc, vagy műzománc koronákat készítik. Műzománc koronával a legjobb eredményt akkor érhetjük el, ha a csonkot vállal készítjük, műcsonkos koronánál viszont ha a műcsonkot Richmondsapkával egészítik ki. A műzománc polimerizálódás alatt zsugorodik és így nem zár olyan pontosan, mint a zománc-korona, ezért jobb a gyökérfelszínt fémsapkával lezárni.

Sok esztendő tapasztalata azt is eldöntötte, hogy a rozsdamentes acél a fogpótlások melyik fajtájára alkalmas leginkább. A rögzített pótlásoknál tapasztalt kudarcok, pontatlan öntvények és hibás forrasztás miatt úgy találjuk, hogy a rozsdamentes acél leginkább részleges protézisek préselt lemezeinek készítésére alkalmas. A vékony acéllemezek kellemes sima felszínükkel nyálkahártyának, nyelvnek könnyen megszokhatók Szilárdságtani tulajdonságaik jók: nem törnek, nem repednek, nem görbülnek könnyen, és előállításuk nem okoz nagy költséget.

Alsó vázprotézis, valamint olyan részleges felsőlemezek, amelyeknél a tervezés keskeny, vékony nyúlványokat produkál, vitalliumból önthetők

legmegfelelőbben. Közönséges rozsdamentes fémből öntött lemezek, tovafutó kapcsokkal, lingualívvel, támasztékokkal, nem elég pontosak még akkor sem, ha a beágyazó agyag tágulása megfelelő. Azonkívül kivitelezésük sem elég finom, sokszor vaskos, durva, nem elég rugalmas. Vitaliumlemezt és kapcsokat azonban egy darabban önteni nem tanácsos, hanem a kapcsokat megfelelően acél drótból kell készíteni. A forrasztásra, valamint a fém kezelésére nagyon kell ügyelni, mert a kapocs könnyen elveszíti rugalmasságát, elválik a lemeztől vagy letörik.

Teljes protézishez a rozsdamentes acél, vagy akár az öntött vitallium nem olyan jó, mint a plasztikus anyagok, különösen a kaucsuk. Kaucsuk vagy akár a Paladon jobban tapadnak, száj melege által tapadásuk idővel javul is, a fémek ridegek, nem simulékonyak.

Polimerizátumok közül ma számos külföldi gyártmány van forgalomban. Koronák, hidak és lemezek készítése szempontjából tapasztalataink eléggé kiterjedtek. Hidakhoz jó eredménnyel használjuk esztétikus horgonynak a homlokzatos koronákat; a homlokzatot öntött koronába, platina szegecsek segítségével erősítjük fel. A hídtestet ugyanúgy készítjük, mint jacket-hidaknál, tehát minden taghoz külön műcsonkot. Disztális horgonynak rendszerint fémkoronát készítünk. Esztétikailag a műzománc ilyen feldolgozásban magas igényeket kielégít: tartósság szempontjából azonban akár a fémhátlemezes gyári porcellán (platinaszegecses), akár fémvázra ragasztott égetett porcellán koronák sokkal megbízhatóbbak. A gazdagabb nyugaton állítólag már belenyugodtak abba, hogy a műzománc fogpótlások csak néhány évig tartanak. A mi viszonyainkban a költségek azonban túl nagyok ahhoz, hogy rövid időközökben a fogpótlást megismételjük. Általában egy fogműnél a tartósság is fontos kellék és ezért a műzománccal szemben a porcellánnak előnyt kell adnunk.

Lemezek céljaira használatos polimerizátum rózsaszínű v. átlátszó. A kaucsukkal szemben kétségtelen előnye, esztétikusabb külleme és szagtalan volta. A kaucsuknál kisebb fajsúlya van, ez azonban nem mindig előnyös, mert pl. teljes alsó fogsort főként a súlya tartja helyén. Ezért használnak teljes alsófogsorhoz amalgámkaucsukot. Teljes felsőfogsorok paladonból nem tapadnak mindig jól: ennek az lehet az oka, hogy a polimerizátumok feldolgozás közben jobban zsugorodnak. A funkciós-szélek a kidolgozásnál jobban ki vannak téve a pontatlanságnak. A paladon polimerizálás után sokkal nehezebben szabadítható ki — különösen moldanóból, mint a kaucsuk, tudniillik vulkanizáláskor a gipsz megpuhul, 100 fokon pedig kemény marad. Ezért az elhajlás és sérülés könnyebben jön létre. A polimerizátumokat részleges protézishez nem ajánlatos használni, mert az elkeskenyített helyeken könnyen törnek. Használtak részleges paladon lemezhez a törések elkerülésére drót erősítéseket is, de ezek maguk is képeznek törési magokat. Végeredményben polimerizátumokat csak teljes felső protézishez tarthatjuk alkalmasnak, bár tapadásuk itt is sokszor hátrányban van a kaucsukkal szemben. Jól használhatók a rózsaszínű polimerizátumok vázprotézisekhez a porcellánfogak tartókészülékének.

Protézis viselőknél, különösen frontfogak pótlása esetén gyakran okoz zavart a kiejtésben az a körülmény, hogy a nyelv az anatómiai helyzettel szemben új képleteket talál a lemez- és metszőfogak találkozásánál. Ezt a helyzetet a nyelv gyakran nehezen szokja meg és az egyes hangzók kiejtése hibás lesz. A gyári műzománc (Palodens, Artima stb.) fogak anatomiai kiképzése, mely a paladonlemezzel eggyé polimerizálódik, ebből a szempontból igen előnyös, mert a valódi anatómiai viszonyok könnyen utánozhatók és a szájpadláson a szájrózsák ugyancsak visszaadhatók.

Őrlőfogak helyén alkalmazott gyári műzománc fogak esetében a pacienssek részéről gyakran hallunk olyan panaszokat, hogy a fogakkal nem tud jól

rágni, mert rugalmasak és így a rágás bizonytalan velük. Bizonyos, hogy műzománc fogakat egymással szemben alkalmazni nem szabad, mert a rágás így nem kielégítő. Ha műzománccal szemközt porcellán műfogat alkalmazunk, a műzománc hamar lekopik és az egyéni mozgásokhoz idomulva becsiszolódik.

Nyeregalakú hídtestek, valamint végpillérnélküli hidak gerincre felfekvő nyálkahártyai részét újabban üvegből, porcellánból, vagy polimerizátumokból készítik. Bármilyen agyagból készítik a felfekvő hídtesteket, a következmény mindig egyforma, mert a szövetbarát anyag alatt éppen úgy pang a nyál, az ételpép, zavart a keringés és a sejtleválás. Tehát nyeregalakú hídtesteket sem fémből, sem szövetbarát anyagból készíteni nem tanácsos.

Fültőmirigy kivezető csövének elzáródása és következményei

Írta: PERINT JENŐ kórházi főorvos.

Nyálkövek

a) *A nyálkő keletkezése* (Folytatás.)

Nyálkő által okozott panaszok a stomatologiai gyakorlatban aránylag ritkán kerülnek észlelésre, és ha igen, akkor is elsősorban a *glandula submaxillaris*-ban, ritkábban a *parotis*-ban és *parotis*-vezetékben és csak egészen kivételesen a *glandula sublingualis*-ban.

Aschoff szerint a nyálkövek az úgynevezett kemény kövek csoportjába tartoznak. Ebbe a csoportba soroljuk a *bronchus-*, *oesophagus-*, gyomor-bél-, egyes epe-, tonsilla- és bizonyos húgyköveket is. A kövek keletkezését illetőleg *Sitkéry* a húgykövekre vonatkozólag, *Kantorowitz* a nyál- és epekövekre vonatkozólag azonos faktorokat tételez fel. *Maranunchi* a nyálkövet a fiatalkor betegségének tartja. Ehhez hasonló megállapítással az irodalomban más helyen nem találkoztunk és a közölt esetek és saját tapasztalataink sem igazolják ezt a feltevést. *Kretzschmár* több esetben észlelt nyálkövet olyan betegeinél, akik vesekólikában szenvedtek és azoknál veseköveket is talált.

Aszerint, hogy az észlelt követ a képződés helyén, vagy ettől elsodorva más helyen találjuk, primér és szekundér követ különböztetünk meg. Nyálkő esetében tehát, ha a kő a nyálmirigy állományában vagy a kivezető csőben képződött és ott találjuk, akkor primér, viszont ha a nyálmirigyben képződve a kivezető csőben találjuk, szekundér kőről beszélünk. A primér és szekundér elnevezés csak a kő keletkezésének helyére utal, összetételére vonatkozólag azonban semmi felvilágosítást nem ad.

Egy más szempont szerint *aszeptikus* és *inficiált* kövekről szólhatunk, mely felosztás viszont kórtani, kórvegytani szempontból világít rá a kő etiológiájára.

Ennek a kérdésnek részletezése előtt a nyálkő alapját képező kőmagnak keletkezését kell tisztázni. A mirigy váladékát, a nyálat kell röviden ismertetnem, de csak azokban a vonatkozásokban, melyek a nyálkő keletkezésének szempontjából szóba kerülhetnek. A nyálnak ugyanis kétségtelenül fontos szerepe van a nyálkő keletkezésében.

A nyál fajsúlya 1002—1008 között ingadozik. A nap különböző szakában az étkezésekkel kapcsolatban lehet hígabb vagy sűrűbb. Vegyhatása gyermekkorban gyengén lúgos, idősebb korban inkább savi. A pH gyermekkorban 7.20, felnőtteknél 6.50.

A parotisznyál mucint nem tartalmaz, éppen ezért híganfolyó, szerozus, sohasem nyúlós. Viszkozitása viszonylag alacsony.

A szerves anyagok közül fehérjét, fermentumokat *(ptyalin, mucin, oxidase)* tartalmaz és rodansók is vannak benne.

Mathis megállapította, hogy a parotisznyál fehérjetartalma arány talanul több, mint a többi nyálmirigyből felfogott nyálé. *Fleckseder, Beck, Pregl, Kjeldahl* szerint a nyál fehérjéi *liophil* kolloid karakterével bírnak. *Scheer* és *Fuhrberg* a parotisznyálból kimutatott lipazét quantitative többnek találja, mint a többi nyálmirigyből felfogott nyálban. Ez a fermentum a zsírokat és glicerineszteréket bontja.

Szervetlen anyagok közül főleg natrium, kalium, kalcium és magneziumsókat tartalmaz. *Irvin* szerint a nyál kalciumtúltelítettsége a kő képződés egyik kardinális faktora.

A nyál mennyisége a táplálkozás minőségétől is függ és igen nagy ingadozásoknak van kitéve. *Bidder* és *Schmidt* szerint 200—300 gr. és 1500—2000 gr. között is ingadozhat a napi mennyiség. Általában nehezen mérhető. A napi össznyál mennyisége fiziológiás körülmények között 1500—2000 grammra tehető.

Krüger szerint dohányzóknál a rodansó sokszorosan meghaladja a normálisan kimutatható mennyiséget. Ugyanezt megerősíti *Grober* és *Mayer*. Ezt azért hangsúlyozom, mert *Kirschner* és *Normann* a nyálkőképződést dohányzóknál kiemeli, ezzel szemben *Mathis* a nyál rodantartalom megszaporodását a dohányzással semmiféle kapcsolatba hozni nem tudja. A parotisznyál relative több rodant tartalmaz, mint a másik két nagy nyálmirigyé, de a rodan abszolut mennyisége a két utóbbi nyálmirigy váladékában több. *Marziani* kórosan csökkent nyálképződés esetén a nyál rodantartalmát fokozottnak találta. Ez megerősíti azt a következtetést, hogy a rodannak szerepe lehet a nyálkőképződésben. *Weinberger* szerint a rodan megszaporodásának jelentősége lehet a kőképződésben, mert a rodan megszaporodik a vizeletben, ha hugykő van jelen és ugyanakkor a nyálban is megszaporodik. Szerinte nyálkő esetében is megszaporodik a vizeletben a rodan. Saját vizsgálataimnál négy nyálkő esetében elvégzett vizeletvizsgálat alkalmával ezt nem tudtam kimutatni.

Gluke elismeri, hogy a dohányzás átmenetileg csökkenti a szájüreg és nyál baktériummennyiségét, de a nyál kémiai összetételében semmi változást nem okoz.

A nyálmirigyek útján húgysav és vérsejtek is kiválasztódnak. *Felischer* szerint *nephritis*-nél a nyálban megjelenik a hugyany is, *Stöcker* viszont azt mondja, hogy a vérben mindig jelenlevő hugysavat a nyálban is ki lehet mutatni. *Falkenstein* a nyál húgysavtartalmát (csecsemőknél 6—44 mg %, gyermekeknél 12—64 mg %, felnőtteknél 30—82 mg %) normális jelenségnek tartja. Kóros esetben, vesemegbetegedéseknél, *pneumonia, empyema* stb. eseteiben ez ugrásszerűen emelkedhetik. *Santos* vizsgálatai ezt megerősítik.

Lényeges tulajdonsága a nyálmirigyeknek, hogy a nyállal együtt kiválasztják a szervezetbe jutott gyógyszerek egy részét. Így különösen a nehéz fémsókat, jódot, brómot, higanyt stb., továbbá morphiumot és egyéb mérgeket. *Kovács* referatumából kitűnik, hogy a penicillin is kiválasztódik a nyálmirigyek útján. Ezek a megállapítások *Fleming, Florey* és *Chaine* nevéhez fűződnek. A gyógyszerek, mérgek, nehéz fémsók nyál útján történő kiválasztásának különös fontosságot tulajdonítok, mert egyrészt esetleges kicsapódásuk útján, másrészt azáltal, hogy jelenlétük a nyálkahártya gyulladását okozhatja és ez kőképződésre vezethet. De látni fogjuk később a nyálkő röntgendiagnosztikájából is, hogy különböző vegyi anyagok a nyálkő fényáteresztőképességét is megváltoztathatják.

Normális körülmények között a nyál kémiai összetétele nem változik, de elegendő a nedvkeringés legkisebb zavara (különleges, szokatlan ételek élvezése, gyógyszerhatás stb.) összetételének megváltoztatásához.

Schilling megállapította, hogy csecsemőknél a parotiszfunkció lényegesen megelőzi a többi nyálmirigyek funkcióját, mert a *ptyalin* az első kimutatható fermentum. A nyálmirigyek az emésztéshez a nyálban oldott fermentumok segítségével vesznek részt. A *ptyalin* keményítőhasító hatása közismert.

A nyálelválasztás a nap különböző szakában változik. Étkezés előtt és alatt, vagy fiziológiás ingerekre (ételszag) fokozódik, nyugalmi állapotban, éjjel csökken. Azonban a nyálelválasztás lehet kóros vagy művi okok miatt is fokozott vagy csökkent.

Kórosan *fokozott* lehet a nyálképződés:

1. toxicus és gyógyszeres hatásra: higany, bizmut, arany, arzén, pilokarpin, phisostigmin, muscarin, chotin, nikotin, alkohol, emetin, apomorphin, ipercacuanha, senega és saponariák hatására.
2. *reflektorikus hatásra:*
   trigeminus izgalmak esetén, amit okozhatnak erősen fűszeres ételek is, pl. paprika, bors, stb., továbbá száj-, orr- és garathurutoknál. Általában erősen fokozott a nyálképződés minden olyan folyamatnál, mely a szájűr képleteinek fájdalmával jár, így különösen a szájgyulladás minden formájánál. Reflektorikusan fokozott nyálképződést okozhatnak a szájban viselt idegen testek is (protézisek, új fémhidak, különösen a nemnemes fémből készültek). *Weltmann* pankreaszfej tumorok esetében észlelt erős nyálfolyást.
3. *sympaticus idegrendszeri hatásokra:*
   hyperhydrosis, seborrhoea, gyomorsavtúltengés, *obstipatio,* bélkólika, *phosphaturia,* fluor, *hyperinsulinismus* eseteiben, de különösen vagotoniás egyéneknél a vegetatív idegrendszer bármely más izgalma is.
4. *központi idegrendszeri elváltozásoknál:*
   facialis idegizgalmak esetén, *encephalitis*-nél, bulbáris és pseudobulbáris paralizisnél.
5. *hormonalis zavarok esetén:*
   menstruatio, graviditas, klimax, továbbá egyes endokrin megbetegedések esetében.

Kórosan, illetve művi okok miatt csökkent lehet a nyálképződés:

1. toxicus és gyógyszeres hatásokra:
   bakteriumok toxinjainak (heveny fertőző betegségek) hatására, bizonyos szekreciót gátló gyógyszerek (pl. atropin) hatására.
2. legtöbb magas lázzal járó megbetegedésnél *(typhus)*.
3. *pszychés shock* esetén.

A nyálkő magja, ha a nyál normális tartalmából csapódott ki, aszeptikus. A megnövekedett nyálkő azonban mindig tartalmaz levált hámsejteket, bakteriumokat, nyálfoszlányokat vagy idegen testeket. *Söderlund* és *Naeslund* az *aktinomyces* gombatelepeit találta a kő magjában. *Grabner* is leírt egy esetet, melyben a kőmag szövettani vizsgálata elhalt *aktinomyces* gombák fonalaiból adódott.

A nyál normális és kóros viszonyok között egyaránt tartalmaz kolloidálisan oldott fehérjét. Fokozott fehérjefogyasztás után, lázas megbetegedéseknél a kolloid megszaporodik. A nyálban oldott kolloidok kicsapódása alapját képezheti a nyálkőnek. A gyulladásos alapon létesült kőmag képződését elősegíti a mirigycsövecskék gyulladásos hámleválása, a nyálpangás és a nyálban oldott kolloidok kicsapódása. *Lichtwitz* a gyulladásoknál kicsapódó kolloidkristályokban a kőképződés egyik fontos tényezőjét látja. *Richet* és *Czygan* pedig egyenesen tagadja, hogy a nyálképződésnek más külső oka is lehetne, mint a nyálban oldott kolloidok kicsapódása. *Heinike* is ennek tulajdonít elsőrendű fontosságot, de szerinte a nyálpangás következtében létrejövő gyulladás bakteriumai legalább ilyen fontos szerepet játszanak. Azt nem vitatja, hogy a pangó nyál besűrűsödik és ennek szervetlen alkatrészei a gyulladás organikus termékeihez társulva együtt képezik a nyálkő magját.

Nakano vizsgálatai érdekes fényt derítettek a kőképződés etiológiájára.

Egy edényben felfogott vizeletbe fonalat lógatott be és azt tapasztalta, hogy nyolc hónap mulva, minden külső behatás nélkül, a fonalra tapadó húgykő képződött. *Palócz* ezen tapasztalatból kiindulva, edénybe felfogott konstans 5.4 pH-s vizeletbe erre a célra szerkesztett készülék segítségével három percenként két, ettől eltérő pH-s koncentrációju vizeletet cseppentett. (Az egyik 5.8 pH, a másik 7.0 pH volt.) Már négy hét mulva borsónyi húgykő képződött a fonálon, szemben az eredeti nyolchónapos kísérlettel. Az ilymódon aktivált vizeletben a kolloidkristályok kicsapódása meggyorsul. Szerinte a szervezetben a pangó vizeletet a friss vizelet aktiválja, s a meggyorsuló kolloidkicsapódás kőképződésre vezethet.

A vizeletben és a nyálban egyaránt oldott kolloidok sok szempontból azonos reakciókat mutatnak. Így elképzelhető, hogy a pangó nyálhoz — bármi is okozza a nyálpangást — csatlakozó újabb nyál eltérő pH-val bír és így a nyál kolloidjainak kicsapódását meggyorsítja, mely folyamat ez esetben nyálkőképződésre vezethet.

Bauer a kőképződésre általában bizonyos prediszponáló habitusokat tételez fel. Nem sikerült eddig kimutatni, hogy a nyálkőképződésben is szerepet játszik-e az általános kőképződési hajlam, de azt látjuk, hogy azok az egyének, akiknél már egyízben képződött nyálkő, recidivára hajlamosak. Azt sem sikerült kimutatni, hogy a szájüregben lerakódó fogkő

valamiféle oki relációban lenne a nyálkőképződéssel. Amilyen ritka a nyálkő, olyan gyakori a fogkőképződésre való hajlam. Viszont azt látjuk, hogy a nyálkő és fogkő kémiai összetétele majdnem azonos. A fogkőlerakódásnak a szájüregben két predilekciós helye van. Az egyik az alsó frontfogak lingualis oldala, a másik a felső őrlőfogak orcai felszíne, ahol a nyálmirigyek kivezető csövei a szájüregbe torkolnak.

Frank a nyál ammoniáktartalmát fontosnak tartja a nyálképződésben. A fogkő és nyálkő ugyanis nem tartalmaz szervesen kötött ammoniákot. Minél több a nyálban a szabad ammoniáksó, annál intenzívebb lehet ennek kicsapódása és szerinte ez képezné a nyál- és fogkő alapját. Nyálkövet nem volt alkalmam még megvizsgálni ammoniáksó tartalmát illetően, azonban a fogkövek kémiai analizise ennek a feltevésnek ellentmond.

A kőképződés anyagcserezavarokra is visszavezethető. *Badenes* szerint három ilyen faktor játszik szerepet az általános kőképződésben: 1. húgysavas diatézis, 2. diabetikusok acidozisa, 3. elégtelen, hiányos táplálkozás utáni acidozis.

Calciumoxalat a szövetek elégtelen oxidációjának következtében képződik. Bő proteintartalmú ételek után is tapasztalható, de leginkább mérgezéseknél. Leukocitozis felesleges húgysav képződésével párosul. Elégtelen oxidáció következtében képződött oxálsav ismert calciumaffinitása miatt calciumoxalattá változik és mint ilyen, a vesében, hólyagban és nyálmirigyekben mint szedimentum jelenik meg. A calciumoxalat vízben nehezebben oldódik, mint a calciumfoszfat, mely a nyálkő másik fő alapanyaga. A calciumoxalatot fogkőben is ki tudjuk mutatni és minél gazdagabb calciumoxalatban a fogkő, annál keményebb és annál jobban tapad a fogakhoz. Éhezésnél, rossz táplálkozásnál nagy a zsírveszteség, ennek következtében acidozis lép fel, melynek viszont következménye az oxalatképződés.

A különböző anyagcserezavarok kétségtelenül okozhatnak a szervezetben ilyenirányú elváltozásokat is, de nehéz lenne kizárólag anyagcserezavarral a nyálkőképződést megmagyarázni. Húszévi gyakorlatomban összesen 14 nyálkőesetet láttam és ezek közül négyet közvetlenül az ostrom utáni hónapokban láttam, amikor a rossz és hiányos táplálkozás valamennyi betegemnél kétségtelenül fennállt.

A régebbi statisztikák szerint a nyálkőképződés férfiaknál gyakoribb és ezt a dohányzással hozták kapcsolatba. *Brünning* ezt a feltevését a dohányzóknál ismeretes rhodansó felszaporodásával magyarázza. A magam részéről semmi kimutatható alapot nem látok ennek feltételezésére, mert ha ez így volna, a dohányzás rendkívüli elterjedtsége miatt sokkal több nyálkövet kellene észlelnünk.

A nyálköveket osztályozhatjuk nagyságuk, alakjuk, felületi elváltozásaik és multiplicitásuk szerint. Nem ritka több nyálkő jelenléte egy betegnél. Ezek lehetnek külön-külön keletkezett kövek, de *Bos* a nyálkövek széttöredezéseit tartja valószínűbbnek. Magam is észleltem, hogy a *ductus parotis* kövei könnyen töredeznek eltávolítási kísérlet közben. *Bos* egy esetben a *glandula submaxillaris*-ból 14 darab szederalakú követ távolított el.

A mirigyállományban keletkezett primer kő alakja kerekded, érdes tapintású. Az észlelésre került kövek cseresznyemag nagyságúak. Egészen kivételes esetben láttak ezeknél nagyobb követ is. Megemlítésre érdemes a *Lindenmann* által észlelt mogyorónagyságú nyálkő a glan-

dula submaxillarisban. *Frey* közölt egy esetet, hol a glandula submaxillarisból spontán perforáció útján egy 3.7 cm hosszú és 1.8 mm átmérőjű kő távozott el. *Marinowsky* leírt egy esetben a ductus parotisból spontán távozott követ, melynek hossza 12 mm és 2.5 mm átmérőjű volt. *Lippo* egy 1.73 gr súlyú datolyamagalakú kőről számol be. *Petron* pedig beszámol az irodalomban eddig leírt legnagyobb nyálkőről, melyet a glandula submaxillarisból távolított el, ennek súlya 6.09 gr, mérete pedig 28×19×17 mm volt.

Egy esetemben a parotisznyálban homokszerű, de szemmel látható konkrementumot tudtam kimutatni. Ez azért is érdekes, mert az általam ismert irodalomban ilyen esettel még nem találkoztam.

16 éves vidéki lány jobb arcfele a mandibula szögletének megfelelő területen erősen meg volt duzzadva. Láza 38,2° C, mérsékelt szájzár, a jobb alsó 7-es kopogtatásra érzékeny, a 8-as dentícióban. Röntgenfelvétel a 7-esen apikalis abszcesszust mutat. A beteg elmondja, hogy a jobb arcfele két év óta időnként megduzzad, de dentalis panaszai még eddig nem voltak. Bódításban extraháltam a jobb alsó 7-est, ahonnan bőven ürült genny. A folyamat pár napon belül lezajlott. Pár hét mulva ismét megjelent nálam a beteg és arcfájdalmakról panaszkodott. Ezek a fájdalmak azonban most nem a mandibula szöglete körül kulmináltak, mint az előző panaszainál; mérsékelt duzzanat volt észlelhető a parotiszniknak megfelelő területen, láz és szájzár nem volt. Megvizsgálva az előző műtét területét, azt teljesen rendben, gyógyultan találtam, mit az ismételt röntgenfelvétel is igazolt. Megállapítottam tehát, hogy jelenlegi panaszai nincsenek összefüggésben a lezajlott folyamattal. A fájdalmak gócpontja a parotisz területe. A parotisz nyomásra érzékeny, alig kimutathatóan duzzadt, a *ductus parotis* beszájadzása körül semmi elváltozás nem található. Nyálpangás nincs. A felfogott parotisznyál normális alakelemeket mutat. Két nap mulva a duzzanat kifejezettebbé válik és a szekretio csökkent a jobboldali parotiszből. Röntgenvizsgálat ismét negatív. Miután az acut *parotitis* tünetei hiányoztak, megszondáztam a kivezető csövet. Semmiféle rendellenességet nem tapasztaltam, ami kőgyanú alapját képezhette volna. Pár óra mulva a beteg panaszai hirtelen megenyhültek, a duzzanat is csökkent és felfogott parotisznyálban szemmellátható, érdes, homokszerű üledéket észleltem. Az üledék *calciumhosphat*-ot és *calciumcarbonat*-ot tartalmazott. A következő napi nyálvizsgálatnál ez az üledék aránytalanul kevesebb volt és két nap mulva teljesen eltűnt. Az évek óta fennálló, időnként mutatkozó arcduzzanat (valószínű intermittáló elzáródása) ezen idő óta — nyolc hónapja — megszűnt. Elképzelhető, hogy eredetileg egy nagyobb nyálköve volt, amely széttöredezett, szétesett, de erre az üledék górcsövi vizsgálataiból biztosan következtetni nem lehetett.

A parotiszvezeték primerkövei a kivezető cső belső formáját utánozva, hosszúkásak és a két végük legömbölyödött. A másik két nagy nyálmirigy kövei kerekded, ovális alakúak. Alapszínük többnyire szürkéssárga, de ez változhatik aszerint, hogy milyen szerves anyagok rakódtak rájuk. A kő színét és vegyi összetételét természetesen a mirigyek útján kiválasztott gyógyszerek is befolyásolhatják. Nagy fontosságot tulajdonít *Roedelius* a mirigyek által kiválasztott gyógyszereknek, mérgeknek, nemcsak a kő színe, hanem összetétele szempontjából is.

A nyálkő anorganikus komponensei változók. Qualitatíve a *calciumphosphat, calciumcarbonat, calciumoxalat,* mint alapanyag mindig feltalálható, ezenkívül főleg organikus anyagokat, vagy bejutott idegen testeket tartalmaznak.

Baktériumtömeggel mindig telítve vannak a nyálkövek.

Nyálkövek gyakrabban fordulnak elő *submaxillaris* nyálmirigyekben. Az esetek 80%-a *Kirschner* és *Normann* szerint idetartozik.

Simon megállapítása szerint is a nyálkőképződés a *gl. submaxillaris*-ban a leggyakoribb, ritkább a *duct. parotis*-ban és úgyszólván soha sem fordul elő a *gl. sublingualis*-ban. A *gl. submaxillaris*-ban keletkező kövek gyakoriságát a mirigy anatómiai helyzetével tudjuk megmagyarázni. A kivezető csővégződések a szájüreget érő exogén behatásoknak fokozottan kitett helyén vannak. A nyelv ugyan megfelelő védelmet nyujt, azonban a szájba kerülő idegen anyag mégis könnyebben bejuthat, mint a parotiszvezetékbe.

A nyálpangás okozta gyulladásos kövekre ez már nem vonatkozik, mert a nyelvalatti mirigyek fő kivezető csöveinek elzáródásánál a kis nyálkivezető csöveken át ürülhet a nyál, ezért is gyakorlatilag nem fordulhat elő, a gladula sublingualisban nyálkő. A *duct. Whartoni* nagyobb átmerővel rendelkezik, mint a *duct. parotis* és rövidebb, szabadabb a lefutása.

b) *A nyálkő diagnosztikája.*

Nyálkő jelenlétét nem mindig kísérik klinikai tünetek, nagyon sok esetben évekig, sőt egész életen át tünetmentes marad. Ilyen tünetmentes kő csak véletlen lelet alapján, vagy egyébirányú vizsgálatok, röntgenfelvétel alkalmával kerül felismerésre.

Kő jelenlétére utaló tünetek a mirigyvezeték elzáródásos tünetei. Nyálpangás, duzzanat, a mirigyvezeték vagy nyálmirigy gyulladásos tünetei, étkezésnél vagy beszédnél fellépő és fokozódó kisugárzó fájdalmak, gennyes váladék a mirigyvezeték beszájadzásánál, csökkent nyálképződés, a szájüreg szárazsága, láz.

A nyálkő a mirigyvezetékben vagy a nyálmirigyekben akut vagy krónikus gyulladásos folyamatokra vezethet. A parotisz nyálkövei okozta klinikai tünetek változatosak, aszerint, hogy milyen elváltozást okoz a nyálkő a mirigy működésében és a nyál kiürülésében. Ezt befolyásolhatja a kő helye és nagysága is. Ha a kő a mirigyállományban jól beágyazottan a képződési helyén marad és aszeptikus, akkor nagyon soká tünetmentes lehet. Amennyiben a kő inficiált, úgy parotitis fejlődhetik ki. Az arc megduzzad, fájdalmas lesz. Rágás, étkezés és beszéd közben a fájdalmak fokozódnak, a nyálszekretio csökken. Ilyenkor a nyálkövet kimutatni nagyon nehéz, de szerencsés esetben röntgen segítségével sikerül. Elgennyedés esetén áttörhet a bőrön vagy a szájüreg felé. A kivezető csövön át ilyenkor, ha nincs elzáródva, bőven ürül a genny. Az arcbőrre áttört *parotitis* után nyálsipoly maradhat vissza.

A parotiszvezetékben is keletkezhetik primer kő, de odakerülhet szekunder módon is.

Nem gyulladásos parotiszvezeték esetén a kő csak funkcionális zavarokat okozhat. Ilyenkor helyzetváltozásával kapcsolatban, vagy a mirigyvezeték perisztaltikája folytán a kő hirtelen elzárhatja a parotiszvezetéket, nyálpangást idéz elő átmenetileg *(intermittáló elzáródás)* és az arcon a parotisz területének megfelelően szinte perceken belül barackmagnagyságú fájdalmas duzzanat támadhat. Ez oldódhatik nyomás, vagy enyhe masszásra, de spontán is egész rövid időn belül.

A kőokozta klinikai tünetek változatosak a kő nagysága, felülete és multiplicitása szerint is. Így a kő nagyságával egyenes arányban áll az elzáródás valószínűsége. Néha nyálkahártya sérüléseit idézheti elő. Természetesen több nyálkő egyidejűleg többféle elváltozást okozhat.

Nyálkövet nem sikerül mindig tapintani a parotiszvezetékben. A vezeték szondázásával néha sikerül megtalálni a követ, azonban, ha a vezetékben képződött divertikulumban foglal helyet, vagy nagyon közel van a mirigy állományához, akkor szondával sem találjuk meg.

Röntgenvizsgálattal sem érünk mindig célt. A parotiszvezetékben ülő nyálkövet koponyafelvétellel kimutatni azért nehéz, mert a követ takarja a koponyacsontok árnyéka. Intraoralis felvétellel, ha a kő ebből a szempontból kedvező helyen van, könnyebb kimutatni. Saját eseteimből két esetben sikerült intraoralis felvétellel a követ kimutatni. Előfordult az is, hogy a követ tapintani tudtam — egyébként tipikus nyálkőtűnetek mellett — és röntgenfelvétellel csak napok múlva, mikor a kő a beszájadzáshoz egész közel került, sikerült intraoralis felvétellel kimutatni. A röntgenvizsgálatnak még egy akadálya lehet. Csak akkor lehet nyálkövet röntgen segítségével látni, ha az mészsókban gazdag. *Sitkéry* a húgycsövekkel kapcsolatban hasonló megállapításra jutott.

A nyálkő jelenlétét valószínűsíti a parotiszvezeték beszájadzásának kifekélyesedése. Ez azonban nem feltétlenül jellegzetes tünet a nyálkőre. A parotiszvezetékben ülő kő esetén a vezeték tapintható köteggé válhat. Esetleg a követ bimanualisan ki is tudjuk tapintani, de mindenesetre ha a vezeték területe tapintásra érzékeny, az nagyon valószínűvé teszi a kő jelenlétét, különösen, ha időszakonként fellépő nyálpangásos tűnetek kísérik.

Ötvenéves nőbeteg felkeresett azzal a panasszal, hogy a jobb arcfele időnként hirtelenül megduzzad. Fájdalmai kisugároznak a homlokra és az állcsontok területére. Ehhez hasonló panaszai elsőízben egy évvel ezelőtt jelentkeztek. Dentalis panaszai nincsenek, mit a vizsgálat is igazolt. Egyébként teljesen egészséges, hallása pár év óta gyengült. Vizelet, vérkép, normális. Wassermann negatív. Koponyafelvételén semmi elváltozás nem mutatható ki, láz nincs. A beteg panaszai másnapra erősbödtek, de az arcduzzanat nem fokozódott. Bimanualis vizsgálattal nem tudtam kimutatni semmit, nyálpangás nem volt, de a jobb parotiszmirigy szekretiója csökkent. Két nap mulva a panaszok hirtelen megszűntek, az arcduzzanat lelohadt és ekkor már csak a kivezető cső volt tapintásra érzékeny. A koponyafelvétel ismét negatív, de az intraoralis felvételen, körülbelül a felső 8-as gyökerének megfelelő területen egy sörétnagyságú homály látszott. Megszondázva a parotiszvezetéket, keménytapintású anyagba ütköztem, kb. 1½ cm-rel a beszájadzás előtt. Második szondázás után a kő eltávozott és a beteg arcduzzanata megszűnt.

Gyakori kísérőjelenség, de nem abszolut jellemző kőtünet a *kivezető cső kolikája*. Ez hirtelen léphet fel, ha a kő helyzetváltozása miatt obliterálja a vezetéket. A kolika előfordulhat kő nélkül parotitiszeknél, a kivezető cső gyulladásainál, különösen krónikus gyulladások okozta heges összenövések esetén.

A kólika létrejötte még nem egészen tisztázott tény. Egészen az az utolsó időkig a parotiszvezetékről csak azt tudtuk, hogy a vezeték falában vannak ugyan izomrostok, melyek egyenletes kontrakciója folytán a nyál kifecskendeződik, máskor azonban ezek az izomrostok aktivitást nem fejtenek ki és a nyál csorgással ürül. *Band* legújabb vizsgá-

latai kimutatták, hogy a parotiszvezeték perisztaltikus mozgásokat, sőt bizonyos esetekben ellenperisztaltikát is végez. *Band* ezen felfogása alapján a parotiszvezeték kövének ú. n. spontán eltávozását és eltávolítási lehetőségét is másképpen láthatjuk. A kivezetőcső kólikáját kiválthatják elsősorban kövek, bizonyos ételek, főleg gyümölcsök, savanyúságok. Pszychikus hatásokra is kiváltódik.

Egy betegemnél elegendő volt citrom vagy savanyúság felemlítése és már kiváltódott a parotiszvezeték kólikája. Bennünket sztomatologusokat különösen érdekelhet az az esetem, mikor foghúsecsetelés után, melyet trichlorecetsavval végeztem, egyízben szabályos kólikát észleltem. Ugyancsak egy esetben egy alsó 6-os fog hosszú ideig tartó pulpaexstirpációja és gyökértömése közben a száj huzamos ideig való nyitvatartása miatt kólika lépett fel. Én ezt akkor az arcizmok görcsének tartottam és ezt is mondtam a betegnek, aki azonban kijelentette, hogy neki már volt hasonló tünete máskor is, sőt hajlamos is erre bizonyos ételek fogyasztáskor.

A kőokozta parotiszvezeték kólikát klinikai tünetek szempontjából a vese- és epekővezeték kólikájához hasonlíthatjuk, bár korántsem olyan fájdalmas. A kólika lehet egészen enyhe kis érzékenység, melyet a parotisz területén fellépő arcduzzanat kísér (nyálpangás) de lehet igen heves görcsös fájdalom is, mely rohamokban ismétlődhetik.

Egy orvosnő betegem keresett fel és a következő panaszokat adta elő: Körülbelül féléve a bal parotisztájon időnként fellépő görcsös fájdalmai vannak. A fájdalmat savanyú, édes, vagy hideg étel váltja ki. A fájdalmak kisugároznak a fülbe és az alsó fogak területére. A fájdalom intenzitása változó. Egy alkalommal savanyú hatásra (őszibarack) egész heves görcsös fájdalom lépett fel. A parotisz kb. 20 másodperc alatt teljes egészében megduzzadt diónagyságra. Borogatásra a fájdalom kb. egy félóra alatt megszűnt és tizenkét óra alatt ismét lelohadt a duzzanat. A duzzanat időszak alatt a száj feltűnően száraz volt. Az arc lelohadása után fokozatosan indult meg a nyálelválasztás. Ezek a görcsös fájdalmak kis mértékben, étkezés közben, gyakran jelentkeznek. Egy idő óta hasonló fájdalmak lépnek fel a jobboldalon is.

Megvizsgálva a beteget, dentalis tüneteket nem találtam. Koponya- és intraoralis felvételen parotiszvezetékkő árnyéka nem látszott.

A nyálkőterapia kérdése szervesen összefügg azzal, hogy a nyálkő milyen elváltozást okoz. A nyálkő puszta jelenléte, ha panaszt nem okoz, beavatkozásra okot nem szolgáltat.

Más megítélés alá esik a nyálkő, ha akár a mirigy funkciójában okoz zavart, akár a kivezetőcső vagy mirigy gyulladását okozza.

A nyálkő therapiában két út áll rendelkezésünkre. Az egyik a konzervativ kezelés, vagyis az, hogy a nyálkő eltávozását elősegítjük gyógyszeres úton, a másik a nyálkő sebészi úton való eltávolítása. A kettő között szerepel a parotiszvezeték szondázása.

A konzervatív kezelés bő nyálelválasztás előidézésével kezdődik. Ízes ételek fogyasztása, cukorkák szopogatása ajánlatos. Egyes amerikai szerzők bő alkoholfogyasztást, borivást ajánlanak. Reflektórikus úton is kiválthatjuk a bő nyálképzést azzal, hogy idegen anyagot, kis fémtárgyat tartatunk a beteg szájában, ezáltal éppen úgy, mint protesiseknél és új, nem nemes fémből készült hidaknál, az első időben a nyálelválasztás fokozódik. Nyálelválasztást kiváltó gyógyszerek közül Bronner pilokarpint ajánl 0.01 gr.-at pro dosi. Ilymódon a parotiszkő spontán eltávozása sem ritka; magam három esetet észleltem. *Marinowsky* is leírt ilyen esetet.

Elősegíthetjük a kő spontán eltávozását duktusz kólika mesterséges előidézésével. Csak azoknál, a betegeknél számíthatunk rá, akiknél magunk észleltük, vagy a beteg tapasztalt kólikát. Savanyúságok, gyümölcs, citrom állítólag alkalmasak erre. Nekem ilyen irányú jó tapasztalataim nincsenek. *Berendt* a parotiszvezeték enyhe vibrációs masszálását ajánlja. Saját tapasztalatom két esetben az volt, hogy meleg besugárzásra, illetve gyapjúkendővel melegen tartott arc esetén enyhe maszszirozás mellett a kő okozta nyálpangás egészen rövid idő alatt (egyik fél-, másik alig egy órán belül) megszűnt.

Ha mindez nem vezet célhoz, szondázzuk meg a vezetéket. Erre alkalmas eszköz egy letompított végű, vékony, puha sonda. (Rinológusok által használt *szalmabougie.*) Óvatosan és kímélettel bevezetett szonda fájdalmat nem okoz. Semmiféle erőszakos behatolást, továbbvezetést ne szorgalamazzunk. A bevezetés mindig jól kifeszített szájüreg mellett történjék és olajos vagy vazelinos szondát használjunk.

Fischer kőgyanú esetén, ha szondázással nem sikerült a követ eltávozásra bírni és a kólika vagy nyálpangás megismétlődik, úgy a mirigyfunkció csökkentése céljából röntgenbesugárzásokat ajánl. Ez csak nyálpangás esetében indokolt, mert egyébként a sekreció csökkentésével a kő eltávozását hátráltatjuk.

Ép, váladékmentes vezetékbe sokkal nehezebb behatolni, mintha már gyulladásos tünetek mellett gennyes váladék ürül. Ilyenkor a vezeték szájadéka kitágult. Viszont a gyulladt kivezetőcső fala fellazult és könnyen perforálódhatik, tehát kutaszolása fokozott óvatosságot kíván.

Ha a konzervatív kezelés nem vezet célhoz, a követ sebészileg kell eltávolítani. Ha a kő a parotiszvezetékben jól tapintható, akkor nem okoz a műtét nehézséget. A pofa felől érzéstelenítésben ejtett kis metszéssel a követ kiemeljük. Nem ilyen egyszerű a műtét, ha a kő a parotiszvezeték magasabb szakaszán, vagy a mirigyállományban van. Ilyenkor a bőrön ejtett külső metszéssel tárjuk fel a kő helyét, de ez a műtét a parotisz kényes tájanatómiai helyzetére való tekintettel már gyakorlott sebészi kezet kíván és nem sztomatológus feladata.

Összegezés:

1. A parotiszvezeték elzáródását előidéző okokat három csoportra oszthatjuk:
   - I. Anatómiai, illetve fejlődési rendellenességek
   - II. Exogen faktorok (idegen testek, idegen tárgyak, pneumatokele)
   - III. A mirigyállomány vagy kivezetőcső endogen elváltozásai (gyulladások, tumorok, nyálkőképződés)
2. A gyulladásokat a következő csoportokra oszthatjuk:
   - I. Parotitiszek és kivezetőcső gyulladások
     - *a)* a parotisz és vezetékének akut gyulladásai *(parotitis acuta, parotitis acuta epidemica, syalodochitis acuta)*

b) a parotisz és vezetékének krónikus, nem specifikus *(parotitis chronica, syalodochitis fibrosa*
c) paroditisz és vezetékének krónikus, specifikus gyulladásai *(tuberculosis, lues, aktinomycosis)*

II. A regio facialison lezajló gyulladások, melyek nem a fültőmiriggyel állnak összefüggésben
(sztomatitiszek, dentalis eredetű gyulladások, myozitiszek, ödemák, Mikulicz-féle nyál- és könnymirigygyulladás

3. A nyálkőképződésben szerepet játszik a nyál kémiai összetétele, kolloidális elváltozások, a parotisz vagy kivezető cső akut és krónikus gyulladása.
4. A nyálkő alapját képező kőmag organikus és anorgikus alapanyagot tartalmaz.
5. A nyálköveket megkülönböztetjük nagyságuk, alakjuk, felületi viszonyaik és előfordulási számuk szerint.
6. A nyálkő klinikai tűnetei: nyálpangás, arcduzzanat, kisugárzó fájdalmak étkezésnél, rágásnál és beszédnél, csökkent nyálelválasztás.
7. Nyálkövet röntgen segítségével nehéz, de nem lehetetlen kimutatni, kimutatására csak az intraorális felvétel alkalmas.

A nyálkő terápiája lehet konzervatív és sebészi.

Dr. J. Perint: Obstruction of Stenon's duct with special regard to the concrements.

There are three main groups of the factors leading to saliva-concrements.

The first group is confined to the anatomic and developmental anomalies. The second is formed by the alterations due to foreign bodies in the excretory ducts *(exogenous factors)*. The third group involves the acute and chronic inflammations and tumors *(endogenous factors)*.

I. Anatomic and developmental anomalies. Some of them result in change of position of the parotis. The duct may be curved and the anorganic constituents of the saliva precipitated.

II. Exogenous factors. Foreign bodies can enter into the parotid.

III. Endogenous alterations of the gland:

1. Inflammations.
a) Acute inflammations.
b) Chronic inflammations.
c) Specific granulations: tuberculosis, syphilis, actionomycosis.
2. Inflammations of the facial region spreading over the parotid.
3. Tumors.

4. Saliva concrements. Symptoms due to salivary concrements are a rare occurrence in stomatology. There are mostly found in the submaxillary gland, rarely in the parotid.

Another point of view distinguishes sterile stones and infected ones.

Diagnosis of saliva concrements: Symptoms pointing to the presence of a calculus are: obturation of the duct, congestion of the saliva, swelling, inflammatory signs, local and irradiating pains increasing during speech and mastication, purulent discharge appearing at the opening of the duct, decrease of saliva production.

Two kinds of treatment can be performed: surgical and conservative therapy.

PRAXISRACIONALIZÁLÁS

A fogorvos idejének értéke.

Minden újítási, észszerűsítési és racionalizálási törekvés első akadálya az az ellenvetés, hogy a javasolt módosítás vagy rendszer pénzbe kerül. Ezért nézzük elsősorban, ha rendelői berendezésünk tökéletesítéséről, gyorsabban és jobban dolgozó eszközök beszerzéséről vagy könnyebben feldolgozható anyag alkalmazásáról van szó.

Amikor tehát a modern fogorvosi rendelő racionalizálási lehetőségeit igyekszünk sorravenni, első dolgunk ennek a kérdésnek a tisztázása: mennyit ér a fogorvos ideje. Csak így lesz módunkban az elérhető megtakarítást a várható kiadásokkal összehasonlítani, s ily módon állapíthatjuk meg, hogy érdemes-e valamilyen racionalizálási módosítást saját körülményeink között megvalósítani.

Tudatában vagyunk, hogy ezeknél a számításoknál objektív és szubjektív nehézségekbe ütközünk. Objektívek a fővárosi és vidéki, az ipari és falusi pacienturájú rendelők különbözősége és az egyes fogorvosi praxisok egymástól annyira eltérő volta. A szubjektív akadályok közül csupán egyet említünk meg s ez a kalkulációs adatoknak a nyilvánosság előtti őszinte megtárgyalása. Mégis szükséges, hogy ehhez a kérdéshez hozzányúljunk, mert csak így tudjuk a praxisracionalizálás sok problémáját, így többek között a kalkuláció kérdését is, egységes szempontok szerint elbírálni.

Munkaidőnk értékének megállapítására egyik módszer az, hogy összeadjuk a rendelőre eső költségeket, s ebből kiszámítjuk, hogy egy órai munkára ebből mennyi esik. *Így azt az összeget kapjuk meg, hogy a rendelési idő alatt a tényleges kiadások figyelembevételével mennyibe került valóságban a fogorvosnak egy órája vagy negyedórája.*

A másik fajta számítás az volna, hogy az átlagos munkateljesítményt figyelembevéve a szokásos orvosi tiszteletdíjak alapján kiszámítanánk, hogy a szokásos rendelési idő alatt mennyit veszünk be s mennyi esik egy órára. *Ez fejezné ki, hogy a fogorvos ideje a rendelés tartama alatt mennyit ér.*

Célszerűségi okokból az alábbiakban az első eljárást végezzük el, és szorzószám rendszer alapján igyekszünk rendelésünk egy órai költségét, illetőleg értékét kiszámítani.

Bármelyik számítást végezzük el, mindkettőnek alapja az a kérdés, hogy hány órát dolgozhatunk egy nap. Ennél a problémánál kiindulási pontnak vesszük azokat a külföldi megállapításokat, melyeket hazai viszonylatban is helyeseknek találunk és pedig, hogy „*Intenziv fogorvosi munka tartósan négy óránál több nem lehet, hacsak egészségünket nem akarjuk veszélyeztetni*".

Intenzív munkán értjük a jó időkihasználás mellett végzett folyamatos rendelést, közbeiktatott szünet nélkül. Mivel azonban az intenziv szó többféle-

képpen értelmezhető, ezt pontosabban a mulkor közölt egyszerű *munkaegység számítás* alapján úgy állapítjuk meg, hogy *a teljesítménynek óránkint a három munkaegység precíz elvégzését el kell érnie.* Ez egyszerű és vázlatos fogalmazásba azt jelenti, hogy négy órás napi rendelési időnk alatt tizenkét munkaegységet kell elvégeznünk, azaz tizenkét másodosztályú amalgam tömést Black szerint tizenkét különböző betegnél, vagy pedig hat fogat kell koronához becsiszolnunk hat különböző páciensnél, gipszlenyomattal, dentiméter mértékvétellel és viasz harapásvétellel.

