

50516

650



XIII. évfolyam.

1920. 1—4. szám.

December hó.

XF 175

FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETÉNEK

HIVATALOS KÖZLÖNYE

SZERKESZTIK:

Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN és Dr. SZABÓ JÓZSEF.

ÁLLANDÓ MUNKATÁRSÁK:

536.

Dr. Rothman Ármin egyet. m.-tanár, Dr. Höncz Kálmán rk. egyet. tanár (Kolozsvár), Dr. Vajna Vilmos egyet. m.-tanár, Dr. Bányai Sándor, Dr. Bóniss Ferencz, Dr. Fried Samu, Dr. Hálász Henrik (Miskolcz), Dr. Landgraf Lőrincz, Dr. Prepper Miksa és Dr. Simon Béla.

KIADÓ ÉS LAPTULAJDONOS:

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETE

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL:

BUDAPEST, VIII., JÓZSEF-KÖRÜT 23, I. EMELET.