A napi négy órás rendelési idő nem a teljes munkaidőnk, mert ennek kiegészítésére és előkészítésére még egy jó órára van szükségünk. Ekkor készítjük el a kezelési terveket, írjuk meg a laboratóriumnak a technikai munkák rendelőlapjait, értékeljük ki az elkészített röntgenfelvételeket, pótoljuk a fogyó anyagot, készítjük elő a következő kezeléseket adminisztrálunk stb. Ezt az órányi munkát, mivel nem kell azt a rendelési idő alatt elvégeznünk, nem számítjuk a közvetlen fogorvosi munkaidőbe. Ugyanígy nem vesszük tekintetbe és nem részletezzük ezen a helyen a fogorvosi munka elsőrendű elvégzéséhez szükséges szellemi és testi színvonalonmaradás kívánalmait (tudományos élet, könyvek, lapok olvasása, testi frisseség és kézügyesség megtartása, sportok és torna stb.), mely ugyancsak jelentős időt emészt fel.

A rendelési idő rezsi költségeinek kiszámításánál alapul veszem a tíz év előtt közölt számításomat, mely a fogorvosegyesület nagygyűlésén és a szaksajtóban átesett a nyilvánosság kritikáján. Ez a felsorolás, melyet megpróbálunk a mostani viszonyokra is alkalmazhatóvá tenni, csupán a rendelőre eső kiadásokat tartalmazza. A lakás és a megélhetés költségei nincsenek benne, ugyancsak hiányzik az az összeg, illetve kamata, amibe diplománk és szakképesítésünk megszerzése került. A kiadások nem tartalmazzák a laboratóriumi költségeket és a nemes fémekre fordított kiadásokat sem.

A tízévelőtti árakhoz viszonyítva a 4-szeres szorzószámot alkalmazzuk.

	1937-es pengő ár	1947-es forint ár
1. Lakbér (rendelőre eső rész)	80.—	320.—
2. Asszisztensnő	40.—	160.—
3. Telefon	15.—	60.—
4. Villany, gáz, mosás, személyzet	30.—	120.—
5. Adó	20.—	80.—
6. Fogyó anyag (amalgam, cement stb.)	50.—	200.—
7. Eszköz törés, pótlás, javítás	10.—	40.—
8. Biztosítás	5.—	20.—
9. Amortizáció (5000 P értékű felszerelés 20 év alatt)	25.—	100.—
10. Kamatveszteség (felszerelés 3%-a)	12.—	48.—
	287.—	1.148.—

A fenti adatok mai átszámítása részben fedi, részben nem a tíz év előtti árakat. A közüzemi díjak, így a telefon is drágább, az egyes fogászati cikkek szorzószáma magasabb. Nagy általánosságban azonban elfogadhatjuk számításunk alapjául s így elesik annak a helyzetnek sok kellemetlensége, ha a következtetéseinket teljesen csak mai helyzet alapján óhajtanánk leméri.

Számítsuk ki tehát, hogy napi négy órás rendelésnél a rezsi költségből mennyi esik egy órára. Ne kövessük el azonban azt a mindennapos hibát, amibe tíz kollega közül nyolc beleesik, amikor egyhónapos teljesítményt számítva harmincszoros szorzószámot használ, mondván, hogy egy hónapban átlagosan harminc nap van. Harminc nap csak akkor van a hónapban, ha evésről, fűtésről, vagy számlák fizetéséről van szó. De mindjárt csak huszonöt napra csökken, ha a dolgozás és a bevétel lehetőségeit vesszük alapul. Egy évre átszámítva még rosszabb lesz a helyzet, mert évente legalább harminc-

hat munkanapot le kell vonnunk ünnepekre, betegségre és szabadságra, — ezek a fogorvosnál mind fizetésteien időszakok, — *így azután havonta csak huszonkét munkanapot vehetünk alapul.*

Így tehát egy napi rendelési rezsink 52.— forint (13.04 Pengő)
egy órai rendelési rezsink 13.04 „ (3.26 „)
egy ¼ órai rendelési rezsink 3.26 „ (0.81 „)

Így megkaptuk, hogy valóságban a rendelő nyers kiadásai mennyibe kerülnek, azonban ebben csupán a rendelő helyiségének, gépezetének és a segédszemélyzetnek üzembetartásáról van szó. Nevezzük tehát ezt a rezsit *üzemi rezsinek.*

A rendelőben a tényleges és lényeges munkát a fogorvos végzi, tehát ennek megélhetési költségei (lakás, élelmezés, ruházat), mintegy természetes munkadíj vagy munkabér jön számításba. Ez a *munka-rezsi.* Az orvosi szakma különleges ága, a továbbképzés szükségessége, az orvostól méltán megkívánt egészségápolás és a fogorvosnál elmellőzhetetlen kézóvás és kézápolás, de meg az a tény, hogy a fogorvos szabadpályán működő ember, kinek öregkoráról és családjáról senki se gondoskodik, ha csak ő keresetéből még idejekorán erre nem tartalékol, — szükségessé teszi, hogy egy harmadik rezsi összegről is szóljunk s ez az *orvosi-rezsi.* Az átlagos havi 22 munkanapot és napi 4 órányi rendelést véve alapul, havonta 88 órát rendelünk.

Egy órára számítva:

A havi rezsi $^1/_{88}$-ad része az *üzemi rezsi,* mai értékben 13.— F
„ „ $^1/_{88}$-ad része a *munka-rezsi,* mai értékben 13.— „
„ „ $^1/_{88}$-ad része az *orvosi-rezsi,* mai értékben 13.— „

Összesen: 39.— F.

Tehát a teljes rezsink egy órára a havi rezsiköltségünk $^3/_{88}$-ad része, kikerekítve harminckilenc forint. Egy munkanapra 156 forint, egy 22 napos hónapra 3432 forint.

Tisztában vagyunk azzal, hogy sok kollégában ez a fejtegetés fájó érzéseket kelt, de nem adhatjuk fel a reményt, bármennyire mély ponton is érezzük magunkat, hogy az ország fejlődésével a magunk elé tűzött célt elérjük.

Racionalizálási terveink mérlegelése alkalmából minden rendelő könnyen kiszámíthatja rendelői kiadásait, munkateljesítményét s ennek alapján megállapíthatja a háromféle rezsi költséget, melyek a tervezett újítások költségeinek összevetésével megmutatják a helyes utat.

Dr. Sztrilich Pál.

PRODENT
Prodent
Dental-Depot
Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

KÜLFÖLDI CIKK

I.

A helyi érzéstelenítés

P. Wolfer—P. Schmuziger. Sch. M. f. Z. 1947, No. 4,

I. Teoretikus rész. (Wolfer.)

A kókacserje lelki és testi hatásáról Délamerika lakói ősidők óta tudtak. Amikor Európába került, csak mint élvezeti cikket használták 1860-ig, amikor is *Niemann* és *Lossen* a cserje hatóanyagát, a kokaint, izolálták és 1884-ben *Koller* szembe cseppentve fájdalom nélkül tudott azon műtétet végrehajtani. Ettől kezdve kezdték érzéstelenítésre használni.

Az inhalációs narkózissal szemben nagy előnye a kokainos érzéstelenítésnek (terminális, vezetéses és lumbális), hogy az öntudat megmarad, a nagyagykéregre s a vitális centrumokra gyógyító adagolásban nem veszélyes és így sokkal kevésbbé óvatosan alkalmazható, mint pl. az éter vagy kloroform. A kokainra is vonatkozik a *Meyer—Overton* törvény: minél nagyobb egy kémiai anyag zsírban való oldhatósága, annál nagyobb a narkotikus hatása. Éppen a zsírban való oldhatóság és a központi idegrendszer lipoidjaihoz való affinitás miatt az újabb kokain pótszerek alkalmazásakor is észlelhetünk általános hatást (pl. Novokainnál) főleg a fej területén adagolva, amely hatás álmosságban, tagzsibbadásban nyilvánul meg. Eszerint elméletileg a kokaint és származékait is lehetne általános érzéstelenítésre használni, de csak mérgező koncentrációban.

Kezdetben, míg a pótszereit nem találták meg, gyakran észlelték kellemetlen, sőt halálos kimenetelű mellékhatását: szédülést, keringési zavarokat, agyi izgalmat, görcsöket, légzési zavarokat és végül a légző- és vazomotor centrum bénulását is. Ezért keresték egyrészt nem mérgező kombinációit, másrészt ugyancsak kevésbé veszélyes pótszereit. *Willstätter* 1889-ben megtalálta a kokain képletét; ettől fogva már a pótszerek egész sorozatát állították elő. A kokain három kémiai anyag összeköttetéséből áll: az ekgoninból, a benzoesavból és a metilcsoportból. Az ekgoninhoz van kötve az érzőidegbénító hatás, a benzoilcsoporthoz az idegekhez való affinitás fűződik, a metilcsoport pedig a képletben található karboxil csoportokat zárja le, amelyek ilymódon savanyú vegyhatásukat és érzéstelenítést gátló hatásukat elvesztik. A kokain pótszerei e három alkatrész kémiai összetételének megváltoztatásán alapulnak. Így alakult ki a helyi érzéstelenítőszerek három csoportja:

I. Az ekgonin-benzoesav csoport: a kokain és izomérje a *Psicain.*

II. A paraamidobenzoesav- vagy benzoesavészter csoport: *Stovain, Alypin, Novocain, Panthesin, Pantocain.*

III. A kinolin származéka: *Percain.*

Mérgező adagok a légzőcentrumra, a vazomotor centrumra, továbbá a miokardiumra és az erekre hatnak bénítólag, pl. nyulnál bőr alá fecskendezve 75 mg. per kg. és érbeadva 15 mg. per kg. a kokainból.

A szerző a kokainnak és pótszereinek a vérkeringésre való hatását oly módon vizsgálta, hogy házinyúl *carotis*-ába és leszálló *aortá*-jába vékony kanült szúrt és a vérnyomás ingadozásait ilymódon kormozott lapon tudta regisztrálni. Mindegyik helyi érzéstelenítőszerre egy és ugyanazon jellemző elváltozást talált. Az i. v. vagy s. c. befecskendezett szer hatására (pl. macskánál 0.005 mg. kokainra) rögtön rövid szívszünet után ritmusváltozás történt a szív működésében, a szisztólés görbe amplitudói megnagyobbodtak, a diasztolés nyomás megkisebbedett és a ritmus általában meglassúbbodott. Ez egy idő mulva normalizálódott, majd megismétlődött esetleg több alkalommal.

A kokainnak és származékainak gyors felszívódását hivatott meggátolni az adrenalin, mely azonban szintén mérgező anyag. *Braun* önmagának fecskendezett be s. c. 0.5 cm^3-t (1:1000) és utána mellkasi nyomásérzés, gyors és mély légzés, pulzusszaporulat lépett fel, mely kb. $1^1/_2$ perc mulva szünt meg. Adrenalin helyi alkalmazása után gangrénát és flegmonét is észleltek. Jellemzők az adrenalin hatásmechanizmusára az igen hirtelen fellépő tünetek.

Ha kísérleti állatokat ásványi sókkal kezelünk, az anesztetikumok mérgező hatása nagy mértékben emelkedik. Hasonlóképpen hatnak belső elválasztású mirigyek megbetegedései és anyagcserezavarok is.

Az irodalomban leírt néhány ú. n. allergiás haláleset valószínűleg az adrenalinnak és nem a kokainnak (Novocainnak) rovására írandó.

Főleg a fogorvosok bánjanak csínján a kokainnak és pótszereinek adrenalinos kombinációival, mert a nyak és a fej területén a bőséges vérellátás miatt az oldatok igen gyorsan felszívódnak, azon felül a *vagus* és a *sympaticus* ágai is igen közel vannak.

II. Klinikai rész. (Schmuziger.)

A kokain és származékai az érzőidegek vezetőképességét szüntetik meg egy bizonyos optimális koncentrációban; ezen felüli töménységben már tökéletesebb érzéstelenítést nem tudnak előidézni. Azon legkisebb mennyiségű és töménységű szert kell használni, amely éppen még jól hat.

Isaak jodipin-kokainos befecskendezésekkel utólagos röntgenkontroll segélyével kimutatta, hogy az érzéstelenítő oldat nemcsak a befecskendezés helyén képez depót, hanem a szövetrések mentén igen gyorsan diffundál. Így pl. a *n. alv. inf.* vezetéses érzéstelenítésénél ugyan a fődepó a *lingula* felett van, de az *incizura semilunaris* és a *canalis* táján, továbbá az alsó bölcsességfog mentén is kötegekben ki lehet mutatni a gyógyszert.

Az újabban propagált intraosszeális érzéstelenítést elvetendőnek találja a szerző, mert felszívódás szempontjából csaknem egyenértékű az i. v. adagolással, ami pedig nagy veszélyeket rejt magában. Szerinte is elsősorban a fej és nyak területén veszélyes akár a töménységi, akár a mennyiségi túldozirozás a gyors felszívódás lehetősége miatt. *Henschen* szerint a kokain toxicitása az agytól való távolság négyzetével csökken. A gyors felszívódást meg tudjuk akadályozni a lassú befecskendezéssel is. *Schmuziger* a fogászatban és a szájsebészetben éppen olyan jó érzés-

telenítést ér el a nagy sebészetben használatos töménységű érzéstelenítő oldatokkal, mint mások a sokkal koncentráltabbakkal.

2% Novokain egy cm^3-ébe egy csepp (1:1000) adrenalint tesz és ezzel elérte, hogy a foghúzás után fellépő leggyakoribb komplikációt, az ú. n. száraz alveolust évek óta nem látott.

Dr. Illyés Lajos

II.

GEORGE R. MOORE:

Orthodontics

Year Book of Dentistry 1946.

Ebben a könyvben *George R. Moore*, a michigani egyetem tanára, közel negyven olyan orthodontiai tanulmány ismertetését közli, melyek az 1946-os angolszász szakirodalomban jelentek meg. Lényeges újításokat, új eszméket, gondolatokat ezek a tanulmányok nem tartalmaznak.

Leginkább figyelemreméltó *Salzmann* (New York) Maxillator-nak elnevezett mérőkészüléke, mellyel a paciensen direkt módszerrel méri a frankfurti horizontalis vonal és a mandibula alsó szélét érintő vonal által bezárt szöget. Méri továbbá az alsó incizális tengely és a mandibula érintő által bezárt szöget, a gonionszög nagyságát, a fogív *mesiodistalis* viszonyát az orbitalis síkhoz. Ezenkívül az arc és állcsont egyéb méreteit. A készülék milliméterskálával ellátott léceit a frankfurti, az orbitalis és a mandibulárist érintő síkoknak megfelelőleg; a szögmérőket az orbitale, tragion, gnathion és gonionnak megfelelő pontokon kell elhelyezni. *Salzman* maxillatora már általánosan használt a tengerentúlon.

Bercu Fischer (New York) szellemes módszert ajánl az alsó incizális tengely grafikai ábrázolására, gipszminta és röntgenogramm segítségével. Az alsó fogívről készült gipszmintát a mediánsíkban kettéfűrészeli. Az így nyert fűrészelési síkra egy egyenes vékony jelződrótot fektet a metszőfog tengelyére, de úgy, hogy a drót vége kb. 1 cm-el túlérjen a rágóélen. Ezután plasztikus lenyomatot vesz a szájban az alsó fogakról. Ezt a plasztikus lenyomatot ráhelyezi a kettéfűrészelt gipszmintára akként, hogy a metszőfogból kiálló tengelyjelző drót belenyomódjék a plasztikus lenyomatba. A mintáról levéve a lenyomatot, lecsipi a drótnak a lenyomatból kiálló részét és ezután a plasztikus lenyomatot visszahelyezi a paciens szájába, melyről így röntgenfelvételt készít. A röntgenképen megrajzolja a mandibula érintőjét. Majd a fogtengelyt jelző drót vonalát meghosszabbítja, míg eléri a mandibulaérintőt. Így megkapja az alsó incizális tengely és a mandibula horizontális érintője által bezárt szöget, mely pontosan jelzi a fogtengely inklinációját.

De Vries (Minneapolis) az orthodontiai beavatkozás idejére vonatkozólag megállapítja, hogy a gyermek kora nem fontos. Felismerve a bajt, ajánlatos azonnal beavatkozni. 12 éves kor után minden tejfog eltávolítandó. Téves az a felfogás, mely szerint rossz tejfogakat a szájban kell hagyni, a fogív hosszának megóvása céljából. Minden beteg tejfogat ki kell húzni és a fogív hosszát helyfenntartó készülékkel kell biztosítani.

Kesling „Positioner"-nek nevezi azt az általa ajánlott segédeszközt, mellyel a szokványos orthodontiai kezelések befejeztével a még fennmaradó kis helyzeti eltéréseket korrigálja. A rendellenes fogazatról készült gipszmintán a fogakat egyenként a gipsztalpazatból kifűrészeli és az így különválasztott gipszfogakat viasszal visszaragasztja a gipsztalpazatba, de már az ideális elrendezésnek megfelelőleg. Erről az ideálizált gipszfogsorról másodmintát készít porcellángipszből. Erre készül el a fennt említett „Positioner", melyet a paciens egész éjjel, valamint nappal is néhány órán át visel, kb. egy hónapon keresztül.

A mechanikai kezelések terén azt tapasztalhatjuk, hogy az amerikai szerzők még a régi nyomokon haladnak. Úgy látszik a levehető készülékek nem terjednek el. Sokan, így *Laskin*, *Rhode* és mások a neoangle-ista *Edgewise arch* készüléket használják. Vannak a lingualivnek is követői. *Mc Coy* egy közleményben a már általa régen leírt, nyitott csövecskékbe helyezett és vertikalis tüskékkel ellátott labialivét tárgyalja. *Robertson* a Simon-féle hajlítási technikát alkalmazza előszeretettel és a chrom elektromos hegesztéséről ír elismerőleg. *Townsend* rozsdamentes acélt használ, melynek kemény forrasztásához kaliumfluorid és bórsav egyenlő mennyiségét, egy két csepp sósav hozzáadásával ajánlja.

Állcsontdeformitások műtéti megoldásai közül a leggyakrabban végzett műtét, a progenia megszüntetését eredményező Kostečka-féle műtét. Jó eredménnyel végzett Kostečka-műtétekről számolnak be *Lloyd*, *Grossmann*, *Clarkson*, *Green* a British Dental J. lapjain. Velük szemben a harvardi egyetem nagyhírű szájsebésze, *Kurt H. Thoma*, a mandibula vízszintes ágának ostektómáját részesíti előnyben. Szerinte a Kostečka-műtétnek hátrányai a parotis, az art. maxillaris int. és a n. facialis megsértésének veszélye.

Berger (Palesztina) az A. J. of Orthodontia-ban megjelent tanulmányában a szisztémás foghúzások problémáját világítja meg több szempontból. Extrakció olyan esetekben javallt, mikor téraránytalanság áll fenn a fogak és az állcsont között. Részletesen fejtegeti ezen téraránytalanság okait, melyek patologiás, konstitucionális és filogenetikus eredetüek lehetnek. Nem ajánlja az extrakciót oly egyéneknél, kiknél a 8-asok teljesen hiányoznak. Tekintetbe kell venni a fogak állapotát is. A legalkalmasabb az extrakcióra az I praemol., de választhatjuk a II praemol.-t, sőt az I molarist is, ha azok erősen destruáltak. Egyoldali extrakcióval a mediánvonal eltolódását okozhatjuk, viszont már eleve eltolódott mediánvonalat helyesen alkalmazott extrakcióval helyreállíthatunk.

Anwandter (Chile) nagyfokú térarányta lanság esetén az I praemolarisok csíráinak preventív eltávolítását végzi. A szerző eljárását follikulektomiának nevezi, melyet megelőz az I tejmolárisok kihúzása. A caninus 3—12 hónap alatt az így létesített helyre vándorol. A beavatkozás elősegíti a fogív önregulációját. Csak kivételesen kellett orthodontiai készüléket alkalmaznia, mely csupán a helyfenntartást volt hivatva biztosítani. (Ugyanezt az eljárást a bölcseségfogakra vonatkoztatva, már évekkel ezelőtt germektomia néven ismertette a norvég Viggo Andresen. A ref.)

Dr. Ábrányi Zoltán

KÖNYVISMERTETÉS

Halász Géza dr.: A felső légutak biológiája. Bp., 1946. Mai Henrik és fia kiadása. 63 oldal.

A kis könyv célja az orr-torok és gége élettanának tárgyalása. A gyakorló orvostól egyetemi élettani tanulmányai már távolesnek, viszont a felső légutak igen sok mindennapos betegség behatolási kapujául és lezajlási területéül szolgálnak s így élettanuk és kórtanuk ismerete igen fontos. A legtöbb általános érdekű orvosi mű, sőt még a szakkönyvek is, többé-kevésbé mostohán tárgyalják ezeket a lényeges fejezeteket s ezért a szerző jó munkát végzett, mikor az élettani vonatkozások mellett a kórtani, kórbonctani és kórszövettani, valamint a hormonológiai szempontokat is figyelembe vette, mely utóbbiak tudományos kutatómunkássagának fő területét alkotják s így érthető, hogy velük terjedelmesebben foglalkozik, különösen a torokmandulákat illetőleg. Könyvét a legkorszerűbb idevágó kutatások eredményeinek felhasználásával írta. Saját kutatásaiban érdekes és egyéni elgondolásai vannak.

Kár, hogy stomatológiai vonatkozás nincs több a könyvben, pedig a száj üreg élettana szoros és sokoldalú kapcsolatban áll a stomatológiai megbetegedésekkel. Néhány vázlatos ábra betoldása is üdvös lett volna.

A szerző előadásmódja világos, bár nagyon szereti a latin műkifejezéseket.

A hasznos és tanulságos könyvecske megérdemli, hogy az orr-gégészeken kívül a stomatológusok is forgassák és okuljanak belőle.

E. Fletcher: Medical Disorders of the Locomotor System, including the Rheumatic Diseases. (Edinburgh, 1947 Livingstone kiad., 624 o., sok képpel.)

Ebben a szép könyvben szerző (és 9 társszerző) összefoglalják tudásunkat az izületek, csontok és társszerveik megbetegedéseiről. Bennünket közelebbről érdekel a gócfertőzés kérdésével foglalkozó fejezet, amely ismerteti az ezzel kapcsolatos véleményeket; tárgyalja a gócokból kiinduló allergiás hatás vagy „*arthrotrop*" toxin lehetőségét; fokális infekcióra vonatkozó statisztikákat közöl, köztük *Wilcox* és *Beddard*-ét, akik nem specifikus artritiszeknél az esetek 90 százalékában a fogakat és a paradenciumot teszik felelőssé. Rámutat azonban azokra a felfogásokra is, amelyek a gócok szerepét bagatellizálják. *G. Calthorp* 10 jól megválasztott képpel illusztrált fejezetben — „Dentális gócok röntgenológiai ismertetőjelei" — világosan és józan mérséklettel foglalja össze a góckeresés röntgenológiai útjait és határait. Hangsúlyozza, hogy a felvételek csupán a fogak klinikai vizsgálatának eredményeivel összevetve értékelhetők.

dr. Kovács György.

MABI Útmutató. Társadalombiztosítási tájékoztató a MABI-nál biztosított dolgozók számára. 1947. Kiadja a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete. Régi hiányt pótló közérdekű füzet látott napvilágot, amely a társadalombiztosítással kapcsolatos tudnivalókat ügyesen és érthetően összefoglalva közli. A MABI ezzel a most megjelent 180 oldalas kis könyvével olyan hasznos kalauzt adott a biztosítottak kezébe, amelynek segítségével könnyen eligazodnak a társadalombiztosítás mindennapi kérdésében. A betegségi, öregségi, rokkantsági stb. biztosítási ágazatok legújabb szolgáltatásairól és ezek igénybevételének módjáról szól a kötet, de közli a kezelő orvosok névjegyzékét, a központi szakrendelések idejét s emellett részletes utcajegyzéket ad, amelyből pillanatok alatt megállapítható a szükség esetén igénybe veendő körzeti kezelőorvos címe. A gyakorlati hasznú kötet a munkaképes és munkaképtelen dolgozó valamennyi problémáját felöleli, ezért válik nélkülözhetetlen házikönyvévé valamennyi a MABI-nál biztosított tagnak. Ára: 1 Ft.

DENTARIA R.T.
Dental-Depot
Fogorvosi berendezések, műszerek és vegyiszerek gyára
Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 11. (Telefon: 185-051)

LAPSZEMLE

SZÁJSEBÉSZET.

EARLE H. THOMAS: *Cysts of the jaws; saving involved vital teethy by tube drainage.* Of Oral Surgery, 1947. No. 1.

Állkapocsciszták, ha a környezetben levő fogak gyökereit elérik, azokon felszívódást, majd fogbélelhalást hoznak létre azáltal, hogy az idegek vezetését és a vérkeringést tönkreteszik. Ehhez járul még az a körülmény is, hogy műtét közben az egyébként élő fogak gyökérhártyája is megsérülhet és így pulpaelhalás jön létre. Ezért a szerző mellőzi a ciszták megoldására szolgáló két ismert metódust (a kihámozást és szájmelléküreggé való átalakítást) és egy igen régi módszert alkalmaz éspedig a tömlő üregének huzamos szádlását (drenálását).

A gyógyulás azon régi elv alapján történik, hogy a tömlőfolyadék ily módon nem tud felhalmozódni és a környező csontfalra nyomást gyakorolni s így a regenerációra igen hajlamos csontfal mintegy maga előtt tólva a tömőburkot kitölti az üreget, elemelve a fogak gyökeréről a cisztafalat is.

Módszerét mindenféle fogeredetű ciszta esetében alkalmazza és a drenálásra hajlítható és különböző nagyságú fémcsöveket használ (ónból).

A gyógyulás a ciszta nagyságától függően hetekig, vagy hónapokig tart és minden esetben a röntgenkontroll az üreg tökéletes csontkitelődését mutatta. — Az eljárást a következő esetekben tartja főleg alkalmasnak:

A tömlő környezetében lévő élőfogak esetében, amikor egyéb műtéti megoldásoknál a gyökérhártya megsérülne.

Ha a tömlő az állkapocsideg csatornáját már elérte és falának eltávolítása ennek sérülése nélkül nem lenne lehetséges.

Ha a tömlő az arcüreget már elérte.

Ha már a lágyrészek alá került és a burok kihámozása nagy nehézségekbe ütközik. (Ha ugyanis egyetlen egy hámsejt visszamarad az üregben, a recidiva lehetősége mindig fennáll.)

Ha a tömlő olyan nagy, hogy kiirtása az állkapocs törését vonná maga után. Ez esetben elegendőnek látszik néhány hónapig drenálni a tömlőt, míg egy tekintélyesebb csontréteg nem rakódik le a falon és ekkor a még hátralevő burok kiirtásánál nem fenyeget a törés veszélye. *Dr. Illyés Lajos.*

Cedric Kenneth Dittmer: *Dentigerous cyst of the mandible.* J. of Oral Surgery 1947. No. 1.

Fogtartalmú ciszta leggyakrabban az állkapocsban található és elő nem bújt fogakból indul ki. A tömlő már fiatal korban kezd kifejlődni és igen hamar tekintélyes nagyságot érhet el.

Robinson megkülönböztet *follikuláris* és *fogtartalmú* cisztát. A follikuláris a fogcsirából indul ki és kemény fogállományt nem tartalmaz (ritka), míg a fogtartalmú ciszta a zománcszervből veszi eredetét már a kemény állomány kifejlődése után és ezért mindig tartalmaz fogkoronát, esetleg odontómát. A ciszták és általában a jó indulatú daganatok a benyúló gyökereket széttolják egymástól, míg a rosszindulatúak gyökérfelszívódást okoznak gyors növekedésük által.

A hámburok sejtjeinek nincs reszorpciós tevékenysége, mint régebben gondolták; ellenkezőleg stimulálóan hatnak, ami a tömlő csontburkának széli tömörülésében nyilvánul meg. A csontatréfia nyomásos eredetű és a tömlőfolyadék tartalmának növekedése okozza.

Azon fogakat, melyeknek gyökerét a ciszta elsorvasztotta, nem kell minden esetben eltávolítani, mert mint Thoma, Kronfeld, Dahm és mások rámutattak, ha a gyökérfelületnek kis része éppen megmarad a periodonum felül a kollaterális keringés révén életben maradhat a fog még akkor is, ha a csúcs és így az idegfonatok elpusztultak. A fog ilyen esetekben idegvezetés nélkül is jól végzi a funkcióját. *Dr. Illyés Lajos.*

Ralston I. Lewis — William Jack: *The problem of hemophilia in oral surgery.* J. of Oral Surgery 1947. No. 1.

A hemofiliát jellemzi, hogy az alvadási idő elhúzódó, míg a vérzési idő normális. Már születésénél fennáll, de az életkorral súlyosbodik. A betegség átvivője mindig nő és öröklése a Mendel-féle szabályokat követi. Főleg fehéreknél fordul elő, noha négereknél is megfigyelték. A beteg családnak mindig férfi tagjai szenvednek benne.

Eredete ismeretlen. Egyesek a nemi mirigyek hibás működését tették felelőssé és ovárium kivonatokat adtak igen kevés eredménnyel. A vér trombin, protrombin és fibrinogén tartalma normális, ellenben a protrombinnak trombinná való átalakulása elhúzódott.

Pohle és Taylor felfedeztek a vér globulin frakciójában egy új anyagot, amelyet ők antihemofiliás faktornak neveztek és szerintük ennek a hiánya okozza a betegséget.

Hemofilia az egész élet folyamán fennáll, de hol nagyobb, hol kisebb mértékben. A jól ismert tünetein kívül (pl. foghúzás után súlyos vérzés) megjegyzendő, hogy a térd és könyök izületek gyakori traumás bevérzését lassanként az izület fibrozus kontrakturájához és merevedéséhez vezetnek.

Gyógyítása újabban placenta kivonatokkal történik, amely egy időre valójában meggyorsítja az alvadási időt. Klasszikus terápiája a vértranszfuzió, amelynek azonban a hatása 28 óránál tovább nem tart és így súlyos esetekben többször meg kell ismételni. Szájsebészeti beavatkozások után is több alkalommal szükség volt homofiliásoknál transzfuzióra. *Dr. Illyés Lajos.*

KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT.

F. R. Munz: *Clinical trials of treating infected pulps with penicillin.* (Fertőzött pulpák penicillin kezelésére vonatkozó klinikai vizsgálatok.) The Dental Record, 1947. 5. sz.

Szerző először 8 gangraenás fogat kezelt a gyökércsatornába helyezett és penicillinoldattal átitatott papír-pointekkel. A betétet 3—6-szor ismételte. 7 eset klinikailag és röntgenologiailag meggyógyult. Egy extrakcióval végződött. Szerző leszögezi, hogy az eredmények nemcsak az esetek kis számánál fogva, hanem azért sem meggyőzőek, mert lehet, hogy a gyógyulást a gyökércsatorna kitakarítása és a kezelést befejező exact gyökértömés biztosította. Ezután szerző áttért élő, de gyulladásos pulpájú fogak kezelésére olymódon, hogy a pulpakamrát óvatosan megnyitván a fogbélre kb. 1.5 mg. (mg.-ként 160—250 egységet tartalmazó) penicillin port helyezett, a fogat óvatosan elzárta és e kezelést átlagban hétszer megismételte. Háromnál kevesebb kezelés mindig sikertelen maradt. Egy esetben a kezelést harminckétszer kellett megismételnie (!?—ref.), míg a pulpitis tünetei el nem multak. Végül a pulpaseb sapkázása és a kavitás tömése következett. Az 1943—1945 között kezelt 48 eset közül 23-ban a pulpitis meggyógyult. A sikertelen eseteknél szerző szerint feltételezhető, hogy a sapkázás helytelen módja a hiba forrása. Mindent összevetve: a penicillin talán alkalmas szernek mutatkozik a „biológiai pulpakezelés" céljainak elérésére. *Dr. Kovács György.*

VEGYES.

Fogászati problémák az USA-ban.

Az Egyesült Államok Közegészségügyi Intézetének adatai a lakosság fogazatának romlásáról számolnak be. Majdnem minden 6 éven aluli gyermeknek egy vagy több szuvas foga van. A 25—30 év közötti egyéneknek átlagban 20 rossz foga van. A 65 évnél öregebb egyéneknek átlagosan 25 foga tömött, egyéb módon kezelt vagy hiányzik. A fogászati kezelésre szoruló egyéneknek csak kb. 20%-a részesül szakszerű fogorvosi kezelésben.

A Közegészségügyi Intézet, hogy ezen a helyzeten segítsen, 1947-ben hat államban 50.000 iskolás gyermeken végeztetett kísérleteket, melyek ugyan még folyamatban vannak, de eddigi eredményeikről már ez év őszén beszámolnak.

Az Intézet szolgálatában álló fogorvosok vándor ambulanciákon végeznek szűrővizsgálatokat és kezeléseket az iskolás gyermekeken.

A Michigan állambeli Grand Rapids városban fluortartalmú ivóvízzel végeztek kísérleteket. Előzőleg éveken át fluortartalmú vizet fogyasztott iskolásgyermekeket rendszeresen vizsgáltak. Az eredmények még nem meggyőzőek s a kísérleteket még 8—10 évig folytatni fogják.

Öt városban az iskolafogorvosok a háborús évek alatt rendszeresen ecsetelték fluoroldattal az iskolásgyermekek fogait s a következő eredményre jutottak: az egyik városban azokon a gyermekeken, kiknek fogait az ecsetelések előtt nem tisztították, 4—6 fluorkezelés után a szuvasodások száma 20%-kal csökkent. Három más városban, ahol a fluorkezelést megelőzőleg gondosan megtisztított fogakon végezték 8—15 ízben, a szuvasodások száma több mint 40%-al csökkent.

A Közegészségügyi Intézet előtt meg a következő kérdések várnak megoldásra: 1. Miért gyakoribb a szuvasodás nőkön, mint férfiakon? 2. Miért változik a szuvasodás gyakorisága egyes

földrajzi területeken? Így pl. az USA északkeleti és északnyugati államaiban kb. kétszerannyi, mint a déliekben és a központi fekvésűekben. — 3. Miért befolyásolja a fajta a szuvasodás gyakoriságát? Fehéreken kétszer oly gyakori a fogszu, mint négereken és négereken viszont gyakoribb, mint indiánokon. 4. Hogy lehetne megszervezni azt, hogy az USA-ban jelenleg működő 70.000 fogorvos, akik munkával már így is túl vannak terhelve, mindenkire kiterjedő fogorvosi ellátást végezhessen. Erre vonatkozólag Dr. Thomas Parran, az Intézet főorvosa úgy véli, hogy 22.000-el több fogorvosra volna szükség.

(„Let, s see your teeth." Newsweek, 1947 júl. 21.)

HIREK

Dr. PROPPER MIKSA 80 ÉVES. A Fogorvosi Szemle szerkesztősége örömmel értesült, hogy a magyar fogorvosi kar nagytekintélyű kedves tagja, aki nemrégen vonult vissza a magángyakorlattól és gyermekeihez költözött Londonba, jó egészségben érte meg 80. születésnapját. Ezúton is szeretettel kívánunk Neki továbbra is jó egészséget és köszönjük, hogy egy hosszú életen keresztül mindig az élen volt, ha a magyar fogorvosi kar, akár tudományos, akár más irányú közreműködésére számított.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

ARANYKIUTALÁS! Felhívjuk tagjaink figyelmét, hogy az Aranyellenőrző Bizottság azon kartársaknak — akik havi bejelentésüket megkésve, vagy hibásan küldik be — az azt követő naptári hónapra nem utal ki aranyat.

Az aranyigénylést minden hónap 5-ig kell a szakcsoport titkárságához beküldeni. A később beérkező igényléseket nem vehetjük figyelembe.

A Szakcsoport legutóbbi választmányi ülésén elfogadta dr. Sugár László titkár indítványát, hogy a tudományos üléseken rendszeresen legyen betegbemutatás. Minden ülés elején 15—20 perc áll a betegbemutatás rendelkezésére. Ezen idő alatt 2—3 eset előzménye, lefolyása és megoldása demonstrálható.

Kérjük ezért az egyes fogorvosi intézmények vezetőit és főként a gyakorló fogorvosokat, hogy érdekesebb eseteiket mutassák be a Szakcsoport tudományos ülésein. Nemcsak a sikeres, szép eseteket, hanem a nehézségeket, balsikereket is, mert ezekből még többet lehet tanulni.

Tudományos ülést általában minden hó 2. és 4. csütörtökén tartunk. Kérjük a kartársakat, hogy bemutatásukat lehetőleg egy héttel az ülés előtt jelentsék be dr. Sugár László titkárnak: Stomatologiai Klinika (VIII., Mária-u. 52. T.: 137-070, 139-016).

A Szakcsoport 1947 novemberi üléseit a Stomatologiai Klinikán tartja a következő tárgysorozattal:

November 13. d. u. 7 órakor:

1. Betegbemutatás.
2. Dr. Cseres Pál: A MABI fogászati rendelésének fejlődése, betegellátásának kritikája és új irányai.

November 27. d. u. 7 órakor:

1. Betegbemutatás.
2. Dr. Palóc Géza: Bizmutszegély és a bizmut hatásmechanizmusa.

Az üléseket pontosan 7 órakor kezdjük!

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

Kérjük, hogy minden a Szakcsoportot érintő levelezést a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportja, Budapest, V., Nádor-u. 32. címre küldjék.

ÁLLÁSNYILVÁNTARTÁS

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A *Magyar Állami Szénbányák Rt. Királdi Bányatárspénztára* nyilvános pályázatot hirdet:

1. *Putnok* székhellyel, felmondás útján megüresedett, esetenkénti díjazásban részesülő *fogszakorvosi* állásra;

2. *Egercsehi* székhellyel, újonnan szervezett, esetenkénti díjazásban részesülő *fogszakorvosi* állásra.

A bélyegtelen pályázati kérvényt jelen pályázati hirdetménynek a Társadalombiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 30 napon belül kell a Magyar Állami Szénbányák Rt. Királdi Bányatárspénztárának Intéző Bizottságához (Királd) benyujtani vagy postán beküldeni.

A pályázati kérvényben feltétlenül fel kell tüntetni, hogy a pályázó fogszakorvos az alább felsorolt fogászati munkálatokat milyen összegű egységdíjtételek mellett hajlandó vállalni; a megadandó árakon felül semilyen címen sem lehet további ár vagy költség felszámításának helye;

a) foghúzás; *b)* foghúzás, érzéstelenítéssel; *c)* amalgámos, vagy cementes fogtömés; *d)* gyökérkezeléses fogtömés; *e)* műfog, kaucsukban (lemezes fogpótlás); *f)* fémkorona; *g)* hézagfog, fémből; *h)* fémkapocs; *i)* fogsorjavítás; *k)* gumiszívókészülék; *l)* hídlevétel, koronánként; *m)* gyökérkivésés; *n)* fogkőeltávolítás 1. és 2. fogsoron; *o)* gangrena-kezelés; *p)* foghúskezelés.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* újkeletű hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, valamint az orvosi szakszervezeti tagságot igazoló bizonyítványt; *e)* szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi vagy pénztári orvosi bizonyítványt; *f)* egyetemi leckekönyvet, szigorlati bizonyítványokat, kórházi szolgálati könyvecskét; *g)* szakképzettséget igazoló bizonyítványokat, esetleges tudományos működésre vonatkozó adatokat; *h)* röviden szövegezett életleírást; *i)* hatósági igazolást arról, hogy a pályázó orvosnak milyen javadalmazással és elfoglaltsággal egybekötött állása, illetve megbizatása van; *j)* az eddigi működésről szóló bizonyítványokat; *k)* az illetékes igazolóbizottság határozatát.

Az alkalmazandó fogszakorvosok jogait és kötelességeit a létesítendő szerződés határozza meg.

Királd, 1947. évi szeptember 5-én.

Jávor Alajos dr.
elnök.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

Gingivitis? Pyorrhoea?

BYOSANOL

THERIAKA BARTHA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZ
BUDAPEST, V., ZOLTÁN-U. 12. TELEFON: 127-694

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocs-megbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ egyben ENYHE MEGNYUGTATÓ.

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ TÁRSULAT ÚJ KIADVÁNYAI

Dr. ERNST JENŐ egyet. ny. r. tanár

BEVEZETÉS A BIOFIZIKÁBA

c. műve

A fizikai és biológiai ismeretek egységes szemlélete és leírása néhány válogatott fejezetben (folyadékmobilizáció, izomműködés stb.) Logikai és matematikai pillérei alapossá, szellemes tárgyalási módszere könnyen olvashatóvá teszik ezt az elgondolásaiban s kidolgozásában teljesen újszerű tankönyvet.

Bolti ára: Ft. 50.—

Dr. LISSÁK KÁLMÁN egyet. ny. r. tanár

ÉLETTANI GYAKORLATOK

c. munkájának IV. kiadása

Nélkülözhetetlen vezérfonal orvostanhallgatók számára az élettani kísérleti módszerek elsajátítására és ezeken keresztül az életjelenségek mechanizmusának megértésére. Bőven ismerteti mindazokat a vizsgálati eljárásokat is, amelyeket a gyakorló orvos diagnosztikai munkájában elvégezhet.

Bolti ára: Ft. 35.—

A MOKT tagjainak a kiadóhivatal (V., Nádor-utca 26.) 40%-os engedményt nyujt.

Minden szakkönyvkereskedésben is kapható.

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

50516

1947 NOVEMBER XL. ÉVFOLYAM Nº 11. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924—1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

308

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:		Oldal
Dr. Gerinczy Alajos:	A diatermiás gyökérkezelésről	343
Dr. Máté István:	Fogkörüli gócok és koszorúserek	348
Dr. Gerlóczy Ferenc:	A táplálékfelvétel stomatológiával határos kérdéseinek gyermekgyógyászati jelentősége	351
Dr. Sztrilich Pál:	A racionalizált rendelő berendezése	359
Dr. Huszár György:	Akologikus ujdonságok	364
Dr. Kende János:	Megjegyzések az Árkövy-kongresszushoz	365
Dr. Huszár György:	Megalakult a Káriesz-Bizottság	366
KÖNYVISMERTETÉSEK		368
—	Kivonatos jegyzőkönyv az 1947 szeptember hó 20-i közgyűlésről	372
—	Magy. Orvosok Sz. Szervezete fogorvos szakcsoportjának fogászati reformtervezete az OTI számára	386
ORIGINALIA:		**Page**
Dr. A. Gerinczy:	Root-canal Treatment with Diathermy	343
Dr. I. Máté:	Dental Foci and the Coronary Arteries	348
Dr. F. Gerlóczy:	Stomatological Relations in Paediatry	351
Dr. P. Sztrilich:	Appropriate Dental Equipments	359
Dr. G. Huszár:	A New Pad-holder	364

FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor: BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Telefon: 185-429

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26 Telefon: 127-752

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED FOLYÓIRATOK



Érdemes

az alanti ajánlatomat elolvasni!
Biztosan talál benne olyan árut, amely megkönnyíti munkáját.

Keressen fel személyesen, — írjon egy lapot, — vagy telefonáljon, ha az alantiakból valamire szüksége van.

Most érkezett ujdonságok:

Guttaperchacsucs,
Amerikai kaucsuk,
Kerr-tű és Beutelrock fúró,
Fehér gumi gipszcsésze,
Guttaperchacsucs sterilizáló üvegdoboz,
Luxus kivitelű kőtartólap 3 nagyságban,
Fúrók minden nagyságban,
Rozsdamentes műszerek nagy választékban,
Máthé-féle gipszolló,
Körkörös matrica-feszítő,
Amalgámvivő pisztoly, új tipusú,
Az összes fogászati gyógyszerek és minden egyéb áru, amire csak egy fogorvosnak szüksége lehet.

Hőlégsterilizátor



Bihari
dental-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 126-934

Erélyes és teljesen ártalmatlan

fertőtlenítőszer

NEOMAGNOL-Chinoin

Tartalmaz tablettánként 1.0 g chlorogeniumot

10 és 50 tabletta

A MŰANYAG MUNKÁK TÖKÉLETES KÉSZÍTŐJE

TELEFON: 226-887

KUTSERA ANTAL

FOGÁSZATI LABORATÓRIUMA

CSENGERY-U. 3.

KOVÁCS

DENTAL-DEPOT

(cégt.: Kovács Béla)

Budapest, Rákóczi-út 55.

Telefon: 335—188.

Röntgen

Centralix

alkalmi áron

Diathermiák

Megjelent

a „Magyar Belorvosi Archivum"

a Szakszervezet
Belgyógyász Szakcsoportjának folyóirata

Főszerkesztő:
HETÉNYI GÉZA DR.

Szerkesztés:
GÖMÖRI PÁL DR. ÉS BARÁTH JENŐ DR.

Tartalmaz klinikai kísérleteken és megfigyeléseken alapuló belgyógyászati, illetve a belgyógyászat határterületeit érintő cikkeket összefoglaló közleményeket, valamint részletes beszámolókat a szakcsoport üléseiről.
Ára kötetenként kb. 6 füzet, à 48 oldal 80 Ft.

Megrendelhető:
MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM
kiadóhivatalában
Budapest, V., Nádor-u. 26. Tel.: 127-752

Kívánatra mutatványszámot küldünk.

1947 november hó *No. 11. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A diatermiás gyökérkezelésről*

Írta: DR. GERINCZY ALAJOS MABI r. int. főorvos.

* Előadás a Fogorvosi Szakcsoport 1947 március havi tudományos ülésén.

A fertőzött gyökércsatornájú fogak kezelésének leggyorsabb és legeredményesebb módja a diatermiás gyökérkezelés. A MABI-ban működő fogröntgen és elektroterápiás osztályon alkalmunk volt az utóbbi 6 évben többezer diatermiás gyökérkezelést végezni röntgenellenőrzés mellett. Mivel a diatermiás gyökérkezelés kivitele iskolánként és egyénenként nem egységes, úgy érzem, nem lesz érdektelen ismertetni nagy anyagon és röntgenellenőrzés mellett végzett diatermiás gyökérkezelési eljárásunk tapasztalatait, javallatait, ellenjavallatait, technikai kivitelét és a kezeléssel járó szövődményeket.

Javallati területe meglehetősen széles. A röntgenkép alapján alkalmasnak mondjuk a csúcsig feltárhatónak látszó fogakat, tehát elsősorban a frontfogakat. Lehetnek ezeken kisebb granulomák, sőt nagyobb, még rezekcióra is alkalmatlan csontritkulások. Nem a csontritkulás nagysága a mérvadó gyógyulás szempontjából, hanem a gyökércsatorna átjárhatósága, feltágíthatósága.

Nem alkalmas a fog diatermiás gyökérkezelésre, ha a gyökércsatorna műszereink számára átjárhatatlannak látszik a röntgenképen, akár idegen test, akár nagyobb görbülete miatt, vagy öregkori szükületek esetén, amikor a felvételen a gyökércsatorna nem is látszik.

Ellenjavalt a diatermiás gyökérkezelés súlyosabb gócfertőzéses betegségeknél, mint szívbaj, vesebajok, súlyos *arthritis*-eknél, *sepsis*-nél. Ne essünk abba a hibába, hogy minden gangrénás fogat diatermiás gyökérkezeléssel akarjunk megtartani. Éles határú nagy tömlőket sem tartunk alkalmasnak diatermiás gyökérkezelésre.

A kezelést tünetmentes fogakon végezzük, kivéve az idült gyökérhártyalobos fogakat, amelyeken mulni nem akaró kopogtatási érzékenységet észlelünk. Ilyenkor a diatermiás gyökérkezelés legtöbbször tünetmentessé teszi az addig érzékeny fogat. Itt említem meg, hogy *periostitis abscedens* esetén, ha még a gyökérkezelés előtt bemetszésre kerülne a sor, a diatermiás gyökérkezelést és gyökértömést a tünetek lezajlása után, de még az utolsó tamponcsere előtt végezzük el, hogy a tampon lefolyást biztosítson egy esetleges fellángolás esetén.

Mi a diatermiás gyökérkezeléseket egy ülésben végezzük, kivéve a gennyedő vagy vérző csatornákat. Azért végezzük egy ülésben, mert elő-

ször is elegendőnek tartjuk az adott árammennyiséget a sterilitás elérésére, másodszor a fertőzött gyökércsatornájú fogaknál minden gyökércsatornában történő manipuláció fellángolást okozhat, de ha ez nem is következik be, az ideiglenes tömőanyagok nem zárnak hermetikusan, mint ezt *Papp* vizsgálataiból tudjuk, tehát a következő ülésekben újra fertőződhet a gyökércsatorna. Harmadszor: Biztosító Intézetben nem lehet keresztülvinni a több ülésben történő gangrénakezelést.

Technikai kivitele abban áll, hogy először a szúvas részeket és az inyt érő fémtöméseket eltávolítjuk, majd a fog koronai részét kellőképen feltárjuk. A fogat elkülönítjük. Az 1-es Kerr-tűvel addig megyünk fel óvatosan, míg érzésünk szerint megközelítettük a gyökércsúcsot, de a beteg még fájdalmat nem jelez. A Kerr-tű kiálló részét megjelöljük. Ekkor a behelyezett 1-es Kerr-tűvel röntgenfelvételt (u. n. „pillanatfelvételt") készítünk úgy, amint Ferenczy a Fogorvosi Szemlében 1943-ban már ismertette. Az eljárás abban áll, hogy kétszeres idővel exponálunk, a filmet 1 percig hívjuk friss és megfelelő hőfokú előhívóban, utána vízfürösztőbe, majd fixálóba mártjuk. Így nem teljesen fixált képet kapunk, amelyen erős rávilágítással és nem átvilágítással megláthatjuk, hogy elértük-e a gyökércsúcsot a tűvel, vagy sem, illetve, hogy milyen messze vagyunk még tőle. A fogászati szék mögött áll a röntgengép és ugyancsak közel van az előhívószekrényke is, úgyhogy az ellenőrző felvétel 2 perc alatt készen van. A behelyezett Kerr-tű kiálló részének hosszát megjegyeztük, így tájékozódtunk a gyökcsatorna hosszúságáról. Előfordul ugyanis, hogy a beteg már fájdalmat jelez a tű felnyomásakor anélkül, hogy elértük volna a gyökércsúcsot. Ilyenkor vagy fogbélmaradvány van a gyökércsatornában, vagy túl mentünk a gyökércsúcson s ezért jelez fájdalmat a beteg.

A felvétel után ki sem vesszük a gyökércsatornából az 1-es Kerr-tűt, hanem megérintjük az aktiv elektróddal 40—50 milliampéres árammal, cca 5—10 másodpercig. Ez a tágítás előtti „elődiatermiázás" az esetleg felpréselt, fertőzött gyökércsatorna-bennék csírátalanítását, virulenciacsökkentését szolgálja.

Ezután következik gyökérkezelésünk leghosszabb fázisa, a gyökércsatorna feltágítása. Csak jól feltágított gyökércsatornába lehet kifogástalan gyökértömést csinálni. Feltágításhoz kézi Kerr-tűket használunk. Gépi Kerr-tűkkel is lehet tágítani, de nagy az álút-veszély és vállképződés, illetve lépcsőképződés miatt használatuk korlátozott. Kézi Kerr-tűkkel jobban érezzük a gyökércsatorna lefutását, szűkületét, irányát.

A gyökércsatorna tágításkor arra törekszünk, hogy minél kevesebb detrituszt préseljünk fel a gyökércsúcs felé, de mégis maximálisan tágítsuk ki a gyökércsatornát a csúcsig. Ezt úgy érjük el, ha szigorúan számozása szerint használjuk a Kerr-sorozatot. Egyesen kezdjük és nem ugrunk a számokban még akkor sem, ha tág gyökércsatornával van dolgunk. Ha első alkalommal pl. 6-os Kerr-tűvel mennénk fel a csúcsig, ez sokkal több detrituszt nyomna fel maga előtt, mint az 1-es Kerr-tű. A ritkább csavarmenetű tűk is előnyösebbek a sűrűbb menetűekkel szemben ebből a szempontból. A lépcsőképződés elkerülését is csak a Kerr-sorozat szigorú betartása biztosítja. A Kerr-tűket természetesen csavarva toljuk

be és ugyancsak csavarva húzzuk ki. A tűellenőrzéskor megjegyzett határnál feljebb sose nyomjuk, ne tágítsunk a gyökércsúcson túl, ne sértsük meg a gyökérhártyát, vagy csontritkulás esetén a lobgátat. Természetesen egyforma hosszú Kerr-tűkkel tágítunk. Tágítás közben és utána többször kiöblítjük a gyökércsatornát hajlított tűvel felszerelt *Record*-fecskendőből fecskendezett *neomagnol*-lal és 10%-os *hydrogen hyperoxyd*-dal.

A következő fázis a feltágított és kitisztított gyökércsatorna diatermiás átmelegítése. Hajlított tűjű *Record*-fecskendővel megtöltjük a gyökércsatornát 1%-os neomagnollal, a pulpakamrába túlfolyó neomagnolt vattagombóccal leitatjuk, nehogy az inybe vezesse az áramot. Az aktív elektrod Millertűjét a gyökércsatornába helyezve fokozatosan megyünk fel a milliampermérő skáláján kb. 40—50 milliamperig, illetve amíg fájdalmat nem jelez a beteg. Mi *Siemens* diatermiás géppel dolgozunk, amely egyike a legmegbízhatóbb, milliampermérővel ellátott gépeknek, de a többezer beteg közül egy sem akadt, aki 50 milliamperen felül ki bírta volna fájdalom nélkül a kezelést. Más gyártmányú készülékeknél lehetséges, hogy 60—70 milliampert is kibírnak, mert úgylátszik, hogy a különböző milliampermérő skálákon kalibrálási differenciák vannak. Kb. 20—30 másodpercig adjuk ezt az áramerősséget megszakításokkal. A dózis 1200—1500 milliamper másodperc. Tehát ha másodpercenként 50 milliampert adunk, akkor 24 másodperc alatt kapja meg az 1200 milliamper másodpercet. A fog és a paradencium felmelegedését olykor jelzi az inyen fellépő hajszáleres vérzés is. Ujjhegyünket a fog nyaki részére téve érezhetjük a felmeledést, különösen atrofiás vagy lecsiszolt, zománcától megfosztott fogakon. Megbízható milliampermérő hiányában a beteg fájdalomjelzésén kívül ezeket a jeleket is felhasználhatjuk túladagolás elkerülésére.

Átmelegítés után a gyökércsatornát steril Millertűs vattával kiszárítjuk.

Most következik kezelésünk utolsó és legfontosabb fázisa, a gyökértömés. Ettől függ nagyrészt diatermiás gyökérkezelésünk sikere. A gyógyulás feltétele a tökéletes gyökértömés. Tökéletes a gyökértömés akkor, ha csúcsig ér, falálló, kellően tömörített. Granulómák esetén jónak tartjuk a kissé túlérő gyökértömést is. A gyökértömés anyaga szempontjából pedig fontos, hogy baktériumokat át nem eresztő és szövetbarát legyen, továbbá ne szívódjék fel a gyökércsatornából, plasztikusan lehessen alkalmazni, kifúrható legyen. Ezen követelményeknek közismerten a guttapercha csúcs felel meg.

Tömhetjük a gyökércsatornát 1. chlorofom + guttaperchával, 2. cement + guttaperchával, 3. cement + ezüst csúccsal. Esete válogatja, hogy melyik gyökértömési eljárást alkalmazzuk. Legtöbbször chloroform + guttaperchával tömünk. A gyökércsatornába chloroformot viszünk be 1 cm^3-es hajlított tűjű *Record*-fecskendővel, a chloroformmal telt gyökércsatornába nyomjuk a megfelelő nagyságú és vastagságú guttapercha csúcsot. Kerr gyökértömőkkel tömörítjük és szükség esetén megismételjük. Ujra chloroform + guttaperchát viszünk be és tömörítjük. A guttapercha szilárdan jut be a gyökércsatornába, könnyen végighalad a csúcsig,

majd feloldódik, plasztikus lesz és ezt tömörítve ideális gyökértömést kapunk. Olykor a gyökércsatorna oldalelágazódásait is kitölti a plasztikus guttapercha oldat. Ha csúcson túl tágítottuk a gyökércsatornát, természetesen csúcson túl érő lesz gyökértömésünk is.

Ha nem tömörítjük kellőképpen a guttapercha csúcsot, idővel a chloroform elillanása után házagos, üreges lesz gyökértömésünk.

Chloroformba mártott guttapercha csúccsal nem lehet jó gyökértömést csinálni, mert egyrészt elhajlik még mielőtt bevinnénk, ezenkívül a csatorna oldalához tapad és nem megy tovább, de ha csúcsig is megy, akkor sem falálló, mert nem volt elég plasztikus. Nem jó a pasztába mártott guttapercha gyökértömés sem, mert a paszta felszívódik a gyökércsatornából és rés marad a helyén.

Nem szabad chloroform + guttaperchával tömni a gyökcsatornát műgyanta koronákkal ellátott fogaknál, mert a chloroform oldja a műgyantát. Ezenkívül nem előnyös chloroform + guttaperchával tömni a tág csúcsi csatornájú fogakat, illetőleg igen tág gyökércsatornákat, mivel tömörítéskor könnyen túlérő lenne gyökértömésünk.

Chloroform + guttaperchával szűkebb és kissé görbült gyökércsatornákat is sikerül csúcsig tömni, könnyebben, mint cement + guttaperchával. Előnye még, hogy plaszticitása miatt, — ha túl is megy a gyökércsúcson — nem áll ki ridegen, hanem laposan szétterül.

A másik megbízható gyökértömési eljárásunk a cement + guttapercha gyökértömés. Híg, lassan száradó cementet, amibe kevés jodoformport kevertünk, viszünk be lentulóval a gyökércsatornába és ebbe helyezzük a megfelelő nagyságú és vastagságú guttapercha csúcsot. A cementes lentulót többször, tíz-huszszor kell ki-be tolni, hogy a gyökércsúcsig vigyük fel a cementet. Különösen tág gyökereket tömünk cement + guttaperchával. Ilyenkor röntgenellenőrzést is előnyös újra csinálnunk, nehogy túlérő gyökértömést készítsünk.

Legnehezebb esetekben görbe gyökércsatornáknál, valamint molarisokon éspedig felsőkön a bukkalis, alsókon a meziális gyökércsatornában használjuk a cement + ezüst point gyökértömést, amikor nem tudtuk a gyökércsatornát kellőképpen feltágítani.

Minden gyökértömés után röntgenellenőrzést alkalmazunk és ha nem lenne kielégítő a gyökértömés, ezt javítjuk. Ha chloroform + guttaperchával tömtünk sikertelenül, akkor kiszedjük és újra csináljuk, cement + guttaperchánál megpróbáljuk feljebb nyomni a point, ha ez nem sikerül, gyökércsonkolást ajánlunk. Természetesen a cement + guttapercha tömésnél lassan száradó cementet használunk, amihez kevés jodoformport keverünk, ami még lassúbbá teszi a cement kötését. A gyökértömést ellenőrző felvétel 2 perc alatt készen van (pillanatfelvétel), tehát nem keményedett meg a cement és így a csúcs feljebbnyomása keresztülvihető.

Milyen szövődmények léphetnek fel diatermiás gyökérkezelés közben és kezelés után?

Erőltetett tágításnál tűtörések fordulnak elő. Ilyenkor általában gyökércsonkolást végzünk. A csúcsig érő Kerr-tű törése után előfordulhat gyógyulás, de az eredményt feltétlenül ellenőrizni kell 3—6 hónap mulva.

Álútképzés gépi tágítók használatakor fordul elő, kézi Kerr-tűkkel szinte lehetetlen előidézni. Ilyenkor is megtartható a fog, ha sikerül úgy az álutakat, mint a valódi gyökércsatornát végigtömni.

A csontnekrozis a legkellemetlenebb szövődmény, amely túladagolás következménye lehet. Második napon az íny széle vérzik, a harmadik napon szürke lepedék jelenik meg a gingiva szélén, amely elhal, elhatárolódik, majd lelökődik. A következő napokon, illetőleg hetekben újabb és újabb demarkációs zónák lökődhetnek le állkapocscsontrészekkel együtt. Enyhébb esetekben a fog megmarad, de fogmedersorvadásnak megfelelő állapot marad vissza.

Súlyosabb esetekben az egész fog a körülötte levő csontállománnyal együtt kilökődik. Ez a folyamat hetekig, sőt hónapokig elhúzódhat. Érzéstelenítésben ezért nem szabad diatermiáznunk, illetőleg megbízható milliampermérővel ellátott készülékeknél szigorúan ragaszkodnunk kell a legkisebb áramadaghoz. Ritkán mégis előfordulhat, hogy érzéstelenítésben kell diatermiáznunk. Pl. cysta-műtét területébe eső fogat rezekcióra készítünk elő a műtét előtt. A diatermiás gyökérkezelés ilyenkor érzéstelenítésben történik.

Nekrozis-veszély különösen szűk gyökércsatornákon van. Nálunk eddig többezer eset közül két esetben történt elsőfokú nekrozis felső 2-es és felső 5-ös fogakon. Ha nem pontos a milliampermérőnk, nem támaszkodhatunk feltétlenül a beteg fájdalomérzés jelzésére, ilyenkor ujjhegyünket a fog nyaki részére téve, ellenőrizhetjük a felmelegedést. Ha meleget érzünk, dacára annak, hogy a beteg nem jelez fájdalmat, magasabb árammennyiséget nem adunk. A hajszáleres vérzés megjelenése is intőjelként szolgálhat a túladagolás elkerülésére.

Periodontitis, apikális nyomási érzékenység 1—2 napig utókövetkezménye a diatermiás gyökérkezelésnek. Ez komoly panaszt nem okoz, a betegek jól tűrik. Elviselhetetlen nagy fájdalmak és *periostitis* kb. 1%-ban fordul elő. Ilyenkor bemetszést végzünk.

Az utópanaszok klinikai képe nem áll arányban a prognosztikus gyógyulással. Tehát ha *periostitis* lép fel a gyökértömés után, nem jelenti, hogy nem gyógyul meg a granulóma és viszont, tünetmentesség nem jelenti a biztos gyógyulást.

Gondos mérlegelés tárgya, hogy mely fertőzött fogakat részesítsünk diatermiás gyökérkezelésben, amikor is nem a csontritkulás nagysága a mérvadó, hanem a gyökércsatorna átjárhatósága, de főleg góceredetű betegségek kizárása. A diatermiás gyökérkezelések bevezetése nagymértékben csökkentette a gyökércsonkolások számát és kiszélesítette a megtartható fogak területét. A gyökércsonkolásokat azonban nem tette feleslegessé, hanem a fertőzött fogak két gyógyeljárása kiegészíti egymást. A *resectio*-kat diatermiás gyökérkezeléssel készítjük elő és viszont a diatermiás gyökérkezeléssel nem gyógyuló eseteket *resectio*-val próbáljuk meggyógyítani. Kezeléseink eredményeit félév mulva ellenőriznünk kell. Mivel egyformán jól ellátott fogak közül az egyik rész meggyógyul, a másik — kisebb része — viszont nem gyógyul meg, fel kell tételeznünk, hogy a gyógyulásnál alkati tényezők is szerepelnek.

Budapest, VIII., Sándor-tér 2.

A Budapesti Tudományegyetem III. sz. sebészeti klinikájának közleménye.
(Igazg.: Dr. Hedri Endre egy. ny. r. tanár.)

Fogkörüli gócok és koszorúserek

Írta: Dr. MÁTÉ ISTVÁN egyetemi tanársegéd, belorvos.

Köztudomású, hogy fogkörüli gócok *endocarditis*-nek, *myocarditis*-nek és *pericarditis*-nek lehetnek okozói. Nem eléggé ismeretes ezzel szemben az a tény, hogy ezek egyszer-másszor *koszorúsérbántalmakért* is felelősekké tehetők.

*

Rössle és *Klinge* vizsgálatai óta tudjuk, hogy *allergiás* jelenségek előszeretettel játszódnak le a szívben, azonban annak nemcsak billentyűin és izomzatán, hanem *erein* is.

*

A közelmúltban hosszabb, összefoglaló közleményben hívtam fel a figyelmet a fertőző gócok (fogak, tonzillák, *sinus*-ok, epehólyag, stb.) és fertőző ártalmak (influenza, pneumonia, stb.) szerepére a szívinfarktus, illetve angina pectoris keletkezésében. Változatos esetek kapcsán általánosságban rámutattam arra, hogy *a szervezetben valahol jelenlevő fertőző gócok — megfelelő diszpozició esetén — az érzékeny koszorúsereken allergiás, illetve gyulladásos-toxikus elváltozásokat hozhatnak létre, ami a koszorúserek szűkítése, vagy elzárása útján néha angina pectoris-hoz, illetve szívinfarktushoz vezet* (Orvosok Lapja, 1947. 12. szám).

*

Jelen gyakorlati célú dolgozat egyedül a *fogkörüli gócokkal* kíván foglalkozni fenti értelemben. Gócnak tekintendők: elsősorban az *idült gyökérhártyagyulladásos* fogak, főként olyanok, amelyek gyökere körül röntgen-vizsgálattal *tályog, granuloma, cysta*, vagy akárcsak *megvastagodott gyökérhártya* található; továbbá t *gangrenás*, végső esetben az egyszerűen csak *devitalizált* fogak. Számításba jön ezeken kívül *a pyorrhea alveolaris*, illetve minden gennytartalmú fogkörüli *tasak* is.

*

Közlésre összegyüjtött alábbi esetek, amelyek közül az elsőt idézett közleményemben is referáltam, szemléltetni kívánják, hogy *a dentális gócok és a koszorúsérbántalom* közötti kóros összefüggések felvétele nemegyszer jogos. E vonatkozásokat egyébként gyakorlatomban jóval többször fogadtam el igazaknak, mint amilyen kisszámú esetről itt szó van. Demonstráció céljaira viszont csakis meggyőző képek alkalmasak, ezért csupán fiatal és fiatalabb egyének esetei szerepelnek, akiknél a szklerotikus elváltozások hiánya folytán a tiszta észlelés vált lehetővé. Magától értetődik, hogy e gócok jelentősége idősebb korban, éppen egyéb hajlamosító tényezők miatt még inkább komoly.

1. eset. K. M. 26 éves, épszívű fiatalember. Kezdődő *primaer chr. polyartritis* miatt tanácsomra két *tályogos* fogát kihuzatta. Félnappal a foghúzás után, hirtelen klinikailag típusos *szívinfarktus* lépett fel: heves, bal karba sugárzó, fokozatosan erősbödő, majd állandósuló, csak morfiumra szünő szívtáji fájdalmakkal és a heveny szívgyengeség tüneteivel: szapora pulzussal, tompa szívhan-

gokkal, alacsony vérnyomással, cyanozissal, *dyspnoe*-val. Megfelelő kezelés mellett a tünetek, néhány lázas nap után, fokozatosan csökkentek, majd maradéktalanul elmultak. Hatheti fekvés után teljesen panaszmentes, a klinikai és Ekg-vizsgálat eltérést nem mutat. — Az eset 8 esztendős. Szívpanasza észlelésem 5 esztendeje alatt nem volt. Artritiszében ezalatt az idő alatt rosszabbodás nem állt be.

Úgylátszik, hogy az artritiszt is előidéző dentális góc, illetve annak mobilizálása *allergiás* reakciót váltott ki a koszorúsérben, ami annak szűkülete, vagy elzáródása útján a szívizomzatban heveny, körülírt, vérszegény elhalást okozott.

Az esetet elsősorban a vonatkozások elvi szemléltetésére közöltem. Ez volt egyébként az első eset, amelyik évekkel ezelőtt a dentális fokális infekció és a koszorúserek összefüggésére figyelmemet konkrétebb formában felhívta. *Spontán* fellépni infarktust dentalis eredettel magam még nem láttam. A további észlelések csak enyhe sztenokardiás panaszoktól kifejezett *angina pectoris*-os rohamig terjednek. Minthogy azonban e kórállapotok és a valódi infarktus között a különbség nem lényegi, csak fokozati, a legenyhébb koszorúsérbántalom is mindenkor az infarktus veszélyét rejti magában!

2. eset. Dr. G. I. 40 éves férfi. Enyhe szívtáji nyomásai, bal karba kisugárzó fájdalmai és zsibbadásai vannak, időnkint *dyspnoe*-s, mintegy félesztendeje. Panaszai az utóbbi időben gyakrabban jelentkeznek, főleg hevesebb mozgásoknál, sietésnél (1940).

Szíven értékelhető eltérés nincs. Tenzio kissé emelkedett: 150 Hg. mm. Egyéb klinikai adatok sem említésreméltóak, Ekg, vizelet: negatív.

Szájüregének vizsgálata bizonyos fokig a dentális gócos fertőzés esetőségét veti fel:

A jobb alsó 5-ös és felső 7-es roncsolt, nagyrészt hiányzó koronájú; mindkét fog mélyen szúvas, ellátatlan. Több fogon apróbb fogszú. Fogpanaszai nem számottevők. A fogak sem rágásra, sem kopogtatásra nem érzékenyek. A röntgen-vizsgálat az egyik jelzett fogon kifejezetten *granulomát*, a másikon csak a *gyökérhártya* mérsékelt *megvastagodását* mutatja.

A két fog eltávolítása után a szívpanaszok napok alatt maradéktalanul megszüntek. Ez az eset kb. 7 esztendős. Számottevő szívpanaszai azóta alig fordultak elő.

3. eset. R. E. 27 éves fiatalember. Hónapok óta gyakran fáj és zsibbad az egész bal felső végtagja és szorongásos érzései, illetve fájdalmai vannak a mellkasában, amelyek néhány perctől órákig is eltartanak.

Kérdezősködésemre elmondja, hogy néhányszor már előfordult, hogy megduzzadt a bal arca, ilyenkor heves fogfájdalmai vannak, főleg éjjel. Egyébként is nehezen rág ezen az oldalon. Rossz foggyökeréről tudomása van.

A bal alsó 8-as koronája teljesen hiányzik, a fogcsonk kopogtatásra érzékeny, környékén a foghús mérsékelten duzzadt és vörös, nyomásra fáj.

Mérsékelt balszív hipertrofia (sportember), 100-as frequenciájú pulzus, normális vérnyomás. Ekg: bal típus, kissé lenyomott, felfelé homorú ST-ívek és laposabb T-hullámok az I—II. levezetésben (a klinikai adatokkal egybevetve: a bal koszorús osztóér elégtelenségének jelei).

DENTARIA R.T.

Dental-Depot

Fogorvosi berendezések, műszerek
és vegyiszerek gyára
Budapest, IV.,
Kossuth Lajos-utca 11.
(Telefon: 185-051)

A beteg foggyökér azonnali eltávolításával a panaszok végleg megszüntek. Az eltávolított gyökéren idült *gyökérhártyagyulladásra* utaló *megvastagodások* voltak láthatók.

Az észlelés félesztendős. Néhány héttel ezelőtt végzett Ekg-vizsgálat kóros eltéréseket már nem mutat. Pulzusszám: 70.

A következő esetben az összefüggéseket a véletlen hozta felszínre:

4. eset. B. D.-né 47 éves asszony. Erős dohányos. Több mint egy esztendőn át kezelés alatt állt gyakran jelentkező sztenokardiás panaszai miatt. Kétizben typusos nagy *angina pectoris* rohama is volt.

Szíven klinikailag semmi kóros. Tenzio: 140 hg. mm. Ekg: mindenik levezetésben lelapult T-hullámok *(myocardlaesio).*

Baja állandó kezelés, illetve gondozás, sőt a dohányzás teljes beszüntetésére sem mutat számottevő és tartós javulást egész addig, amíg a beteg a bal felső 3-asból kiinduló, a lágyrészt is elődomborító *radicularis cysta*-ja miatt szakorvosi kezelésbe nem kerül. A *cysta* kiirtása, illetve a hozzátartozó fog eltávolítása óta — mintegy félesztendeje — a betegnek csak nagyon ritkán vannak enyhe és gyorsan muló panaszai. Ekg-ja azonban nem változott.

Az utolsó eset az allergiás készséget több irányból is szemlélteti:

5. eset. H. I. 38 éves férfi. Hetek óta érez állandó, kifejezett szorongást a bal mellkasfélben és zsibbadást a bal karjában, néha beszéd közben kissé fullad. Szájbajára maga hívja fel a figyelmet.

Szíven klinikailag és Ekg-vizsgálattal kóros eltérés nincs. Tenzio: normális. Vizeletben: fehérje halvány nyomai, 10—15 vörösvérsejt látóterenkint.

A fogazat hiányos, elhanyagolt. A gingiva sorvadt, helyenkint fellazult, vörös. A fogak mellől több helyen nyomásra kevés *genny* ürül (Schmutz-pyorrhoe). Erős *foetor ex ore.*

Szájrendezés (fogkövek eltávolítása, tasakok kiirtása, ecsetelések) mellett panaszai néhány nap alatt megszünnek. — A továbbiakra nézve kardiológiailag véleményt alkotni még nem lehet, mert az észlelés óta egyelőre kevés idő telt el.

Tetszetősen értékelhető az egyik kórelőzmény:

A beteg gyermekkora óta *tonsillitis*-ben szenvedett. Hét évvel ezelőtt hetekig *nephritis*-szel feküdt, emiatt tonzilláit eredményt hozóan eltávolították. — Ez az adat a beteg általános szervi *anaphylaxiá*-ra való készségét bizonyítaná. A *nephritis* sem egyéb, mint olyan allergiás reakció, amelyet fokális infekció útján termelődő bakterium-antigen hoz létre elsősorban a vesében, de ezenkívül a májban, szívben és az összes kapillárisokban is.

*

Az „*angina pectoris*" távolról sem meghatározott kórkép. Funkcionális bántalom, amit a legkülönbözőbb mechanizmusok szerint, a legkülönbözőbb okok válthatnak ki, fiatalnál és öregnél, férfinél és nőnél, beteg és egészséges koszorúsereken. Az idevágó részletek fejtegetése azonban nem lehet dolgozatom tárgya.

A modern belorvos nem elégedhetik meg egy ilyen, következményeiben kiszámíthatatlan bajnak tűneti kezelésével akkor, amikor a kiváltó okok felkutatásának és kiküszöbölésének lehetősége az esetek egyrészében adva van. Ezzel nem utolsósorban a dentális fokális infekció szerepére kívánok célozni.

*

Koszorúsérbántalmaknál mindenkor kutassunk fogkörüli gócok után is. Ha ilyeneket találunk, irtsuk ki azokat. Meggyőződésem, hogy eljárásunk helyességét számos sikeres eset fogja jutalmazni. Igéreteinkben és várakozásunkban azonban legyünk tartózkodók, hiszen annak előzetes megállapítására, vajjon meglévő gócok esetén csakugyan ezek váltják-e ki a panaszokat, semmiféle módunk nincsen.

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: DR. GEGESI KISS PÁL egyet. nyilv. r. tanár.)

A táplálékfelvétel stomatológiával határos kérdéseinek gyermekgyógyászati jelentősége*

Írta: Dr. GERLÓCZY FERENC.

Az újszülött-, csecsemő- és gyermekkori táplálékfelvétel azon kérdéseivel kívánunk az alábbiakban gyermekgyógyászati szempontból foglalkozni, mely kérdések mintegy határterületet alkotnak a stomatologia és gyermekgyógyászat között. Részletesebben csak a szopás mechanizmusát óhajtjuk tárgyalni, a többi kérdést csupán rövid áttekintésben.

Az újszülött és fiatal csecsemő *szájürege* alacsony és csupán virtuális. Az állkapcsok pihenő állásában, vagyis szopási szünetben, alvás alatt szabad szájürege voltaképen nincs is az újszülöttnek. A nyelv előről jól látszik; a nyelvcsúcs az állkapocscsontok között pihen, tehát a szájüreg nem zárt. Ha pedig a száj szorosan záródik, a nyelv kétoldalt az inypárnához, felül a kemény szájpadhoz nyomódik, ahol lenyomata is jól látható. A szájpad boltosulása csekély, a nyelv relatíve rendkívül nagy, a nyelvgyök erős, a nyelv szabadon mozgó része pedig rövid, a *frenulum linguae* egész közel van a nyelvcsúcshoz. Az állkapocscsontokon tulajdonképen *processus alveolaris*-okról beszélni nem lehet. Az újszülött, illetve fiatal csecsemőkorban a szájüregnek a következő olyan sajátosságai vannak, melyeknek a későbbi életben nyomai sem maradnak meg, mert kizárólag a szopási mechanizmus szolgálatában állanak:

A *membrana gingivalis v. Robin-Magitôt f. redő*. Ez nem egyéb, mint a felső és alsó szabad állkapocsszélen látható fésűszerűen előreugró nyálkahártyakettőzet, mely a szopási aktus megindulásával erekcióba jön és 1 mm-ről 2 mm-re ugrik ki. Rendeltetése a bimbó minél tökéletesebb befogása, zárása. Ugyanezt a célt szolgálja az u. n. *szopási ajakpárna* is. Ez hosszanti duzzanata az ajaknak, élénk határral az ajakrés felé, mely radier irányú barázdák által szimmetrikus, laterál felé keskenyedő párnákra van felosztva. Két részből áll: *pars glabra* az ajak felé és *pars villosa* a szájrés felé. Színe szürkésfehér, máskor tompafényű, olyan, mintha macerált lenne. Nem a bimbó hermetikus zárását, hanem a pofa merevítését szolgálja a szopás első *(aspiratio)* fázisában.

A szájüreg harmadik különleges berendezése, a *corpusculum adiposum Bichat*. Szerepe ennek a *m. buccinatorius* és *m. masseter* között elhelyezkedő zsírcsomónak rendkívül fontos, ezért a legsúlyosabb inanició alkalmával sem csökken vagy tűnik el a szopási időtartam alatt.

A szopási aktust *a bimbó megragadása* vezeti be. *Gamper* és

* A budapesti Stomatologiai Klinikán 1946. X. 11-én tartott előadás alapján.

Untersteiner pontos kísérletekkel mutatták meg, hogy az ajaknyálkahártya vagy az arcbőr bármely pontjának legfinomabb érintésére a fej azonnal elmozdul jobbra vagy balra, illetve felfelé vagy lefelé úgy, hogy az érintő ujj vagy cucli pontosan a szájnyílás közepére essék. Ez az automatikus beállító mechanizmus még középagyhiány, *arhinenkephalia* esetén is tökéletesen működik. A bimbó megragadása tehát oly reflexmechanizmusnak fogható fel, melynek első részét ez az orális beállító automatizmus, második fázisát pedig a bimbó szoros fogvatartása alkotja.

A *szopási aktust* általában a következő, általánosságban elfogadott és tankönyvről tankönyvre átvett mechanizmussal magyarázzák.

A szopási aktus első fázisa az aspiráció. Az újszülött a szájbakerült bimbót az ajak, az ajakpárna, az állkapocs, az ajakredő, valamint a nyelv segítségével szorosan körülveszi és ezáltal a szájüreget előlről légmentesen lezárja. Hátulról ugyancsak lezáródik a szájüreg, amennyiben a nyelvgyök a lelapult szájpadra nyomódik. Amikor így minden irányban lezárult a szájüreg, az állkapocs süllyesztésével, lefeléhúzásával, valamint a nyelv hátrahúzásával (pontosabban: a nyelvhegy a helyén marad és a bimbót kissé alátámasztja, illetve egy kis előrefelé mozgással a bimbót alulról még inkább körülfogja, de az eddig a szájpadhoz szorított nyelvhát onnan vájuképződés közben elkerül, a nyelv hátsó része felemelkedik): negativ nyomású, légritka teret létesít. A szájpad izmai megfeszülnek, a pofa ellaposodik, a gégefő lejjebb száll. Már a mandibula süllyesztésével is légritka tér keletkezik a száj elülső részében, ez még fokozódik a nyelv hátrahúzásával. A szopás ezen első fázisa, az aspirácio a tejnek a *ductus lactiferus*-okba való szívását célozza.

A szájba — az általános felfogás alapján — azáltal kerül a tej, hogy felső és alsó állkapcsával egyszerűen ráharap a mellbimbóra. Ez lenne a második fázis, a *kompresszio*. Az állkapcsok ezen egymással szembeni, egyszerű összeharapása, összenyomódása által a megtelt külső tejutak kiűríttetnek. A nyelv újból felfeléboltosul, a palatum emelkedik, miáltal a nyomás a szájüregben ismét emelkedik és a „kompresszio" által kipréselt tej a szájüregbe folyik. Ezzel tulajdonképen a szopási aktus be is fejeződött, ha a következő fázist, a nyelést nem számítjuk ide.



1. ábra. I. fázis *(aspiráció)*.



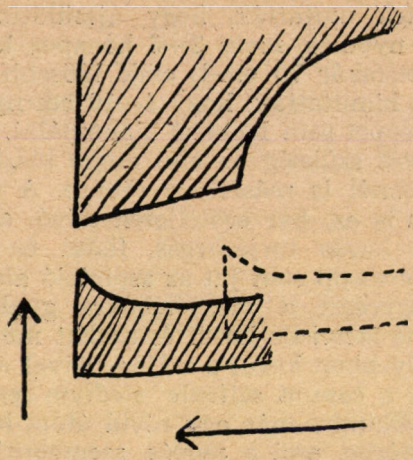
2. ábra, II. fázis *(kompresszió)*.

Ad I. fázis (aspirácio). Az első fázis alatt, melyet aspirációnak hívunk, légritka tér, helyesebben mondva negativ nyomás keletkezik a szájüregben és pedig minél fejlettebb az újszülött, minél erősebb az arcizomzata, annál nagyobb mértékben, de még erőteljes újszülöttnél sem elegendő az így keletkezett negativ nyomás ahhoz, hogy a tejet a mell-

ből kihozza. Kísérletek mutatták, hogy újszülöttnél csupán 4—14 víz (tej) cm a „negatív" nyomás, mely 2—3 hónapos korban nő 10—30 víz cm-re és ennél többet (akár 70 cm-t) csak idősebb, erősebb csecsemők produkálnak. Viszont kimutatták, hogy 4—10 cm-nyi negativ nyomással a mellből egyetlen cseppet sem lehetett kipumpálni. Ennél sokkal többre, 54 cm-nyi szívásra volt szükség az első csepp kiszívásához, nehezebben járó melleknél még ennél is másfélszer többre. A szopás első fázisának feladata azonban nem is ez, bár erőteljesen szívó csecsemőknél az első fázis alatt is van egy kevés terjcsurgás, fiatal és gyenge csecsemőnél azonban még ez a pár csepp sem jut az aspiráció alatt a szájba. Az aspiráció célja kettős: egyrészt a mellbimbókra gyakorolt szívóhatásra a mirigyből a tej a *sinus lactei*-ba kerül és azokat megtölti, másrészt hatására a mellbimbó mélyebben kerül a szájba. Mivel a szájüreg szopásterei közül a legfontosabb, a *cavum salivale medium* egészen az állkapocsszélig terjed ki, a mellbimbó már egy rövid úton, közvetlen a szájnyílás mögött beér a szopástérbe, ami a szopás szempontjából nagyon lényeges. *(Hasse)*.

Ad II. fázis („kompresszió"). A második fázis még fontosabb része a szopásnak, mint az aspiráció. Tapasztalati tény, hogy anyák nehezen adó mell, vagy gyengén szopó csecsemőknél manuális nyomással segítenek. Sokszor a csecsemő is így segít, amennyiben kézzel nyomkodja a mellet. A szopási aktusnak második fázisát a tankönyvek általában „*Kompresszió*"-nak nevezik. — Itt azonban voltaképen nem kompresszióról, helyesebben mondva nemcsak kompresszióról van szó. Ha pontosabban meg akarjuk vizsgálni a szopás e fázisát, abból kell kiindulnunk, hogy minden újszülött prognátiával születik. Az embrionális állapotban kezdetben, az I. hónapban prognátia, a II—III. hónapban progénia van jelen. Ez a progénia azonban még a méhenbelüli életben újból prognátiává alakul át, úgyhogy az újszülött már újból prognat, illetve prognatiával jön a világra. *A. M. Schwarz* bécsi sztomatologus szerint épúgy, ahogyan a koponyacsontok a varratok által egymásra tolódnak, hogy minél kisebb legyen a fejkoponya átmérője, ugyanúgy könnyíti meg a fej megszületését az alsó állkapocs disztális állása is. A mandibula azonban nem a szülés alatt nyomódik össze. Ezt a X. terhességi hónapban, közvetlenül a szülés előtt elhalt, valamint császármetszéssel világrahozott újszülötteken végzett vizsgálatok bizonyítják, amikor is a prognatia épenúgy megvolt, mint más újszülötteken. Tehát u. n. „fiziologiás disztálharapással" születik az újszülött. Érdekes, hogy ez az u. n. fiziologiás disztálharapás *Korkhaus* 150 újszülöttről vett állkapocslenyomat alapján végzett megfigyelése alapján 3—4 hónapos korig, általában azonban egészen 6 hónapos korig, az első tejfog megjelenéséig marad meg, vagyis a szoptatás idejére. A prognatia kiegyenlítődése az első tejfog megjelenéséig azért is rendkívül fontos, mert ha erre az időre még nincs normális okkluzió, az állkapocs és a fogak későbbi fejlődése hibássá válik.

Ha vizsgáljuk, hogyan történik a szopási aktus második fázisának mechanizmusa, akkor a következőket látjuk: *A. M. Schwarz* szépen leírta a felső állkapocs ú. n. „*incizális platé*"-ját, szemben az alsó állkapocs oldalnézetben szögben végződő szélével.



3. ábra. A felső állkapocscsont „incizális" platója. (A. M. SCHWARZ szerint.)

Az újszülött mandibuláját az első fázisban (aspiráció) történt süllyesztés után előretolja, azután újból emeli, majd odanyomja a felső állcsont fogmedernyúlványához, illetve az incizális platóhoz és azon visszafelé végighúzva fejőmozgással szorítja ki a tejet a mellbimbóból. Leginkább a valóságos fejéshez hasonlít ez a mozgás, illetve olyan, mint amikor egy kesztyűujjból fecskendezzük ki annak tartalmát. Ezután, illetve a nyelés után, újból előre tolja a mandibulát, tehát a mandibula tulajdonképen előre-hátra mozgásokat végez. Hogy *A. M. Schwarz* mennyire helyesen ítélte meg stomatologiai szempontból az anatomiai helyzetet és ezáltal betekintést engedett ezen fázis pontosabb ismeretébe, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy számos megfigyelésünk, klinikai tapasztalatunk és nem utolsó sorban az anatomiai és élettani viszonyok azt bizonyítják, hogy a kompresszió mellett a mandibula előrehúzásának lényeges szerepe van minden szopási aktus második fázisában. Lássuk, melyek ezek az adatok.

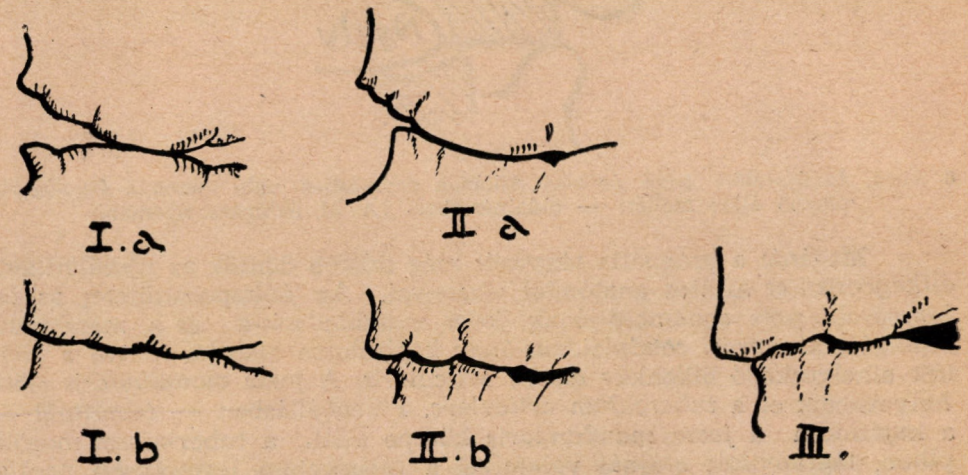
Az álltájék a felső állcsonthoz viszonyítva újszülöttnél legtöbbször feltünően visszamaradt, úgy, hogy az alsó és felső állcsont tulajdonképen csak az állkapocs előretolt állása mellett zárulhat egymásra teljesen.



a) nyugalmi állapotban. *b)* szopási aktus alkalmával, tehát előretólt állkapocs mellett.

4. ábra. Az állkapocs alapíve vízszintesen, a felső állcsontív függőlegesen rovátkolva (*Bluntschli* szerint).

Weinberger újszülötteknél egyaránt talált előre- és hátraugró állkapcsokat is, de *L. Clinch* pontos, 500 újszülött koponyán végzett megfigyelése alapján 3 főtípusát és az első 2 típuson belül is 2 alcsoportját figyelte meg az „okkluzio"-nak újszülöttön, de 500 közül egyetlenegy esetben sem találta az állkapocs előreállását: valamennyi prognatiát mutatott.



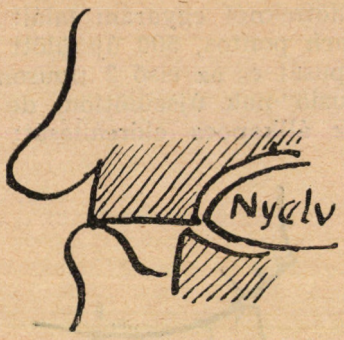
5. ábra. A fiziológiás prognátia típusai (L. CLINCH nyomán).

Mondhatjuk — saját klinikai megfigyeléseink alapján is —, hogy a prognatia újszülöttnél általános és fiziológiás.

Maga az állkapocs ujszülöttnél igen rövid és a szöglet lapos. Az állkapocsnak voltakép az egésze „alveolaris" rész, ha nem is a későbbi *proc. alveolaris*-nak az értelmében és alveolaris üregek, kosarak, illetve ezen üregek körüli csontos hüvelyek sorozatából áll. Ezeket aztán egy kompaktabb, de 2—3 mm-nél nem vastagabb csontszél, csontlemez tartja össze. Mégis: az állkapocs masszívabb építésű, mint a felső állcsont és a koponyacsontok közül először ez csontosodik el. Tökéletes csontosodása megtörténik az első fogáttörésig, ettől kezdve azután minden irányban erős fejlődésnek indul.

A mandibula előre és hátracsúszása az az inger, mely a mandibulát kb. a 6. hónapig, tehát az első fog áttöréséig disztálharapásból normális helyzetbe húzza előre, úgyhogy mire megindul a fogzás, a prognatia megszűnik. A mandibula csak ettől az időtől kezdve veszti el fokozatosan újszülöttkori sajátságait. A fogak áttöréséig ugyanis az állkapocsszélek elől nem fekszenek egymáson, az általuk nyitvahagyott résbe a nyelvcsúcs helyezkedik. Az egészen az ajakig, ajakhasadékig előretolt nyelv csak az első tejfog megjelenésével húzódik vissza onnan.

A rövid mandibula előrehúzása nélkül szopás nem lehetséges. Érdekes adat errevonatkozólag *Czerny* és *Keller* megfigyelése, kik arra utaltak, hogy a gyermek állkapcsának túlságos rövid volta szopási akadályt alkothat, mely ha erősfokú, a bimbó megragadása egyenesen lehetetlen.



6. ábra. Az újszülött felső és alsó ajkának egymáshoz való viszonya fiziológiás, pihenő állás mellett — oldalnézetben. (*A. M. Schwarz* nyomán.)

Magánál a prognátia tényénél még inkább döntők az ujszülöttkori *állkapocsizület* sajátos anatómiai viszonyai. Az állkapocsizületet az *os temporale pars squamosá*-jának *fossa mandibularis*-a és a mandibula felhágó szára *proc. condyloideus*-ának kapitulumа alkotja, illetve a köztük elhelyezkedő bikonkáv *discus articularis*. A *fossa mandibularis* előtt helyezkedik el a *tuberculum articulare*. Pihenőállásban — felnőttnél — a kapitulum a *fossa mandibularis* közepe előtt, a tuberkulum mögött pihen, tágranyitott szájnál valamivel a tuberkulum legmélyebb pontja előtt. Ezzel szemben ujszülöttnél a *fossa mandibularis* táján kifejezett izületi árok egyáltalán nincsen, a *tuberculum articulare* pedig teljesen hiányzik. Az állkapocs egyenesvonalú, előre-hátra csúszása szopásnál tehát nem ütközik akadályokba, sőt legtöbbször még egy finom szagittális irányú vezetéses váju is található e helyütt e mozgás megkönnyítésére. A diszkusz is ennek megfelelően medialis-lateralis irányban vájt, egészen ellentétben a felnőttkori viszonyokkal. Csupán a fogak megjelenésével lép fel a *tuberculum articulare* és válik a szagitalis izületi pálya görbévé.

Hogy mily jelentős szerepet játszik szopásnál az ismertetett mechanizmus, azt az újszülöttkori *rágóizomzatnak* sajátosságai is mutatják. Általánosságban az újszülött rágóizomzata relative hosszú húsrostokat és rövidebb ínrészt tartalmaz, tehát kevésbbé differentiált, mint a későbbi korban. Ennek magyarázata az, hogy a *tuberculum articulare*-val nem rendelkező állkapocsizület mozgásai szabadok, tehát kevésbbé differenciáltak, mint a szoros pályára kényszerített felnőttkori, *tuberculum articulare*-val rendelkező állkapocsizületé. Ha csak a rágásban, illetve állkapocszárásban szereplő legfontosabb izmokat vesszük szemügyre, a következő sajátosságokat látjuk.

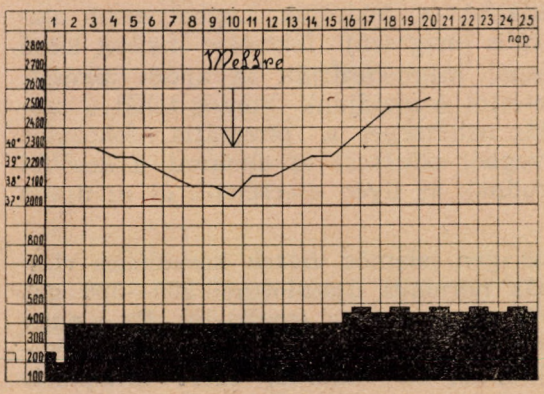
A *musculus temporalis* ínszegény, nem olyan tömeges és differenciált, mint a *masseter*, ugyanis míg a *m. temporalis* újszülöttben majdnem vertikális, felfelé irányuló kontrakciót gyakorol, addig a *masseter* főrészével a későbbi kornál sokkal (16°-al) erősebben előrefelé hat. Ez nagyon is érthető, ha meggondoljuk, hogy az állkapocsnak a szopási aktusban elsősorban egy kiadós előretolásra van szüksége, míg az állkapocszárás relatíve kisebb erőket igényel.

A *m. masseter* két részből áll, a felületes rész felül-elölről ferdén hátra-lefelé irányuló rostokat tartalmaz kifejezetten előrefelé irányuló izomhatással — és egy mélyebb, meredek részből.

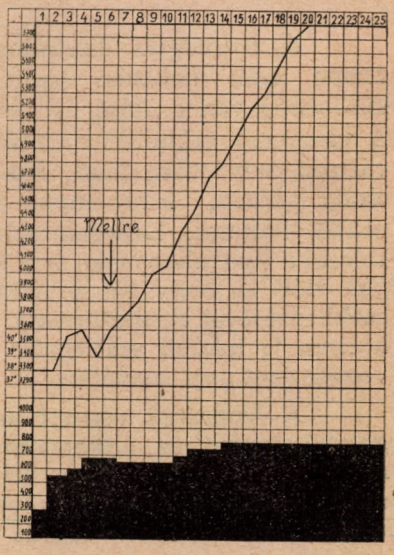
A *m. pterygoideus internus* mindkét (medialis felületes és laterális mélyebb) része szintén sokkal inkább előrefelé irányuló izomeredőt ad, mint a későbbi korban.

A *m. pterygoideus externus* merőben más, mint a későbbi korban. A kétoldali *m. pterygoideus* erős konvergenciát mutat; az eredőket előrefelé meghosszabbítva, azok kb. a *crista Galli* elülső végén metszik egymást 66°-nak megfelelő szögben, míg felnőttnél messze a koponya előtt 40° alatt. A *m. pterygoideus externus* ujszülöttben relative erősebb, mint felnőttben.

A szopás rendkívül erős aktív izommunka és ebben a főszerep a mandibula sorozatos egymásutánban történő előre-hátra mozgásának jut. A szopásnak csupán mechanizmusából is érthető, mily fontos az állkapocs a szájüreg, a későbbi fogak kiképzésére, az egész arc kifejlődésére és ezen keresztül hogyan hat az egész organizmusra. Hogy nemcsak az állcsontokra hat funkcionális ingerként, de az egész organizmusra, azt számos klinikai megfigyelésünk igazolja. Így pl. ugyanattól a szoptató anyától lefejt női tejjel táplálva nem, vagy csak vontatottan fejlődik a csecsemő, de amint mellre tesszük, ugyanannyi mennyiségű tej mellett a súlygörbe azonnal megindul, illetve meredekebb lesz. (l. 7. és 8. ábrát.)



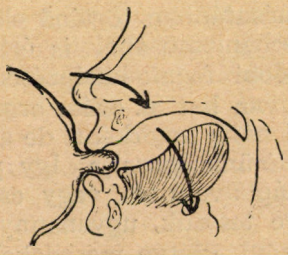
7. ábra



8. ábra

A szopómozgások tehát igen erős ingert képeznek. Fontos izommunkáról van szó. Fontos növekedési ingere ez az állkapocsizommunka magának az állkapocsnak. Ha kimarad, az állkapocs nem tud rendesen kifejlődni, nem nő előre a disztálharapásból a normális harapásba. A szo-

pás egyenlíti ki a disztalharapást normális harapássá. A szopás hatása a *processus alveolaris* és fogak, valamint a kemény szájpad fejlődésére *Oravecz* szerint az, hogy a szopás erősen működteti az ajakizmokat is, ezek erősödnek, a fogak hibás, legyezőszerűen az ajkak felé való növekedését megakadályozzák. Szopással a mellbimbóhoz szorítja a csecsemő a későbbi frontfogak tájékát, ezzel e tájék csontos része, a későbbi *proc. alveolaris* szabályos alakot nyer. Az anyamellről való szopás a kemény szájpad kialakulására is döntő. Belülről a negatív nyomás, kívülről, mivel a keményszájpad az orrüreg basisa, belégzéskor a levegő nyomása erre hat. E kétirányú mozgás eredményezi azután a keményszájpad lelapulását. Üvegből táplálásnál, mint azt látni fogjuk, ez elmarad.



9. ábra.

A fiziológiás disztalharapás veszélye az, hogy az újszülött csecsemő csak nehezen tudja száját csukva tartani, hiszen kb. $1^1/_2$ cm különbség van a felső és alsó állkapocs legkiugróbb pontja között. A csecsemő szájcsukvatartását egyébként úgy könnyíthetjük meg, ha változó helyzetben (hát-, has-, oldalfekvés) fektetjük. Leghelyesebb alacsony párnán, a fej enyhe ventrális (magasan) fektetése mellett kissé oldalt fektetni. Laposan fektetésnél megnehezítjük az ajkak zárását. Dorzális (hátrahanyatló fej) fektetéstől óvakodjunk. Fontos tehát a szopás azért is, hogy ezt a fiziológiás nehézséget a prognátia fokozatos csökkentésével megszüntesse. Üvegből szívásnál ez elmarad, a későbbi korban is inkább szájlégzők maradnak az ilyen csecsemők és ez újabb veszélyeket rejt magában.

A szopásnál végzett munka igen jelentős. *Basch* készülékes vizsgálatai szerint az állkapocsnyomás normális újszülöttnél 200—300 gr., mely 2—3 hét mulva 700—800 gr. nyomásra emelkedik. Ez a nagy munka védi az elfáradás révén a csecsemőt a túlszopástól még bőségesen adó mellnél is. Üvegből táplálásnál ez elmarad, ezért túltáplálás veszélye fenyeget. A szopási izommunka ezenfelül reflektorikus úton erősen izgatja a gyomornedv-elválasztást, amely hatás üvegből táplálás mellett szintén kimarad.

A természetes, tehát anyamellről való táplálékvételnek, a szopásnak is megvannak a maga sajátságos eltérései. Ezek a következő főbb csoportokra oszthatók:

(Folytatjuk.)

PRAXISRACIONALIZÁLÁS

A racionalizált rendelő berendezése

Írta: Dr. SZTRILICH PÁL

„Amerre dől a fa, ott marad örökre".
„Többnyire olyan marad a rendelő, ahogyan azt először berendeztük".

A fogorvos munkájának csaknem kizárólagos színhelye a fogorvosi rendelő. Nyilvánvaló, hogy minden racionális törekvésünk azzal szorosan összefügg.

A legkívánatosabb az volna, ha közölhetnénk egy olyan rendelő rajzát, mely minden racionalizálási kívánalomnak megfelel. Sajnos, ez nem áll módunkban. A helyi körülmények és lehetőségek egymástól annyira különbözők, hogy ami az egyik helyen tökéletes, a másik helyen célszerűtlen. Nagyvárosokban és vidéken más-más berendezés felel meg a racionalizálás elveinek. A célszerű fogorvosi rendelő típusa sem a szakirodalomban, sem a gyakorlatban nem forrott ki annyira, hogy mindenkire nézve egyformán érvényes következtetéseket levonhatnánk. Vannak azonban kialakult szempontok és megfogalmazott problémák, melyekkel célszerű foglalkoznunk.

A rendelő telepítésének, berendezésének első kérdése, hogy lakásunkkal egy fedél alatt, vagy attól teljesen különállóan legyen-e. A második, de talán még jelentősebb, az a kérdés, hány helyiségből álljon, hogy feladatának jól és időveszteség nélkül megfeleljen.

Nyilvánvaló, hogy a hazánkban legelterjedtebb, de korszerűnek nem mondható egyrendelős és egyvárószobás, a lakással többnyire közös előszobával összefüggő fogorvosi munkahely nem felel meg a modern idők követelményeinek. Az irodalomban *E. Heinrich* szemléltető tervrajzokat közöl fogorvosok házépítéséhez, hol a lakás és a rendelő megfelelő kivitelben igyekszik a jó betegellátást és a célszerű időkihasználást megoldani. Hazánkban *Simon* Béla közismert többhelyiséges rendelője, a magyar főváros belterületén, példa, hogy nagy forgalmat miképen lehet jól és racionálisan lebonyolítani. Ha külön helyiség áll rendelkezésre injekciós hatás bevárására, vagy a foghúzás utáni véralvadás megfigyelésére, jelentős időt takaríthatunk meg. Ugyancsak előnyös, ha röntgenezésre, elektromos kezelésekre (így diathermia, sollux, rövidhullám, kvarc) külön helyiségünk van, melyekben a rendelés folyamatosságának megszakítása nélkül azokat elvégezhetjük.

A többhelyiséges rendelő igényeinek többen a kettős várószobával, vagy a szokott várószoba-rendelő kiegészítéseképen egy kisebb és egyszerűbb kezelőhelyiséggel igyekeznek segíteni. Vannak, így pl. *Balters*, aki a rendelőbe beállított második székkel kíván időmegtakarítást elérni, úgy, hogy egy családnak tagjait vagy rokonokat egyidőben kezel, s így a tömések keményedési ideje alatt a másik széken dolgozhat.

Az a tapasztalati tény, hogy az egyszer jól-rosszul berendezett rendelőt igen nehéz megváltoztatni, ösztönöz bennünket arra, hogy igyekezzünk olyan általános elveket megállapítani, melyek minden rendelőre érvényesek. S ezzel egyidejüleg felhívjuk a figyelmet azokra a problémákra, melyekre minden berendezkedő vagy átrendezkedő kollegának gondolnia kell.

Célszerű, racionális az a rendelő, ahol *jól, gyorsan, megfelelő munkaeffektussal* és *kevés energiafelhasználással* tudunk dolgozni.

Vegyük sorba azokat a kívánalmakat, amelyek a rendelőre mindenképen vonatkoznak, akár egyhelyiséges, akár többhelyiséges, akár lakásunkkal szomszédos, akár attól teljesen különálló.

Az *elegendő* hely magunk, asszisztenciánk, gépeink, műszereink részére elengedhetetlenül szükséges. Kívánatos a kellő légtér is, hogy az orvosszerek szaga, a rendelőben égő lángok vegyi terméke és a fogorvosi beavatkozástól félő emberek fokozott kipárolgása a levegőt meg ne rontsa.

A kellő szellőztetés természetesen szükséges, de ventillátorrendszer vagy hasonló a kellő légteret nem pótolhatja.

A jó világítás nélkülözhetetlen, de a mai napig még meg nem oldott kérdés. A jó világítástól azt kívánjuk meg: 1. legyen árnyékmentes, 2. ne vakítson, 3. ne melegítsen, 4. legyen gazdaságos, 5. nagy fénykülönbségek ne fárasszanak.

A szórt nappali fény ideális, különösen ha a rendelő ablaka észak felé tekint. Ámde munkánk többségét kénytelenek vagyunk mesterséges fényben végezni, ezért rendelőnket a modern világítási technika felhasználásával úgy rendezzük be, hogy: 1. a rendelő legyen egyönteműen, de nem túlerősen megvilágítva. 2. a munkaterületek, dolgozóterületek (így: a beteg szája, munkaasztalunk, íróasztalunk, az asszisztensnő asztala) külön fényforrással legyen megvilágítva.

Sok híve van az endoszkop lámpáknak és a homlokreflektoroknak. *(Kantorovicz, Balters, Schiller, Varga, Kemény.)* Ha állandóan nem is dolgozunk ilyennel, mégis szerezzünk be megfelelő endoszkop lámpát vagy homlokreflektort, mert különleges esetekben sok időt és energiát takaríthatunk meg. Külföldön is nagyon elterjedt a magyar gyártmányú *Perba (Perlusz Béla)* endoszkop lámpa. Egyszerűségénél fogva könnyen elterjedhet a *Hübner Béla** szerkesztette szájbaakasztható endoszkop lámpa.

Az endoszkop lámpák beszerzési költsége rejtett szuvasodások megkeresésekor néhány nap alatt megtérül. Az íny alatt rejtve maradó fogkövek eltávolítása egyes külföldi szerzők szerint endoszkop lámpa nélkül nem is végezhető el jól.

Megfelelő hőmérséklet kérdésére az elmult nehéz években érdekes tapasztalatokat szereztünk. A Budapesti Stomatologiai Klinikán az ostrom alatt és a felszabadulás utáni időben ablak nélküli helyiségekben, 0° alatti helyiségekben végeztük a fogorvosi tevékenységeket. Az extrakciós munka elég jól ment, a konzerváló műveletek, fúrás, csiszolás, tömés a

* Bemutatta a Stomat. Klin. tud. ülésén. 1945 XII. 7.

hidegtől elmerevedett ujjak miatt igen nehezen. A legfontosabb tapasztalat azonban az volt, hogy a fogorvos kezének bőre 15 C° alatti hőmérsékleten a gyakori mosdás következtében tönkremegy.

A fogorvosi nehéz testi munkához az optimális nyári hőmérséklet felső határát 23 C°-ban, a téli hőmérséklet felső határát 20°-ban jelölhetjük meg. Ezen felül a munkateljesítmény csökken, az energiafelhasználódás és a kifáradás növekszik.

Sajnálatos tény, hogy fogászati rendelőhelyiségeink telepítésénél és berendezésénél hazánk különleges voltára nem voltak tekintettel, ez az oka annak, hogy nem egy fogászati rendelőhelyiségben dolgozó kollegának 28—32°-os melegben kell a nehéz testi-szellemi fogorvosi munkát elvégezni, mert a délre vagy nyugatra néző munkahelyeket a közvetlen napsütés ennyire felmelegíti.

A rendelő meleg levegőjének áramlásakor, amit egy lassú járásban tartott ventillátorral is elérhetünk, a nagy meleg tűrhetőbb. Ugyancsak a hőség elviselhetőségét a levegő nedvességtartalmának csökkentése könnyebbé teszi, ezért a rendelőhelyiségben vízpáraképződést okozó sterilizátorok nem korszerűek.

A rendelő zajtalanságára törekednünk kell, mert minden ember érzékeny a zaj iránt és munkateljesítményünk a zaj növekedésével csökken. *Laird* vizsgálatai szerint a gázanyagcsere csendes helyiségben 52%, zajos helyiségben 72%. *Barkhausen* fonométerje lehetővé teszi, hogy a hanghatásokat megmérjük. Forgalmas tér zaját, villamossal és autóforgalommal, ami 80 *phon*-nak felel meg, *Ruffer* adatai szerint kettős csukott ablak 45 *phon*-ra szállítja le.

A külső zajokon kívül, mely ellen a rendelő helyének megfelelő megválasztásával védekezhetünk, a rendelőben keletkező zajokat is a lehető legkisebbre kell csökkenteni. Erősen szóló csengő, telefonberregés, ajtóbecsapás, eszközcsörömpölés, de a rendelőbe behallatszó lépések is mind csökkentik munkateljesítményünket.

Ne legyenek rendelőnkben túlságosan nagy távolságok. Berendezkedésünk legyen olyan, hogy ok nélkül ne kelljen sokat járnunk és fordulnunk. Nyilvánvaló, hogy az a fogorvos, aki rendelés közben 8—10.000 lépést tesz meg, csupán a járástól magától is kifárad. Más szempontból a járás, amely aktív izommunka, korántsem olyan fárasztó, mint az állás, s különösen az olyan állás, amely a fogorvosoknál gyakori, mikoris a test súlypontja kívül esik a test tengelyén. Előrehajlásnál a hajlító izmok állandó feszülése azok vérellátását akadályozza. Közismert az a tény is, hogy néhány órai ütemes gyaloglás kevésbé fáraszt, mint néhány órai ácsorgás, legyen az múzeumlátogatás, városnézés vagy sorbanállás. Itt csupán röviden utalunk erre a szempontra, de hangsúlyozzuk, hogy rendelés közben bizonyos mennyiségű járkálás nemcsak hátrányt, hanem előnyt is jelent.

Legyen minden kéznél. A modern gyáripar egységkészülékei, az Unitok, a gördíthető és lábbal nyitható műszerszekrények mind arra valók. Ennek a törekvésnek azonban számolni kell több más szemponttal is. A készülékeknek jóknak, tisztíthatóknak kell lenniök, nem szabad a szabad mozgást akadályozniok, s nem kelthetnek a páciensben félelem-

érzést. A gyakorlatban túlságosan komplikált és egyhelyre összeszűkített többfeladatos gépek kevésbé válnak be. mint az egyszerűbb, egy célra jól és könnyen használható normális terjedelműek. Tisztában kell lennünk, hogy a fogorvosi eszközöket és gépeket gyártó cégek igyekeznek egymást túlszárnyalni, s így nem egyszer túlzásokra ragadtatják magukat. A mi feladatunk, hogy az orvos kritikus szemével az újításoknak is határt szabjunk, ha azok a jóság rovására mennek.

A kéznél levés elve természetesen a rendelő apró műszereinek, gyógyszereinek és anyagainak elhelyezésére is vonatkozik.

Legyen rendelőnk berendezése olyan, hogy eleve elkerüljük azokat a felesleges időveszteségeket, melyeket a páciens akaratán kívül is okoz. Itt csak néhány szempontot említünk meg:

1. Ne legyen a rendelőben a telefon úgy elhelyezve, hogy a páciensek ott bonyolítsák le magánbeszélgetéseiket. A mult számban közölt számítás alapján egy átlagos fővárosi rendelőben a fogorvos egy perce rendelési idő alatt 66 fillért ér. Egy 5—6 perces telefonbeszélgetés, ha a páciens a beszélgetési díjat meg is fizeti, a fogorvosnak a saját és a várakozó fogbetegek bosszankodásán kívül kereken 4 forintba kerül. A segítség módja: külön telefon, külön mellékállomás, — vagy legalább is külön átkapcsoló dugó.

2. Ne legyen a rendelőben fali tükör. A várószobában, öltözőhelyiségben legyen a hölgyek kalapjának feltevésére és egyéb esztétikai műveletek elvégzésére megfelelő berendezkedés, a rendelőben ez felesleges időveszteség.

3. Ne a rendelőben legyen fogas, ami úgysem higiénikus, hanem az előszobában, várószobában (ruhatárban) helyezzék el kabátjaikat, sárcipőiket a páciensek.

4. Rendelőnkből legyen külön kijárat, hogy sürgős ügyben az előszobában, a második várószobában vagy külön helyiségben tárgyalhassunk, anélkül, hogy a várakozás rendjét megbontanánk s a többi páciensel felesleges beszélgetésekre vagy magyarázgatásokra kényszerülnénk.

A rendelő berendezése könnyítse meg az asszisztenciával való dolgozást. „Asszisztensnő nélkül rendszeres fogorvosi munkát ma már végezni lehetetlen" — írja *Balogh* Károly professzor a „Modern fogorvosi rendelő" előszavában. Ezt a tényt berendezkedéskor is figyelembe kell vennünk. Legyen az asszisztensnőnek is megfelelő munkahelye és munkaterülete. Legyen asztala a tisztogatási munkák elvégzésére stb.

Az orvos és asszisztensnő mozgási pályája lehetőleg ne kereszteződjék. Ezt a szempontot már a berendezkedéskor vegyük figyelembe, s éppen ezért sokszor indokolt, hogy a rendelőben két mosdó legyen.

Az ülve és állva dolgozás problémáját vegyük tekintetbe. E helyen most ne terjeszkedjünk ki az egész komplexumra, csak néhány általános érvényű szempontot állapítunk meg:

1. Ha állva is dolgozunk, egy kis széket szerezzünk be, melyre konzultációkor, tömés keményedés bevárásakor, stb. leülhetünk.

2. Berendezkedésünk legyen olyan, hogy az ülvedolgozásra bármikor áttérhessünk, tehát ne a padlóhoz rögzített, hanem kerekeken gör-

dülő készülékeket, műszerasztalokat szerezzünk be. *(E. Heinrich, Kende János.)*

3. A kézmosáshoz, mely végeredményben tetemes időt vesz igénybe, üljünk le, mint ahogyan azt egyes modern sebészek teszik.

4. Az asszisztensnő munkáinak egyes részei, különösen a tisztogatás, szintén ülve végezhető el, gondoskodjunk részére is megfelelő ülőalkalmatosságról.

Ne kelljen hajolgatni. A berlini munkafiziológiai intézet vizsgálatai szerint ülésnél 4%, állásnál 12%, lehajolásnál 35% az energiafelhasználás, ha fekvéskor 0%-ot tételezünk fel. Vegyük ezeket az adatokat instrumentáriumunk és anyagkészletünk elhelyezésekor figyelembe. *Schwartz* (New-York) azt kívánja, hogy a fogorvosi eszközök lehajlás nélkül egy karnyujtással elérhetők legyenek. A hajolgatás elkerülését is szolgálják a lábbal nyitható és zárható berendezési tárgyak (hulladéktartó, stb.). *Szenthe* István külföldi minták alapján felálló kampót szereltetett fúrógépének lábkapcsolójára, melyet kézzel, lehajlás nélkül odébbtehet, de szükség esetén lábával is felemelhet.

Feleslegesen ne kelljen kezet mosnunk. Legyen rendelő berendezésünk olyan, hogy minél kevesebb tárgyat kelljen kézzel megfognunk, így azután a kézmosás oka is csökken. A lábbal nyitható tartóedények, az előbb említett lábbal emelhető fúrógépkapcsolódob, könyökkel működtethető önműködő eszköz- és anyagtartók, mosdócsapok mind erre a célra valók. De az egykezes dolgozásra szerkeszett eszközök, így pl. az olyan fúrógép, melyen a kézidarabokat egy kézzel lehet cserélni, is részben ezt a célt szolgálják. *Geue* írt le sok ilyen módosítást.

Ha két munkahelyünk van, alapvető dolgokban legyen meg azok között a hasonlóság. Bizonyos megszokott mozdulatok megváltoztatása felesleges energiát kíván. Igy teljesen mindegy, hogy a lengőasztalon az alkohol vagy a hyperol oldat áll első helyen. De ha egyféleképen megszoktam, idő- és energiaveszteség, ha egyik munkahelyemen másképen áll, mint a másikon. *Huszár* György szerint a két helyen dolgozó fogorvos munkaörömét fokozza az, hogy intézetekben, közös rendelőkben korszerűbb körülmények között dolgozhat.

Legyen a rendelő fejlődőképes. A jó dolgozás legfontosabb kívánalma a munkaöröm. Ennek egyik nem éppen utolsó tényezője az az érzés, hogy állandóan tökéletesedünk. Fejlesztjük tudásunkat, lépést tartunk a kor színvonalának haladásával s állandóan érezzük, hogy egyre jobban, fájdalommentesebben és gyorsabban dolgozunk. Gondoljunk erre előre, mert nincs rosszabb érzés, mintha rendelőnk idő előtt lerögzített szűk határai szabad fejlődésünknek erőszakos gátat szabnak.

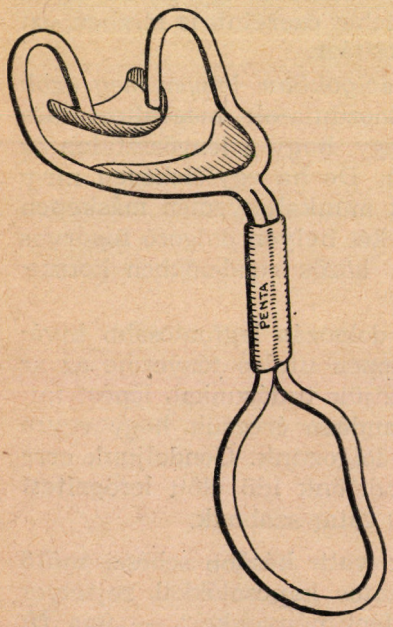
„Valamikor a fogorvosi rendelő szalón volt, később sebészi műtő lett, manapság elektromos erőközpont, titokzatos kapcsolókkal, rejtélyes jelzőlámpákkal és gondosan krómozott zsiráfépítményekkel", — írja *H. Tim.* Tény az, hogy a rendelő berendezése függ a tudomány és a technika fejlődésétől, de berendezéskor vagy átrendezéskor nem elég a ma színvonalát tekintetbe vennünk, hanem számolnunk kell a jövő fejlődésével is.

AKOLOGIKUS ÚJDONSÁGOK

Vattatekercstartó alsó frontfogak kezeléséhez

Írta: DR. HUSZÁR GYÖRGY egyet. tanársegéd.

A Magyar Fogorvos Egyesület 1926. évi nagygyűlésén mutatta be *Bányai Sándor* vattatekercstartóját. E műszer ma már minden gyakorló fogorvosnak nehezen nélkülözhető segédeszköze. Bányait a műszer kigondolására az vezette, hogy *Eggler* és hasonló rendszerű vattatekercs tartók alkalmazása sokszor a páciens reflektórikus védekezését váltotta ki. Ő ezen úgy igyekezett segíteni, hogy a beteg mutató- és középujjával szoríttatta le a vattatekercset és megszünt a reflektórikus ellenszegülés. Ennek magyarázatát abban látta, hogy mint a csiklandós ember, saját kezével szemben nem csiklandós, úgy saját magunk által végzett szájbanyúlás sem vált ki védekezést. E tapasztalat alapján a páciens ujjait helyettesítő eszközt szerkesztett a kis- és nagyőrlők kezelésénél a vattatekercs rögzítésére. A *Bányai*-féle vattatartó elterjedéséhez kétségtelenül hozzájárult az az előnye a *Guttmann* és *Eggler* vattatekercs tartóval szemben, hogy úgy a jobb, mint bal oldalra alkalmazható, az eszköz egy darabból áll, valamint az, hogy a fogak, illetve az állcsontgerinc magasságához mérten beállíttathatjuk a pácienssel.



1. ábra.

Bányai eredeti elképzelése szerint sem használható az eszköze alsó frontfogaknál, mégis a gyakorlatban sokszor használják. Oka ennek, hogy a kényelmetlenül és tökéletlenül alkalmazható *Bányai* vattartartó is sok esetben még jobb, mint az *Eggler*-féle *automaton*.

Bányai Sándor alapötletét továbbfejlesztve, vattatekercstartót készítettünk alsó frontfogak kezeléséhez (1. ábra). Az eszköz felső része hasonlít az *Eggler* ú. n. középső tartozékához, azzal a módosítással, hogy lehajlított szélei megakadályozzák a vattatekercs kiugrását. Eszközünk nemcsak a konzerváló kezeléshez, hanem pótlások beragasztásakor és ínykezeléskor is jó segédeszköz.

G. Huszár M. D.: New Instrument for Fixation of Cotton-wool Pads During the Treatment of Lower Front Teeth.

Instruments used till now for holding cotton-wool pads during the treatment of lower front teeth were unsatisfactory as their various springs and screws caused discomfort to the patient.

Author constructed a new cotton-wool pad holder (shown in Fig. 1.) which is held in position by the patient himself, without any inconvencience to him.

Megjegyzések az Árkövy-kongresszushoz

Feladatunk!

Az Árkövy emlékkongresszus szakmánk és szakcsoportunk életrevalóságának és élniakarásának fényes bizonyítéka volt. Az a bátor gondolat, hogy — legyőzve világpolitikai és gazdasági nehézségeket — idehívjuk külföldi barátainkat eredményesnek és sikeresnek bizonyult. Meghatva gondolunk román, szlovák, osztrák és belga barátainkra, akik nemcsak kitűnő előadásaikkal gazdagították tudományos műsorunkat, de a kongresszus legszorgalmasabb és legfigyelmesebb hallgatói is voltak. Mindegyikük kezében állandóan jegyzet és ceruza — gondos figyelemmel igyekeztek minden újat megrögzíteni és megtanulni. A jugoszláv küldöttség — technikai nehézségek miatt — elkésve érkezett. Azonban velük is felvettük a barátságos érintkezés fonalát és reméljük, hogy megbeszéléseinknek rövidesen gyakorlati eredményei lesznek.

Anélkül, hogy eltúloznánk a kongresszus politikai jelentőségét, mégis hangsúlyoznunk kell, hogy példamutató cselekedetet végeztünk. Az előadások alatt, a közös vacsorákon, de különösen a meghittebb beszélgetések folyamán — az az érzésünk — olyan baráti atmoszféra alakult ki, mely a legnagyobb reményekre jogosít.

Problémáink közösek; újra építeni, tovább fejleszteni szakmánkat, kultúránkat, demokratikus államberendezésünket. Segítséget nyujtani egymásnak e célok elérésében. A mult bűnös politikája a Duna-melléki országokban az egymásiránti gyűlölet állandó szításával, az önző és értelmetlen sovinizmusok fitogtatásával érte el, hogy militarista, elnyomó rendszerét évszázadokon keresztül fenntarthatta. Hinni szeretnénk, hogy kongresszusi együttlétünkkel a megbékélés és megértés eszméjét szolgáltuk. Remélni szeretnénk, hogy ezt az első lépést a tettek sorozata követi majd és megkezdett közös munkánk, a Duna-völgyi népek szívbéli barátságának válik újabb mozzanatává.

Úgy a Román, mint a Jugoszláv delegációval megbeszéltük, hogy a következő évben meglátogatjuk őket fővárosukban. A terv szerint szakmai tudósaink és legjobb előadóink egyhetes gyakorlati előadássorozatot tartanának és bemutatnák kialakult és bevált módszereinket. Úgy Bucurestiben, mint Beogradban magyarul beszélő kartársaink vannak, akik tolmácsolnák a magyar nyelvű előadásokat. Minden erővel azon leszünk, hogy a szép terv valóra váljon. Evvel párhúzamosan ki akarjuk építeni az összes szomszéd államokkal a klinikai csere-orvos intézményt.

Fiatal kartársaink a helyszínen fogják tanulmányozni és megismerni szomszédaink kultúráját, tudományos berendezéseit. Az ő küldötteik bennünket fognak megismerni, megtanuljuk egymás nyelvét és el fogjuk érni, hogy az élet diplomatái működnek majd a barátság továbbépítésén.

A kongresszuson igen nagy számban vettek részt vidéki kartársaink. Közgyűlésünkön benyujtott indítványaik, kitűnő és nagy szakismeretet bizonyító hozzászólásaik mutatják, mily lelkes tagjai szakmánknak, mennyire átérzik a közösség minden problémáját.

Egész új képet kaptunk a legnagyobb magyar ipar- és bányavidék orvosi ellátatlanságáról. Szakcsoportunk legsürgősebb feladatává vált a magyar fogorvosi országos kataszter felállítása, melynek révén kartársainknak letelepedési kérdésekben pontos útbaigazítást fogunk tudni adni. Lehetetlen állapot, hogy olyan ipari központok, mint Szerencs és Ozd fogorvos nélkül álljanak és ugyanakkor pl. szolnoki kartársainkat a mindennapi megélhetés gondja gyötörje.

Nagy hiba, hogy a vidéki problémák csak ilyen ünnepélyes alkalmakkor kerülnek a nyilvánosság elé és kartársaink, szervezeteink vezetői nem közlik gondjaikat és elgondolásaikat a Fogorvosi Szemle nagy olvasó táborával. Ezen feltétlenül segíteni kell, meg kell teremteni a Szemle országos közvéleményét.

Egyik vidéki kartársunk ötlete volt, hogy az OTI rendelje fel szakorvosait a továbbképzést nyujtó kongresszusra. A szakcsoport a kérést továbbította az OTI vezetőségének, mely azonnal a legnagyobb készséggel és gyorsasággal intézkedett. Utiköltség megtérítés és napidíjat kaptak az OTI vidéki szakorvosai, akiknek így alkalmuk nyilt tudásukat a köz javára öregbíteni. Hálásan köszönjük az OTI Igazgatóság megértő, okos és gyors intézkedését, mely tipikus példája a bürokratikus nehézségektől felszabadult, demokratikus vezetésnek. Kartársaink pedig láthatják, hogy a szakcsoport vezetősége hálával és örömmel karol fel minden jó ötletet.

Rövidesen meg akarjuk kezdeni a vidéki központok meglátogatását. Bemutatásokat, előadásokat fogunk tartani és már most kérjük a vidéki szakcsoporti vezetőségeket közöljék velünk, hogy milyen tárgyú előadások vagy demonstraciok érdeklik őket. A vidéki csoportokba be kell szervezni a fogászattal foglalkozó gyakorló orvosokat. Feltétlen érdekük, hogy a Szemlén keresztül lépést tarthassanak tudományunk fejlődésével és velünk közösen védelmezzék közös érdekeinket.

Tennivalónk rengeteg. Igyekezni fogunk célkitűzéseinkből minél többet megvalósítani!

Dr. Kende János

Megalakult a Káriesz-Bizottság

A fogszuvasodás a legelterjedtebb népbetegség. E tény felismerésének volt köszönhető az az ankét, melyet a Népjóléti Minisztérium 1946 december 5-én a Stomatológiai Klinika tantermébe hívott össze. Ez az ankét azt a határozatot hozta, hogy a fogszuvasodás leküzdésére, gyógyítására és megelőzésére alakuljon egy szerv: a *Káriesz-Bizottság*.

Az ankét határozatát úgy a Népjóléti Minisztérium, mint a Közegészségügyi Tanács magáévá tette. Ilyen előzmények után hívta *össze a Közegészségügyi Tanács* az alant felsorolt akat 1947 november 6-án a Stomatológiai Klinikára. A bizottság ülésén részt vettek: Népjóléti Minisztérium, Közoktatásügyi Minisztérium, Közegészségügyi Tanács, M. O. Sz. Sz., Fogorvosi Szakcsoport, a budapesti Stomatológiai Klinika, a szegedi és debreceni egyetemek fogászati intézete, O. K. I. népelemezési és iskolafogászati osztály, OTI, MABI, Posta Betegbizt. Int., Dobi, Máv. Betegbizt., Rendőrség fogászata, Budapest főváros közkórházai és iskolafogászata és még más intézmények képviselői.

A megalakult Bizottság első tevékenysége *Prof. Balogh Károlynak elnökké* választása volt. A Bizottság titkára *dr. Sugár László* tanársegéd, a kikiküldendő munkabizottság vezetője pedig *dr. Hattyasy Dezső* egyet. m. tanár lett.

Prof. Balogh Károly a Bizottság munkatervét ismertetve rámutatott arra, hogy a gyermeki csontrendszer és fogazat kialakulásában milyen fontos szerepe van az élelmódnak és táplálkozásnak. Fontos tehát, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet népélelmezési osztálya a munkában a Káriesz-Bizottsággal együtt működjék.

Az O. K. I. népélelmezési osztályának vezetője, *Sós József prof.* igéretet tesz, hogy vállalja a bizottságban az ez irányú munkát.

A *Bizottság* jövőjére nézve igen jelentős volt *Zsebők Zoltán dr.* egyetemi m. tanár, miniszteri osztályfőnök felszólalása: „Ha gyorsan és hatásosan akarunk működni — mondotta —, akkor elsősorban a szükséges pénzösszeget kell előteremtenünk. Meg kell állapodnunk abban, hogy a felmerülő költségeket a résztvevő testületek milyen arányban osszák meg egymás között. Véleményem szerint ez az összeg hozzávetőlegesen évi 100.000 Ft-ban állapítható meg. A Kultuszminisztérium nevében igéretet teszek, hogy a minisztérium a reáeső részt sürgősen és hiánytalanul rendelkezésre fogja bocsátani.

Az előttünk álló munka először kutató, később gyógyító tevékenységből áll. Ismerem a káriesz-problémát és tudom, hogy senkit sem kell meggyőznünk arról, hogy a kárieszes fogak gyógyítása sokkal kisebb összeget emészt fel, mint protézisek készítése. Tehát a biztosító intézeteknek sem lényegtelen, hogy résztvesznek-e ebben a munkában, mert itt az ő érdekükről is szó van.

Munkánk tehát kutatásból és gyógyításból áll. A kutató munka feltételei közül először is biztosítani kell a járművet, amivel az ország területét bejárjuk és biztosítani kell a személyzet fizetését. A személyzet kérdéséről a véleményem az, hogy aki kutató munkával foglalkozik, más irányú munkát csak a kutatás rovására végezhet. Tehát adjon a népjóléti és a kultuszminisztérium, adjanak a Biztosítók és a Bizottság többi testületei is betöltetlen állásokat a kutató munkával foglalkozó orvosok, asszisztensek részére, ami megélhetésüket biztosítja."

Dr. Varga Lajos közegészségügyi főfelügyelő, mint a Népjóléti Minisztérium megbízottja, megigéri az anyagi hozzájárulást a Bizottság számára, elmondja, hogy a Népjóléti Minisztérium az OKI-val karöltve hathatós munkát fejt ki az iskolafogászat terén. 21 iskolafogászati szerv működik, 15 van szervezés alatt. 35 fúrógép és 25 teljes felszerelés áll rendelkezésünkre, amelyet a 3 éves terv kapcsán 170-re fognak felemelni. Az iskolafogászat multbeli munkája azonban nem volt teljes, mert a felvilágosítás, megelőzés és gyógyítás munkáját ki kell terjeszteni a terhes anyákra is.

A Népjóléti Minisztérium az OKI-val karöltve mintajárásokat akar szervezni, amelyek kutatásaikat és adatfelvételeiket a Bizottság rendelkezésére fogja bocsátani. Nagy jelentőségűnek tartja a fogszakorvosok vidéki letelepítését a nép széles rétegeinek felvilágosítása és gyógyítása érdekében.

Meggyőződése, ha a két illetékes minisztérium, kultusz és népjóléti, a biztosító intézetek és az OKI a Bizottsággal együtt fog működni, eljön az az idő, amikor a káriesz már nem mondhatjuk népbetegségnek.

A Magyar Nők Demokratikus Szövetségének kiküldöttje igéretet tesz, hogy mozgó ambulancia autójuk esetenként a Bizottság rendelkezésére áll.

Dr. Pollatschek Gyula főorvos kifejti meggyőződését, hogy a Biztosító Intézetek vezetőségei átérezve a Bizottság munkájának fontosságát, nem fogják az anyagi segítséget megtagadni.

Prof. Melly József e. i. dékán, a Közegészségügyi Tanács képviselője, nagy eredményt lát a Bizottság jövőjére nézve, hogy megalakult a munka-

bizottság és hogy az illetékes hatóságok részéről az anyagi támogatás biztosítottnak látszik.

Valóban a Bizottság alakuló ülésének résztvevői avval a hittel távoztak, hogy a fogszuvasodás, a legelterjedtebb magyar népbetegség leküzdése irányában jelentős kezdeményező lépés történt. *Dr. Huszár György*

KÖNYVISMERTETÉS

Dr. Frankl Zoltán: A fogorvosi sebészet fejlődése és jelenlegi állása Magyarországon. Orvosok Lapja kiadása. 96 oldal. 6 ábra. Ára: Ft 9.—.

Ez a kis könyv igen jó áttekintést nyújt a stomatologia egyik fejezetének mai állásáról és főleg a szakirodalmi felfogásokról. Látszik minden állásfoglalásáról, hogy a szerző a betegágy mellett szerezte tapasztalatait, s nem irodalmi kompiláció eredménye ez a munka. Kitünik ez abból is, hogy van bátorsága egyes — még vitatott — kérdésben a határozott véleményre, mit csak a biztos tudással és bő gyakorlati tapasztalattal rendelkezők szoktak nyilvánítani. Ilyen kérdés például az, hogy vajjon szükséges és hasznos-e, ha fogeltávolítás után éles kanállal takarítja ki a műtő a fogmeder üregét. Igen sok vitára adott már alkalmat ez a probléma, s a szerző határozottan a kikaparás mellett tör lándzsát, bár megemlíti, hogy sok híve van az ellentétes nézetnek is. Referens is ezek közé tartozik sok más nagy tapasztalatú gyakorlati szakemberrel együtt. De természetesen még sok további vizsgálatra lesz szükség, míg a kérdés végleg egyik vagy másik irányban eldől.

Igen jó az állcsonttörések fejezete, de itt sem érthetünk egyet a szerző álláspontjával, hogy a Hauptmayer-sínt előnybe helyezi a puhább, alkalmazkodóbb újezüst sínnel szemben.

Ezeknek az egyéni nézeteknek hangsúlyozása azonban nemhogy ártana, de ellenkezőleg csak érdekesebbé teszi a könyvecskét, melyet minden gyakorló fogorvosnak melegen ajánlunk.

dr. Varga István

J. P. Weinmann and H. Sicher: Bone and bones fundamentals of bone biology. The C. V. Mosby Co (St. Louis) kiadásában jelent meg 1947-ben, 453 oldal, 289 fekete nyomatú ábrával.

A csontok és csontrendszer normális és kóros viszonyait tárgyalják a szerzők a biológiai elvekre támaszkodva. Nélkülözhetetlen ez a könyv mindazok számára, akik a csontos képletekkel kapcsolatos gyógytudomány bármelyik ágát művelik. Általános, az egész szervezetre vonatkozó csonttani kérdésekkel foglalkozik, de a koponya, állcsontok (különösen a mandibula) és a fogak problémáit különös részletességgel tárgyalja. Az ismert csonttanok a csontokkal mint a szervezet támasz- és pillérrendszerével foglalkoznak, leírják tüzetesen az anatómiai konfigurációkat és a lágyrészekkel kapcsolatos viszonyokat. A szerzők a csonttal mint szervvel foglalkoznak, különös figyelmet szentelve a csontszövet merev állományának a lágyszövetekhez hasonló biológiai tulajdonságaira is.

Az első, rövidebb részben közismert szövettani, strukturális és fejlődéstani fejtegetésekkel vezetik be a művet, de az ábrák és a szöveg egyszerű és szabatos kifejezésmódja ezt is élvezetessé teszi.

A második részben a csontok kórtani viszonyait taglalja. A csont és csontrendszer anomáliái után az endokrin aparatus és vitamin kérdés fejezetei a mű szinte kiemelkedő részét képezik. Ezeknek az elméletileg ismert kérdéseknek kísérleti vizsgálatokkal fűszerezett szövettani ábrái figyelemre méltók. A csontszöveti defektusok gyógyulásait tárgyalva az extrakciós seb kérdését is érinti sajátságos módon egész röviden a mű kiterjedéséhez képest, pedig úgy hiszem a mű irányelvei alapján a gondolatokat itt még folytatni lehetne.

A csontszövet elhalásos és gyulladásos folyamatai után a csonttumorokat tárgyalja. Úgy érezzük, hogy ebben a fejezetben kulminál a mű, mert ezzel behatóbb részletességgel foglalkoznak a szerzők.

Közel harminc sűrűn szedett oldalas irodalommal zárják a könyvet, ahol mindazok, akik idevágó kutatómunkával foglalkoznak, készen találják a részletkérdésekről szóló adatokat.

dr. Perint Jenő

Bulletin de la Fondation Documentaire Dentaire. Bruxelles. *(A fogászat nemzetközi irodalmának összegyüjtésére és továbbfejlesztésére létesített intézmény időszakos jelentése.)*

A fentnevezett intézmény felajánlotta szerkesztőségünknek negyedévenként megjelenő közlönyének rendszeres küldését cserébe a Fogorvosi Szemléért. Ezen intézmény, melyet a Fédération Dentaire Internationale létesített, célja az összes odontologiai és stomatologiai könyveknek, folyóiratoknak, közlönyöknek, szemléknek, katalogusoknak etc. összegyüjtése és megőrzése. Másodszor, ezeknek bibliografiai osztályozása, indexxel ellátása, feldolgozása. Végül pontos bibliografiai tájékoztatás és teljes irodalmi adatgyüjtemény szolgáltatása mindenkinek, aki a fogászati irodalom bármely részlete iránt érdeklődik. Addig míg az F. D. D. pénzügyi alapja a nemzetközi valutáris korlátozások miatt nem állt helyre, a Bulletin csak igen lerövidített közlöny formájában fog megjelenni.

Dr. Ábrányi Zoltán

HIREK

AZ ÁRKÖVY EMLÉKKONGRESSZUS résztvevőinek látogatása a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének székházában.

Szeptember 20-án, az Árkövy emlékkongresszus után a MABI vezetőségének meghívására a külföldi és belföldi résztvevők megtekintették a MABI Péterffy-Sándor-utcai székházában működő fogászati osztályokat. A látogatásnak külön érdekessége, hogy az egész üzem teljes működésben volt, tehát a szakértő közönség a berendezésen, felszerelésen kívül az egész üzem működésének rendszerét, a betegellátás módját is láthatta. Egyes osztályok, így a röntgen, de különösen a szájsebészet, beteganyagán tanulságos bemutatásokat végzett.

A látogatók először a földszinten elhelyezett konzerváló-osztályt tekintették meg, ahol a hatalmas világos termekben 11 Unit-készülék áll. A legújabban felszerelt haton légkompresszor is van. Minden munkahelyhez a modern kor igényeinek megfelelően külön asszisztensnő van beosztva. A fogorvosok munkakedvét kétségen kívül fokozza, hogy minden orvos mindenféle fogorvosi munkát elvégez, tehát, töm, extrahál és protézist készít. A különleges nehéz esetek kerülnek a szájsebészeti osztályra. A röntgenfelvételek készítése és a diathermiás kezelések a „Röntgen és elektroterápiás osztályra" hárul.

A felszerelés jó kihasználására a konzerváló osztályon négy rendelés működik. Az első *dr. Lajta Márkus* főorvos vezetésével 11 orvos, a második *dr. Kovács György* főorvos vezetésével 9 orvos, a harmadik *dr. Cseres Pál* főorvos vezetésével 5 orvos, a negyedik *dr. László Jenő* vezetésével 8 orvos.

A páciensek a szolgáltatásokat, még a protéziseket is ingyen kapják. A családtagok önköltségi árat fizetnek.

A „Röntgen és elektroterápiás" osztályon három rendelés van. Az elsőt *dr. Ferenczy Károly*, egy. m. tanár vezeti, a másodikat *dr. Gerinczy Alajos* főorvos, a harmadikat *dr. Polgár Gyula* főorvos.

Itt végzik a diathermiás gyökérkezeléseket is. Nagy előnye, hogy a röntgenkontrollokat helyben elvégezhetik. Itt készítik elő a fogakat reszekcióhoz, itt végzik a rövidhullámkezeléseket.

Mindegyik osztály szoros kapcsolatban van a szájsebészeti osztállyal, mely az emeleten világos, észak felé tekintő hüvös helységekben van elhelyezve. Az újonnan berendezett műtő, mely főorvosa *dr. Frankl Zoltán* egyetemi m. tanár elgondolása szerint készült, sok ügyes tökéletesítést valósít meg. Ilyen a műtőasztal, melyen külön felszerelt lábtartó van, a fej rögzítéséről külön gondoskodás történik. Az instrumentárium a szájsebészeti tapasztalatok alapján készült, itt megemlítjük az arányalag nagyfejű vésőket, melyek az orvos kezét jól megvédik.

A szájsebészeti osztályon *dr. Frankl Zoltán* főorvos az elmult napok legérdekesebb műtéteit a betegek és a röntgenképek bemutatásával érdekesen demonstrálta, ami különösen a külföldi résztvevőknél váltott ki nagy érdeklődést.

A tanulságos látogatást befejezésképpen a MABI vezetősége nevében *Kanizsa* aligazgató néhány meleg szóval üdvözölte a megjelenteket kiknek magyaros vendégszeretettel igyekezett a látogatást minden vonatkozásban emlékezetessé tenni. A Kongresszus vezetősége nevében *dr. Morelli Gusztáv* elnök gratulált a MABI hatalmas fejlődéséhez

és köszönte meg a meghívást és meleg fogadtatást. *Dr. Sztrilich Pál*

Több papíros termelésének s így közvetve több rotációs papíros gyártásának egyik fontos feltétele, hogy a papíroshulladék-gyüjtő szervekhez minél több hulladékpapíros jusson el. A hulladékpapíros gyűjtésére az elmúlt hónapokban — egyelőre csak Nagy-budapesti viszonylatban — akció indult meg. Az elmúlt hónapok papíros-begyüjtésére visszatekintve örömmel lehet megállapítani, hogy a nagyközönség átérezte a papíroshulladék gyűjtésének fontosságát és az akció megindításától a háztartásokban, üzletekben és irodákban begyüjtött papíroshulladék mennyisége ugrászerűen emelkedett. Így: július hónapban mindössze 17.000 kg. volt a beszolgáltatott háztartási stb. hulladékpapíros mennyisége, augusztus hónapban 118.000 kg. és szeptember hónapban a hulladékgyüjtő szervek 219.500 kg.-ot vettek át és fizették meg az ellenértékét. Ezek az adatok csupán a háztartási stb. hulladékpapíros gyüjtésének eredményére vonatkoznak. Havonként a hulladékpapíroskereskedők átlagosan 850.000 kg. hulladékpapírost gyüjtenek be az egész ország területéről.

Ezek az örvendetes adatok a hulladékpapíros gyűjtés terén fokozott tevékenységre hívják fel a hulladékgyüjtő szerveket és szükséges, hogy a nagyközönség továbbra is átérezze a gyüjtés fontosságát és hulladékgyüjtő szerveknek eladja — a legutolsó hulladékpapíros eladása óta — a felgyülemlett háztartási, irodai, üzleti hulladékpapírost.

Ezek a számok a hulladékpapírosgyüjtést csak Nagy-Budapesti viszonylatban mutatják be, mert az országos gyüjtés megindítása ezideig még bizonyos technikai nehézségekbe ütközik.

Sajnos vámkülföldről papíros-nyersanyagot csak nagy nehézség árán és nemes valutáért lehet beszerezni és ez indokolja azt a szükségszerűséget, hogy minden józan és hazafiasan érző ember a hulladékpapíros gyüjtéséből vegye ki részét.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

A FOGORVOS SZAKCSOPORT 1947/48. ÉVI PÁLYADÍJAI. A Fogorvosi Szakcsoport Választmánya 1947 novemberi ülésén a Tudományos Bizottság javaslatára elhatározta, hogy tudományos munkák megjutalmazására pályadíjakat tűz ki.

1947/48. évben a következő pályadíjakat tűzi ki Szakcsoportunk:

1. *Szabó József—Salamon Henrik pályadíj.*

E pályadíjban tudományos folyóiratban, bármely nyelven, az 1947. évi közgyűlés és 1948 jún. 30. között megjelent legjobb klinikai v. experimentalis, önálló kutató munka szerzője részesül. E pályázatra pályamunkákat beküldeni nem kell.

2. *Morelli Gusztáv—Forgách Aladár pályadíj.*

Irassék le három különböző érdekes stomatológiai kóreset (kórelőzmény, kórlefolyás, gyógykezelés) és tanulsága. Közölt esetek nem vehetők figyelembe. A közlés joga a szakcsoport hivatalos lapjáé.

3. *Fried Samu pályadíj.*

Jutalmaztassék az a legjobb stomatológiai közegészségügy, a szakpolitika, a fogorvosi etika körébe tartozó, vagy hasonló tárgyú dolgozat, amely az 1947 évi közgyűléstől az 1948. évi közgyűlésig nyomtatásban az orvosi szaklapok egyikében megjelent, vagy amely, bár csak kéziratban van meg, de mint pályamunka, fenti pályázatban részt kíván venni.

A 2. sz. pályázat jeligés. A pályázatok beküldési határideje 1948 jún. 30. A pályázatok a Szakcsoport Elnökségéhez (Budapest, Nádor-u. 32. III. em.) küldendők be. A pályázó csak a Fogorvosi Szakcsoport tagja lehet.

Bírálók: a budapesti Stomatológiai Klinika igazgatója, a Fogorvosi Szakcsoport elnöke, továbbá a Tudományos és Gazdasági Bizottság elnökei, a Fogorvosi Szemle és Orvosok Lapja szerkesztői.

Amennyiben a bíráló bizottság a jelzett időközben megjelent, illetve beküldött dolgozatok közül egyet sem talál jutalmazásra érdemesnek, jogában áll a jutalom odaítélését erre az esztendőre megtagadni.

Mindhárom pályadíj összege egyenként 500.— forint.

A pályázatok eredményét az 1948. évi közgyűlésen hirdetik ki.

A pályázatokkal kapcsolatban esetleges bővebb felvilágosítással a Fogorvosi Szemle szerkesztősége szolgál.

PÁLYADÍJ. Dr. K. Gazda Lilly kollegánőnk a háború alatt, hivatása teljesítése közben elhunyt férje, néhai dr. Gazda László fogorvos emlékére 500 forintos pályadíjat adományozott. A pályadíjban *„A regio ramificationis stomatológiai jelentősége"* című és tárgyú legjobb pályamunka részesül. A pályázat beküldési határideje 1948 május 1. A pályázat jeligés. A pályadíj bírálója a Budapesti Stomatológiai Klinika igazgatója. A pályamunka a bíráló címére (Budapest, Mária-utca 52.) küldendő. A pályázat eredményét a Stomatológiai Klinika 1948 május havi utolsó pénteki ülésén hirdetik ki.

A villanyáram korlátozási rendelet nem vonatkozik azokra a budapesti fogorvosokra, kik havi Ft. 200.— együttesadónál nem fizetnek többet. Kivételezésük érvényesítéséhez azonban kérvényt kell az Iparügyi Miniszterhez címezve az Elektromosművek illetékes kerületi irodájához beadni. A kérvényhez mellékelni kell a Szakszervezet adóosztályának igazolását, hogy a havi adó a 200.— Ft-ot nem haladja meg, továbbá felsorolandó a rendelőben használt összes villanykészülék. A kérvényre Ft. 6.— okmánybélyeget kell ragasztani. A kérvény szövege a havi 40 kw-on felüli fogyasztás büntető pótdíj nélküli engedélyezését kérje.

Tudományos ülés:

1947. dec. 11. d. u. 7-kor a Stomat. Klinikán.

1. Betegbemutatások.
2. Dr. Deák László: A protetika kényes kérdései.

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvosi Szakcsoportjának hivatalos helyisége: Budapest, V., Nádor-utca 32.

Elnök fogad szombat d. e. 10—11.

A Főtitkár fogad: szombat d. e. 9—11-ig.

Postatakarékpénztári számlánk száma: 52.344.

Tökéletesen berendezett fogorvosi rendelő bérbeadó vagy eladó. Telefon: 162—424.

ÁLLÁSNYILVÁNTARTÁS

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (Budapest, VII., Péterffy S.-u. 14.) pályázatot hirdet Csepel, Budafok-Albertfalva, Kispest, Pestszentlőrinc és Pesterzsébet-Pestszentimre közigazgatási területén lakó intézeti biztosítottak ellátására egy-egy, összesen négy, magánrendelőjében működő körzeti fogszakorvosi állásra.

Az állások javadalmazása a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetével kötött kollektív szerződésben egy 2 órás rendelőintézeti orvos részére biztosított illetménnyel egyezik meg.

A bélyegtelen pályázati kérvényeket az Intézet igazgatóságához kell címezni a legkésőbb 1947 nov. 30-án dé.i 12 óráig az e. ü. főosztály segédhivatalában (VII., Péterffy S.-u. 14., fsz. 31.) benyujtani.

A pályázati kérvényhez csatolni kell eredetiben, vagy hitelesített másolatban:

1. az ország területén orvosi gyakorlat folytatására jogosító oklevelet;
2. szakképzettséget igazoló bizonyítványt;
3. a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete tagsági igazolványát;
4. a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezte igazoló bizottságának határozatát;
5. nyilatkozatot arról, hogy a pályázó nem a B-lista rendelet 2/a. pontja alapján állásából elbocsátott orvos;
6. nyilatkozatot az esetleges meglevő állásokról;
7. végül röviden megszövegezett életrajzot.

Az 5. és 6. pont alatt megkívánt nyilatkozat adatainak nem a valóságnak megfelelő közlése a pályázat esetleges megbízását érvénytelenné teszi.

A körzeti szakorvosi állásokra csak azt lehet megválasztani, akinek szakképesítése van.

Az Intézet fenntartja magának a jogot, hogy a megbízandó orvos beosztását, illetve körzetének határait a szükséghez képest megváltoztassa.

Az e késetten benyujtott, vagy hiányosan felszerelt kérvényeket az Intézet nem veszi figyelembe.

Budapest, 1947 október 29.

Nágai Lajos elnök.

Kivonatos jegyzőkönyv

a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportjának

1947. évi szeptember hó 20-i közgyűlésén

Dr. Simon Béla elnök a következő szavakkal nyitja meg az ülést:

Mélyen tisztelt Hölgyeim és Uraim!

Van szerencsém a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportjának 1947. évi közgyűlését ezennel megnyitni és a megjelent kartársakat őszinte szeretettel üdvözölni. Mélyen t. Uraim és Hölgyeim. Ez a közgyűlésünk sok mindenben különbözik a megelőző években tartottaktól, legfőképpen abban, hogy igen hosszú idő után ez az első közgyűlés, amelyet ismét mint békés és néhány nap óta szuverén ország polgárai tarthatunk. Nem hiszem, hogy volna valaki is közöttünk, aki akarná az elmúlt pusztító háborút és mindazt, ami vele együtt járt, mert hiszen éppen egyesületünk volt az egyike azon kevés egyesületeknek, mely annak idején az emberi jogokat megcsúfoló rendelkezések egyikét sem hajtotta végre, amiért ismételve is meg kell hajtsuk az elismerés zászlóját az akkori vezetőség és annak elnöke: Morelli Gusztáv előtt. Éppen azért azt sem tudom elképzelni, hogy csak egy is akadna közöttünk, akit most ne hatna át a felemelő tudat, hogy ismét teljesjogú részesei vagyunk annak a nagy emberi közösségnek, melynek még most sem tudom elhinni, hogy ne lenne valami más, valami nemesebb hivatása, mint az egymást való oktalan pusztítás.

Megragadom tehát az alkalmat, hogy midőn alázatos szívvel hálát adok az Istennek, hogy ha megfogyatkozva is, de megérhettük ezt a napot, egyben Isten áldását kérem jövendő békésszándékú munkásságunkra. Mert az csak természetes, hogy mi is teljes szívvel belekapcsolódunk abba az egyetemes törekvésbe, mely a pusztulásból a haladás és a kultúra útjára akarja terelni ezt a megtévedt világot. Adjon Isten kellő bölcsességet mindazoknak, akik az országot, sőt a világ sorsát intézik, hogy megtalálják azt a helyes utat, mely a mindannyiunk által hőn óhajtott örök békességhez vezet.

De idei közgyűlésünk egyébben is különbözik a megelőzőktől. Az 1947. év a talában a hároméves újjáépítés kezdetét jelenti. Mi ezen az 1947-es közgyűlésünkön már örömmel jelenthetjük, hogy a mi újjáépítési tervünk már nem terv, hanem egy befejezett valóság. Egyesületünk reorganisatiójával elkészültünk. Működése elérte a békebeli maximális teljesítményt. Az évek óta szünetelő Fogorvosi Szemle január elseje óta rendszeresen megjelenik és ha rajtunk kívül álló okból terjedelme még nem is érte el a békebelit, tartalmilag azonban már szinte túlhaladta. A Szemle megjelentetésében kimagasló érdemeket szerzett Vargha István magántanár úr és hűséges munkatársai, dr. Huszár György és dr. Sugár László tanársegéd urak, kiknek ezúton is ismételten megköszönöm önzetlen és fáradságos és eredményes munkásságukat.

A tudományos ülések, melyeket havonként rendszeresen tartottunk, már szintén békeszínvonalúak voltak és nagyrészt élénk érdeklődést tudtak kelteni. Az előadások anyagának gondos összeállítása Sugár László tanársegéd úr érdeme, akinek ezért, Balogh Károly professzor úrnak pedig a tanterem és beteganyag szíves átengedéséért mondok hálás köszönetet. Természetesen — s ezt talán elsősorban kellett volna tennem — hálásan köszönöm az előadóknak, hogy nívós előadásokkal segítettek a békeszint eléréséhez és köszönöm a hallgatóság érdeklődését is, mellyel az előadókat ambicionálták.

Végül a most lezárult nagygyűlésünk sikere, melynek ünnepélyességét a nagyszámban megjelent külföldi előadók is emelték, szintén a békebeli szint

elérése mellett szól. A kongresszus minden részletre kiterjedő gondossággal való megrendezésének érdeme Morelli professzor úré, ki lelkes munkatársainak élén gondoskodott arról, hogy ne csak a hazai, de külföldi vendégeink is a legjobb emlékekkel távozzanak.

Azt hiszem, nemcsak a magam, de a szakcsoport nevében is kifejezhetem ezúton is leghálásabb köszönetünket.

Ezek után azt hiszem, nyugodtan lefektethetjük egy következő 3 év tervét, melynek sikerében az elmúltakban tapasztaltak alapján azt hiszem, bízva bízhatunk.

Szakcsoporti életünk egyéb kimagasló eseményeiről Kende János főtitkár úr fog beszámolni.

A közgyűlést megnyitottnak nyilvánítom.

Ezután **dr. Kende János** mondja el főtitkári beszámolóját.

1947 szeptember 20-i közgyűlés főtitkári jelentése.

Mélyen tisztelt Közgyűlés!

Szakcsoportunk kétéves működésre tekint vissza. Beszámolómban az utolsó év eseményeiről kell szólnom és a leszűrhető tapasztalatok alapján további tevékenységünket irányító indítványaimat előterjesztenem.

1946. évi közgyűlésünk a stabilizáció legelső időszakában játszódott le. Hálával és örömmel kell megállapítanunk, hogy hazánk gazdasági megerősödése azóta óriás léptekkel haladt előre. A háborútól teljesen porrá zúzott kis ország — az egész világ ámulatára — önerejéből talpra állt és Európa nemzetei között ma Magyarországon az életszínvonal, az átlagnál messze magasabb. A dolgozók minden rétege büszkén tekint vissza a küzdelem eme hőskorára és eredményeiből újabb célok elérésére merít erőt.

A felépítő munkában az orvosi kar és benne mi, fogorvosok is kivettük részünket.

Szakmai szempontból a legkiemelkedőbb esemény, a fogászat kötelező hallgatásának elrendelése. A szülészet kötelező hallgatását 1867-ben rendelte el a Kultuszminiszter, a kar azon felterjesztésére, mely többek között a következőket tartalmazta:

„Az anya tudományoktól, mint törzsektől különvált tudományágak részére, milyenek az idegek kórtana és villám gyógytana, a fülgyógyászat, fogászat, a gégebántalmak, nemkülönben a mellékbántalmak kór- és gyógytana, továbbá a bujakórtan, bőrgyógytan, a női betegségek és a gyermekgyógyászat, külön tanszékek rendszeresítése nem szükséges. Minthogy azonban célszerű, ha azok külön téren is míveltetnek, azoknak magántanárok, vagy rendkívüli tanárok általi tanítása a körülmények szerint lehetőleg előmozdítandó s a művelésük mezején szerzett érdemek, mint elismerésre méltók megfelelőleg jutalmaztassanak."

Közgyűlésünk azt hiszem egyhangúlag fog hozzájárulni, hogy Balogh Károly professzor úrnak igen csekély jutalmazásképpen őszinte köszönetünket és hálánkat fejezzük ki szakmánk egyetemi előléptetése körüli érdemeiért.

Az 1869 április 6-i felirat még a nőgyógyászat, bőrgyógyászat, gyermekorvostan tanszékeit tartotta a fogászaton kívül feleslegeseknek. Most a fogászat is felsorakozik az egyetemi képzés alapdisciplinái közé s reméljük, hogy ezzel az elismeréssl meg fog szabadulni, a fejlődés során oly sok zavart keltő kuruzslás rendbontó kísérleteitől.

Szakmai életünk második jelentős eseménye a Fogorvosi Szemle megindulása volt. Rendkívüli nehézségek akadályozták elindulását, sok bajjal kell még ma is megküzdeni és távolról sem vagyunk megelégedve a lap külalak-

jával. Kilátásunk van azonban arra, hogy rövidesen olyan megállapodást köthetünk a kiadóval, mely elimpálni fogja az eddigi hiányokat.

A lap szellemi részét illetőleg, egy komoly hiányra kell rámutatni. Nem alakult ki a lap olvasóinak közvéleménye. A szerkesztőség számtalanszor kérte vidéki szakcsoportok vezetőit és összes vidéki olvasóit, írjanak magukról, életkörülményeikről. Szakcsoporthoz számtalanszor felterjesztett panaszokat — és kívánságokat igyekeztünk a rendelkezésünkre álló lehetőségek szerint elintézni, megfelelő helyre továbbítani. Mennyivel nagyobb visszhangra talált volna és találna a jövőben is a sajtó nyilvánossága útján közzétett panasz és javaslat, mely sokszáz példányban, egy hatalmas olvasó táborban találna megszámlálhatatlan segítő társat.

Mozgalmi életünk egyik kiemelkedő eseménye, az OTI fogászati reform ankétja volt. Az ankéten megjelentek az OTI vezetői és személyesen győződtek meg a magyar fogorvosi kar önzetlen reformáló készségéről. Meg vagyok győződve róla, hogy az ankét leszűrt véleménye alapján felterjesztett memorandumunk az OTI vezetőségénél meghallgatásra fog találni. Indítványozom, hogy az OTI reform felvetése, tárgyalása és kidolgozása körüli érdemeikért a közgyűlés Pollatschek, Rehák, Gyertyámossy, Deák és Polák kartársaknak köszönetét fejezze ki.

Az OTI ankét fényes bizonyítéka szakcsoportunk jelentőségének. Az OTI vezetői — akik a múltban — a bürokratikus hierarchia elérhetetlen parnasszusán ültek — most a fogorvosok érdekképviseletén keresztül — a teljes szakmai nyilvánosság előtt és ennek consultatív bekapcsolásával óhajtanak problémáikra megfelelő választ kapni. Az OTI orvosok — a szakcsoporton keresztül — mint szabad tárgyaló felek vitázhatnak feletteseikkel, érdekeiket és kívánságaikat a szakcsoport magáévá téve, teljes súlyával mögöttük áll.

Ezen év történetéhez tartozik a szakcsoporti adminisztráció lefektetése és megindítsa. Megelégedéssel kell a t. Közgyűléssel közölnöm, hogy tökéletesen működő gépezetünk van. Még egy évvel ezelőtt arról panaszkodtam, hogy nincs hol egy levelet megírnunk, addig ma örömmel közölhetem, hogy a szakszervezet vezetősége teljesen független irodahelyiséget bocsátott rendelkezésünkre, hol kitűnő munkaerő végzi szakcsoportunk minden ügyes-bajos dolgát. A Kartársak tapasztalhatták, hogy minden ügyükben, minden időben rendelkezésükre állunk. Az aranyigénylés és kiutalás körül soha panasz nem merült fel. A kongresszus előkészítése és lebonyolítása mintaszerűen történt. Levelezésünkben és az ügyiratok elintézésében restancia nincsen. A kongresszus előkészítését hosszú hónapokkal ezelőtt kezdtük meg. Meghívóinkat elküldtük az összes fogorvos egyesületeknek és hogy nem mind jöttek el, ezt csak az általános világnyugtalanság okozta. De életjelt adtunk magunkról, minden szakegyesülettel felvettük az érintkezést és mint hallották, igen szívélyes hangú válaszban mentették ki magukat, még az USA-ból is.

Ezen az alapon fogunk tovább dolgozhatni és minden erőnkkel odahatni, hogy a tudományos élet internationaléjában szerephez jussunk. Elsőrendű feladatunk a szomszéd népekkel feléledő jóbaráti viszony ápolása és már itt rá akarok mutatni annak a szükségességére, hogy főleg Jugoszláviával és Romániával meg kell szerveznünk az orvoscsere lehetőségét és ösztöndíjakkal kell lehetővé tennünk az ottani orvosok magyarországi továbbképzését. A kongresszus szervezésének és keresztülvitelének méltatásánál külön fejezetet kell szentelnem, a kongresszus elnökének, Morelli Profeszor úrnak. A szakcsoport vezetősége kérte őt fel, ennek a nehéz szerepnek a vállalására. Ő, az őt annyira jellemző készséggel és szerénységgel vállalkozott rá és azóta, hónapok óta, hangyaszorgalommal, mindenre kiterjedő figyelemmel,

a legkisebb részletre is gondosan ügyelve, de amellett a nagy vezető általános szempontjait soha el nem tévesztő biztonsággal, egyedül álló tapintattal és az igazán fesőbbrendű ember kedvességével és ügyszeretetével irányította munkánkat. Nagyobb diszt, minthogy már megalakulásunkkor tb. elnökké választottuk, szakcsoportunk nem tud neki nyujtani. De ki kell újra hangsúlyoznunk, hogy közgyűlésünk a legnagyobb hálával köszöni működését, büszke rá, hogy magunkénak vallhatjuk és csak arra kérjük és azt kívánjuk, működjék még hosszú-hosszú évekig hasonló sikerrel orvostársadalmunk, tudományunk, hazánk felvirágoztatásán. A kongresszusi munkában ugyancsak jelentős módon vettek részt: Sugár, Eidus, Perint és Frankl kartársak.

A szakcsoport az elmúlt évben tevékeny részt vett az adó megállapításában. Kiküldött bizottságaink lelkiismeretes és fontos munkát végeztek és hogy az adókivetés körül mégis jelentékeny izgalmak keletkeztek, ennek oka éppen az volt, hogy a Szakszervezet adóosztálya eltért a szakcsoport megállapításaitól. A kérdés rendezésénél nem is volt más kiút, mint visszatérni a szakcsoport javaslatához, melynek elfogadása a nagy adózóknál is elismerést talált. A jövő évi adó megállapításánál fokozottabb mértékben kell kérnünk a szakcsoport véleményének elfogadását. A szakcsoport feladata lesz viszont, az adómegállapító apparátusát olymódon kiépíteni, hogy minden tagnak módja legyen közvetlenül és személyesen tárgyalni a megfelelő bizottsággal.

Beszámolóm hiányos volna, ha nem emlékeznék meg azon törekvéseinkről, melyek eddig eredménytelenek voltak. Sajnálatta kell leszögeznem — és itt nemcsak szűkebb szakmánk —, de az egész magyar orvostársadalom nevében szólhatok, hogy az oly sokszor beígért orvosi rendtartás még mindig nem jelent meg. Szinte elképzelhetetlen, hogy a társadalom egy ilyen fontos tagozatának, az állami élet nélkülözhetetlen és intergráns részét képező szervnek, a magyar orvosi karnak nincs olyan kodifikált működési szabályzata, mely irányítaná, szabályozná és megvédené működését. A tisztifőorvosok országos értekezletén több megyei tisztifőorvos állapította meg, hogy nincsenek törvényes eszközei a kuruzslás megakadályozására és ilyen irányú tevékenységüket illetéktelen szervek — pártok és érdekképviseletek exponensei — nemcsak, hogy megakadályozták, de kifejezetten fenyegetéssel igyekeztek őket kötelességük teljesítésében megzavarni. Több járásbírósági ítélet állapította meg, hogy az 1936:I. tc. felfüggesztésével megszűnt az orvosi gyakorlat védelmének jogalapja és a kuruzslás megakadályozására hiányzik a megfelelő törvényes intézkedés.

Indítványozom, hogy a közgyűlés külön felirattal forduljon úgy a Szakszervezet vezetőségéhez, mint a Népjóléti és Igazságügyi miniszter urakhoz s fejezze ki megdöbbenését a magyar orvostársadalom eme — az összes foglalkozási ágak között egyedül álló — kiszolgáltatottsága felett és kérje az *orvosi rendtartás azonnali életbeléptetését*. A Szakszervezet, mint a magyar orvosi kar hivatalos szerve, megfelelő törvény híján képtelen tagjai életérdekét megvédeni, ugyanakkor, amikor a rendkívül szigorú kontártörvény minden kisipari tevékenységnek a legnagyobb védelmet és biztonságot nyujtja.

Sajnálattal kell megállapítanom, hogy nem járt eredménnyel azon törekvésünk sem, hogy a szakcsoport kollektív szerződésben biztosítsa a szerződéses szakorvosok helyzetét, a MÁV, Posta, OTI és a többi biztosító intézetekkel. A Fogorvosi Szemle 5. számában közöltük azt a munkadíj-tabellát, melyet a Szakszervezet vezetőségének átadtunk és kértük, hogy ezt nevezett intézetekkel elfogadtassa. Vidéki kartársainktól panaszok áradata érkezik

állandóan, hogy munkájukat ezen intézetek nem honorálják megfelelően. Indítványozom, mondja ki a Közgyűlés, hogy ezen felterjesztett tabella árait — *minimális árnak tekinti* és e tiltja tagjait, hogy ezen alul, bármely biztosító intézettel megállapodást kössenek.

Bevallom, az az érzésem, hogy ezt az ügyet a szakcsoport a megfelelő intézet vezetőkke közvetlenül letárgyalja, bizonyára létrehoztunk volna valami megállapodást. Az ilyen tárgyalások azonban olyan komplikáltak, annyi utánjárást, időt és kitartást igényelnek, amelyre szakcsoporti tisztikarunk jelenlegi szervezete mellett nem alkalmas. A szakcsoport több mint 1500 szakorvos érdekképviseleti szerve. Feltétlenül szükséges egy olyan orvos-alkalmazott beállítása — aki megfelelő díjazás mellett — idejének jelentékeny részét áldozhatja ezen közösségi ügyek elintézésére. Indítványozom, hogy a közgyűlés havi 300 Ft fizetést szavazzon meg az adminisztratív orvos-alkalmazott fizetésére, kinek munkakörét az elnökség állapítja meg.

Kérnem kell a közgyűlést — járuljon hozzá az évi tagdíj felemeléséhez. Az *ezidei 45.— Frt tagdíj* 1948 január 1-től *évi 60.— Frt* lenne. Pénztárosunk elő fogja terjeszteni jövő évi költségelőirányzatunkat. Ennek legnagyobb tehertétele a Fogorvosi Szemle kiadása. Sajnos rossz szerződésünket csak a jövő évben tudjuk felmondani és így ezzel a kiadással egyelőre számolnunk kell. Tudom, hogy az igen nehéz megélhetés mellett, minden ilyen újabb kiadás súlyos megterhelést jelent. Viszont tudomásul kell vennünk, hogy közös érdekeinkért harcolunk és áldoznunk kell. Nem elég csak panaszkodni és ellenfeleink szervezettségét és szívós harci készségét ócsárolni. Tanulnunk kell tőlük és legalább megközelítően hasonló áldozatot kell vállalnunk. Kartársainktól havi 5.— Frt-t kérünk.

Sajnálattal kell megállapítani, hogy szaktársainknak csak mintegy 60%-a tagja szakcsoportunknak. Oda akarunk hatni, hogy megfelelő agitációval a hiányzó 40%-ot is megnyerjük.

Az 1946. évi közgyűlésről megbizatást kaptunk, hogy működési szabályzatunkat az év folyamán dolgozzuk ki és azt terjesszük az ezidei közgyűlés elé. Ennek a megbizatásnak nem tehetünk eleget, mert az Egyesület vagyonjogi helyzeteről az év folyamán nem történt intézkedés. Szabályzatunkban — mint a régi egyesületi alapszabályban — a vagyontárgyak kezeléséről, jövedelmük hováfordításáról gondosan intézkednünk kell. Kérem a t. Közgyűlést, hosszabbítsa meg egy évvel e megbizatást, hatalmazza fel a vezetősége, hogy a szakcsoportot a régi alapszabályok, a Szakszervezet alapszabályai és a kialakult szokásoknak megfelelően vezesse és kövessen el mindent, hogy a következő évi közgyűlés idejére, a kívánt működési szabályzatot a plénum elé terjeszthesse.

Indítványozom, hogy a következő működési évünkre léptessük életbe részben régi pályadíjainkat, részben tüzessenek ki új pályadíj-témák. A régi pályadíjak anyagi alapjai megsemmisültek és így a kitűzött összegek csak költségvetésünk terhére állapíthatók meg. Az újjáépítési feladatainknak egyike e pályadíjak újraélesztése. Nevükkel szakmánk nagyjainak emlékét is fenn kell tartanunk és a jövő generáció részére tovább adnunk.

A választmány által már elfogadott előterjesztéseim szerint a következő pályadíjak újbóli kitűzését ajánlom elfogadásra:

1. Szabó—Salamon pályadíj 500.— Frt,
2. Morelli—Forgách pályadíj 500.— Frt.

Ajánlom azonkívül egy új pályadíj alapítását. A Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete jóléti intézményeit néhai alelnökünk, dr. Fried Samu évtizedes munkával, szargalommal és ötletességgel teremtette meg. Az ő humánus

gondolkozásának, páratlan ügyszeretetének köszönhetjük, hogy szakcsoportunk — az egész magyar orvostársadalomban egyedülálló — olyan jóléti alappal rendelkezik, mellynek módjában van ma is segítséget nyujtani a szenvedőknek, könnyeket feltörölni és főleg elaggott és keresetképtelen kartársainknak életfeltételeit megkönnyíteni. Ajánlom, hogy alapíttassék egy

3. Dr. Fried Samu pályadíj, mely 500.— Frt-tal

honorálna évenként egy orvostársadalmi, szociálhygieniai, vagy orvospolitikai — erre érdemesnek talált dolgozatot.

Amennyiben a t. Közgyűlés fenti pályadíjak kitűzését elfogadná, tisztelettel kérem a választmány tudományos bizottságát utasíani, dolgozza ki eme pályadíjak alapszabályait, terjessze ezt a választmány elé, mely köteles a pályadíjakat a következő működési év első negyedében a Fogorvosi Szemlében közhírré tenni.

A pályadíjak témáját a tudományos bizottság előterjesztésére a választmány állapítja meg.

Ez évi beszámolómat nem zárhatom anélkül, hogy karunk állandó zavartkeltő témájáról, a kuruzsló-kérdésről is meg ne emlékeznék. Tudomásunk van róla, hogy a fogtechnikusok országos mozgalmat indítottak, hogy a Köztársasági Elnök úrtól kegyelmi úton nyerjenek jogot orvosi tevékenység kifejtésére. Meggyőződésem ugyan, hogy az arra illetékes szervek, az Orvosszakszervezet és a Népjóléti Minisztérium vissza fogják utasítani, az orvostársadalmat erkölcsi és anyagi létében oly súlyosan veszélyeztető próbálkozást, mégis — a választmány határozata értelmében — kérem a közgyűlést, mondja ki, hogy az új vezetőség első feladata legyen a Népjóléti Miniszter Urat újból informálni és eleve az egész orvosi társadalom véljét kihangsúlyozni!

A Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete első országos választmányi ülése, szakcsoportunk indítványára egyhangúlag kimondta, hogy Magyarországon gyógyító orvosi tevékenységet kizárólag érvényes oklevéllel rendelkező orvos folytathat. Az elmult két év alatt, ezren felüli medikus tömegek özönlötték el az orvosi egyetemeket. A túzsúfoltság ellen — minden politikai meggondolás dacára — közoktatásunk vezetői kénytelenek voltak a zárt szám oly gyűlöletes és ellenszenves rendszeréhez nyúlni. Honnan venné az erkölcsi bázist, bármely kormányzati szerv, hogy amikor az egyik oldalon az értelmiségi fejlődés előtt — ha a kényszernek is engedve — ily erőszakosan csapja be a kapukat, ugyanakkor, hátsó zúgfeljáratokon engedjen be olyan rétegeket, akiknek agitációs jelszava és sikerüknek titka az, hogy ők nem tanulnak, nekik nem is kell tanulni, mert ők már tudománnyal megrakottan jönnek a világra!

Minden fájdalmas fog-, száj-, állkapocsmegbetegedésnél a kezelés előtt, alatt és után

SALVADOR tabletta

jól bevált **FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ**
egyben **ENYHE MEGNYUGTATÓ.**

SZÁNTÓ SÁNDOR
gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest II.,

Minden erőnkkel, az egész orvostársadalom és ennek vezetői hatékony támogatásával, újból vissza fogjuk kergetni e nyugtalan kísérleteket, kik nem akarják megérteni, hogy a demokrácia soha nem jelentheti az érdemtelen érvényesülését, ellenkezőleg — csak a legjobbak igazságos, egyenlő mértékkel mért kiválasztódását.

Ismertetnem kell, ha csak nagy vonásokban is, a szakcsoport hároméves tervét. A terv:

1. Oktatásügyi.
2. Közegészségügyi.
3. Gyógyítási kérdésekkel foglalkozik.

és bekapcsolódik az egész orvostársadalom és egészségügyi kormányzat közismert tervébe. Kívánjuk a vidéki egyetemek fogászati klinikáinak felállítását és a tanszékek sürgős betöltését. Az orvosok továbbképzésének ennek megfelelő decentralizálását és kiépítését, általános iskolafogászatot. A felállítandó járási szakorvosi rendelőkben fogorvosi rendelések beiktatását, szűrővizsgálatokat, üzemi fogorvosi rendelések felállítását, nagyobb vidéki kórházakban fogászati osztályok felállítását.

Tervünk összeállításánál az a boldogító tudat töltött el, hogy nem ellenálló felsőbbséget kell igazunkról meggyőzni, ellenkezőleg, a Népjóléti Minisztérium, az OKI, a nagy biztosító intézetek, mind a legnagyobb szeretettel és érdeklődéssel várják indítványainkat és közreműködésünket. Mindenkit az a meggyőződés vezet, hogy hazánk egészségügyi viszonyait a mainál sokkal magasabb szintre kell emelni, minden kormányzati szerv javítani akar az orvosok életviszonyain. Fogadjuk tehát szeretettel és örömmel e felhívást, töltsön el mindnyájunkat a munka láza, járuljon hozzá minden egyes kartársunk az országos terv sikeréhez és keljünk nemes versenyre az orvosi disciplina többi szakmáival, a jobb, a tökéletesebb elérése érdekében.

Nagy örömmel és hálával kell a közgyűlésnek vidéki szakcsoportjaink jelentéseiről beszámolnom.

12 szakcsoportunk jelentése érkezett be, melyből azt látjuk, hogy ha sok nehézséggel is küzdve, de mégis önálló életet folytatnak és igyekeznek szűkebb szakmánknak megfelelő tekintélyt szerezni. Vezérfonalként húzódik végig e jelentésekben, a kuruzslás súlyos problémája, a biztosító intézeti rendelések túlzsúfoltsága, mellyel szöges ellentétben, igen alacsony fizetést nyújtanak. E kérdésekre vonatkozó indítványaimat már beterjesztettem.

Gyulai szakcsoportunk indítványait külön ajánlom a közgyűlés figyelmébe. Ezek szerint községi, vagy városi fogorvosi állások volnának szervezendők, egyrészt a szegénybetegek ellátására, másrészt az iskolafogászati teendők elvégzésére. Továbbá létesíttessék egy állandó fogorvosi kiképző tanfolyam, melyet minden kör- és községi orvosnak el kellene végezni s ezen állásokra csakis a tanfolyamot elvégzett orvosok pályázhatnának. Mindkét indítványt elfogadásra ajánlom.

Tisztelt Közgyűlés! Beszámolóm végére érkeztem. Nagy vonásokban igyekeztem ismertetni egy évi tevékenységünket. Az egész vezetőség nevében arra kérem Önöket, vegyék szigorú bírálat alá mindazt, amit a legjobb akarattól vezetve tettünk, olvassák fejünkre, amit gyarló módon elmulasztottunk. A jóakaratú kritika, a közösségi élet fermentuma, elmaradása hiány, betegséget produkál. Kérem éljenek eme jogukkal, mely mint minden jog, kötelesség is.

Indítványaimat kérem tárgyalás alá venni, azokat a lehetőség szerint elfogadni, majd a lelépő tisztikarnak a felmentvényt megadni!

Hozzászólások a főtitkári jelentéshez:

Dr. Gerő Imre, Kaposvár. Sajnálattal kell megállapítanom, hogy a Fogorvos Szakcsoport vidéken az Orvosszakszervezetben nem találta meg a határozott támogatást sem a kuruzslás, sem az adóügyek, sem egyéb gazdasági kérdésekben, melyek megilletnék. Somogy megyében megtörtént, hogy az M. O. Sz Sz. alelnöke belement egy olyan megállapodásba, hogy az adóközösségnél külön bírálják el alacsonyabb kvótán a többi orvosokat s külön egy három és félszeres kvótán a fogorvosokat. Utolsó pillanatban sikerült felborítani ezt és érvényt szerezni, hogy mi is orvosok vagyunk s nem engedjük magunkat elkülöníteni.

Az orvosoknak nincs meg az a politikai átütőerejük, amivel a fogtechnikusok csinálják az akciókat. Nagy itt a fogorvosok hibája is, főleg azoké, akik technikusoktól kurzusokat vesznek és ez bizonyos erkölcsi bázist ad a technikusoknak, hogy dolgozhassanak.

A tisztiorvosok hajtsák végre, ami hatáskörükben áll. Bizonyos betegbiztosító intézetekkel szemben javasolom a kávétét s azon orvosokkal szemben is, akik technikusokat vesznek igénybe a saját rendelőjükben s ezzel elveszik alóluk az erkölcsi alapot. Ha rá tudjuk őket szorítani arra, hogy kuruzsló technikusokat semmi körülmények között ne foglalkoztassanak, arra is rá tudjuk őket szorítani, hogy alacsony áron ne vállalják az intézetekné munkát.

Amikor a munkáspártok vezetőivel tárgyalunk és ők a pénztári ellátottság elégtelenségéről nyilatkoznak, akkor utolsó érvként mindig felhozhatjuk, hogy munkáspárti vezetőnek nem lehet célja, hogy egy retrográd lépést alkalmazzanak s a munkásnak elegendő legyen egy technikus, a nagyobb fizetőképességű egyének részére pedig orvos jusson.

Javasolom, hogy az intézeti rendeléseknél a beteg maga válassza meg az orvosát.

Dr. Gartner Pál e. m. tanár: Felhívták a figyelmemet, hogy van egy akció, mely szerint a Köztársasági Elnök Úrnál járnak el a technikusok, hogy kegyelmi alapon engedélyezze tevékenységüket. Vállalkoztam arra — hogy véget vethessünk ennek a tarthatatlan helyzetnek —, hogy közbenjárjak, hogy az Igazságügyi Miniszter alkosson törvényt és vigye a parlament elé függetlenül az Orvosi Rendtartás egyéb tételeitől. Itt nemcsak a fogorvosokról van szó, ez a kuruzslófront az ostrom óta van. Az a nézetem, hogy ez a kérdés túl van politizálva. *Én helyeslem a politizálást, ehhez azonban nincs köze a politikának.* Ez a közegészségügynek és a betegnek az érdeke.

A miniszter úr elhatározta, hogy tekintet nélkül az orvosi rendtartás kiegészítésére, a kuruzsló kérdést a törvényelőkészítő bizottságnak adja át kivizsgálás végett. Ezen ügyet a törvényelőkészítő bizottság és az Igazságügy Miniszter a parlament elé fogja vinni. Reméljük, hogy a parlament el fogja fogadni.

Dr. Simon Béla elnök: Hálásan köszönöm Gartner tanár úr őszinte érdeklődését, melyet szakmánk iránt érez. Gartner tanár úrnak valamennyien szavazzunk köszönetet s kérjük, hogy továbbra is támogassa ügyünket.

Dr. Pollatschek Gyula: Javasolom, hogy a kongresszus előkészítéséért a közgyűlés fejezze ki köszönetét a Fogorvos Szakcsoport elnökségének, elsősorban Simon prof. úrnak és Kende főtitkár úrnak, továbbá Morelli prof. úrnak és Balogh prof. úrnak, valamint a kinka azon kiváló kartársainak, akik résztvettek a kongresszus nehéz munkájában. Úgyszintén Varga tanár úrnak és a két kiváló tisztviselőnőnek.

Dr. Simon Béla elnök: A köszönetet részemről elhárítom, a sikerért az érdem Morelli prof. úré és Kende főtitkár úré.

Dr. Havas Tibor, Miskolc. Súlyos harcban állunk a fogtechnikusokkal. A kérdést rendezni kell, úgyhogy vidékre fiatal fogorvosokat kell kiküldeni és ne kapjanak addig Pesten állást s ne dolgozhassanak pesti rendelőben, míg vidéken nem voltak.

Dr. Simon Béla elnök: A tisztikar el fog járni a biztosító intézeteknél, hogy valóban Budapesten addig ne kerülhessen alkalmazásra fiatal fogorvos, míg a vidéki gyakorlatot meg nem szerezte.

Dr. Áldor István alelnök: A Szakszervezet lapjának legutóbbi számában volt egy cikk, mely ismertette a prágai problémákat. Kimondja, hogy a szakorvos azon a helyen, ahol szakorvosi képesítését nyerte, továbbá bármely egyetemi városban addig nem telepedhet le — mint magánorvos sem —, míg bizonyos időt nem töltött vidéken.

Kérem írjanak át az illetékes hatóságokhoz s lehetőleg a legrövidebb időn belül hajtsák ezt végre itt is.

Dr. Gerő Imre, Kaposvár: Javaslom, hogy rendezzenek a megye székhelyeken orvosok fogászati kiképzésére átmeneti időre egy kurzust, ahol a legsürgősebben kell az orvosokat kiképezni, hogy az átmeneten segítsenek.

Dr. Huszár György: Havas kartárs úr hozzászólására közlöm, hogy egy állásnyilvántartást nyitottunk meg a *Fogorvosi Szemlében*. Itt azon állásokat közöljük, melyeket más lapokból át tudtunk venni. Mi felszólítottuk a biztosítókat, hogy közöljék velünk az állásokat, azonban egyetlen egy sem érkezett be.

Javaslom, hogy a jövőben minden esetben hirdessék meg az állásokat a *Fogorvosi Szemlében* s akkor nem lesz ilyen nehézség és hiány.

Dr. Balogh Károly prof.: A legszigorúbb elvek szerint kell keresztül vinni, hogy az egyetemi városban ne telepedjen le addig — sőt kisebb városokban sem — fiatal orvos, míg a még kisebb helyeken nincs fogorvos. Csak fiatal orvost vegyünk fel, szakorvos jelöltnek s hassunk oda, hogy vidékre menjen. A gyakorló orvosok tanfolyamát több kiképző helyen rendszeresíteni kell. Vidéki városokban a kiképző helyeken kötelesek legyenek gyakorló orvosokat átképezni.

Dr. Rares Claire, Sopron: Javasolja, hogy körorvos-fogorvos is legyen.

Dr. Pollatschek Gyula: Becsületesen valljuk be, hogy nem akarunk vidékre menni. A Fogorvos Szakcsoport elnökségének a Népjóléti Minisztériummal kell érintkezésbe lépni s egy törvényt hozni, hogy aki szakképesítését megszerezte, addig nem telepedhet le a városokban, míg bizonyos ideig vidéken nem volt.

Dr. Lajta Márkus: Két megoldás van. Áldor javaslata az egyik: a kényszer azoknál, akik most lesznek szakorvosok. A másik, hogy meglévő általános praxisú orvosoknak meg kell adni a módot, hogy a fogászat szakismereteit megszerezzék. Minden intézmény, közkórház, biztosító intézetek vezető főorvosai legyenek felhatalmazva, hogy gyakorlati képesítést adhassanak. Az intézetben kapjanak az orvosok az átképzés idejére lakást és ellátást is.

Dr. Simon Béla elnök: Legközelebb egy külön ülést fog a Fogorvos Szakcsoport összehívni a fogtechnikus kérdés megbeszélésére.

A Főtitkár Úr hat indítványt tett, méltóztassanak nyilatkozni, hogy elfogadják-e.

Választmány az indítványokat elfogadja.

Következik **dr. Áldor István alelnök jóléti beszámolója.**

Tisztelt Közgyűlés!

Módon a múlt esztendőben a közgyűlés elé terjesztettem beszámolómat jóléti tevékenységünkről, azzal fejezem be szavaimat, hogy az eljövendő stabilizáció reménhetőleg oly helyzetet teremt majd részünkre, hogy a szó legnemesebb értelmében is segítséget tudunk nyújtani az erre reászoruló kartársainknak, az özvegyeknek, árváknak és nélkülözőknek.

Nem akarom részletekben a tisztelt Közgyűlés türelmét igénybe venni és csak rövidre fogom beszámolómat. Fizetési eszközünk stabilizálásával szükségessé vált, hogy a Bayer céggel kötött szerződésünket revizió alá vegyük és azt oly szempontok szemmeltartásával újítsuk meg, amely a jelen idők követelményeinek megfelel. Ennek eredményeképp jelentem, hogy Simon prof. úr hathatós támogatásával, amiért e helyen köszönetet mondok, megállapodtunk a céggel évi 31.500.— Frt haszonrészesedésben, egy bizonyos mennyiségű Neonovofon és Sanalbin eladásából kifolyólag. Ez az összeg a régebbi szerződésünkben megállapított évi átalány háromszorosának felel meg. Természetesen, ha az eladott mennyiség emelkedik, úgy részesedésünk is nagyobb lesz. Miután alapszerződésünk ez év végén lejár, az elnökség már a közeljövőben megteszi az előkészítő lépéseket egy újabb, részünkre legkedvezőbb szerződés megkötésére.

Jelentem ezenkívül, hogy a szakcsoport vagyonát képező Bástya-u. 27/29. sz. ház, sajnos még mindég az ostrom okozta rossz állapotban van. A hatóság által előírt javításokat ugyan nagyjában elvégeztettük, de a rombolás folytán létrejött nagyobb hiányokat helyreállítani még nem tudtuk. A ház csupa kis lakásból áll, ezeknek jelenleg még kötött bére igen alacsony és így jövedelmünk belőle jelenleg nincs. A Seeligmann alapítványt képező és szakcsoportunk kezelésében lévő ház lényegesen jobb állapotban került ki az ostrom alól, ma teljesen rendben van és mint modern építkezés, tiszta hozadékkal rendelkezik.

1946 augusztus 1-től 1947 augusztus 31-ig a házaknak tiszta jövedelme kb. 6000.— Frt volt.

Jövedelmünk hovafordítását illetőleg a Bayer cég által szerződésünk megújítása alkalmával folyósított 10.500.— Frt-t 1946 karácsonyán 300—500 Frt-ig terjedő segélyképen szétosztottuk. Tekintettel arra, hogy a reászorulók szívesebben veszik, ha időnkénti segély helyett állandó támogatásban részesülnek, ez év január 1-től kezdve a havi támogatás rendszerét hoztuk be és 70—120.— Frt-ig terjedőleg 24 egyént segélyeztünk. Természetesen ezenkívül gyorssegélyként megfelelő összegeket is adtunk a rászorultaknak. A

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

pénztáros jelentése ismerteti a szakcsoport jóléti osztályának bevételi és kiadási tételeit.

Tisztelt Közgyűlés! Ezekben voltam bátor röviden beszámolni a jóléti osztály működéséről. Kérem a Közgyűlés tagjait és általuk az egész fogorvosi kart, hogy szívük egész melegével pártolják készítményeinket, mert sohasem tudhatjuk, hogy a hodie mihi, cras tibi mikor éri egyikünket, vagy másikunkat. Ha a nyersanyagok beszerzési nehézségei folytán fel is lépnek néha hibák készítményeinkben, akkor ne méltóztassék eleve elutasító álláspontot elfoglalni azokkal szemben, hanem hozzák azt azonnal tudomásomra, hogy így a gyártást tökéletessé tehessük és készítményeink minden tekintetben kielégítők legyenek. Minden ampulla felhasználásával, minden tubus Sanalbinnal egy-egy könnyet törölnek le és egy mosolyt varázsolnak a nélkülözők arcára.

Kérem jelentésem tudomásul vételét.

Dr. Simon Béla elnök: Engedjék meg, hogy indítványt tegyek arra vonatkozólag, hogy Áldor kartársunknak azért, hogy egész munkáját ennek szenteli, hálás köszönetünket fejezzük ki.

Dr. Varga István főszerkesztő: Beszámolok a Fogorvosi Szemle egy éves működéséről. Sok nehézség után februárban indult meg a lap s csak szeptemberben sikerült elérni, hogy dátumban utolértük magunkat. Tudom, hogy nem elég jó, amit most adunk, sok a hiba, még a tudományos cikkek nívója sem az, amit szeretnénk. Azonban tudjuk ezt s mindig jobbat akarunk hozni, de sok nehézséggel küzdünk.

Olyan cikkeket kapunk, melyek pongyolán fogalmazottak és túlhosszúk.

Köszönöm *Sugár, Huszár* és *Ábrányi* kartárs urak munkáját s kérem beszámolómat tudomásul venni.

Dr. Veszprémi Olga pénztáros *pénztári jelentése és költségelőirányzata.*

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportja pénztári jelentése 1946. VIII. 1.—1947. VIII. 31.-ig.

BEVÉTEL		KIADÁS	
Készpénz áthozat 1946. augusztus 1-én	0.00 Ft	Fogorvosi Szemle	9.032.00 Ft
Tagdíjak	40 519.95 »	Alkalmazottak	8.276.00 »
Aranykönyv kezelési díjak	1.407.80 »	Pénztáros	1.200.00 »
Jóléti Egyesülettől	30.494.60 »	Pénzbeszedő	1 422.38 »
Stom. Klin. Arkövy síremlékéhez	100.00 »	Írógép és egyéb felszerelés	1.112 15 »
Arany kiutalásnak adott kölcsönért	233.88 »	Irodaszerek	2.544.00 »
Kongresszusi díjak	2.810 00 »	Apró kiadások	1.043.17 »
összesen:	75.566.23 Ft	Vegyes kiadások	2 385.60 »
		Előlegül aranykiutalásnak	220.60 »
		Aranykönyvek adminisztrációja	1.133.10 »
		Orvosok Lapja és Index könyv	529.28 »
		Jóléti Egyesület kiutalásai	22.770.00 »
		Kongresszusi kiadások	2.018.84 »
kiadás:	53.687.12 Ft	összesen:	53.687.12 Ft
vagyon:	21.879.11 Ft		

Budapest, 1947. szeptember 1-én.

Dr. Veszprémi Olga s. k.
pénztáros

Költségelőirányzat 1948. évre.

BEVÉTEL		KIADÁS	
800 tag á 60.— Ft . . .	48.000.00 Ft	Fogorvosi Szemle kiadóhivatala	18.000.00 Ft
		Fogorvosi Szemlesz erkesztősége	3 600.00 »
		Tisztviselő orvos	3.600.00 »
		Pénztáros	1.800.00 »
		Tisztviselő	10.000.00 »
		Altiszt	600 00 »
		Pénzbeszedő	1.800.00 »
		Irodaköltség	1 600.00 »
		Apró kiadások	1.000 00 »
		Előre nem látható kiadások	1.500.00 »
		Pályadijakra	1 500 00 »
összesen:	48.000.00 Ft	összesen:	45.000.00 Ft

Dr. Veszprémi Olga s. k.
pénztáros

Dr. Simon Béla elnök: Hálásan köszönjük *Veszprémi Olga* kartársnőnk fáradozásait és kérjük, hogy a jövőben is hasonló lelkesedéssel intézze az ügyeket.

Mélyen tisztelt Közgyűlés!

Ezelőtt 2 évvel, mikor a Fogorvos Szakcsoport, akkor még a Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete elsőizben tisztelt meg azzal, hogy elnökévé választott, székfoglalómban kijelentettem, hogy a választást nem tartom egészen szerencsésnek.

Az ostromot megelőző súlyos évek és maga az ostrom, testileg-lelkileg úgy megviselt, hogy az volt az érzésem, hogy a régi énemnek csak minden aktivitásra képtelen, gyenge árnya áll Önök előtt.

Az Önök szeretete, ragaszkodása, melyért soha meg nem szűnök hálás lenni, arra bírt, hogy az elnöki tisztet mégis vállaljam, azonban ezt csak azzal a mentális reservatióval tettem, hogy azt csak addig vállalom, amíg arra nálam alkalmasabb személyt nem találnak.

Addig is azonban, míg ez megtörténik, két dologra tettem fogadalmat. Az egyik, hogy a fogtechnikus kérdésben azt az irányzatot, melyet 25 éven át képviseltem, továbbra is a legintransigensebben fogom képviselni és minden erőmmel és képességemmel arra fogok törekedni, hogy gátat vethessek minden jogtalan igény érvényesítésének. A veszély akkor immanens volt. Talán valamennyien méltóztatnak emlékezni arra a veszedelmes résre, melyet éppen az Egészségügyi Tanács ütött frontunkon azzal a nevezetes április 7-i határozatával, mely szerint oly községekben, ahol letelepedett fogorvos nincs, jogot adott a technikusoknak a fogorvosi gyakorlatra.

A másik ügy, mely ugyancsak 25 éves szívügyem, harc a fogászat teljesjogú elismertetéséért az orvosi kar részéről, értve ezalatt a fogászat kötelező hallgatásának elrendelését, valamint annak kötelező szigorlati, de legalább is kollokviumi tárggyá való emelését. E követelésünk korántsem volt szerénytelen, mert hiszen egy oly népbetegség gyógyítói vagyunk, mely mintegy 96%-ban pusztít a lakosság körében. Tűrhetetlen állapot volt tehát az, hogy valaki orvosi gyakorlatra nyerjen jogot anélkül, hogy egyáltalán azt is tudná, hogy hány foga van az embernek.

Szerény véleményem szerint egyik ügy nyugvópontra jutott, a másik ügy szerencsésen megoldódott. A fogtechnikus kérdés, ha nem is szűnt meg létezni, mert hisz ez örökké élni fog, mint a tengeri kígyó, de annyit mindenesetre vesztett akutságából, hogy most már a legvérmesebbek is legfeljebb csak azt remélik, hogy egynéhány közülük köztársasági elnöki kegyelemből jogot fog nyerni a gyakorlatra.

A fogászat kötelező tanításának ügye, hála Balogh Károly professzor fel nem becsülhető agilitásának, erélyének és tárgyismeretének, megoldottnak tekinthető, mert a tanári kar egyhangúlag magáévá tette álláspontunkat, minek eredményeképpen a Kultuszminiszter az orvosképzés általános reformját megelőzve, már ez évben kötelezővé tette az összes magyar egyetemek orvosi fakultásaink a fogászat kötelező hallgatását és a kötelező kollokviumot.

Ezzel azt hiszem missziómat betöltöttem és ha ehhez még hozzáteszem, hogy a kitűnő fiatal gárda is kitermelte már magából azt a kiváló egyéniséget, ki mind tudományos képzettsége, mind személyisége folytán alkalmas az egyesület régi tradicióinak szem előtt tartásával azt nemcsak tovább vezetni, de tovább fejleszteni is, elérkezettnek látom az időt, hogy a két éven át közbizalmuk folytán viselt tisztségemről lemondjak és azt a nagytekintetű Közgyűlés rendelkezésére bocsássam.

Midőn ezt teszem, nem mulaszthatom el, hogy különös hálámat ne fejezzem ki tisztviselő társaimnak: Kende János főtitkárnak, Morelli Gusztáv professzornak, Áldor István és Varga István alelnök uraknak és Sugár László és Huszár György tanársegéd uraknak, mint akik személyes segítségükkel a reámháruló munka orosz ánrészét átvállalták és így őszintén állíthatom, hogy mindaz, amit az egyesület e két év alatt produkált, kizárólag az ő érdemük. Végül, de nem utolsósorban hálásan meg kell köszönjem Balogh professzor úrnak azt a hathatós támogatást, mellyel az orvostanári testületben mint dékán minden olyan, a fogorvosokat egyetemlegesen érintő ügyben, melyben mint kari képviselő felszólaltam, a legmesszebbmenő szólásszabadságot és támogatást nyujtotta.

Köszönöm végül a tisztikar, a választmány és az egész szakcsoport minden egyes tagjának azt az egyöntetű állásfoglalását, mellyel minden akcióhoz megadta azt a szükséges erkölcsi bázist, melyet az a biztos tudat nyujtott, hogy minden ténykedésemben egyezerötszáz kartársam egységesen áll mögöttem.

Midőn az elnöki székből távozom, nagyon kérem a nagytekintetű közgyűlés minden egyes tagját, ne tekintse távozásomat úgy, mintha ezzel az elhatározásommal akárcsak egy lépéssel is távolabb kerültem volna kartársaimtól. Legyenek meggyőződve, hogy minden egyetemes fogászati ügyben, ahol csekély képességeimet a köz hasznára tudom felhasználni, ott fognak találni a közkatonák közt.

Mély tisztelettel kérem elnöki jelentésem szíves tudomásulvételét és felmentvényem megadását.

Az új választás megejtéséig felkérem Prof. Morelli Gusztáv urat, legyen kedves a korelnöki tisztet átvenni és a kandidáló bizottság jelentését meghallgatni.

Prof. dr. Morelli Gusztáv tb. elnök, korelnök: Felkérem korjegyző urat, foglalja el helyét. (Dr. Bán István korjegyző eleget tesz a felhívásnak.)

Kérjük a jelölő bizottság javaslatának felolvasását.

Dr. Bokor Győző alelnök felolvassa a javaslatot.

Tisztikar.

Elnök: dr. Lőrinczy Ervin.
Alelnökök: dr. Áldor István, dr. Bokor Győző, dr. Moczár László.
Főtitkár: dr. Kende János.
Titkárok: dr. Sugár László, dr. Gombos Sándor.
Pénztáros: dr. Veszprémi Olga.
Jegyzők: dr. Harsághy Nándor, dr. Sztrilich Pál, dr. Bán István, dr. Gál Erzsébet.
Szerkesztők: dr. Varga István, dr. Sugár László, dr. Huszár György.
Szerkesztőségi titkár: dr. Ábrányi Zoltán.
Ellenőr: dr. Enyingi Lajos.
Számvizsgálók: dr. Dalnoki Viktor, dr. Farkas Oszkár, dr. Renk Ernő.
Ügyész: dr. Kovács István.
Tb. Elnökök: dr. Morelli Gusztáv, dr. Balogh Károly, dr. Simon Béla.

Választmányi tagok.

I. Bizottság.

Elnök: dr. Morelli Gusztáv, társelnök: dr. Móczár László.

1. dr. Boros Sándor
2. dr. Ferenczy Károly
3. dr. Földvári Imre
4. dr. Frankl Zoltán
5. dr. Gerinczy Lajos
6. dr. Illyés Lajos
7. dr. Kemény Imre
8. dr. Kocsis Antal Gábor
9. dr. Kovács György
10. dr. Molnár László
11. dr. Perint Jenő
12. dr. Rehák Rudolf
13. dr. Sömjén Iván
14. dr. Schrantz Dénes

II. Bizottság.

Elnök: dr. Áldor István.

1. dr. Danzinger László
2. dr. Fehér Marcel
3. dr. Fischer Arthur
4. dr. Gábor Gyula
5. dr. Gazda Lilli
6. dr. Gyertyámosy János
7. dr. Hegedüs Zoltán
8. dr. Kertész Jenő
9. dr. Komor Szilárd
10. dr. Lajta Márkus
11. dr. Pollatschek Gyula
12. dr. Seni Laura

Mint jegyző delegálva: dr. Sztrilich Pál.

III. Bizottság.

Elnök: dr. Bokor Győző.

1. dr. Barta Jenő
2. dr. Csüry Karola
3. dr. Deák László
4. dr. Horváth A. Ernő
5. dr. Kardos Pál
6. dr. Krebs Ela
7. dr. Farkas Zsuzsa
8. dr. Szenthe István
9. dr. Szopkó Ernő
10. dr. Stark András

Behívott referensek:

1. dr. Eidus Lili
2. dr. Jáhn Ede
3. dr. Jakabházy István
4. dr. Pollák Géza
5. dr. Székely Imre

Közgyűlés egyhangúlag elfogadja.

(Folytatjuk.)

HARVARD CEMENT, C. W. Z. IDEGTŰ
és mindennemű fogászati anyagok kaphatók LAKATOS REZSŐ, DENTÁL DEPOBAN, Bpest, Dohány-u. 68. I. HIVATALOS ARANYELOSZTÓHELY

Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete fogorvos szakcsoportjának fogászati reformtervezete az OTI számára

Javasoljuk:

1. Megfelelő hatáskörű (személyzeti beosztás, munkaidő beosztás, utalványozási jog, az orvosi munka minőségi ellenőrzésének joga, illetve kötelessége) fogorvosi főosztály felállítását.

ad. 1. Egy főosztály felállítása lényegesen leegyszerűsítené az adminisztrációt, mert ide tartozna minden fogászati ügy. Sok javaslat és kérelem sikkadt el az adminisztráció nagy labirintusában mielőtt az illetékes kezekbe jutott volna. Az osztály élére lehetőleg egy kiváló szaktudású, az OTI adminisztrációjában jártas, betegpénztári gyakorlattal bíró vezető állítandó.

ad. 2. Felelős fogászati vezető és irányító nélkül elképzelhetetlen ily nagy számú orvosi kar és számos intézet korszerű, tudományos működése. Az orvosi munka ellenőrzése — annak beosztása, a továbbképzés irányítása — csak felelős vezető kezében összpontosítva vezethet eredményre. A racionalizált orvosi munka által az intézet anyagilag nagy megtakarításhoz jutna.

2. A fogászati osztályok elnevezése ezentúl fog- és szájgyógyászati osztály legyen.

ad. 1. Ez megfelel a stomatológiai elvnek, illetőleg az ott dolgozó orvosok szakképesítésének.

3. Nagy forgalmú rendelőintézetekben maradjon meg az eddigi tagozódás (külön ambulancia, extrakciós-, konzervatív-, fogpótlási-, röntgen-, szájsebészeti osztály). Kis forgalmú rendelőintézetekben a magánrendelőkhöz hasonlóan egy-egy orvos végezzen el — a rendelő felszerelésével elvégezhető — minden munkát.

4. Minden fog- és szájgyógyászati rendelőintézetben kizárólag fogorvosi célokat szolgáló röntgen- és diatermiás gép álljon rendelkezésre.

5. A rendelések nagyságának (időtartama, orvosi és ápolónői létszám, felszerelés) a betegforgalomhoz való alkalmazását, alkalmas helyeken újabb rendelők felállítását, meglévők továbbfejlesztését.

6. Az egyes rendeléseken dolgozó orvosok névsorának látható helyeken való kifüggesztését, az egyéni orvosi felelősség fokozottabb kihangsúlyozása céljából.

7. Az iskolafogászat sürgős azonnali bekapcsolását az OTI preventiv terveibe, oly módon, hogy az OTI tagok gyermekeinek fogkezelését az OTI az iskolafogászaton belül megfelelően dotálja.

ad. 1. Az OTI tagok gyermekeinek az iskolában való fogorvosi ellátása, a szülőket felesleges kísérésektől szabadítaná meg.

8. A tanoncfogászat széleskörű elindítását.

ad. 1. Ez az OTI keretén belül az első preventiv beavatkozási lehetőség és mint ilyen a rationalis fogkezelésnek legolcsóbb és legcélravezetőbb módja. Az itt befektetett tőke búsásan megtérül.

9. Az OTI tagok fogászati szűrését üzemi gyári rendelők, mozgó ambulanciák útján.

10. A vidéki, jelenleg esetenként és rosszul díjazott fogorvosok szerződésének az újkollektív szerződésben való rendezését.

ad. 1. A vidéki betegek fogellátása csak akkor lehet megfelelő, ha az orvosok ambícióval fogják azt csinálni, ehhez pedig megfelelően dotált orvosok kellenek.

11. A propaganda minden eszközének (rádió, sajtó, film, üzemi és pártszervezeti előadások) felhasználását felvilágosító népszerű előadások tartására, a szakcsoport által kijelölt előadók útján.

ad. 1. A propaganda nagy szerepével mindenki tisztában van. Nem elég az, ha jót akarunk, fel is kell világosítani a közönséget arról, hogy amit csinálunk, tényleg az ő érdekében van.

12. A rendelőintézetekben dolgozó orvosok által elvégezhető munka átlagos mennyiségi meghatározását.

ad. 1. Ez szükséges azért, hogy legyen egy mérték, mikor és hol kell újabb orvosokat beállítani.

13. Az OTI fogorvosi asszisztensnő képzés megvalósítását, illetve reformját.

ad. 1. Jól képzett asszisztensnő a fogorvos munkájának felét el tudja végezni, az orvos tehát nagy mértékben tehermentesítetnék. Egy ilyen asszisztensnő-képző kurzus felállításáról a fogorvosi főosztálynak kellene gondoskodni.

14. A szakorvosoknak a felesleges, illetve más által is elvégezhető adminisztratív munka alóli felmentését.

ad 1. A jól képzett asszisztensnő az adminisztrációs munkát is el tudná látni.

15. Az OTI biztosítottak számára a személyazonosság megállapítását is, egyben a kartoték rendszer pótlását célzó betegkezelő könyvecske készítését.

ad. 1. Ebben benne lenne a fogképlet is. Bármikor megállapítható volna tehát, hogy ki, mikor és mit csinált az illető betegné . Ez fokozná az orvosok felelősség érzetét és lényegesen megkönnyítené az orvosi munkát.

16. Az OTI fogászati ellátása — ismert anyagi nehézségei folytán — a korszerű követelményeknek jelenleg csak egy hányadát nyujtja. A cél a tagoknak teljes, korszerű és tudományosan elismert fogpótlási ellátása volna. Ehhez az első lépés — a már most is nyujtott lemezes pótlásokhoz — azoknak szerves kiegészítését szolgáló, a pilérfogakat borító *koronák* rendszeres nyujtása.

17. Az OTI által jelenleg nem nyujtott és orvosilag indokolt technikai műveletek szükségszerűségére — hídmunkák, technikai pótlások — az OTI rendelő orvosainak kötelessége legyen a biztosítottat megfelelően kioktatni. Hogy ezen OTI tagok megfelelő orvosi kezelésben részesüljenek, indítványozzuk, hogy minden rendelőben, a Szakszervezet által elismert és véleményezett szakorvosi névsor legyen kifüggesztve. Ezen névsorban az OTI alkalmazott orvosai — magánrendelői minőségben is szerepelhessenek. A végzendő munkálatok díjszabását a Szakszervezet állapítja meg. A szolgálati szabályzat ezt engedélyezze.

18. Az esti rendelések túlzsúfoltságának megszüntetését, illetve kellő számú orvos, asszisztensnő és műszer beállítását, a rendelések idejének meghosszabbítását, az esti pótdíj feltétlen visszaállítását és egy bizonyos, de alacsonyan megállapítandó időn túli túlórázásnak a mindenütt szokásos módon való díjazását, az esti rendelések orvosainak meghatározott időközönkénti váltását.

ad 1. Itt az az elv kell, hogy érvényesüljön, hogy ingyen munkát senkitől sem lehet kívánni, tehát az orvosoktól sem.

19. Nagy tömegeknek orvosi ellátása kizárólag egységes szempontok, irányító normák szerint történhetik. Ezek bevezetése az OTI fogászat ellátásánál feltétlenül szükséges. Ennek ellenőrzését és szakszerű kivitelezését csak felelős — erre megfelelő idővel rendelkező — ellenőrzési kötelességgel felruházott osztály és rendelés vezetők végezhetik. Az erre a célra kijelölt orvosok megfelelő hatáskört kell hogy kapjanak.

Nem szerepel a javaslatok között a kezelési normák felállítása, tehát ezt még külön kellene kidolgozni.

Nem szerepel a javaslatok között az Intézeten belüli szabad orvosválasztás, amely dr. Deák László reformjavaslatában benne volt. A gyakorlat mutatná meg, hogy ennek bevezetése helyes volna-e. Be kellene tehát egy osztályon vezetni és akkor mondani róla véleményt.

Nem szerepel a javaslatok között a főorvosi munkakör körülírása, amely dr. Deák László javaslatában benne volt és amelynek indokolása, hogy a főorvosnak szaktudásával állandóan az osztályán dolgozó többi szakorvos segítségére kell lennie, őt a folyó munka alól mentesíteni kell, mert hivatásának csak így tudna megfelelni. A főorvosnak az osztályán folyó munkát irányítani és ellenőrizni kell, mert felelős természetesen csak akkor lehet mindenért, ha befolyik a munkába és ellenőrzi azt.

E javaslat megszerkesztésében a következő orvosok vettek részt:

Az OTI részéről: dr. Deák László, dr. Fehér Marcell, dr. Gombos Sándor, dr. Gyertyámosy János, dr. Harsághy Nándor, dr. Krebs Ete, dr. Kocsis Antal Gábor, dr. Pollatschek Gyula, dr. Polák Géza, dr. Rehák Rudolf, dr. Stark András, dr. Szabó Endre, dr. Szabó Jenő.

A Fogorvos Szakcsoport részéről: dr. Kende János.

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ TÁRSULAT ÚJ KIADVÁNYAI

Dr. ERNST JENŐ egy. ny. r. tanár

BEVEZETÉS A BIOFIZIKÁBA

c. műve

A fizikai és biológiai ismeretek egységes szemlélete és leírása néhány válogatott fejezetben (folyadékmobilizáció, izomműködés stb.) Logikai és matematikai pillérei alapossá, szellemes tárgyalási módszere könnyen olvashatóvá teszik ezt az elgondolásaiban s kidolgozásában teljesen újszerű tankönyvet.

Bolti ára: Ft. 50.—

Dr. LISSÁK KÁLMÁN egy. ny. r. tanár

ÉLETTANI GYAKORLATOK

c. munkájának IV. kiadása

Nélkülözhetetlen vezérfonal orvostanhallgatók számára az élettani kísérleti módszerek elsajátítására és ezeken keresztül az életjelenségek mechanizmusának megértésére. Bőven ismerteti mindazokat a vizsgálati eljárásokat is, amelyeket a gyakorló orvos diagnosztikai munkájában elvégezhet.

Bolti ára: Ft. 35.—

A MOKT tagjainak a kiadóhivatal (V., Nádor-utca 26.) 40%-os engedményt nyujt.

Minden szakkönyvkereskedésben is kapható.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.

Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.


PLASZIN
TÖRVÉNYESEN VÉDVE
MIZÁRÓLAGOS JÓG
LEMEZ ÉS MŰFOG tökéletes!
Magyarországon készíti
Lakatos Lázár utóda:
Lakatos Zoltán
PLASZIN
LEMEZ ÉS MŰFOGTECHNIKAI LABORATORIUMA
BUDAPEST, VII WESSELÉNYI-U. 51. TEL.: 223-689
ALAPITVA 1918
N.

Fogorvosi gyakorlatunkban
használjuk a 30 éve bevált

„Theriaka" gyártmányokat

Arany, ezüst, réz amalgámok, Arsen készítmények, Byosanol Pyorrhoea ellen! Gyökérkezelés: Sol phenoli monochlor camphor menthol, sec Dr. Halász László, Jodoform paszta, Jódolaj, Eugenol, Carbol, acid trichlor acetic: sol vagy cryst Chlorphenol, Antiformin, neoantiformin stb.

„Theriaka" BARTHA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZ
Budapest, V., Zoltán-u. 12. Telefon: 127-694

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogválaszték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

30516

1947 DECEMBER XL. ÉVFOLYAM Nº 12. SZÁM

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE FOGORVOSI SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

SZERKESZTETTÉK: 1908—1924 DR. KÖRMÖCZI ZOLTÁN, 1924–1931 PROF. MORELLI GUSZTÁV

Hungarian Review of Stomatology

Revue de Stomatologie Hongroise – Венгерский Журнал Стоматологии

308

TARTALOM — CONTENTS:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:		Oldal
Dr. Müller Jenő:	Fémkoronák és hidak eltávolításáról	389
Dr. Klein Ernő:	A rádium használata a stomatologiában	394
Dr. Frankl József	A Vincent-féle foginy-, száj- és toroklob kezelése penicillinnel	397
Dr. Gerlóczy Ferenc:	A táplálékfelvétel stomatologiával határos kérdéseinek gyermekgyógyászati jelentősége	399
—	Kivonatos jegyzőkönyv az 1947 szeptember hó 20-i közgyűlésről	
KÖNYVISMERTETÉS		406
LAPSZEMLE		408

ORIGINALIA:		Page
Dr. J. Müller:	The Removal of Metal Crowns	389
Dr. E. Klein:	The Use of Radium in Stomatology	394
Dr. J. Frankl:	Treatment of Vincent's Angine with Penicillin	397
Dr. F. Gerlóczy:	Stomatological Relations in Paediatry	399

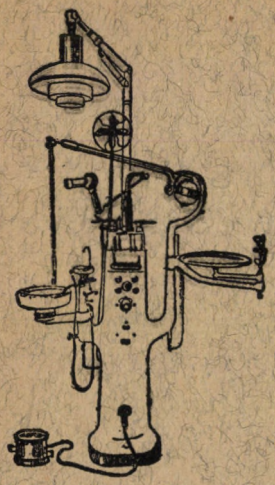
FŐSZERKESZTŐ — CHIEF EDITOR
DR VARGA ISTVÁN

TÁRSSZERKESZTŐK — ASSOCIATED EDITORS:
DR. HUSZÁR GYÖRGY DR. SUGÁR LÁSZLÓ

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR: DR. ÁBRÁNYI ZOLTÁN

Szerkesztőség: Editor: BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 39. Telefon: 185-429

Kiadóhivatal: Publisher: BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 26 Telefon: 127-752



Csak a legjobb

diathermiás készüléket

érdemes megvenni!

*

Kérjen leírást és ajánlatot az alanti két

Új típusú

FOGÁSZATI DIATHERMIÁS KÉSZÜLÉKRŐL

Unident 2 adócsöves rövidhullámú FOGÁSZATI DIATHERMIÁS KÉSZÜLÉK

PONTOS MILLIAMPERMÉRŐVEL

Földelt fémházba építve.
Kétfiókos csőasztalkán.
Az összes elektródákkal.

HASZNÁLHATÓ:

Gyökércsatorna kezelésre.
Rövidhullámú átmelegítésre.
Tökéletes metszésre. (Vértelen kés.)
Vérzéscsillapításra.
Vitalitásvizsgálatra.
Gyökércsatorna kiszárításra
Röntgenfilm átvilágításra.
Endoskopiára (Reflektor.)

Dento-Therm

Precizíós, fémházba épített kis fogászati diathermiás készülék.
Tütartóval, indifferens elektrodával,
Kábelekkel és lábkapcsolóval.

Referenciákkal készséggel szolgálok.

EGYEDÁRUSÍTÓ:

Bihari
dentál-depot
BUDAPEST, V., SALLAI-IMRE (TÁTRA) U. 14-16.
TELEFON: 125-934

Különféle eredeti neuritisek, neuralgiák esetén:

VITAPLEX „B1" -Chinoin

HAZAI GYÁRTÁSÚ „B_1"-VITAMINKÉSZITMÉNY

AMPULLÁK: 3 ÉS 15 X 2 mg, 3 ÉS 15 X 10 mg, 5 X 50 mg, 3 X 150 mg
TABLETTÁK: 20 X 1 mg, 20 X 3 mg, 20 X 12 mg

Használjunk **Neonovofon** *érzéstelenítőt*!

KOVÁCS
DENTAL-DEPOT
(cégt.: Kovács Béla)
Budapest, Rákóczi-út 55.
Telefon: 335—188.

Röntgen
Centralix
alkalmi áron
Diathermiák

Megjelent

a „Magyar Belorvosi Archivum"

a Szakszervezet
Belgyógyász Szakcsoportjának folyóirata

Főszerkesztő:
HETÉNYI GÉZA DR.

Szerkesztés:
GÖMÖRI PÁL DR. ÉS BARÁTH JENŐ DR.

Tartalmaz klinikai kísérleteken és megfigyeléseken alapuló belgyógyászati, illetve a belgyógyászat határterületeit érintő cikkeket összefoglaló közleményeket, valamint részletes beszámolókat a szakcsoport üléseiről.
Ára kötetenként kb. 6 füzet, à 48 oldal 80 Ft.

Megrendelhető:
MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM
kiadóhivatalában
Budapest, V., Nádor-u. 26. Tel.: 127-752

Kívánatra mutatványszámot küldünk.

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ TÁRSULAT ÚJ KIADVÁNYAI

Dr. ERNST JENŐ egy. ny. r. tanár

BEVEZETÉS A BIOFIZIKÁBA

c. műve

A fizikai és biológiai ismeretek egységes szemlélete és leírása néhány válogatott fejezetben (folyadékmobilizáció, izomműködés stb.) Logikai és matematikai pillérei alapossá, szellemes tárgyalási módszere könnyen olvashatóvá teszik ezt az elgondolásaiban s kidolgozásában teljesen újszerű tankönyvet.

Bolti ára: Ft 50.—

Dr. LISSÁK KÁLMÁN egy. ny. r. tanár

ÉLETTANI GYAKORLATOK

c. munkájának IV. kiadása

Nélkülözhetetlen vezérfonal orvostanhallgatók számára az élettani kísérleti módszerek elsajátítására és ezeken keresztül az életjelenségek mechanizmusának megértésére. Bőven ismerteti mindazokat a vizsgálati eljárásokat is, amelyeket a gyakorló orvos diagnosztikai munkájában elvégezhet.

Bolti ára: Ft. 35.—

A MOKT tagjainak a kiadóhivatal (V., Nádor-utca 26.) 40%-os engedményt nyujt.

Minden szakkönyvkereskedésben is kapható.

1947 december hó *No. 12. szám*

FOGORVOSI SZEMLE

FŐSZERKESZTŐ: DR. VARGA ISTVÁN

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Fémkoronák és hidak eltávolításáról

Írta: Dr. MÜLLER JENŐ rend. int. főorvos, Ujpest.

Vannak a mindennapos fogorvosi tényked̈ések között olyanok, amelyek sajátos fizikai erőt igénylő voltuknál fogva az orvosi műveleteket jellemző „finom kéz" technikáját nélkülözik. Ezek azok a beavatkozások, melyek legtávolabb állanak tőlünk, nem szeretjük őket, mert elég sok veszélyt rejtenek magukban a betegre vonatkozólag, nem is szólva a fájdalmas érzéseket keltő tulajdonságaikról. Ilyen kellemetlen művelet például a korona- és hídeltávolítás. Foglalkozzunk kissé részletesebben velük, mert azon tényked̈ések közé tartoznak, amelyekről nemigen olvasunk sem a tankönyvekben, sem cikkekben: mindenki a maga által megszokott módon hajtja azokat végre ügyesen — vagy ügyetlenül — anélkül, hogy valahol szakszerűen véghezvinni látta volna őket.

Mégis vannak bizonyos szempontok, melyeknek szem előtt tartásával biztosabb kézzel, kevesebb veszéllyel és kisebb fájdalmak árán lesznek ezek végrehajthatók.

Jelszónk legyen, hogy gyorsan, fájdalom és sérülések nélkül történjen a levétel, mert csak akkor mondhatjuk azt eredményesen elvégzettnek.

A koronák, hidak eltávolításának idejét minél rövidebbre korlátozni legyen legelső célkitűzésünk, mert beavatkozásunk sokszor olyan kellemetlen hatással van a betegre, hogy legszívesebben elfutna a munka közepette. Ha hosszasan vesszük igénybe páciensünk türelmét, elveszíti azt, rossz előjelnek veszi elnyujtott munkálkodásunkat, sőt egyenesen ügyetlennek minősít bennünket. Ne felejtsük el, hogy ezt a műveletet sokszor — sőt legtöbbször — *új betegen végezzük, rendszerint bemutatkozásunk ama fontos első ülésén, amikor a rólunk alkotott legelső impresszió döntő befolyással van a továbbiakra.* Nem kevésbé fontos a gyors végzés azért is, mert hosszabb idő alatt több az alkalom a sebzésekre. A felhasított fémrészek ugyanis a beteg szájának lágyrészeivel műveletünk későbbi fázisai alatt akaratlanul is érintkezésbe jutnak és így sérüléseknek lehetnek előidézői. Nemkülönben eszközeink helytelen használata is lágyrészsérüléseket hozhat létre.

A fájdalom kiiktatását csak részben tudjuk elérni, még akkor is, ha mindenre való tekintettel történik a fémfogak eltávolítása. Beavatkozásunk közben ugyanis olyan processzusokat kell végeznünk, amelyek húzással és egyéb erőszakos mozdulatokkal vannak elengedhetetlenül

összekötve. Ezeken biztos kézzel és tervszerűleg kell éppen ezért túlesnünk, hogy eleget tegyünk a fentebb közölt hármas jelszónak: Gyorsan, sérülések és fájdalom nélkül! Minden hiábavaló mozdulat kerülendő, mert úgysem vezetnek célhoz, csak arra jók, hogy még keservesebbé tegyék a beteg helyzetét.

Meg kell tehát tanulnunk eme műtevésnek azon célszerű fázisait, melyekkel elkerülhetjük vagy csökkenthetjük a betegre nézve oly kellemetlen érzéseket.

Egyszerű a dolgunk nemesfémek egyes borítókoronái esetében, mert ezek puhább anyagból lévén, rövidebb idő alatt távolíthatók el. Sokkal nehezebb a ma használatos nem nemesfémek kiemelése, különösen ha többpillérű hídról van szó. Könnyebb a helyzet elülfekvő koronák vagy hidak lefejtésekor, körülményesebb hátsóknál, mert itt műszereinket a hely szűk volta miatt nehezebben használhatjuk. Rendkívül óvatos működést igényelnek azok az esetek, ahol a felhasítandó korona periodontitiszes fogon van: sokszor a várható fájdalom miatt érzéstelenítésre lehet szükség.

Régen egyetlen műszer: a koronafelvágó fogó állott csak rendelkezésünkre. Ezt úgy alkalmazták, hogy a hasításra szolgáló kis éles kését a korona íny alatti szélére helyezték, a másik nem éles, lapos, vájt végét pedig a rágófelszínére támasztották: így hasították végig a korona külső vagy nyelvfelőli felszínét. A fémkoronának a fogról való lehúzására, mint segédeszközt, a kramponfogót használták. Megfelelő gyakorlattal, jó manualitással, ezekkel mindig sikerült az eltávolítás. És hogy ma mindinkább kiszorul műszereink közül a koronafelvágó, azt egy nagyon hátrányos tulajdonságának köszönheti: sokszor előfordul ugyanis, hogy alkalmazása közben letöri a fog koronáját. Ez különösen akkor történhetik meg, ha az eltávolítandó korona nagy töméssel ellátott csonka fogon van: nem egyszer fordul elő, hogy ilyen esetben a fogóval letört fogkoronacsonkra már nem lehet többé pillérkoronát tenni. Ma ezt a műszert legfeljebb csak segédeszközként használjuk az alább leírt esetekben. Hozzájárult továbbá a gyakorlatból való kiszorításához az is, hogy nem nemesfémek eltávolítására egyáltalán nem volt alkalmas. E célból új eljárásokra lévén szükség, új eszközzel gyarapodott műszerkincsünk: a koronafelhasító kerékfuróval, körfűrésszel. Ennek az anyaga sokkal keményebb acél, mint amilyenből a ma használatos koronaötvözetek készülnek. Alakja hasonlít a közönséges kerékfúróinkhoz, csak fejrészének fogazata finomabb és direkt arra alkalmas, hogy vele fémkoronákat felhasítsunk. Természetszerű következménye ezen új műszer forgalombahozatalának az volt, hogy a nemesfémek felhasítására is használták és használják ma is. A vele való bánásmól nagy figyelmet igényel a fogorvos részéről, ügyetlen ember kezében súlyos lágyrészsérülések okozója lehet. Begyakorolt technika mellett azonban gyorsan hasíthatjuk fel vele a koronákat és ezt a betegek minden különösebb kellemetlen érzés nélkül jól tűrik. Praktikusan a következőképpen alkalmazzuk:

Mielőtt még a felhasítást megkezdenők, célszerűbb a korona polirozott felületének azon részét, ahol a hasítás végig fog vonulni — puhább fémeknél durván szemcsézett papírkoronggal vagy finomabb csiszolókő-

vel — lecsiszolni, illetve megdurvítani. Ugyanezt csináljuk keményebb fémek felhasítása előtt is, csakhogy darabosabb csiszolókővel.

Ezzel az előkészítéssel biztosan elkerülhetjük a kerékfúrónak a sima felületen való ide-oda csúszását.

Egy vonalban fog az haladni és nem vagyunk ezáltal annak a veszélynek kitéve, hogy a síkos felületről hirtelen leszaladva, a lágyrészekben sérülést okozzunk.

Ugyanezt a veszélyt elhárítandó, még egy hasznos fogás leírása álljon itt. Miután a korona vagy híd helyzetétől függően kézi- vagy a könyökdarabba helyeztük a hasító fúrót, minden esetben a fog rágófelületénél kezdjük a hasítást, mégpedig olyképen, hogy a fúrót ugyan az íny felé engedjük haladni — mindig csak lépésről-lépésre —, de a kezünkkel állandóan ellenállást fejtünk ki a haladásával ellenkező irányban, tehát a rágófelület felé, nehogy a fúró az ínyszélhez érve, hirtelen beleszaladjon és ott roncsolást okozzon. Közel a korona ínyszéléhez még jobban lelassítjuk az előrehaladást és — úgyszólván csak tizedmilliméterenként jutva előre mindig kissé felkapva a fúrót — így folytatjuk addig, amíg érzésünk szerint teljesen végig nem hasítottuk a koronát.

E munkánk közben — bármennyire is vigyázunk — megcsúszhat a fúrónk. Ennek elhárítása céljából helyezzünk a felhasítandó korona mellé, az áthajlási redőbe egy papirtekercset és támaszkodjunk reá ujjunkkal. (Dr. Deák L.)

Olyan esetekben, ahol előzetes szondavizsgálattal azt állapítottuk meg, hogy a szokottnál nagyobb koronaszél fekszik a foghús alatt, a fúrót nem vezethetjük tovább a foghús szélének sérülése nélkül, de erre nincs is szükségünk: ilyenkor segítségül vesszük az előbb említett és divatját mult koronavágó fogót, éles végét óvatosan a foghús alá toljuk, anélkül, hogy azt megsértenők és ezzel belekapaszkodva a korona szélébe, áttörjük a még fennálló kis fémfolytonosságot. Ezen utóbbi művelet közben a korona rendszerint kissé „összegyűrődik", ami csak előnyünkre van, mert ilyenkor kisebb-nagyobb felületen a ragasztócement is lereped alatta, megkönnyítve koronalevételi törekvéseinket.

Még egyszerűbb, ha a foghús alá menő kis fémszalagot éles fisszura fúróval hasítjuk át.

A korona felhasításának elvégzése után a rágófelületnél kezdődő hasított vonalszerű rést a rágófelület minél nagyobb területén továbbvezetjük, mert a tapasztalat szerint enélkül csak nagyon nehezen jutunk célhoz. Majd a hasítási résbe beleillesztjük a koronavágó fogó kését, a tompa csőrét a rágófelület alkalmas részén megtámasztjuk és laposan felhányjuk a hasítástól jobbra-balra fekvő koronaoldalakat. Ezt elvégezve, vagy kramponfogóval — húzó mozdulatokkal — igyekszünk leemelni a koronát, vagy pedig a rágófelület hasítási barázdájának szélébe beleakasztjuk a koronavágó kését — a csőrét alkalmas módon megtámasztva — és egy-két feszítő mozdulattal így távolítjuk el a fémkupakot. Ha a korona beavatkozásaink dacára sem mozdul meg, úgy — egész biztosan — nem hasítottuk fel eléggé a rágófelületi részét.

A koronák rágófelszínének felvágása (különösen öntött koronáknál) a körfűrésszel nehezen menne. Ilyen esetekben jó szolgálatot tesz a

mindkét oldalán csiszoló felszínnel ellátott carborundum korong, melyre védőt teszünk, mert annak kisiklása *igen súlyos lágyrészsérüléseket okozhat.* (Dr. Deák L.)

Meg kell jegyeznünk, de hangsúlyozzuk is egyben, hogy felhasítás közben olykor nem csekély hő keletkezik, ami kellemetlen, sőt néha egyenesen kibírhatatlanná teheti a levételt. Ennek megelőzésére ne törekedjünk arra mindenáron, hogy egy mozdulattal hasítsuk végig a koronát, hanem közben-közben emeljük fel a fúrót menetében és öblögessen a beteg hűvös vízzel.

Miután azonban e körfűrészünk igen éles, hasítási műveletünk közben könnyen belevághat a zománcba, sőt a dentinbe is, megsértvén azt, nem szabad erősen nyomva használni, mert a zománc és dentin határának érintése nem kis fájdalmat okoz a betegnek; s ezt csak tetézi még az erős nyomástól fejlődő nagy hő is.

Hidaknál természetesen annyi koronán végezzük a felhasítást, ahány pillérre van felépítve a híd. Sokpilléres hídnál a felhasítást mindig az első pilléren kezdjük és hátrafelé haladunk. Fordított eljárással ugyanis az elálló hasítási felszínek könnyebben felsértik a beteg száját, nyelvét. Az ilyesmi rendes munkamenet mellett is előfordulhat, éppen ezért kövessünk el mindent az esetleges kellemetlenségek elkerülése céljából: ebben a beteg is segítségünkre lehet, az asszisztens nő még inkább. Sokpilléres hidak esetében az egyes koronák felhasítása után külön-külön lazítsuk meg azokat elülről a molárisok felé haladva.

Leszerelendő hidaknál elég gyakran fordul elő az a helyzet, hogy bár a hídnak pillérkoronái mind fel vannak vágva, a vágás mentén szét is hajlítottuk, a híd levételi törekvéseinél még sem mozdul. Ennek vagy az lehet az oka, hogy a rágófelszínen még mindig tart a cement és a húzásnak ellentáll, vagy hogy a pillérek nem párhuzamosak, hanem divergáló vagy konvergáló tengellyel bírnak és ezáltal a közéjük beékelt hídtagok tartják vissza a koronákat is. Ilyenkor megkísérelhetjük azt az eljárást, melynél a híd közepetáján egy keskeny csőrű foghúzó fogóval, a mindnyájunk által jól ismert, karcsú, nyúlánk, 41-es számú felső gyökérhúzóval a hídtagot jó szorosan befogjuk vele és jobbra-balra csavaró és emelő mozdulatokkal igyekezünk a hídat kibillenteni szorult helyzetéből. Alsó beszorult hidaknál sokszor jó szolgálatot tesz az alsó közönséges front koronafogó, melynek hasnló appligálásával mozdítjuk ki a beszorult hidat. Természetes dolog, hogy eme műveleteknél legyünk óvatosak, nehogy a beteg fogát is kimozdítsuk.

Van még egy körülmény ami a hidak levételét olykor nehézzé teszi, ez pedig az, ha a hídban csaposfog is van. Ilyen esetekben járjunk úgy el, hogy a csaposfognak a porcellánját elrepesztjük, azt eltávolítjuk. Ezután átfúrjuk a csapnak azt a részét, amellyel az alaplemezhez van összeforrasztva. Ezzel az eljárásunkkal a híd az említett módszerek egyikével kiemelhető. Ezután a csapot külön távolítjuk el, ha a gyökérre még szükségünk van. Legokosabb, ha egész kis számú gömbfúróval óvatosan körülfúrjuk, amíg akkora rész nem válik szabaddá a csapból, amit egy keskenycsőrű fogóval megfoghatunk. Ezekután nem marad

más hátra mint rotáló mozdulatokkal igyekszünk a csapot helyzetében meglazítani s azt el is távolítani.

Nem egyszer kerülünk olyan helyzetbe, hogy egy többpilléres híd levétele azért válik szükségessé, mert az egyik pillérfog periodontitiszes. Ilyenkor feltétlenül ajánlatos az érzéstelenítés, melynek kifejlődése után felhasítjuk a nem fájó pillérek koronáit, felszabadítjuk őket, és azt a fogat, amelyik gyökérhártyalobos, a koronájával együtt extraháljuk. Általában üdvös volna az érzéstelenítés indikációját kiterjeszteni mindazon korona- vagy hídeltávolítási esetekre, amelyekben az extrakció — bármilyen kiforrott technika mellett is — előreláthatólag nehéz, illetve fájdalmas lesz.

Legújabban különböző fajtájú montirozott köveket hoztak forgalomba, amelyeknek lencsealakja és anyaga alkalmassá teszi őket akármilyen keménységű fémkoronák eltávolítására. Mindezen eszközökkel szabályként mondjuk ki azt, hogy csak teljesen új állapotban alkalmazzuk őket, mert a többször használt fúrókkal, vagy kövekkel a felhasítás nehezebben hajtható végre, de a fúró feje ilyen állapotban könnyer le is válik nyeléről és sérülések okozója lehet.

Összefoglalás:

A szerző dolgozatában rendszert igyekszik teremteni a fémkoronák és hidak eltávolításának útvesztőjében. Leírja, hogy a hármas jelszónak kell érvényesülnie a betegre nézve kellemetlen procedurában: gyorsan, sérülések és fájdalom nélkül kell elvégeznünk azt. Ismerteti ama eljárásokat, valamint a hozzájuk szükséges eszközöket és azok használati módjait, előnyeit, hátrányait, amelyek a fentebb említett hármas jelszó figyelembevételével vezetnek eredményre.

Summary:

The author tries to settle a system in the confusion of the methods of the removal of metalcrowns and bridges. He emphasies that a threefold principle has to be observed in this, — for the patient disagreable, — treatment: it must be quick, without injurence and painless. He introduces those methods by which in observation of the fore-going threefold principle, — a success can be reached, further he introduces the necessary instruments, their methods of using and their advantages and disadvantages.

DENTARIA R.T.

Dental-Depot

Fogorvosi berendezések, műszerek
és vegyiszerek gyára
Budapest, IV.,
Kossuth Lajos-utca 11.
(Telefon: 185-051)

A rádium használata a stomatologiában.*

Irta: Dr. KLEIN ERNŐ

A rádiumnak mint gyógytényezőnek a stomatológiában való felhasználása közel fél évszázados multra tekinthet vissza.

Walkhoff, a modern gyökérkezelés egyik megalapozója, volt az első, aki 1900-ban, tehát már két évvel a rádium felfedezése után, megkísérelte az újonnan felfedezett elem sugarainak hiperémizáló tulajdonságát a stomatológiában felhasználni.

A *Gieseltől* kapott anyaggal először saját magán kísérletezett. Miután bőrén sikerült dermatitiszt előidézni, vizsgálat tárgyává tette a rádiumnak a baktériumokra való hatását. Az eredmény természetesen negatív volt, mert a rádiumnak baktericid hatása nincsen. Kevés eredményt látott a száj megbetegedett szöveteinek besugárzásától is, ami nyilván összefügg a rendelkezésére álló és a besugárzáshoz használt rádium mennyiségének csekélységével. Hasonlóképen nem ért el kézzelfogható eredményt rádium emanáció használatával sem.

Ezzel szemben már a huszas években francia szerzők, mint *Bouland* és *Odin* — Radiographie en Cabinet Dentaire című könyvükben — a paradentózisnak rádiummal való kezelésével kapcsolatban jó eredményekről számolnak be.

Vickham és *Degrais* pedig osteomielitisz sikeres rádiumkezeléséről referálnak könyvükben.

Bizonyára e kedvező francia közlemények hatására Németországban is megpróbálkoznak — mint *Münch* — rádiumnak a gyökércsatornában való alkalmazásával befolyásolni a perapikális folyamatokat. Nyilván kevés eredménnyel, mert az eljárás követőkre nem talált.

Nálunk *Róna* referált a Fogorvosok Egyesületének egyik gyűlésén osteomielitisznek rádiummal való kezeléséről.

Az első komoly eredményeket stomatológiai téren *Lewy*, berlini radiológus érte el. Rádium kezelésével sikerült periapikális folyamatokban úgy klinikai, mint hisztológiai értelemben teljes gyógyulást elérnie. Gyógyult betegei közül az érdekesebb eseteket 1929-ben a német fogorvosok egyesületének ülésén mutatta be. Ezeket az eseteket a hozzájuk tartozó röntgenfelvételekkel egyetemben ezen az ülésen magam is láttam.

Ez adott impulzust, hogy a rádium gyógyító hatását a stomatológiában adott esetben magam is kipróbáljam és ellenőrizzem a *Lewy* által demonstrált eredményeket. Összesen 25 betegemnél végeztettem rádium besugárzást. Ezek egy részét *Levy* kezelte Berlinben, másik részét Budapesten *Kisfaludy*, az OTI rádium intézetének vezetője.

A rádiummal kezelt fogak egy része *exakt gyökérkezelés számára hozzáférhetetlen* és így eredmény szempontjából reménytelen eset volt. Másik részük *hiányos gyökértömést mutatott* recidivá ó *periodontitis*-szel vagy kezdődő *periostitis*-szel.

Több esetben segített ott a rádium, ahol exakt gyökérkezelés dacára *tünetmentesség és gyógyulás nem következett be*, vagy ahol a *Highmore üreg* és a *canalis mandibularis közelsége miatt műtétet végezni nem volt tanácsos* s végül *nagy csztáknál*, ahol a műtét *fractura* veszélyével járt volna.

Volt közöttük két *osteomyelitis* és öt *paradentózis*.

* Előadás az 1946. évi tudományos Nagygyűlésen.

E 25 esettel kapcsolatban tett tapasztalataim a *rádium hatására* vonatkozólag a következők:

Akút periodontitis vagy *periostitis* esetén már egyszeri besugárzás a fájdalmat rövid időn belül megszüntette. Kétszeri besugárzás hatására a gyulladás teljesen visszafejlődött. Gennyesedésre hajlamos esetben meggyorsította a perioszteális abszcesszus kifejlődését.

Szövetszaporulattal járó, krónikus periapikális folyamatoknál *(granulómáknál és cisztáknál)* általában háromszori besugárzás volt szükséges. Ez esetben a kb. hat hónap — egy év mulva készített röntgenfelvétel az árnyékdefektus helyén normális csontstrukturát mutatott.

Hosszú hetekig sequesztrálódó *osteomyelitis*-nél 8—10 nap alatt befejeződött a sequesztrálódás és az elhalt csontrészek kilökődtek vagy könnyen eltávolíthatók voltak.

Parandentózis eseteiben a tasakok vérbő, laza granulációs szövetét — feszes vérszegény hegszövet foglalta el. Ez a fájdalomcsillapító, lobgátló és kóros szövetszaporulatokat elpusztító hatás a rádium *gamma sugarain* alapszik. A gamma sugarak kemény, nagy penetrációjú sugarak, amelyek hatótávolsága kb. 10 mm. A sugarak a sejt legérzékenyebb részét, a sejtmagot támadták meg, azonban a protoplazmára is hatnak. A mag a besugárzás után csakhamar piknotikussá válik, majd kariorrexis kíséretében szétesik, szemcsék jelentkeznek benne, végül a sejttesttel együtt elfolyósodik, citolizis következik be. A sejtek szétesésekor *histamin-szerű anyagok szabadulnak fel.* Ezek az ú. n. H. anyagok *értágulást, hiperémiát* idéznek elő, a szétesö anyagok leukotaktikus hatása a *fagocitózist* mozdítják elő.

Itt említem meg lobellenes volta miatt, hogy a sugárzás pH-eltolódást okoz, lokális szövetacidózis lép fel, valamint fokozódik a szövetek calcium tartalma is.

Látjuk tehát, hogy a rádium a lobos folyamatokat legnagyobbrészt *indirekt módon* a szövet szétesésekor felszabaduló H. anyagokkal befolyásolja.

Ezzel szemben a *szövet-pusztító hatás direkt úton* érvényesül, azonban csak bizonyos feltételek mellett. Ez a *feltétel a sejt sugárérzékenysége.*

A sejt sugárérzékenysége a legnagyobb:

1. *oszlás idején* (nagyobb támadó felületet nyujtanak az oszló kromoszomák),
2. *fokozott vérellátásnál (lobnál!),*
3. *minél kevésbbé differencinált.*

A kérdés már most az, hogy vajjon meg van-e a feltétele a rádiumbesugárzás hatékonyságának, a sugár érzékenységének azoknál a kóros szövetszaporulatoknál, amelyek a granulomáknál, cisztáknál és a paradentózisos tasakokban előfordulnak.

PRODENT

Prodent

Dental-Depot

Tel.: 187-492 **Budapest, IV., Ferenciek-tere 4.**

A kérdésre határozott igennel válaszolhatunk. Tudjuk, hogy *a kérdéses kórformáknál vérbő, folytonosan növekvő, kevéssé differenciált, kötőszöveti sejteket tartalmazó granulációs szövet vagy hámmal bélelt kötőszöveti zsák* van jelen, tehát megvannak a rádium besugárzás hatékonyságának feltételei és így igazoltnak látjuk a rádiumnak előbb felsorolt esetekben való gyógyító hatását.

A rádium fájdalomcsillapító hatása bővebb magyarázatra nem szorul, ez a hiperémia következménye.

Szólnom kell még:

1. A besugárzás módjáról,
2. az adagolásról,
3. a javallatról.

A rádium alkalmazásával kapcsolatban tudnunk kell, hogy azt a modern radiológia három formában használja: *mulázs* (felületi alkalmazás), *tüzdelés* és *távbesugárzás* alakjában.

A moulage és tüzdelés az ú. n. *rádiumtű* használatán alapszik, amelyet vagy a felületen, vagy a daganat belsejében alkalmazunk. A rádiumtű 0.5 mm vastag, egyik végén hegyes, másik végén csavarral elzárható tűalakú platinából készült hüvely. A tű platinafala egyben a lágy (α és β) sugarak szűrésére szolgál. Belsejében van a kb. 1 mm átmérőjű kapilláris, amely színültig van töltve $RaCl_2$ vagy $RaSO_4$ különböző, de meghatározott mennyiségével.

Kisfaludy eseteimben mulázs-kezelést alkalmazott. Eljárása a következő: Fogászati kompozíciós lenyomatanyaggal (Kerr) beborítja a besugárzandó területet és környékét a hozzá tartozó fogakkal egyetemben olymódon, mintha harapást venne. Vigyáz arra, hogy a Kerr-réteg elég vastag legyen ott, ahol a tűket elhelyezi. A tűket olymódon nyomja bele megfelelő csipesszel a még puha masszába, hogy azokat a nyálkahártyától kb. két mm vastag Kerr-réteg választja el és legalább 4 mm vastag réteg fedje. Ez az eljárás ugyancsak a lágy sugarak kiküszöbölésére szolgál.

A besugárzáshoz általában 2 drb. tíz mgr-os tűt használt, amelyeket egymással párhuzamosan, egymástól 5 mm-nyire (ú .n. tűszél távolságnyira) vertikális irányban helyezett el Kerr-masszában.

A két 10 mgr-os tű *3×2 óráig vagy 2×3 óráig* maradt a beteg szájában. A beteg ez esetben 120 mgr órát, vagyis 300 r-et = ½ HED-et kapott, vagyis annak az adagnak a felét, amelyet a nyálkahártya maradandó elváltozás nélkül eltűr.

Mint látjuk tehát, a rádiummal való kezelés — megfelelő kautélák mellett— gyakorlott és tapasztalt kézben teljesen veszélytelen.

A besugárzandó terület nagyságától függ a használt tűk száma, vagyis a rádium mennyisége, a tűk helyzete. (2 vertikális a palatinális oldalon, 1 vízszintes a bukkális oldalon, vagy 2—2 vertikális, úgy a bukkális, mint a palatinális oldalon.) Ezt a szakember tapasztalata határozza meg minden esetben. Ebben a munkában mi két síkban készített lokalizációs felvételekkel segíthetjük, amelyekkel pontosan meghatározható a folyamat helye és kiterjedése.

Tapasztalataimat az előadottak alapján a következőkben foglalhatom össze:

1. A rádiumnak a stomatológiában való használata megfelelő kautélák betartása és tapasztalat mellett *teljesen veszélytelen*. Káros hatást egy esetben sem láttam.

2. *Indikált* periapikális és paradentális folyamatoknál, valamint *osteomyelitis*nél, ahol konzerváló kezelés, vagy sebészi megoldás lehetetlen, vagy nem vezetett célhoz.

Budapest, Harmincad-u. 3.

A M. Erzsébet Tudományegyetem Bőrgyógyászati Klinikájának közleménye.
(Igazgató: *dr. Melczer Miklós* egyet. ny. r. tanár.)

A Vincent-féle fogíny-, száj- és toroklob kezelése penicillinnel

Irta: *Dr. FRANKL JÓZSEF.*

(A belföldi tudományos ösztöndíj támogatásával készült munka.)

Garrod megállapította, hogy a szájban levő mikroorganizmusok nagy része érzékeny penicillinnel (pc.) szemben. Nem kivételek ez alól az anaërob *streptococcus*-ok és a szájüregben előforduló *spirochaetá*-k sem. Közlése nyomán már számos szerző foglalkozott a száj betegségeinek pc. kezelésével. A *sy., go.* és egyéb betegségek pc. kezelése kapcsán észlelte *Strock*, hogy a betegeken levő foginygyulladások, melyek a *Vincent*-féle kórképhez tartoztak, lényegesen megjavultak. Ugyancsak ő számol be 15 betegről, akik *Vincent*-féle toroklobban szenvedtek, de egyeseknél fekélyes foginy-, ill. szájgyulladás is fennállott. A kezelés pc. i. m. injekcióinak és helyi alkalmazásának társítása volt. Helyi kezelésül ccm-ként 5.000 O. E.-t tartalmazó pc. oldatot tartott szájában a beteg egy óra hosszat, és ezt a nap folyamán többször megismételte. Eredményei kiválóak voltak. *Mac Gregor* és *Long* szerint tablettákkal is történhetik a helyi kezelés. A tabletták 100—1.000 E. pc.-t tartalmaznak gelatinás alapanyagban +0.1% *nipagin*-t és átlag 45—60 perc alatt olvadnak szét, mikor is újat kell a szájba helyezni az orca és a fogak közé. Az állandó nyelés és nyálelválasztás dacára hatásos töménységet ér el így a pc., csak a rágó és szívó mozdulatoktól kell tartózkodni. Szerzők 25 betegnél, *Vincent*-féle fertőzés minden alakjánál, jó eredményről számolnak be e kezelés kapcsán. A heveny esetek reagáltak a legjobban. A *spirochaetá*-k 24 óra alatt eltűntek, a gyógyulás gyors volt. *Stern* kenőcs formájában alkalmazta a pc.-t 5 esetben *Vincent*-féle foginygyulladásnál szép sikerrel. A kenőcs 250—1.000 E. pc.-t tartalmaz gr.-ként és belehelyezendő a foginy tasakjába 3 óránként.

Magam a *Vincent*-féle fertőzés mindhárom formájánál: a fekélyes foginy-, száj- és mandulagyulladásnál alkalmaztam a pc.t. Először is megállapítottam a fertőzés milyenségét. A fekélyből, főleg annak alapjáról vett váladékban *bac. fusiformis*, különböző *spirochaetá*-k, főleg *Vincent*-féle és *spir. dentium*, *spirillum sputigenum* és különböző hasadó gombák találhatók. Ha azonban — *Melczer* vizsgálatait véve alapul — *Herzberg*-féle citromsavas viktoriakékkel, *Giemsa*-féle festéssel, vagy különösen *Hagemann* szerint villogó fényben és sötét látótérben vizsgáltam a készítményeket, minden egyes esetben sikerült a szűrhető csirákra jellemző elemi testek kimutatása. A *Vincent*-féle fertőzés kóroktanát illetően tehát csak megerősíthetem *Melczer* egészen újszerű eredményeit, melyek szerint a kórképet *viro-bakterialis symbiosis* okozza, hol a virus szerinte ugyanaz, de a „társak", a *comikrobá*-k váltakozhatnak, bakt.-ok és *spirochaetá*-k egyaránt lehetnek.

Kilenc *Vincent*-féle száj- és toroklobban szenvedő beteget észleltem. Egynél mandulagyulladás, kettőnél a bölcseségfog nehéz előtörésből származó jellegzetes fekély állott fenn. Közülük az egyiknél kiterjedt fekély és foginygyulladás is jelen volt. A többi 6 esetben fekélyes foginygyulladást találtunk. A helyileg, ill. i. m. alkalmazott pc. hatásának ecsetelésére 3 esetet részletezek:

1. eset. 21 éves nő, 3 napja torka fáj. Dg.: *Angina Vincenti. l. s.* 20 000 E, pc. i. m. Kezelés előtt: a váladék számos élénken mozgó *spirochaeta Vincenti*-t, *spirillum sputigenum*-ot, *fusiformis bacillus*-okat és kevés elemi testet tartalmaz.

10 perccel a befecskendezés után: torkát duzzadtnak érzi, nehezen nyel. a *spirochaetá*-k száma emelkedett, igen fürgén mozognak. Kevés elemi test, sok baktérium.

20 perc mulva: számos holt és merev *spirochaeta*, elemi testek megkevesbedtek, baktérium-flóra változatlan.

30 perc mulva: általában a *spirochaetá*-k mozgása csökkent, nyelés könnyebb.

60 perc mulva: lepedék részben levált, alapja vérbő. Kevesebb *spirochaeta* és *baktérium*, elemi testek megszaporodtak.

90 perc mulva: a mozgás tovább csökkent.

24 óra mulva: panaszmentes. Fekély feltisztult, vérzékeny. Kenetben néhány *spir. sputigenum*. Elemi testek nagyon megszaporodtak.

A beegnél a folyamatnak egyetlen adag i. m. pc. gyógyhatása mellett észlelt fellángolását a *Jarisch-Herxheimer*-reactióval azonos jelenségnek tartjuk.

2. eset. 22 éves férfi. 5 napja az előtörő jobb alsó 8. foga felett tasakot megsértette. E tasakon és a szomszédságában levő szájnyálkahártyán ujjhegynyi nagyságú fehéres lepedékkel fedett fekély képződött. A fekélyből nyert kenet a *Vincent*-féle fertőzést mutatja kevés elemi testtel.

Kezelése: 3 percenként ecsetelés *fiziológiás* konyhasós pc.-oldattal, mely ccm-ként 5.000 E.-t tartalmaz.

15 perc múlva: a kórokozók száma és mozgása csökkent, sok a merev, mozdulatlan *spirochaeta*, egyeseken rángások észlelhetők. Elemi testek megszaporodtak.

30 perc mulva: a *spirochaetá*-k nagy része mozdulatlan, *spirillum*-ok alig találhatók. Elemi testek mennyisége változatlan.

45 perc mulva: a *spirochaetá*-k csaknem teljesen eltűntek, 1—1 *spir. sputigenum*, melyet az áramlás visz, néhány *fusiformis bacillus*. Elemi testek megszaporodtak.

60 perc mulva: *Vincent*-flóra eltűnt, virusok nagy mennyiségben. Kezelés befejezve.

24 óra mulva: fekélyek vérbőek, feltisztultak. Sok virus, kevés baktérium.

3. eset: 18 éves férfi. 3 napja a jobboldali orca nyálkahártyáján fájdalmas seb. Az orca nyálkahártyáján az előtörőben levő alsó 8. körüli foginyre ráterjedve csecsemő-tenyérnyi lepedékű fekély. A foginy széle kiterjedten kifekélysedett mindkét fogsor mentén. Mérsékelt szájzár.

Kezelés: 20.000 E. pc. i. m. Mind az orcán, mind a foginy szélén levő fekélyekben számos *spir. Vincenti* és *spir. dentium*, sok *spirillum sputigenum*, néhány *fusiformis bacillus*, *coccus*-ok, kevés elemi test.

15 perc mulva: a baktériumok száma kevesbbedett.

30 perc mulva: a szájzár enyhült, elvétve található 1—2 *spirochaeta*, *bac fusiformis* és *spirillum*, kevés *coccus*, elemi testek megszaporodtak.

45 perc mulva: további javulás.

60 perc mulva: fenti lelet.

90 perc mulva: tekintettel arra, hogy a lepedékben *spirochaeta Vincenti* és *bacillus fusiformis* még található, helyi kezelést kezdünk, ccm-ként 5.000 E.-t tartalmazó konyhasós pc. oldattal, 3 percenként beecsetelve az orcán levő fekély és a fekélyes foginy.

120 perc mulva: a fekélyek váladékában elvétve 1—1 *fusiformis bacillus*, kevés *coccus; spirochaeta* nem található, virusok nagyon megszaporodtak.

24 óra múlva: szájzár megszünt, fekélyek alapja sarjad, hámosodik. Váladék rendes, rengeteg elemi test.

Első esetünk tehát egyetlen 20 000 E.-es i. m. pc.-adagra meggyógyult, a második ccm-ként 5.000 E.-t tartalmazó pc. oldattal való egy órás ecsetelésre, a harmadiknál az inj.-os kezelést helyi kezeléssel kellett társítani a folyamat makacs volta miatt.

További betegeink makacs, fekélyes foginyszél-gyulladásban szenvedtek. 30—60 perces ecsetelésre mindegyiknél eltünt a *Vincent*-flóra és megszaporodtak a virusok. 2-nél két hét mulva kiújult a folyamat, 4 azonban 8 hete tünetmentes. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy utóbbiak pontos fogászati kezelés (fogkőeltávolítás, tasak kiírtás, stb.) után részesültek pc. kezelésben.

Összefoglalva a következőket mondhatom:

Mind *i. m. inj.*, mind helyi ecsetelés formájában, makacs esetekben társítva, igen hatásos a fiziológiás konyhasóban oldott pc. a Vincent-féle *symbiosis* okozta foginy-, száj- és toroklobok kezelésében.

Hatására néha átmeneti rosszabbodás lép fel *(Jarisch—Herxheimer-reakció)*, majd a flóra órákon belül normálissá válik, viszont a kórokozó virus elemi testjei átmenetileg megszaporodnak. A kiújulások meggátolása végett a pc. kezelést szakszerű fogászati kezeléssel kell társítani.

FOGORVOSI TOVÁBBKÉPZÉS

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: DR. GEGESI KISS PÁL egyet. nyilv. r. tanár.)

A táplálékfelvétel stomatológiával határos kérdéseinek gyermekgyógyászati jelentősége*

Írta: Dr. GERLÓCZY FERENC.

Folytatás

Szopási gyengeség. Klasszikusan koraszülötteknél fordul elő, de előfordulhat normális súlyúaknál is. Lényege: az általános, illetve rágóizomzat gyengesége. A csecsemő gyorsan, már néhány szívás után elfárad, a bimbót ásítás közben kiereszti a szájából, elalszik. A szopási aktusok száma csökken, az egyes szopómozgások ellaposodnak, erőtlenednek. Relatív szopási gyengeség az, ha a mell *„nehezen jár"*. Koraszülötteknél *Herz* vizsgálatai alapján 2—3 Hg. mm. a szopási nyomás, gyenge szopóknál 3—4 Hg. mm., középerős szopóknál 5—9 Hg. mm., míg erős szopóknál 9—14 Hg. mm. Szopási gyengeségnél az egyes szopások után lefejt tejjel pótlunk kanállal vagy üvegből.

Szopási lustaság. Az előbbitől sokszor nehéz élesen elkülöníteni. Az ilyen csecsemők egy ideig jól szopnak, majd az amúgyis alacsony nyomás hirtelen leesik és azt újból visszaállítani már nem tudják, ellustulnak, nem folytatják a szopást, sőt elalszanak. Sokszor $^1/_2$ óráig is elpiszmognak vagy félig alvó állapotban tartják szájukban a bimbót. Míg normális csecsemő a táplálék túlnyomó mennyiségét már az első öt percben magához veszi, addig ezeknél az egymástól merőben különböző egyes szopási mennyiségek rendszertelenül követik egymást. Fel kell éb-

reszteni, nógatni kell őket „szopás" közben. Felpaskolva őket, néhányat megint jól szopnak, majd újból elalszanak. Sokszor 1/2 óránál is tovább tart egy-egy szopás. Szopási lustaságnál nincs szó elfáradásról. *Bahrdt* szerint az izomerő, nyomóerő jó. Legvalószínűbb, hogy centrális szopási gyengeségről van szó, tehát a reflexmechanizmus tökéletlen. A lustán szopó csecsemőt gyakrabban kell mellre tenni, néha — átmenetileg — szondával való etetés is szükségessé válhat.

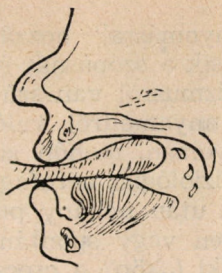
Szopási ügyetlenség. Szopómozgások vannak, de semmi eredmény nincs — mérleggel kontrollálva. Ezek a csecsemők sírnak „szopás" közben, nem tudják jól befogni a bimbót. Élénk szopómozgásokat végeznek, de a bimbó minduntalan kiesik a szájukból. Néha a nagy vagy kövér mell az oka, de az ilyen mellekről is tud szopni egy más rátett csecsemő. Az ilyen csecsemőknek lefejve adjuk oda a tejet, miáltal egyrészt megkapja a táplálékát, másrészt a lefejés által a tejelválasztás is fokozódik, a bimbó pedig jobban megfoghatóvá válik. A táplálások számát szaporítjuk.

Melliszony. Igen ritka komplikációja a természetes táplálásnak, de előfordul. Jó mell, jó szopóerő és mégis jelen van. Semmi abnormitás, csupán sem az anya, sem a dajka mellét el nem fogadja, ordítani kezd, elfordul. Üvegből viszont jól szopnak. (Van ennek fordítottja is, akik meg üvegből nem szopnak semmi áron.) Szopómozgásokat ezek a csecsemők az ajak ujjal való érintésére nem végeznek, ez a része a szopási reflexnek tehát hiányzik és csak a szájnyálkahártyáról váltható ki bevezetett cucli által. Sokszor neuropátiások. Az ok centralis. Egyes esetekben — inkább a szopási ügyetlenségnek imponáló esetekben — veleszületetten rövid az állkapocs, ami a mondottak alapján érthető magyarázatát adja a „melliszonynak". *Czerny, Keller* ezt a veleszületett állkapocsrövidséget a koponyabázis elváltozására és ezáltal az idegrendszer patológiás állapotára vezeti vissza.

Ismeretes még az ú. n. *„önkéntes éhezés a mellen"*, melynek gyakorlati jelentősége kevés, mert ritkaságszámba megy. *Sinelnikoff* szerint az éhségérzetet előidéző hormonok hiányára vezethető vissza.

A mechanikus akadályokat (farkastorok, nyúlajk, stb.) ehelyütt nem érintjük.

Foglalkoznunk kell azonban az *üvegből való táplálással.* Üvegből való táplálásnál az állkapocsmunka sokkal kisebb, az üvegből, a „cucli"-ból való szívásnak más a mechanizmusa. A csecsemő táplálékfelvételének módja és eszközei nem közömbösek az állcsontok fejlődése, illetve a későbbi deformitások szempontjából. Üvegből táplálásnál aktív izommunka alig van, nem létesül légüres tér, pozitív a nyomás, mert a szopókát a szájpadhoz szorítva préseli ki a tejet, az aerofágia kifejezettebb. (L. 10. ábrát.) Tipusos magas szájpadláshoz vezet az, amit a *rachitis* — mely mesterséges táplálás mellett gyakoribb — még csak növel. Ha felváltjuk a mellről való táplálást cucliból valóra, a csecsemő nem akar visszamenni a szopókáról a bimbóra, mert munkatöbbletet jelent. Ennek ellensúlyozására szerkesztette 1928-ban *Dreyfuss a „Poupon"*-t, mely a mellbimbó alakját utánozza, amit a csecsemő szájával nem tud oly könnyen összeszorítani, de ezzel sem kerülhetők el teljes mértékben az üvegből



10. ábra.

való táplálás mechanizmusából folyó ártalmak. *Harnapp* szerint az üveg kiürítése történhet szopás, nyomás, fejés és kifujás által. A kifujás csecsemőnél gyakorlatilag nem jön szóba. Sajnos, a fejés is csak nagyon alárendelt szerepet játszik, mert ehhez szükségeltetik a legintenzívebb állkapocsmunka, mint azt a szopási aktus tárgyalásánál láttuk és éppen ettől kíván megszabadulni a csecsemő az üvegből való táplálásnál, hisz a tejet a cuclin keresztül szopás-nyomással, sőt egyedül nyomással is ki tudja hozni az üvegből. A száj *szopó (szívó) mozgása* az üvegben is csökkenti a hidrosztatikus és gáznyomást. A tej kiürülése után, amikor a szájban újból helyreáll a normális nyomás, levegő gyöngyözik vissza az üvegbe addig, míg a nyomás az üvegben is kiegyenlítődik, majd újból következik egy szívás. A *nyomásnál* a szopókára gyakorolt kompresszió hatására az üveg folyadéktartalma a folyadékok összenyomhatatlansága folytán az üveg fenéke felé kitér, az ottlévő levegőt komprimálja, az üveg belső nyomása emelkedik és a cuclin keresztül a folyadék egyrésze a szájba kerül. Kiürülés után a nyomás kiegyenlítődik. Minél kisebb a volumen (tehát kevés tejet tartalmazó üveg mellett, vagy a táplálkozás vége felé, amikor az üvegből már kifogyóban van a tartalom), annál inkább nyomással történik az üvegből való táplálékfelvétel. Nagy volumennél (tehát tele üvegnél, vagy a táplálkozás elején, mikor az üveg még tele van) a szopás (szívás) dominál. (L. 11. ábra.)



11. ábra.

Általában az olyan erőteljes, egészséges csecsemő, akinél az állkapocsviszonyok normálisak, az izomerő kielégítő, főként szopással (szívással) üriti ki az üvege;t fiatal, lusta csecsemők ellenben inkább nyomás segítségével. Tehát a jól szopó csecsemő, ha üvegből táplálásra fogjuk, az üvegből is „szopás" útján hozza ki a tejet, hisz jól tud légritka teret létesíteni szájában, elegendő ereje van az állkapocsmunkához. Jól szopó csecsemő tehát, ha bármi okból mellről üvegre tesszük, megközelítőleg ugyanazzal a mechanizmussal szív, ezért nem is marad el teljesen az aktív izommunka fontos hatása. Rosszul szopó, gyenge, fiatal, lusta cse-

csemők ellenben teljesen „nyomással" hozzák ki a tejet az üvegből és ezáltal jóformán teljesen kiesik a szopásnál ismertetett aktív izommunka. Gyakran kombinált mechanizmusról van szó (szopás-nyomás).

Aërofagia. Normális, anyamellről való szopásnál is előfordul — különösen ha a csecsemő gyorsan, mohón szopik —, hogy tejjel együtt néha levegőt is nyel. Ez a fiziológiás aërofágia. Az így gyomorba került levegőt a csecsemő szopások után néhány perccel függőleges helyzetben kiböfögi, vízszintes helyzetben vagy spontán fekvésváltoztatásnál kevés tejmennyiséggel együtt fellöki („köp" a csecsemő). Az aërofágia üvegből szopásnál sokkal kifejezettebb. Rosszul iszik cucliról, miként a felnőtt, ha csőből iszik: sok levegőt nyel. Magának az aërofágiának mechanizmusa a következő. *Pfaundler* szerint reflextévesztésről van szó, amennyiben — főként üvegből táplálásnál — néhány csepp tej már sokszor idő előtt rákerülhet a nyelési reflexiót kiváltó helyekre a szájpad mögött, tehát mielőtt még a tulajdonképeni táplálék a szájüregbe kerül. Az így, korán kiváltott nyelési reflex azonban csak levegőt talál, amit lenyel, magával rántva az őt kiváltó néhány csepp folyadékot is. Főként üres üveg továbbszívásakor, mellről való szopásnál pedig akkor fordul elő, ha a csecsemő még mohón szopik, de a mell már üres.

Ruminátio. Ha az aërofágia kórosan fokozott, gyakorta és sok levegőt nyel, a csecsemő megszokhatja — különösen, ha neuropatiás — azt, hogy a gyomorból fel-fellökődik (a levegőhólyag által) valamelyes táplálékmennyiség és ezt később ő maga is előidézi. Így áll elő a kérődzés, az ú. n. „*ruminatio*". A csecsemő felhozza a gyomorból a táplálékot, bizonyos ideig a szájában tartja — a mandibula rágó „őrlő" mozgásaitól kísérve, ami a „Fletscher"-ezéshez hasonló, majd lenyeli, miközben részben ki is buggyan, ki is hányódik a táplálék egy része. A *ruminátio* tehát egyúttal a hányás egy formája. Ezáltal sok táplálékmennyiség megy veszendőbe. Atrofiába hajtják magukat, sőt amint gyermekorvosok mondani szoktuk, ezek a csecsemők „öngyilkosok" lesznek. A *ruminátio* bevezetője a gyomorfunkció gyengesége vagy táplálkozási zavar, legtöbbször azonban az aërofagia. Alapja a neuropatiás konstitucio és lényege ú. n. öröm, illetve játék equivalens. A csecsemőkori maszturbációval analóg. Lányoknál gyakrabban is fordul elő. Ezért nem elég előetetésként sűrű pépet adni, vagy hasonfektetve, hintába téve etetni a gyomorperisztole fokozása miatt, hanem magával a csecsemővel is foglalkoznunk kell. El kell terelni a figyelmét önmagáról: játékot aggatunk az ágyára evés közben, vagy más úton-módon igyekszünk érdeklődését másfelé vezetni. Leghatásosabb a teljes miliőváltozás. Súlyos esetekben visszaveti, majd teljesen megakasztja a fejlődést s ha a *ruminatio*-t megszüntetni nem tudjuk, a csecsemő végül is elpusztul. Sajnos, nem egy ilyen esetet tudunk demonstrálni.

Szorosan a csecsemőkorhoz tartozik a *veleszületett fog* kérdése. Az újszülött néha foggal (többnyire az egyik alsó középső metszőről van szó) születik. Főként fölös számú fogcsirokról (az ilyen „fog"-nak gyökere nincsen), máskor fejlett fogról van szó. A szopást nehezíti, az újszülött nem tud légüres teret létesíteni, amellett felsérti a mellet. Ezért a veleszületett fogat ki kell húzni. Mielőtt azonban a fogat eltávolítjuk, meg

kell határoznunk a csecsemő vérzési és alvadási idejét, nehogy kórosan fokozott vérzés lepjen meg bennünket, de még a normális adatok mellett is óvatosan kell ilyenkor eljárni, mert az újszülött vérzésre való hajlama nagy.

Az *ajakfék* a sztomatologusok előtt jól ismert. Ennél gyakoribb a hosszú *nyelvfék (frenulum linguae)* („„lenőtt nyelv"). Első napokban egy ollócsapással átvágandó, hogy a nyelv a szopáshoz szükséges mozgásokat el tudja végezni. Elég gyakori.

És most néhány szót az *első fogzással* kapcsolatosan. Ismeretes, hogy a gyermekorvosi felfogás is két csoportra oszlik: voltak, vagy vannak ma is, akik fogzási betegségről (amit a franciák „dentitio difficilis"-nek neveztek) beszélnek, mások szerint pedig ilyen nincsen. Röviden ismertetjük álláspontunkat gyermekorvosi szempontból. Egészséges szülőktől, konstitucionális defektus nélkül született csecsemőnél, kinél sem anyagcserezavar *(spasmophilia, rachitis)*, sem táplálkozási zavar nincsen, a fogzás tulajdonképen betegséget nem okoz. Egészséges csecsemőnél a fogzás legfeljebb hőemelkedést, néhánynapos súlyállást, néhány hígabb székletet, enyhe közérzetzavart, „nyügösséget" és kedvetlenséget, érzékenységet szokott néha előidézni, tehát csak a közérzetet másítja meg, de betegséget nem okoz.

Exszudativ, hidrolabilis, neuropátiás, spazmofiliás, illetve olyan csecsemőknél, ahol distrofia, atrofia vagy táplálkozási zavarok vannak jelen, a fogzás többé-kevésbbé súlyos hasmenést, súlyállást, nyugtalanságot, lázat, görcsöket stb. okozhat, bár itt is bizonyos reciprocitás áll fenn a fogzás és az említett tényezők között.

A leglényegesebb tényező ezek között a *spazmofilia*, amely átmenetet képez a tetániához. Koratavasszal, a hormonalis *(parathyreoidea)* eredetű „krizis" idején lép fel előszeretettel. Lényege a periferiás idegrendszer fokozott mechanikus és elektromos ingerlékenységének fokozódása. Spazmofiliában manifeszt görcsök még nincsenek, de a periferiás idegrendszer ingerlékenysége a hipokalcémia folytán olyan nagyfokú, hogy ebben a stádiumban már a legkisebb inger kiválthatja a manifeszt tetániás jelenségeket, melyek közül az eklampszia („frász") a leggyakoribb megjelenési forma. Ha a szerum kalcium tartalma — csökkenése folytán — eléri a 7 mgr százalékot bármely legkisebb, sokszor ki nem mutatható ok is kiváltója lehet ilyen görcsrohamoknak. Itt tehát a fogzás nem oka, csak kiváltója egy görcsnek egy görcskészséggel felruházott csecsemőn. Ez a magyarázata a rettegett „frász"-nak és ez izgatja a szülőket még manapság is. Egészséges, nem spazmofiliás csecsemőnél az első fog áttörése eklampsziát soha nem okoz. A spazmofilia profilaxisa lényegileg megegyezik a rachitis elleni profilaxissal.

És most röviden néhány szó a *rachitisnek* a stomatologiával kapcsolatos kérdéseiről — gyermekorvosi megvilágításban. Angolkórral kapcsolatban leginkább a következő jellegzetes állkapocsdefomitásokat látjuk: A felső állcsont protruziója mellett a mandibula mindinkább belapul és a szemfogak táján szegletben hátrahajlik. A mandibula alsó széle kifelé dül, ennek megfelelően a *proc. alveolaris* abnormálisan befelé hajlik.

A zománchipopláziáról, valamint a körkörös fogszúról nem szólunk, ezek igen jól ismertek, inkább néhány szót a rachitiszes fogzásról.

Ha nem 6 hónapos korban bujik ki az első fog, az anya rendszerint orvoshoz viszi gyermekét, vajjon nincs-e angolkórja. A „késői fogzás" még ma is úgy szerepel a köztudatban, mint az angolkór legjellegzetesebb tünete. Ezzel szemben az angolkórra egyáltalán nem a fogzási eltérések a legjellemzőbbek, sem a „késői fogzás". Bár gyakori, hogy rendetlen sorrendben bujnak ki a fogak és nem a megszokott csoportokban.

Fogcsirgennyedés. Fiatal csecsemőnél nem ritkán találkozunk ezzel a kórképpel. Rendszerint az első hónapokban fordul elő. Felszínesen, a nyálkahártya fertőzése vagy mélyen fekvő, legtöbbször *osteomyelitis*-szel kapcsolatos tályogok egy vagy több fogcsira kilökődéséhez vezethetnek. A csecsemőkorban fellépő fogcsirgennyedés az illető állkapocsfél későbbi fejlődését erősen hátráltatja, máskor súlyos, nem egyszer halálos kimenetelű szepszisnek lehet okozója.

A tejfogak időelőtti kihúzása vagy kiesése káros lehet a maradandó fogak későbbi elhelyezkedése szempontjából.

Ujjszopás, cuclizás stb. Csecsemőknél igen gyakori, hogy ujjaknak (dudlizás), vagy a gumiszopókának (cuclizás) szájukban tartásához hozzászoknak. Későbbi időben pedig a nyelvszívás, ajakrágás, orca szívása, körömrágás, tollszárrágás, stb. válik szokássá. Ide sorolható a helytelen alvás, mikor a gyermek kezét a párnán nyugvó arcfele alá teszi és a helytelen arctartás az iskolában, mikor kezére hajtja állát, vagy kezével támasztja meg állát, illetve két oldalt az arcát. Mindezek állcsontanomáliákat okoznak és később helytelen rágást vonnak maguk után. Az ortodonciás profilaxis és terápia tehát nemcsak kozmettikai probléma, hanem nagyban összefügg a gyermekgyógyászati kérdésekkel.

Adenoid vegetatio. A csecsemőkori szájlégzésről már szóltunk. A gyermekkorban a szájlégzésnek gyakorlatilag legfontosabb oka az *adenaid vegetatio. Az adenaid vegetatio*-t jellemzi: nyitott száj, keskeny, meghosszabbodott arc, elsimult nazolabiális redő, kidülledt szemek, kissé bamba tekintet, rossz hallás. Az ilyen gyermek alvás közben horkol, szuszog. Orrhangon beszél. A mandulakivételnek (adenotomia mellett) az esetek túlnyomó részében jó hatása van, de néha megmaradt műtét után is a szájlégzés. Szájlégzést okozhat nem egyszer elferdült orrsövény is.

És most szóljunk a csecsemőkori táplálékfelvétel kihatásairól a gyermekkorra.

A rágás. Az állkapocs mozgása kombinált mozgás: nyitás-csukás, előre-hátrahúzás és oldalsó mozgás. *Bluntschli* szerint kétféle rágást különböztethetünk meg: a *masseter* tipusut és a *temporalis* tipusut. A *masseter*-t és a két *pterygoideus*-t *„erőizomnak"*, a *temporalis*-t *„gyorsaság-izomnak"* nevezik. Az állkapocs kifejlődését a *masseter* tipusu rágás segíti elő, míg a *temporalis* túlsúlya esetén a mandibula fejlettsége visszamarad. Az újszülöttkorban, csecsemőkorban, de még a fogak megjelenése után is az előre-hátrahúzás, illetve nyitás-csukás dominál,

míg az oldalsó, őrlő mozgások később, fokozatosan fejlődnek ki, illetve erősödnek. A csecsemő rágóizomzata a fogzás, illetve a növekedés alatt átalakul, a rágómozgások átalakulásával ugyanis a rágóizmok is elvesztik csecsemőkori sajátos tulajdonságaikat. A kisgyermekkor csak folyékony, vagy pépes kosztot evőinek, valamint az iskoláskor *lustán rágóinak* legtöbbször azt halljuk a kórelőzményében, hogy vagy egyáltalán nem, vagy túlontúl szoptatták őket, vagy pedig kezdettől mesterségesen voltak táplálva és nem vezették be elég korán a pépes, majd rágásra alkalmas (nyers alma, kenyérhéj, stb.) táplálékot.

Végül csupán még egy jelenségről kívánunk egészen röviden megemlékezni és ez az *éjjeli fogcsikorgatás*. Ez lehet ugyan szokás, de ne tévesszen meg bennünket a felnőttkori, ú. n. „*Presser*"-ekkel való összehasonlítás, mert nem egyszer meningitis bevezető vagy kísérő tüneteként jelentkezik.

A szopás mechanizmusától eltekintve, csak vázlatszerűen és röviden foglalkoztunk a csecsemő- és gyermekkori táplálékfelvétel gyermekgyógyászt és stomatologust egyaránt foglalkoztató kérdéseivel. Pedig még sok részlet taglalása volna alkalmas arra, hogy a két szakma közötti szoros együttműködést még tovább mélyítse.

L'Importance Pédiatrique des Questions de L'Ingestion des Aliments dans ses Rapports Stomatologiques.

PAR FRANCOIS GERLÓCZY

Discussion sur l'anatomie de la cavité buccale du jeune nourrisson et du nouveau-né et sur l'installation spéciale de la cavité servant au mécanisme du tètement. L'enfant au moment de tèter saisit la mamelle. La première phase (l'aspiration) est connue. Dans la deuxiéme phase ce n'est pas la compression qui est essentielle. La II. ème phase de tètement est un puissant stimulant de la croissance. Par rapport au développement il existe une différence entre l'allaitement au sein et le sucement du lait de femme au biberon. — Présentation de sujet. — La construction anatomique spéciale de l'articulation mandibulaire et des muscles de la mastication est au service du mécanisme sus-mentionné. La prognathie des nouveau-nés facilite la respiration buccale. Faiblesse du tètement, paresse, maladresse et mamellophobie. Aerophagie. La rumination débute souvent par l'aerophagie; elle est fondée sur une constitution neuropathique, l'éssentiel étant la soi-disant „équivalence au plaisir". — La question de la dent congénitale. Frein labial. Frein lingual. L'importance du rachitisme par rapport au maxillaire. Suppuration des bourgeons dentaires. La chute ou l'extraction des dents temporaires avant terme. L'importance du sucement du doigt par rapport aux déformations maxillaires. Végétations adénoides et respiration buccale. La cinétique de la mastication et son importance. Paresse de mastication. L'influence de la mastication sur la secrétion des sucs digestifs. La question du grincement nocturne.

I. sz. Gyermekklinika, Bókay J.-u.

Tudományos nívó

címen a Fogtechnikai Közlöny legújabb száma figyelemreméltó cikket közöl. Figyelemreméltó a cikk objektív hangja és több megállapítása. Mindenekelőtt leszögezi, milyen szigorú rendelkezések szabályozzák az orvostanhallgatók tanulmányi és szigorlati rendjét, hogy tanulásra késztessék az orvostanhallgatókat. A cikknek ezen megállapítását csak azzal egészítenénk ki, hogy az új tanulmányi rend minden orvostanhallgató számára kötelezően előírja a fogászat hallgatását és a kolloquiumot is.

A Fogtechnikus Szakiskoláról közölt megállapításaihoz csak annyi hozzáfűzni valónk van, hogy a Szakiskola felállításának gondolatát éppen a fogorvosok vetették fel azzal a céllal, hogy az Állami Felsőbb Ipariskolához hasonlóan a fogtechnikusok is egységes és a mainál sokkal alaposabb kiképzést nyerjenek. Itt lehetőség nyilna arra, hogy a fogtechnika minden ágát szakavatott tanároktól megtanulják és a különböző fémek és a ma már mind nagyobb számban forgalomba kerülő szintetikus anyagok tulajdonságait és a velük való helyes bánásmódot megismerjék. Ugyanitt anyagvizsgáló és kísérleti laboratóriumot is fel kellene állítani, mely a forgalomba kerülő anyagokat ellenőrizné és lehetővé tenné újabb anyagok és fémek előállítását. A Szakiskolának elsősorban az új generáció venné hasznát, de számos lehetőség nyilna továbbképzésre is.

A Stomatologiai klinikák, a fogorvosi intézetek és a Fogorvos Szakcsoport lankadatlanul azon dolgoznak, hogy a fogorvosok tudását minél magasabb nívóra emeljék, a fogorvosok pedig nem kényelemségből, hanem örömmel fogják elismerni és üdvözölni, ha a fogtechnikusok is minden erejükkel arra törekszenek, hogy technikai tudásukat minél alaposabban kiműveljék, mert ez mindannyiunk közös érdeke.

KÖNYVISMERTETÉS

A sebészet időszerű kérdései. Írták: Ádám Lajos és tanítványai. 748 oldal. 12 műmelléklet.

Körülbelül 20 év óta nem jelent meg a magyar könyvpiacon sebészeti tankönyv. Azóta pedig a sebészet igen nagy fejlődésen ment át. Ez a munka ugyan nem rendszeres tankönyv, de beosztása és a tárgykör bő tagolása által sok tekintetben teljes áttekintést nyújt a sebészet minden ágában az utóbbi évek haladásáról. *Ádám* professzor 20 éves tanári működése alatt mindig az élen járt a sebészet új eszméinek propagálásában s intézete gyorsan és hűen vezette be és követte a modern kirurgia minden gyakorlatilag bevált módszerét. Átvette a külföld nagy sebészeinek újításait és a józan ítéletével ki tudta szűrni belőlük azt, ami beteg embertársainak előnyét szolgálta. Sőt nem egy irányban maga is produkált újat, maradandót. Az *Ádám*-iskola képviselte hazánkban elsősorban azt az irányt, mely az általános érzéstelenítés lehető legnagyobbmérvű kiküszöbölésével a helyi és vezetéses érzéstelenítési eljárások tökéletesítése által igyekezett az altatás okozta műtéti szövődményeket a legkisebb mértékre szorítani. Még pedig elismerten igen nagy sikerrel.

Az *Ádám*-iskola nagyszámú és kiváló tanítványt nevelt a sebészet minden ágában, s e könyv ezek leszűrt eredményeiről számol be.

Megtaláljuk a modern érsebészet, mellkas-, fej-, urologiai, végtagsebészet, s a többi sebészeti tárgykör minden nagy problémájának áttekintését a könyvben és mindegyiket olyan szakember írta, kinek véleménye, tapasztalata hosszú évek munkájának értékes eredménye. Bennünket, fogorvosokat, különösebben érdekelhetnek Nessinger, Frankl, Gergely és László doktorok szájsebészi vonatkozású cikkei, melyek sok új szempontot tárnak elénk.

A könyv nyomdatechnikailag a Székesfővárosi Irodalmi és Művészeti Intézet munkáját dicséri.

Varga dr.

M. Massler and I. Schour: Atlas of the mouth and adjacent parts in health and disease. A. D. A. kiadásában jelent meg 1946-ban. 180 illusztráció és 19 színes ábrával.

Legtöbb anatómiai atlasz a dentalis képleteket csak egészen felületesen érinti. A Rauber-Kopsch is csak pár oldalt szentel az orális szervek ismertetésére. Ennek hiányosságát régen érezzük, mert fogászati tankönyveink sem pótolják ezt kellőképen. A megjelent mű tökéletes sematikus ábrái nem csak az alapvető tanulmányokkal foglalkozó fogorvos-jelölteknek nyújtanak segítséget, hanem az idők folyamán feledésbe menő részletek felfrissítésére is szolgálnak a gyakorló stomatológusok számára.

Különleges értéke az atlasznak, hogy nem csak a normális anatómiával foglalkozik, hanem a kóros viszonyok ábrázolható sémáit is felöleli: így a fogszú progresszió és a fog csontos állományának egyéb elváltozásai is szembetűnő módon vannak érzékeltetve. Az állcsontízület topografikus és funkciós viszonyait is részletesen tárgyalja, viszont az izomcsoportokat csak egész felületesen érinti. A mű szövegi része jelentéktelen, kizárólag csak az ábrák magyarázatára szorítkozik.

dr. Perint Jenő

H. H. Shapiro: Applied anatomy of the head and neck J. B. Lippincott Co. (Philadelphia, London, Montreal) kiadásában jelent meg a mű második kiadása 1947-ben. 283 oldal, 221 illusztráció beleértve 41 színes ábrát.

Egyike az eddig ismert legjobb összehasonlító anatómiai munkának, mely a sebész-stomatológusokat különösen érdekelheti. Magyarázó ábrái olyan síkú metszetekben tárják elénk a szájüreg és a szomszédos képletek viszonyait, melyeket már hasonló könyvekben még eddig nem láttunk és ezzel kapcsolatban a topográfiai viszonyok bizonyos fokig új szempontjaival ismerkedhetünk meg.

Bevezetésében részletesen öleli fel a fejlődéstant és ebből kiindulva tárgyalja az állcsontanomáliákat. Az orrüregi fejezet és az állcsont ízület ismertetése kitűnő. A csontani viszonyokat röntgen összehasonlító képekkel tanulságos módon világítja meg. Az izomtan ismertetésére nagy súlyt helyez és ez az intenció az egész munkán végigvonul. Az ideg-anatómiai fejezete részletes és alapos. Két kisebb fejezetben a szájüregi fertőzések útját és a háborús sérülések anatómiai viszonyait érinti. Ez a nem is idevágó két fejezet rövid, — s ezért természetesen hiányos is —, kissé lerontja a mű értékét. Viszont a fogatlan száj megváltozott de mégis normálisnak tekinthető anatómiai leírása hézagpótló hiányt tölt be

Dr. Máté István: Elektrokardiographia a mindennapos orvosi gyakorlatban. Orvosok Lapja kiadása. 1947. 145 oldal, 100 ábra.

Az orvostudomány sokirányú és gyorsütemű haladása szükségessé teszi a gyakorló orvos számára, hogy állandóan figyelemmel kísérje a diagnosztika és terápia legújabb fejlődését ha nem akar elmaradni és ezáltal hátrányba kerülni kollégáival szemben. Elmondhatjuk, hogy miként az 1920-as években a röntgenvizsgálat elterjedt és ma már nélkülözhetetlen segédeszköz, úgy vált most az elektrokardiographia a szívvizsgáló módszerek fontos kiegészítőjévé. *Máté* a gyakorló orvos számára írott könyvében világos, értelmes stílusban, nagyszámú és jól megválasztott ábrán magyarázza meg az elektrokardiogramm jelentőségét, az egyes kóros elváltozásokat és megismertet a finomabb részletek elemzésével is, anélkül, hogy a még bonyolult és tisztázatlan problémák tárgyalásával összezavarná olvasóit. A szép kiállítású, könnyen áttekinthető és jó beosztású könyvből az elektrokardigramm értékelését és olvasását megtanulhatja mindenki, akinek tanulmányai folyamán nem nyílt alkalma e fontos vizsgáló módszerrel megismerkedni.

Sugár dr.

HARVARD CEMENT, C. W. Z. IDEGTŰ
és mindennemű fogászati anyagok kaphatók LAKATOS REZSŐ, DENTÁL DEPÓBAN, Bpest, Dohány-u. 68 I. HIVATALOS ARANYELOSZTÓHELY

LAPSZEMLE

SZÁJSEBÉSZET

Fritz Driak und Rudolf Pape: *Die Behandlung der Epulis mit besonderer Berücksichtigung der Röntgen Bestrahlung.* Wien. Z. Stomat. H. 11. 1946.

20 betegnél az epulis műtéti eltávolítása után röntgenbesugárzást végeztek és megfigyeléseik alapján azt találták, hogy az epulisnak kombinált terápiája tökéletes eredménnyel jár, de egymagában sem a műtét, sem pedig a besugárzás nem biztosítja a recidivamentes, teljes gyógyulást. A gyógyulásnak azonban elengedhetetlen feltétele még az epulist létrehozó külső ok megszüntetése és a beteg szövetnek gondos eltávolítása.

A röntgenbesugárzást kétféleképen alkalmazhatjuk. Ahol enorális tubus rendelkezésünkre áll és vele a besugárzandó terület elérhető, úgy ez a mód előnyben részesítendő. A tubus beállítása nagy gondot, több fáradságot és időt igényel, ezzel szemben a besugárzás időtartama jelentékenyen rövidül. (A tubus hossza szerint 300 r.-ként 1—2½ perc.)

Az extraorális besugárzás, ami egy kis 6×8 tubussal, 30—40 cm távolságból végezhető el, egyszerűbb, a besugárzás időtartama ezzel szemben 300—400 r.-kint 15—23 percet is igénybe vesz.

Szerzők kontakt besugárzásnál összesen 1000 r.-t adagoltak két egymást követő napra elosztva, extraorális besugárzásnál pedig — ugyancsak egymást követő napokon — háromszor 400—400 r.-t.

Ilyen adagolás mellett semmiféle káros röntgen hatást nem észleltek. Tényleges recidivát a 20 esetből csak egyszer figyeltek meg.

Előfordult, hogy 2 betegnél epuliszhoz hasonló granuláció mutatkozott, további megfigyelés azonban kideritette, hogy a proc. alv.-ból kiinduló szekvesztrálódás okozta és a szekveszter kilökődésével a folyamat tünetmentesen visszafejlődött. Ezért tanácsos, hogy hasonló esetben ne nyuljunk mindjárt késhez, hanem néhány héten át várakozzunk.

Dr. Halász László.

G. W. Rapp: *A cause of delayed hemmorrhage after tooth extraction.* (A foghúzás utáni elhúzódó vérzés egyik okáról.) J. A. D. A. 1947. No. 7.

A foghúzás és egyéb szájsebészi beavatkozások utáni elhúzódó vérzés hosszú ideig komoly problémája volt a gyakorló fogásznak. 2—3 napig is eltartott a vérzés és még oly esetekben is előfordult, amikor megfelelőnek látszó gyógyszeres előkészítés után (K és D vitamin, Kalcium) történt a beavatkozás. A vérzés megelőzésének módja ma már ismertnek látszik. A véráramban a K vitamin hatására keletkező megfelelő mennyiségű protrombin kering, vele együtt a máj termelte heparin is van a véráramban. A heparin megakadályozza a protrombinnak Kalcium ionok által történő aktiválódását és trombin képződését. Ha azonban a vérlemezkék összecsapzódnak, érfali sérüléseknél, vagy szövetsérüléseknél, akkor cefalin válik szabaddá, amelynek a heparinhoz való affinitása különösen nagy. Ezáltal a protrombin útjából az akadályt elhárítva reakcióba léphet a kalcium ionokkal és trombint képez. Protrombinban szegény vér lassan alvad meg, a vérzés meghosszabbodik és törékeny véralvadék keletkezik. *Link* és társai az édes lóhere-betegségnek szarvasmarhákon folytatott tanulmányozása során rájöttek, hogy az édes lóherében lévő *dicumarin* a vér protrombin tartalmát lenyomja és végzetes vérszegénységet okoz. Továbbmenően kimutatták, hogy a *dicumarin* a testben *salicyl*-savvá alakul át, ez utóbbi okozza a hipoprotrombinémiát.

Singer, amerikai szolgálatban állott bécsi orvos tette a nevezetes megfigyelést, hogy a mandula kivételt követő vérzések magas száma Amerikában, szemben az Európában előforduló esetek relatív kis számával, annak a ténynek tudható be, hogy Európában műtét utáni fájdalomcsillapítószerként majdnem mindig *pyramidon*-t, míg Amerikában *aspirin*-t egyedül, vagy egyéb gyógyszerrel kombinálva használnak. A fentiek alapján most már könnyű volt kimutatni, hogy a *Salicyl*-sav képes az emberben hipoprotrombinémiát előidézni és hogy a protrombin-tartalom lenyomása megfordítható K vitamin hatóanyagú szintetikus gyógyszer alkalmazásával, anélkül, hogy az *aspirin* fájdalomcsillapító hatását érintené. A kísérletek és megfigyelések a várakozásokat igazolták és annak eredménye a következőkben foglalható össze: 1. Akút hipoprotrombinémia előidézhető a normál emberben *salicyl*-sav tartalmú analgéti-

kumokkal. 2. Ez a hipoprotrombinémia nyilvánvalóvá válik a bevételt követő 1 és 1/2, 2 nap mulva. 3. Az alvadási idő ezekben az esetekben közel duplája a normálisnak. 4. Az ilyen hipoprotrombinémia több mint 5 napig tart. 5. Megelőzhető 1—2 mgr. K vitaminnak bevitelével. 6. Feltehető, hogy a hipoprotrombinémia, mint most már a *salicyl*-savas terápia következménye, helyrehozható szintetikus K vitamin adásával. A kísérletek során a *salicyl*-sav *acetyl phenetidin* és *coff. citr.* keverékével kezelt betegeken fordultak elő vérzések. Kísérletekből kiderül, hogy az *aspirin*-t 2 óránként kell adni, a 4 óránkénti dupla dozirozás helyett. K vitamint 2 naponként és csak 4 héten át. Nagyobb adag toxikusan hat és hiperprotrombinémiát idézve elő, a beteget trombozisra disponálja.

Dr. Falussy Ágnes.

PROTETIKA

Dr. Richard Fürst: *Facettierte Kronen und Brücken mit Anwendung von Palapont.* (Palaponthomlokzatú koronák és hidak. (Z. Stomat. 1947. H. 6.)

A palaponthidakat úgy kell készíteni, hogy a rágónyomás az anyagot közvetlenül ne érje, valamint javításuk könnyen legyen elvégezhető.

Palaponthorgonyok élő fogakon: módosított Spring-koronát ajánl, amelyen a kramponokat a vázzal együtt öntjük. A fémváz bukkálisan keretet képez és ez a rápréselendő palapont tapadása érdekében rovátkákkal érdesített. A csonkot labiálisan fém nem fedi, hanem csak kramponok és az alámenő részek tartják a palapontot és mint ékkövet foglalják körül. Lenyomatvételhez nyakánál behúzott, bővebb gyűrűt használ és a viaszharapást is rézgyűrűvel veszi. Úgy a fém, mint a palapont feldolgozásáról pontos utasításokat közöl.

Műszőfogakon labiálisan vállat alakít, de a fémkeret itt nem éri el a vállat, hanem attól a rágóél felé kb. 2 mm-re fut, úgyhogy a vállon palapont fekszik fel. Így a fém vastagabb palapontrétegbe jut, s a gingiva szélén nem látszik át.

Devitalizált fogakon, különösen divergáló horgonyok esetében műcsonkokat készít, melyeknek tengelyét párhuzamosítja.

Hídtestek: a rágófelszín mindig fémből készül. Különböző formákat ajánl, a pontopin-alakú hídtesttől az alámoshatóig. A nyerges fogakat elveti. Fémszekrénykébe préselteti a palapontot, melyekben őrlőfogakhoz csonkok, míg frontfogakhoz két krampon — amely a szekrénykéből kiáll — tartja a palapontot a helyén. A nyálkahártyát mindig csak műzománc érinti, az átellenes fogak mindig fémmel érintkeznek.

Ahol a szépészeti szempontok különösen fontosak (pl. színészeknél), más megoldást ajánl: alsó kis- és nagyőrlőkre az erősen lecsiszolt csonkra vékony „gyűszű" koronát készít, amelyhez approximálisan és linguálisan, valamint a gingiva labiális szélén fémkeretet önt, és ebbe préseli a palapontot, amely így okkluzálisan és részben bukkálisan szabadon van.

Alsó oldalsó hídtesthez műcsonkot készít, amelyet linguálisan a rágófelszínig fémfoglalat egészít ki.

Dr. Földvári Imre.

N. N. Bery: *Ceramacryl Jacket Crown.* (Ceramacryl köpeny-korona.) Dental Record 1947 június.

A *ceramacryl* korona az égetett porcellán és műgyanta kombinációja.

A műgyanta korona elterjedésének az oka az, hogy könnyen és gyorsan előállítható és azt hitték, hogy aránylag kevesebb egészséges fogállományt kell elcsiszolni, mint a porcellán koronákhoz, továbbá, hogy fémalapra készíthető. A szerzőnek azonban sok kudarca volt a műgyanta koronákkal, mert egyrészt eltörtek, vagy másrészt, ha fémalapra készültek, a kozmetikus szempontoknak nem feleltek meg.

Ezért kísérelte meg a porcellánalapú műgyanta koronákat.

A csonk előkészítése ugyanúgy történik, mint a Jacket-koronákhoz, vállal, vagy anélkül. A lenyomat és minta, foliázás, égetés így ugyanúgy megy, de csak a *„biscuit"* fokig. Ha egy égetés után vékony a porcellánréteg, még egyszer mintáz és éget, de ugyancsak az előbbi fokig.

Magasan olvadó porcellánport használ. A porcellánra viaszból megmintázza a korona végleges alakját, beágyazza, stb. és elkészíti a műgyanta-burkot, mely a nem simára égetett porcellánon jól tapad. Próba után kifejti a platina foliát és beragasztja.

A porcellánkorona harmadik égetése különös ügyességet kíván és sok munka vész kárba ha nem sikerül. A *ceramacryl* korona ettől megkímél bennünket. Úgy elülső, mint hátsó fogakra ajánlja.

A referens szellemes gondolatnak tartja a két anyag kombinációját és az áttetsző műgyanta a megfelelő színű porcellánon valószínűleg szép kozmetikus eredményt ad. Kérdés azonban, hogy a korona vastagságának két rétegre való osztása a mechanikus szempontokat is kielégíti-e? *Dr. Bruszt Pál.*

KONZERVÁLÓ FOGÁSZAT

L. H. Roper: Restorations with amalgam in the army: an evaluation and analysis. *(Katonáknak készített amalgamtömések kiértékelése és elemzése.)* J. A. D. A. 1947. Vol. 34. No. 7.

A háború alatt a katonák számára készített amalgámtömések alkalmat adtak arra, hogy a fogorvosok egymás munkáit ellenőrizzék és az előforduló hibákat kiküszöböljék. Ennek eredményeképen olyan eljárás fejlődött ki, melyről minden tekintetben kifogástalan amalgámtömések voltak produkálhatók. A szerző megállapítja, hogy a követendő elvek nem újak, inkább felújítja a már tanult tömési technikát, kiemelve annak némely részletét.

Általában gyakori hiba volt az elégtelen kiterjesztés a fog anyagának kímélése érdekében, ami nehezítette a megfelelő dolgozást, hozzáférést és másodlagos szuvasodásra adott alkalmat.

Az I. osztályú kavitás alakításánál gyakori hiba, hogy a barázda elágazódásait nem fúrják fel elég vastag fúróval és a kisebb fúróval alakított részletben nem lehet eléggé tömöríteni az amalgámot. A II. osztályú kavitás alakításánál gyakori hiba, hogy az üreg falait nem terjesztik ki az oldalsó felszínekre *Black* szerint. Másik gyakori hiba az elhorgonyzás elégtelensége, amikor az elhorgonyzás *isthmus*-a elszakad és a tömés retenciója megszűnik. A kavitás gingivalis falát elégséges a kontaktpont alá vinni, legfeljebb a papilla széléig, melyen túl nem szükséges süllyeszteni a kavitás falát. A kavitás élés széleit elengedhetetlenül szükséges kézi műszerekkel letompítani, lesimítani. Jól bevált az amalgámtömés a III. és IV. osztályú kavitások tömésére. A fog elszíneződését megfelelő alábéleléssel meg lehet akadályozni. A tömésnél matricát kell alkalmazni, melyet a tömködés iránya felől ki kell vágni. A matrica alkalmazása ügyességet és találékonyságot kíván az orvos részéről. Az V. osztályú szuvasodások ellátásánál szintén az elégtelen kiterjesztés a leggyakoribb hiba. A szerző tapasztalatai alapján megállapítja, hogy a *Black*-féle elvek még mindig teljes mértékben érvényben vannak.

Az amalgámtömés alábélelése az esetek többségében, főleg repülőknél, elengedhetetlen. Erre legalkalmasabb a cement, míg fiatalabb pacienseken, hol a dentincsatornácskák tágabbak és a fogbél fiatalabb színesebben fekszik, megelégedhetünk lakk-alábéleléssel.

Jó amalgámkeveréket nyerünk, ha pontosan betartjuk a használati utasítást. Legalább *három percig* kell az amalgámot keverni.

A tömést és a tömörítést minél gyorsabban kell elvégezni. A kavitást túltömjük, s a kipréselődött higanyt a felszínről gyorsan el kell tüntetni, mert visszaszívódik a már tömörített tömésbe.

A tömés konturjait kialakítva, a tömésfeleslegeket éles eszközzel kell levágni, hogy ne keletkezhessenek elvékonyodó szélek az amalgámból. Az antagonista esetleges hegyes csücskét kővel le kell tompítani.

Nem szabad sohasem elmulasztani a tömés pontos polirozását, 48 órával a tömés elkészítését követőleg. A betegeket mindig ki kell oktatni a gondos fogápolásra, mert enélkül még szabályosan kiterjesztett tömés mellett sincs kizárva a karieasz-recidiva.

A szerző szerint pontosan végzett jó amalgámtömés teljesen egyenértékű az *inlay*-vel. *Dr. Boros Sándor.*

D. Schacke: *Experimentelle und klinische Erfahrungen bei Verwendung von ionalem Silber zur Behandlung der Pulpa-Gangrän.* (Kísérleti és klinikai tapasztalatok az ionális ezüst oldat alkalmazásáról pulpa gangrénánál. (Schw. M. f. Zhk. 1947. No. 5 Bd. 57, 410.)

Prof. Müllerrel végzett korábbi kísérleteikből kitünt, hogy az ezüst ionok nagy higitású oldatban a pulpa gangrénánál szereplő baktériumokat megölik. Az *aseptor* nevezetű ezüst oldattal öblítették át a gyökércsatornát, amelynek 1 literében 1,000—2,000.000 gamma ezüst volt. 10 perc alatt az összes baktériumok elpusztultak. Az ezüst oldattal a gyökércsatornát több üvegben alaposan átmosták, majd a gyökéren át az *apex* területét is átöblítették. A kezelés után *katadyn* elefántcsont gyökértömést végeztek. Megfigyelésük szerint nagy *ostitis*-es gócok is meggyógyultak. Szerintük az

ezüst oldat a pulpa gangréna fájdalmas akut stádiumában is megfelelő gyógyszernek bizonyult. Az ezüst átitatja a fertőzött dentint és csirtalanítja. Különösen értékesnek tartja a granuloma üregének *katadyn* elefántcsonttal való kitöltését, ami a csontszövet képződését elősegíti. *Dr. Falussy Ágnes.*

GYERMEKFOGÁSZAT

Ralph L. Ireland: *Preservation of the primary teeth.* (A tejfogak megóvása.) J. A. D. A. 1947. No. 6.

A tejfogak pulpaüregei nagyobb a koronájukhoz viszonyítva, mint az állandó fogaké. Pulpaszarvaik közelebb vannak a felülethez, a tejmolaris meziális pulpaszarva erősebben beterjed a koronába, mint a disztális. Sem a zománc, sem a dentin nem olyan vastag, mint az állandó fogaké. A tejfog pulpájának alakja is más, mert inkább követi a fogkorona körvonalait s a csücskök alatt majdnem mindig egy-egy pulpaszarv van. Ezeket az anatómiai viszonyokat figyelembe kell venni, ha helyesen akarjuk elvégezni a tejfogak kavitásainak előkészítését.

A leggyakoribb hiba, hogy a II. osztályú kavitások rágófelszíni elhorgonyzása *bucco-lingualis* irányban túlságosan keskeny. A szerző részletesen leírja a kavitáspreparálás menetét, rajzokkal illusztrálja azokat. Ha két szomszédos approximális szuvasodást kell ellátni, mindkettőt kialakítja, mert ezzel időmegtakarítást ért el, de a másodikat csak a következő ülésben tömi meg véglegesen, mikor már az első polirozását is elvégezte. Tömésre ezüstamalgámot használ. Ha a két szomszédos kavitás közül az egyik kicsi, ezt úgy alakítja ki, mint III. osztályú kavitást. Fém matricát használ, melyet lágyforrasztóval gyűrűalakban összeforraszt s így a fogon hagyhatja egy napig. Az amalgám kondenzálására külön eszközt szerkesztett, melynek tartónyelébe négyfélé alakú kondenzáló hegyet illeszt. Mély kavitásoknál ajánlja az ezüstnitrátot, melyet legalább egy percig alkalmaz s utána redukálja Eugenollal. Ezeket vékonyhegyű pipettákban alkalmazza.

Dr. Sztrilich Pál.

Deák László: *A fogazat és az állcsontok fejlődését károsan befolyásoló rossz szokások a gyermekkorban.* Paediatria Danubiana Vol. II. No. 4. Oct. 1947.

A gyermekek állandó fogorvosi ellenőrzése három éves kortól kezdve volna kívánatos. A korán veszendőbe ment tejfogak hiánya — ezek fiziológiás szerepe kiesvén — mindenféle harapási rendellenességet okoz, melyek terápiája hosszadalmas és költséges fogszabályozást tesz szükségessé. A hatéves kor ig hiányzó ellenőrzés hiánya azonban azon a téren is érezteti hiányát, hogy senki sem hívja fel a szülők figyelmét egyes gyermekkori rossz szokásokra, amelyek pedig szintén állkapocs deformitásokhoz és harapási anomáliákhoz vezethetnek. A közlemény ezután részletesen foglalkozik az ujjak szopása, a nyelv és az ajak cuclizása által létrejövő különböző elváltozásokkal és keletkezésük mechanizmusával, az iskolás gyermekek azon rossz szokásaival, amelyek hasonló elváltozásokhoz vezethetnek. Ugyancsak foglalkozik a szájlégzés káros következményeivel, különösen az állcsontokra kifejtett káros hatásával. Majd rámutat, hogy milyen súlyos mulasztás terheli a gyermekorvosokat, ha elmulasztják ezen rossz szokásokra a szülők figyelmét felhívni, mert sok ember deformált, asszimetriás arca miatt, egész életében csökkent értékűségi érzésben szenved és a boldogulásban is háttérbe szorul, noha kellő gondosság mellett mindez elkerülhető lett volna.

Autoreferatum.

RÖNTGEN

A röntgenfilm gyors megszárítása. M. J. Teitelbaum szerint úgy történhet, hogy a film sarkába kis lukat készítünk fúróval, vagy kofferdam lukasztóval. Ezen keresztül mandrelbe és ezt kézidarabba fogjuk. Kb. 30 másodpercig teljes sebességgel járatjuk a fúrógépet és a film száraz lesz. (Dental-Digest-Dental-Record. 1947 március.)

Betét tömések vizsgálata Rtg felvétellel. Mielőtt arany inlayt beczementezünk, készítsünk Rtg felvételt, amelyről láthatjuk, hogy jó-e a gingivalis széle? Ezzel az eljárással sok fogat megmenthetünk. (L. Epstein, Dental Record. 1947. Nr. 2.) *Dr. Bruszt.*

Prof. B. Orban, Chicago: *Röntgentechnikai újítás.* Z. Stomat. 1947. 2.

M. Cornak és *Fitzgerald* által kidolgozott módszerről számol be a torzítások megakadályozására. Minél közelebb van a röntgencső a filmhez, annál nagyobb lesz a kép. Ennek megakadályozására hosszabb tubus alkalmazásával 50 cm távolságból készítik a felvételeket. Hogy

az expoziciós időt ne kelljen meghosszabbítani, érzékenyebb filmeket használnak, ilyen a *„Boling-Lightening"* film és az *„Eastman Kodak Ultraspeed"*. Ezekre az új távolságból 2—6 másodpercig kell exponálni. Az elektromos áramot 80—90 Kv-ra kell emelni és 13—15 mA-ra.

Fontos még, hogy a film a foggal párhuzamos legyen, ne kövesse a szájpadlás hajlását. Alul-hátul ez nem okoz nehézséget, másutt vagy vattatekercset teszünk a film és az állkapocs közé, vagy keskenyebb filmet használunk. Ilyet nyerünk, ha a film egyik oldalát derékszögben behajlítjuk, vagy a sötétkamrában keskenyebbre vágjuk és ismét becsomagoljuk. Amerikában készen is kapni keskeny filmet. *(Boling Lightening)* Annak érdekében, hogy a sugarak derékszögben érjék a filmet és az a fog hossztengelyével párhuzamos legyen, ne takarékoskodjunk a filmmel, pl. a frontfogakat két filmre vegyük fel, a molárisokról is kettőt készítsünk, ha a bölcsesség-fog is megvan.

A felső őrlőfogak részére filmtartót is szerkesztettek, amely egy ércsipőből, fémlemezből és gumidarabból áll. A lemez egyenesen tartja a filmet, amelyet az ércsipő segítségével viszünk a szájba és a paciens az ércsipőre tűzött gumira való ráharapással rögzit. A film nem érintkezik a fogakkal, hanem a szájüreg közepén van. Az ércsípő nyelének iránya (a fémlemez erre merőleges) mutatja a sugarak irányát.

Addig, míg ilyen keskeny filmet (és főleg érzékeny filmet! ref.) tudunk beszerezni, ajánlja *Orbán*, hogy a régi készülék konuszába fúrjunk lukat és megfelelő hosszú fonállal tartsuk a csövet kellő távolságban.

Dr. Bruszt.

A SZAKCSOPORT KÖZLEMÉNYEI

Kivonatos jegyzőkönyv

a M. O. Sz. Sz. Fogorvos Szakcsoportjának

1947 szept. 10-i választmányi üléséről.

Dr. Bokor Viktor alelnök megnyitja az ülést.

Dr. Kende János főtitkár közli a választmánnyal, hogy ezen közgyűlés előtti választmányi ülésnek határozatokat kell hoznt, melyeket a közgyűlés elé viszünk.

Közli, hogy az ezidei 45 Ft évi tagdíjat az 1948. évre 60 Ft-ra kell felemelni.

Dr. Pollatschek Gyula: Javasolja, hogy csak azok kaphassanak biztosító intézeti állást, akik a fogszakcsoport tagjai.

Dr. Kende János főtitkár: A közgyűlési jelölő-bizottság kiküldése tárgyában indítványozok egy három tagú jelölőbizottságot, mégpedig Bokor alelnök úr elnöklete alatt Gyertyámosy és Kertész kartársakat.

Dr. Kende János: Fel kell ébresztenünk a pályadíjak kérdését. Az anyagi alapok ugyan teljes mértékben elvesztek s ezt is csak költségvetésünk terhére tudjuk ismét életbeléptetni. A pályázatokat 3 csoportban ajánlanám. Volt egy *Szabó*-pályadíjunk, mely az év legjobb tudományos munkájának honorálása volt. Ezt kibővíthetnénk egy *Szabó—Salamon*-pályadíjra, 500 Ft-os összegben. A témát a tudományos bizottság tűzi ki minden évben.

A második pályadíj, melyre a tradiciók is kötelezneek, lenne a *Morelli—Forgách*-pályadíj, ugyancsak 500 Ft díjjal. Ez a gyakorlatban előfordult három érdekes eset leírása és megoldása lenne. Ezt is a tudományos bizottság határozná meg részleteiben és szabályaiban.

A harmadik pályadíj a *Fried*-pályadíj lenne. A szakcsoport, illetve egyesület gazdasági és jóléti alapjait Fried alapította meg és egész élete munkásságának eredménye volt ez. Nem szabad hagynunk, hogy neve feledésbe menjen. Tehát Fried neve alatt olyan pályadíjat kreálunk, mely orvospolitikai, szociális, higienai, szóval egy általánosabb érdeklődési körű témát jelölne meg, mint a pályázat alapötletét. Ezt is 500 Ft-tal honorálnánk.

Dr. Áldor István: Tisztelt választmány! Valószínűleg tudnak róla, hogy a stabilizáció beállta után szerződésünket a Bayer-gyárral megváltoztattuk. A régi szerződés szerint 10.500 pengőt kaptunk évente, ezt úgy módosítottuk, hogy 31.500 Ft-ot kap évente fixen a szakcsoport. A Bayer-cég szépen eleget is tesz kötelezettségének. A múlt évben 10.500 Ft-ot fizetett ki, mely összeget nem találtuk alkalmasnak tartalékolásra. Ezt el

is osztottuk kollégák özvegyei és árvái részére. Jelenleg az a helyzet, hogy 2625 forint fixummal rendelkezik a szakcsoport havonta, mely összeget azonban úgy osztottam fel, hogy eleinte 150—100—80 forintos segélyeket juttattunk egyesek részére, cca 20 egyénnek.

Sajnos, az igénylők száma naprólnapra nő, de az összeg nem nő. Kénytelenek voltunk leszállítani ezen összegeket. Jelenleg egy kartársunk kivételesen kap havi 150 Ft-ot, egyébként 120—90—70 forintos segélyeket osztunk. Minthogy a segélyünk havi 2900—3000 Ft s ez nem futná, onnan vesszük a differenciát, hogy a ház bizonyos bevételeket juttat. Ez az összeg szolgál arra is, hogy előre nem látható esetekben adhassunk segélyt s így viszont több személynek adhatunk segélyt anélkül, hogy az eddigieket újból le kellene szállítanunk. Kérem Kartárs Urakat, legyenek szívesek a Neonovotont és Sanalbint használni s ha kifogásuk volna, úgy kérem tudatni, hogy azonnal eljárhassak s ha lehetőség van, úgy eliminálnám ezeket, hiszen ez a Bayer-gyárnak is érdeke.

Dr. Pollatschek Gyula: Ezzel kapcsolatosan javasolom, hogy az Elnökség írjon át a különböző intézetek vezetőségéhez, hogy Neonovotont használjanak. Mi, javaslatomra, ismét a Neonovotont használjuk.

Dr. Áldor István alelnök: Még egy indítványom van. A Pannónia-utcai ház tulajdonképpen egy Seeligmann-alapítvány. Az alapítólevél értelmében ennek az elnöke az egyesület mindenkori elnöke. Továbbá 2 tagja van, mindkettő választmányi tag, kik közül egyiket a Pesti Izr. Hitközség erősít meg. Ezt a háromtagú bizottságot az elnöknek kell meghatároznia.

Dr. Áldor István. Több kérdésre válaszolva:

Fenti összeg, mely a Bayer-gyártól jár, fix összeg, ha azonban több fogy, úgy + 10% jár és ha további mennyiség is fogy, úgy ismét jár %-os emelkedés.

Dr. Kende János főtitkár: A tudományos bizottság össze fog ülni és megteszi propozicióit a Bayer-gyárnak, mely el a szerződés 1948-ban jár le, hogy addig is valami korrektura legyen. Hozzunk egy olyan határozatot, hogy a tudományos bizottság első feladata legyen ezen érzéstelenítő kérdés elméleti tisztázása. Esetleg kétféle oldatot kellene gyártani. Egy adrenalinosat és egy anélkülit. A szerződés kérdését is már most meg kell kezdeni tárgyalni, olyan irányban kell eredményt elérni, mely a szakcsoport részére a legalkalmasabb lesz. Hogy esetleg egészen át tudunk-e menni egy másik gyárba, azt nem tudjuk. A legjobb ajánlattevőnek fogjuk az egyesület eme vagyonát továbbkezelés céljára kiadni.

Dr. Kende János főtitkár: A régi szokásjog és szabályzatunk alapján a tiszteletbeli és levelezőtagságot ismét behoznánk. Azt hiszem, a Szakszervezet nem emelne ellene kifogást, de ha a választmány így határoz, le lehet tárgyalni a Szakszervezet vezetőségével. A kongresszuson szereplő előadókat mindjárt megtisztelnénk ezzel.

Prof. dr. Morelli Gusztáv: Mint a régi eljárás szakértője szólok hozzá. Az előadást tartott külföldi előadót először levelező tagsággal tisztelték meg, azonban ehhez előzőleg a Külügyminiszter engedélye volt szükséges. Évenként csak 2—3 levelezőtagot lehet választani.

Dr. Kende János főtitkár: Megérdeklődjük, hogy a Külügyminiszterium beleegyezik-e s ha a választmány is így határoz a közgyűlés elé tehetnénk a külföldiek megtiszteltetését.

Következő bejelentésem, hogy a technikusok egy országos mozgalmat indítottak, aláírásokat gyüjtenek, hogy akik ebben résztvesznek, a köztársasági elnöktől kegyelmi formában kapnák meg az 1911-es jogokat.

Dr. Lajta Márkus: A fogtechnikusok szakszervezetében kész blanketták vannak. Minden 15 évi gyakorlattal rendelkező fogtechnikus beadhatja erre igényét. Igen magas politikai funkcionáriusok ígéretét bírják, hogy ezen a kegyelmi alapon sikert érjenek el. A mult évi kongresszusunkon s az azt követő választmányi ülésünkön leszögeztük, hogy orvosi munkát csak orvos végezhet. Az a javaslatom, hogy vigyük a közgyűlés elé tiltakozásunkat és hangsúlyozzuk, hogy semmiféle körülmények között sem engedünk orvosi munka végzésébe más foglalkozásúakat bekavinni.

Dr. Müller Jenő, Ujpest: Közlöm a kartársakkal, hogy törekvés indult az egyes ipari szakmáknál a kontárok megakadályozása céljából.

Dr. Pollatschek Gyula: Az OTI az utolsó hónapokban külső fogtechnikusoknak adta ki a technikai munkát. *Müller* kartárs úr javaslatára kizártunk olyan

fogtechnikusokat, akik szájban dolgoznak, erre a Fogtechnikusok Szakszervezetének titkára azt mondotta, hogy akkor ki kell zárni az összeset, mert mind dolgoznak szájban. Javasolom, hogy Varga tanár úr hozza ezt a kérdést a közgyűlés elé s Főtitkár Úr érdeklődjön a Népjóléti, vagy Iparügyi Minisztériumnál.

Dr. Varga István: Mint hallottuk, az Iparügyi Minisztériumhoz kellene fordulni, azonban én ezt nem tartom helyesnek. Ki kellene hozni az Orvosi Rendtartást s az egyszer és mindenkorra világos helyzetet teremtene. A második dolog pedig, ha már akcióról van szó, helyes volna a technikusok anyagi megrendszabályozása. Minthogy iparengedélyük van s a kuruzslásért adót nem fizetnek, feljelentést lehet tenni az adóhatóságoknál s az adóhatóság bizonyára szívesen el fog járni ellenük.

Dr. Kende János: Igen élénk és erélyes tiltakozásunknak és felháborodásunknak adjunk kifejezést az orvosi rendtartás elsikkadása miatt s követeljük annak sürgős kiadását.

A Szakszervezettől erre vonatkozólag a következő felvilágosítást kaptam. A több mint egy éve kész orvosi rendtartás azért nem jött ki állítólag, mert annak a fegyelmi bírósági kérdésében a Népjóléti és Igazságügyi Minisztérium között 1 éve vita folyik. Azonban itt olyan lehetetlen szituációk adódtak, hogy a közgyűlés elé fogom terjeszteni főtitkári jelentésemben ezt a témát s kérem a közgyűlés határozatát, melyben legerélyesebben tiltakozunk, hogy az orvosok semmiféle védelemben nem részesülnek. Ezt írásba lefektetve személyesen fogjuk átadni a Népjóléti Miniszternek.

Dr. Kocsis Antal Gábor: Az a 20 fogtechnikus, aki az OTI-ban dolgozik, komoly anyagi haszonnal végzi ezt a munkát. Amíg mi néhányszáz forintért dolgozunk, addig a *„dolgozókért küzdő"* és ezt hangoztató technikai kar privát áron dolgozik, tehát havonta többezer forintot keresnek. Kérem szépen, mondták a fogtechnikusok, nem akarunk orvosok lenni, áttértünk az ipari vonalra. Tehát, ha ezek ilyen szép hasznot kapnak, nem akarnak majd orvosok lenni. Erről informálni kell a Népjóléti Minisztert Urat. Míg azelőtt lenézték az iparost és kereskedőt, ma más a helyzet, az iparos éppen olyan megbecsülésre tehet szert, mint az orvos.

Dr. Pollatschek Gyula: Kocsis Antal Gábor tanár úr javaslatához szeretnék hozzászólni. Mi a fogtechnikusok kiválasztását a Fogász Szakszervezetre bíztuk. Ők kevés kivétellel a nagyiparosokat adták nekünk munkáink elvégzéséhez. Mikor kérdeztük, hogy mi ennek az oka, azt mondották, hogy a kis iparos nem tud anyagot hitelezni s így nem tudja ezt elvállalni. Elnökségi határozat van, hogy fogpótlásnál foganként csak Ft. 3.20-t adunk, azonban ehhez hozzáütötték még 20%-ot fogvesztesség címén. Azt mondták, hogy külön pótindítványt kell felterjeszteni, hogy ezt megkapják. Mikor felajánlottuk a munkát, nagy örömmel fogadták s azt mondották, hogy ez egy áthidalás talán a fogtechnikus-fogorvos kérdésben s most már újra dolgoznak szájban.

Dr. Kovács György: Azt javasolom, hogy az Orvosi Rendtartás kérdésében az Igazságügyi Minisztériumnál is el kellene járni. Az Igazságügyi Minisztérium fogja az Orvosi Rendtartást rendelet, vagy törvényjavaslat formájában előterjeszteni. Nekem az a tapasztalatom, hogy a technikusok mindenkit félrevezetnek azzal, hogy mindig külföldre hivatkoznak. Hangsúlyozni kell, hogy a külföldi *„Dentist"-nek semmi köze a mi technikusainkhoz*, hanem az a mi fogorvosunknak felel meg.

Dr. Ferenczy Károly javasolja az ellenakció megindítását.

Dr. Kende János főtitkár bejelenti, hogy majd az új vezetőség fogja megindítani.

Dr. Bokor Győző alelnök az ülést bezárja.

FOGORVOSI RENDELŐ 3 szobás komfortos lakással, nagyobb vidéki városban, előnyös feltételekkel átadó. Teljes felszerelés, nagy pacientura. További részletek levél útján. Cím: Budapest, IV. Postafiók 229.

Jólfelszerelt fogorvosi rendelő haláleset miatt bérbeadó. Cím: özv. dr. Vidor Rezsőné, VI., Szív-u. 33. fsz. 4.

Kivonatos jegyzőkönyv

a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportjának

1947. évi szeptember hó 20-i közgyűlésén

Folytatás

Prof. dr. Morelli Gusztáv tb. elnök, korelnök: Felkérem az új elnökséget, legyen szíves a tisztet betölteni. Felkérem erre dr. Lőrinczy Ervin elnök urat.

Dr. Lőrinczy Ervin elnök: T. Közgyűlés! Tiszában vagyok azzal, hogy akkor, amikor a szokványos tisztújítás keretén megejtett választás folyamán az elnöki tisztséget elfogadom, nem vállalkoztam könnyű feladatra. Nem könnyű az én munkavállalásom talán három oknál fogva.

Először azok részéről, akik nem ismernek, bizonyos aggályoskodás is érvényesülhet. Másodszor, mert semmi esetre sem könnyű neves, szakmailag fogalommá vált, rendkívül komoly, nagy szakmai multtal, rátermettséggel rendelkező elődnek a munkaörökségét átvenni. Harmadszor pedig kétségtelenül nehéz az új tisztikarnak a feladata azért is, mert — mint az itt jelenlévő vidéki kartársak, vidéki fiókok képviselői szavaiból is kicsendült — rendkívül nehéz feladatok előtt állunk, melyeket csak fokozott munkával lehet leküzdeni.

Mielőtt mindezen kérdésekre reflektálnék, méltóztassanak megengedni, hogy elsősorban elődömről, Simon prof. úrról szólhassak néhány szót. Hálás köszönetünket fejezzük ki azért a nagy munkateljesítményért, melyet szakcsoportunk és mindannyiunk érdekében kifejtett. Kérem a t. Közgyűlést, hogy egyhangú felkiáltással hangoztassuk tiszteletünket, mellyel szakcsoportunk tb. elnökévé választjuk *Simon Béla* professzor urat.

Közgyűlés hozzájárul.

Örömömre szolgált, hogy a közgyűlés ilyen egyhangúan megnyilatkozott és boldog vagyok, hogy ilyen módon *Simon* professzor urat, mint szakcsoportunk tiszteletbeli elnökét üdvözölhetem.

A felszólalásokhoz, különösen a vidéki kartársakéhoz szabadjon hozzászólnom.

A technikus kérdés két részre osztható. Egyik az illetékes kormányzattal megteremteni azt a rendeleti utat, mely biztosítja a fiatal orvosoknak 1—2 évre való kirendelését vidékre, ha máskép meg nem oldható. Másrészről a vidéken általános praxist folytató orvosokat átmenetileg átképzésben kell részesíteni.

A tudományos vonalon szorosan a klinika mögé kell felsorakozni.

További kérdés a jóléti ügyek kérdése. Mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy akár a Szakszervezet vezetőségével való munka alapján, akár szakcsoportunk megfelelő érdekes munkaprogrammjával vonzzuk magunkhoz és szaporítsuk a tagok létszámát.

Dr. Kende János főtitkár: Mint ennek a tisztikarnak legidősebb tagja kijelentem, hogy szívünk egész melege és minden szeretete veszi változatlanul körül *Simon* professzor urat. Nem búcsúzom Simon Béla professzor úrtól, mert ő nemcsak, hogy közöttünk marad, de ő az orvostudományi karban erősen aktivizálása mellett nagyon kedves barátunk és jóakarónk lesz a jövőben is.

Megválasztásra ajánlom a *Seeligman-alap* tagjait. Annak elnöke mindig a jóléti alap elnöke, tehát *dr. Áldor István*. A másik két tag: *dr. Kertész Jenő* és *dr. Kocsis Antal Gábor*.

Méltóztassanak megengedni, hogy a régi szokásoknak megfelelően a tiszteletbeli és levelező tagságot felevenítsük. Feltétlenül meg fog felelni cé-

lunknak, ha régi szokásainkhoz visszatérünk és tiszteletbeli tagokat választunk és a kongreszuson résztvett kü földiek vezetőit majdan tiszteletbeli tagsággal fogjuk megtisztelni. Méltóztassanak kimondani, hogy tiszteletbeli tagságot elvben elfogadjuk s megbízni bennünket, hogy akiket a választmány megfelelőnek tart a tiszteletbeli tagságra, azokat ezzel megtiszteljük s arról őket értesítsük. Egy nevet vagyok bátor kü'ön ajánlani: *Gartner Pál* tanár urat, aki szakmai életünkben résztvesz s nagyban hozzájárult, hogy megjelenhe.tünk a fórumon és sikert értünk el. Közgyűlés elfogadja.

Dr. Oravecz Pál, *a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete Pécs-Baranyai alosztálya fogorvosi csoportja elnökének jelentése:*

Tisztelt Közgyűlés!

Bizonyos jóleső megilletődéssel teszem meg jelentésemet a Pécs—Baranyai csoport 1946/47. évi működéséről e helyüt, ahonnan éppen 17 évvel ezelőtt, mint kibuktatott főtitkár nagy keserűséggel szívemben távoztam... Azóta nagyot fordult a világ, kicserélődtek és szerepet cseréltek az emberek, de nekünk fogorvosoknak — hála Istennek — a panaszaink ugyanazok maradtak. Szakmánk ügyeiben gazdasági téren, amit jelenleg feltétlen indokolnak azok a pénzügyi nehézségek, melyek a vesztett háború természetes következményei. Talán ezek az okok is hozzájárulnak, hogy oly nehéz a vidéki kartársak tudományos irányú érdeklődését felkelteni, mert hiszen, ha vannak is ujdonságaink, a szakma előhaladását igazolva, azoknak is főleg az a része érdekli ma a kartársakat, amik javíthatnak szomorú és nehéz gazdasági helyzetükön?... És ami legjobban fáj nekik az a konkurrencia, természetesen elsősorban az illegális konkurrencia: a még mindig megoldatlan technikus kérdés... Éppen úgy, mint 25 évvel ezelőtt. A világ tehát megváltozott, de a mi égető problémáink megmaradtak. Nem kívánom részletezni, hogy milyen abususok történnek, főleg vidéki relációban e téren, hiszen mindnyájan jól ismerjük azt a tengeri kígyóvá nőtt kérdést. *Ezt végre törvényesen is meg kell egyszer oldani*... Mint ritka fecskét, bemutatok itt egy bírósági ítéletet, melyet egy kuruzsló fogtechnikus ellen hozott a pécsi büntető járásbíróság.

Pécsi járásbíróság B. 13425/2/1947. június 25.

A pécsi járásbíróság mint büntető bíróság Török Zoltán ellen csalás vétsége címén az 1947. július 25-én megtartott tárgyaláson következő ítéletet hozta:

Török Zoltán 40 éves fogtechnikus alkalmazottat aki bűnös egy rendbeli folytatólagosan elkövetett *csalás vétségében* a járásbíróság ezért Török Zoltán vádlottat a Btk. 380. § 1. bekezd. 1. tétele alapján a büntetés folyamatba tételétől számított: *1 hónapi fogházbüntetésre ítélte.*

Indokolás: Járásbíróság a vádlott törvénydelmes beismerő vallomására, valamint a nyomozati eljárás adatai és Balatonyi Dezső ismertetett tanuvallomása alapján tényként állapította meg, hogy a vádlott Pécsett ismeretlen számú egyéneknek, de köztük Balatonyi Dezső és Seres Péter nevűeknek is szájban kizárólag fogorvosi munkakörbe vágó fogkezelési és betétes munkálatokat végzett és ezen cselekményével, — bár díjszabása nem is lehetett. — megbízóitól pénzösszegeket kötött ki és fogadott el, úgyszintén természetbeni szolgáltatásokat sem utasított vissza, mely eljárásával tekintve, hogy igényjogosultsággal nem bírt, megbízóinak fondorlatos tévedésbe ejtése által, azoknak jogtalan vagyoni kárt okozott és egyben ipari hatóságokat és az adó szempontjából az állam pénzügyi szervét is megtévesztette.

Vádlott bűnösségét beismerte, csupán azt hozta fel védelmeül, ugyanezen munkákat a városban igen sokan végzik.

A bíróság arra való figyelemmel, mert az 1936. 1. törvénycikket hatályonkívül helyezés folytán már nem alkalmazta, államügyészségi megbízott indítványa és vádemeléshez képest a vádlott cselekményét a rendelkező részben kitett csalásnak minősítette s megállapította, hogy a vádlott eljárásában úgy a felekkel, mint

a hatóságokkal szembeni fondorlatos tévedésben tartás felismerhető, minélfogva őt bűnösnek találva, megis büntette.

A bűntetés kiszabásánál a bíróság egyedül a töredelmes beismerést mérlegelve enyhítő körülményként vette figyelembe, súlyosbítóként mutatkozot azonban, hogy sikkasztásért és két ízben hasonló módon elkövetett kuruzslásért korábban már büntetve volt, miért is a rendelkező részben írt fogházbüntetést találva kiszabandónak az ott megjelölt mértékben, mint olyat, melyet bűnössége fokával és a bűncselekménye tárgyi súlyával arányban állónak talált.

A károsszeg mérve esetenként a 300 Ft-ot nem haladja túl így a cselekmény mindenképen vétségett képez. 1947. VI. 25. *Dr. Tóth István* járásbíró.

Az ítélet teljes kiadmánya közlendő a pécsi állami adóhivatallal és a pécsi iparügyi hatósággal. A fogházbüntetés letöltésére halasztás adva 1947 aug. 25-ig.

1945-ben már Török Zoltán csalás bűntettéért 3 havi fogházbüntetést kapott (pécsi törvényszék. B. II. 2126/1946.) — adó előírás nincs.

Rendőri jelentés: Török Zoltán Törő István, fogtechnikusnál dolgozik, mint segéd. Ezenkívül privát munkákat is vállal, amiért azután a kuncsaftjai nem pénzzel, hanem természetben fizetnek, ő azonban pénzért is dolgozik. Állítása szerint neki az iparát joga van folytatni, mert rendes segédkevele van, azonkívül az állam engedélyezte két évre nekik, hogy magánosan is dolgozhassanak. Két év után azonban áll. vizsgát kell tenniök. A többi fogtechnikus segéd is — állítása szerint — éppen úgy dolgozik privát munkákat szájban, mint ő. Nagy József nyomozó alhadnagy.

Megalakultunk és 26 tagunk több-kevesebb érdeklődéssel vett részt a megtartott 5 ülésünkön. A tagjainknak főleg az a panasza, hogy az egyetlen kapcsolatunk a központtal, a Fogorvosi Szemle expediciója rosszul működik. Megvallom, a mi klinikánk sem kapott még eddig egyetlen példányt. Hát mit várjanak a többiek. Kérünk jobb és új kiadót! Reméljük, hogy 1948 márciusában megtiszteli bennünket a központi vezetőségünk és a pécsi vándorgyűlésen, mely a klinika 10 éves jubileumával esik egybe, teljes számban megjelenik. Szeretettel várjuk őket. Egyébként a nagysikerű kongresszus rendezésért hálás köszönetünket fejezzük ki. Békesség velünk!

A Szegedi Szakcsoport beszámolója:

A legutóbbi nagygyűlésünk óta közel egy esztendő telt el, amikor is az orvostársadalom több prominens tagja, a fogorvos szakcsoportok kiküldöttei és a beküldött memorandumok foglalkoztak a fogorvosi kar különböző problémáival, sérelmeivel és az elkövetkezendő tennivalókkal. A szegedi fogorvos szakcsoport a maga hatáskörében minden lehetőséget megragadott, hogy sérelmüket illetékes helyen többször feltárjuk és az azt előidéző okokat, hacsak részben is, megszüntessük, de sajnos, eredmény nélkül.

Most, amidőn problémáink megbeszélésére összejöttünk, engedjék meg, hogy legnagyobb sérelmünkre, a kuruzslásra vonatkozólag elgondolásunkat, tervünket, esetleges követendő példaként a tisztelt nagygyűlés elé tárhassuk.

A szegedi fogorvos szakcsoport vezetősége augusztus hó végén a városunkban tartózkodó dr. Vikol orvos-államtitkár úrral behatóbb megbeszélést folytatott. Az államtitkár úr többek között kijelentette, hogy a fogorvosok és fogtechnikusok között duló állapot egyik igen fontos ütközőpontja, hogy az országban a fogorvosi ellátás hiányos, mert sok helyen fogorvos nincs. Márpedig nem közömbös a népjóléti kormányzatnak, hogy az ország közegészségileg ellátott, vagy nem. A mi álláspontunk az, hogy *fogorvos van elég, működési területük elosztása tekintetében azonban egészségtelen.* A magunk részéről azonnal felajánlottuk, hogy a mi közegészségügyi kerületünkben, ahol nincs fogorvos, illetve ahová a népjóléti kormányzat ily ellátást szükségesnek tart, fogorvost fogunk állítani, heti kétszeri, esetleg háromszori rendelési idővel. Magunk részéről a népjóléti kormányzattól anyagi támogatást nem kérünk, csak azt, hogy a szükséges fogorvosi ellátás helyére, általunk javasolt névre szóló működési engedélyt adjon ki és részesítse *ható-*

sági támogatásban, mivel ez esetben a kettős rendelés esete fog fennforogni. Elgondolásunk szerint ezen kettős rendelések akkor szünnének meg, amikor állandó fogorvos jelentkezik letelepülésre a be nem töltött helyekre, vagy pedig, ha a népjóléti kormányzat elérkezettnek látja, hogy e helyekre a pályázatokat meghirdesse, tehát amikor az anyagi megterheléseket költségvetésébe be tudja állítani.

Közegészségügyünk hiányos fogorvosi ellátásának ezen ideiglenes megoldását a magunk részéről helyesnek tartjuk és kérjük a t. Nagygyűlést, tegye megfontolás tárgyává és igen alkalmas lenne, véleményünk szerint, mint kezdő lépés a kuruzslás részbeni megoldása felé.

Igen fontosnak tartjuk a városokban és főleg az ipari centrumokban az üzemi fogorvosi állások megszervezését, mely bár megindult, de még sok tennivaló van e téren. Oda kell hatnunk, hogy ahol üzemi orvos van, ott fogorvos is legyen.

Fontos körülménynek tartjuk szaktudásunk nívójának emelését, mint egyik szilárd bástyát a kuruzslók ellen.

Fogorvosi kiképzés csak az arra kijelölt intézetekben lehessen, egyéb rendelőintézetekben gyorstalpaló kurzusokat meg kell szüntetni.

Kérjük a t. Közgyűlést, hasson oda, hogy a csúcsszakcsoportunk gyorsabb és aktívabb munkát fejtsen ki, nekünk az a meggyőződésünk, hogy az eddigi lassú és kellően meg nem szervezett jogos követelésünkért folytatott harcunk eredménytelenségének nagyrészt mi fogorvosok vagyunk okai.

Szeged, 1947 szeptember 5. *Dr. Dénes Jenő* s. k.

Dr. Lőrinczy Ervin elnök: Méltóztassanak megengedni, hogy ezt a kérdést tanulmányozás tárgyává tehessük és megfelelő intézkedéseinkről majd beszámoljunk.

A Kaposvári Szakcsoport indítványozza, hogy a szájban dolgozó fogtechnikusokkal fogorvosok ne működhessenek együtt.

Dr. Lőrinczy Ervin elnök: Ha ezt a közgyűlés elfogadja, úgy az elnökséget arra hatalmazza fel, hogy ez ügyben eljárjon, mert hiszen mi hiába hozunk elvi határozatot, nekünk intézkednünk kell megfelelő közjogi hatalommal rendelkező hatóságnál. Közgyűlés elfogadja.

Dr. Kende János főtitkár: Több ízben volt alkalmunk illetékes faktorokkal tárgyalni. Weil Emil elnök úr és Molnár Erik miniszter úr is kijelentették, hogy az orvosi rendtartás kérdése az egyik oldalon, a másik oldalon a büntetőszankciók kérdése az országgyűlés első időszakában tárgyalás alá fog kerülni. A vidék ellátottságának kérdése nem egykönnyen elintézhető. Nem szeretnénk olyan megkötöttséget, mellyel nem tudnánk kellő könnyedséggel operálni. Ha bennünket tárgyalásra meghívnak, mi részt fogunk venni s érdekeinket maximális módon fogjuk képviselni. Ha olyan döntő momentum jön, hogy bizonyos koncessziókat kellene tennünk a kormányzattal szemben, akkor rendkívüli közgyűlést kell összehívni s tagjainkhoz kell fordulni és felhatalmazást kérni, hogy ebben a kérdésben milyen álláspontot foglaljunk el. Kérem ezen indítványt is halasszuk el a tárgyalások befejezéséig. A közgyűlés így határoz.

Szolnoki Szakcsoport beszámolója:

A demokratikus kormányzat törekvése odairányul, hogy a lakosság minél szélesebb rétegét valamilyen biztosító intézetbe bevonja, akiknek gyógyítását egy bizonyos számú fogorvossal végezteti el. Ugyanakkor a nem alkalmazott fogorvosok — miután a magánpraxis természetesen végleg elsorvad — kenyér nélkül maradnak. A fogorvosi kar kéri a Szakszervezetet, hasson oda, hogy minden állástalan kollegáról gondoskodás történjék, mert, hogy néhányat alkalmazzanak, többen pedig állás és megélhetés nélkül

maradjanak, az egyetemes szempontból nem megengedhető. A feladat tehát az, hogy a betegellátás az összes fogorvosokkal történjék, úgy, hogy minél kevesebb beteg jusson egy-egy fogorvosra. Így érhető el, hogy a fogorvosokról is gondoskodás történik és a betegek is jobb ellátásban részesüljenek.

Az az véleményünk továbbá, hogy amíg állásnélküli kollegák vannak, addig két állás is álláshalmozás az esetben, ha a két állás egyike legalább 6—800 Ft havi jövedelemmel jár. Szeretnénk, ha e tekintetben is hathatós intézkedést hozna a Kongresszus az állástalan fogorvosok javára.

A fogorvosi kar anyagi leromlására vezetett még a fogtechnikusok szájban dolgozásának most már korlátlan elharapódzása. Éppen a demokratikus kormánynak volna feladata ennek megszüntetése úgy közegészségügyi, mint szakmavédelmi szempontból is. Ez már olyan régi sérelme a fogorvosi karnak, hogy erre külön rámutatnunk nekünk felesleges, csak szeretnénk végre ezt a sérelmünket is véglegesen megoldva látni.

Dr. Kende János főtitkár: Ehhez mindjárt hozzáfűzöm, hogy a szolnoki szakcsoport írja, hogy állástalan fogorvosok vannak, ugyanakkor egy kiváló kartársunk arról panaszkodik, hogy Ózdon, Szerencsen nincsenek fogorvosok. Tehát itt a saját kis közösségünk felvilágosításában is hiány van. Ez csak azt mutatja, hogy mennyire beskatulyázva élünk s nem tudjuk, hogy körülöttünk hol találunk kenyeret. Tehát informálnunk kell egymást.

A Kaposvári Szakcsoport bejelenti, hogy Kaposváron például 5 fogorvos van és 12 fogtechnikus.

Dr. Kende János főtitkár: Előrebocsátom, hogy az Igazságügyi Miniszteri törvényjavaslatnál, mely rövidesen a parlament elé kerül, ez az anomália meg fog szűnni.

Dr. Solti Tibor: Javasolom, hogy mondja ki a közgyűlés, hogy a tudományos üléseket este 8 órakor kezdik.

Dr. Grünberger: Ne három hét alatt képezzenek ki, mert abból jó fogorvos nem lehet, hanem legyen hosszabb a kiképzés, mert ha jó munkát végeznek, akkor ezzel véget tudunk vetni a fogtechnikus kérdésnek.

A másik kérdés pedig az, ha van egy szaklap, kell egy rovatot bevezetni abban azok részére, akik nem tudnak feljönni Pestre és ha egy probléma előtt állunk a szaklapban megfelelő útbaigazítást kapnánk.

Dr. Lőrinczy Ervin: Dr. Solti Tibor kartárs úr javaslatára közlöm, hogy a klinika minden pénteken reggel 8—10 óráig tudományos ülést tart, mely nyilvános s minden kartárs számára hozzáférhető. Tessék ezt tekintetbe venni s így dönteni, hogy hány órára tegyük ezenkívül a szakcsoport által meghirdetett ülések rendjét.

Dr. Varga István főszerkesztő: A közgyűlésen most már (este ½10 van), olyan kevesen maradtunk, hogy nem lenne helyes ezt eldönteni. Talán a legközelebbi számban közzétennénk egy kérdést, melyre válaszolhatnának s annak alapján szabnánk meg az ülések időpontját.

Szeretném még azt a felvilágosítást adni, hogy a Fogorvosi Szemle mind a kilenc számában megjelent felhívás, hogy kérjük úgy a vidéki, mint a budapesti kartársakat, hogy problémáikkal, akár tudományos, akár más irányú, forduljanak hozzánk, azonban eddig egyetlen kérdést sem kaptunk.

Dr. Implom Lajos, Gyula: Egyedülálló nálunk az iskolafogászat olyan kiterjesztése, mely 16. évig mindenkor díjtalan extrakciókat és töméseket jelent. Nem tudom, vajjon Népjóléti Miniszteri rendelet-e ez, vagy a tiszti-orvosunk egyéni akciója. A vagyonnal rendelkezők más szakmákban se részesülnek ingyenes kezelésben, lealacsonyítónak tartom, hogy ingyenes rendelés legyen tehetősek számára.

Dr. Kende János főtitkár: Nem ismerek ilyen rendeletet, azonban — nem felelősséggel mondom —, úgy tudom, hogy kezeltetni kell, de nem ingyen.

Dr. Deák László: A tudományos ülésekkel kapcsolatban az lenne a javaslatom, hogy a szakcsoport rendezzen továbbképző fogorvosi tanfolyamokat.

Dr. Lőrinczy Ervin elnök: A továbbképzés az előadások keretében folyik.

Dr. Deák László: Én általános praxisú orvosokra gondolok, akik fogászattal is akarnak foglalkozni.

Dr. Lőrinczy Ervin elnök: Amikor arról van szó, hogy egyik helyen nem tudnak fogorvosok megélni, más községeknek pedig nem tudnak fogorvost szerezni, nem tartom megfelelőnek ezen indítványt. Ezt az indítványt nem méltóztatott előre benyujtani s így nem is volt módunkban ezt megtárgyalni. Nagyon kérem Kartárs Urat, méltóztassék eltől elállni s talán majd a választmányi ülésen kérjük indítványának előadását.

Több tárgy nem lévén, Elnök a közgyűlést bezárja.

Beszámoló a Fogorvosi Szakcsoport tudományos üléséről

1947. november 13-án. *Dr. Cseres Pál* főorvos *„A MABI fogászati renuelésének fejlődése, betegellátásának kritikája és új irányai"* címmel tartott előadást.

Az előadó ismerteti a MABI fogászati osztályának és a biztosítottak fogászati ellátásnának fejlődését 1945 januárjától, a felszabadulás napjától kezdődolag. Vázolja azokat a nehézségeket, akadályokat, melyekkel az Intézet vezetősége, az Intézet fogorvosai szembenállitak, s azokat az erőfeszítéseket, amelyeket az egyre javuló betegellátás érdekében kifejtettek. Vázolja a tudomány mai állásának megfelelő fogbetegellátás feltételeit, melyeknek megvalósítását a 3 éves terven belül el kell érni. Foglalkozik az OTI fogbetegellátásával. A fejlődés biztosítását jelentő tervek kidolgozásában az OTI fogorvosi karával munkaközösség megteremtését ajánlja. Szükségesnek tartja a biztosítóintézet fogszakorvosainak állandó továbbképzését Végső célként meg kell valósítani azt hogy minden egyes biztosított érezze azt hogy olyan kezelésben részesül, mint a magánorvos rendelőjében.

Dr. Hajdu István hozzászólásában a biztosítóintézetekben a különböző fogkezelések normájának megállapítását s azok bevezetésének szükségességét teszi szóvá. *Dr. Pollatschek* Gyula és *dr. Rehák Rudolf* a különféle fogászati beavatkozásoknak külön-külön osztályokon való elvégzését javasolják. *Dr. Deák László* az OTI fogászati rendelésének reformtervezetét ismerteti. *Dr. Kende János* örömmel állapitja meg, hogy ez a kérdés színvonalas előadásban és tárgyilagos hozzászólások formájában kerül nyilvánosság elé. *Dr. Perint Jenő* végső helyes megoldásként a szabad orvosválaztást említi meg.

1947 november 27-én tartott tudományos ülés tárgya *dr. Palóc Géza: Bismuth szegély — Bismuth hatásmechanismus* című előadása volt.

Az előadó kíséreteivel és vizsgálatokkal igazolja, hogy a Bi. szegély keletkezésének mechanizmusa a következő: a szájban főleg az ápolatlan szájban, nagyobb mennyiségben keletkező H_2S a gyulladás következtében áteresztőbbé vált nyálkahártyán átdiffundálva kicsapja a gyulladásos szövetekben nagyobb mennyiségben felhalmozódó és a gyulladásos területben stabilitását vesztett complex Bi. fehérjéből a Bi.-t. Annak alapján, hogy a gyulladásos szövetek nagyobb mennyiségű Bi.-t vesznek fel, feltehető, hogy a Bi. az ilyen területen (pl. lueses papula) közvetlen spirocid hatást is tud kifejteni a RES befolyásolásán kívül. — Ezen állítások bizonyítására végzett kísérleteiről számol be részletesen.

Az előadáshoz *prof. Morelli Gusztáv, dr. Deák László* és *dr. Huszár György* szólt hozzá.

Felelős kiadó: Dr. Kende János.
Szikra Irodalmi és Lapkiadóvállalat, Nyomdai Rt., Budapest, V., Honvéd u. 10.
Felelős vezető: Nedeczky László.

Fizessen elő a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetének
hivatalos hetilapjára, az

ORVOSOK LAPJÁRA

Előfizetési ára: 1 hóra . . . 14·— Ft * 1/4 évre . . . 40·— Ft * 1 évre . . . 160·— Ft
Egyes szám ára: 3·80 Ft

Megrendelhető a kiadóhivatalnál, Budapest, V., Nádor-utca 26. V. em. Telefon: 127-752
Postatakarékpénztári csekkszámla száma: 27.209

Főszerkesztő: RUSZNYÁK ISTVÁN dr.
Felelős szerkesztő: KOVÁCS GYÖRGY dr.

Elméleti és gyakorlati cikkek; kongresszusi, orvosközéleti, szakszervezeti beszámolók, gazdag referálórovat könyvekről és folyóiratokról, pályázatok, üres állások. Könyvkedvezmények. Szerkesztői válaszok az olvasók kérdéseire.

*

Az ORVOSOK LAPJÁ-val együttesen jelenik meg a NÉPEGÉSZSÉGÜGY, a Népjóléti Minisztérium hivatalos közlönye.
Szerkeszti: GORTVAY GYÖRGY dr.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGY előfizetési ára az ORVOSOK LAPJA árában bennfoglaltatik

Fogorvosi gyakorlatunkban használjuk a 30 éve bevált

„Theriaka" gyártmányokat

Arany, ezüst, réz amalgámok, Arsen készítmények, Byosanol Pyorrhoea ellen! Gyökérkezelés: Sol phenoli monochlor camphor menthol, sec Dr. Halász László, Jodoform paszta, Jódolaj, Eugenol, Carbol, acid trichlor acetic: sol vagy cryst Chlorphenol, Antiformin, neoantiformin stb.

„Theriaka" BARTHA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZ
Budapest, V., Zoltán-u. 12. Telefon: 127-694

RAJNAI PÁL

DENTAL-DEPOT

BUDAPEST, VII., ERZSÉBET-KÖRÚT 22. SZ.

Mindennemű fogászati és foggyógyászati anyagok bőséges raktára.

Húszezres fogvá tték.

Postai és telefonrendelések azonnal házhoz szállítva.

Hivatalos aranyelosztó.

Fogászati arany csere, eladás.

TELEFON: 422-377

Cégtárs: KALLÓS ERVIN

XF 175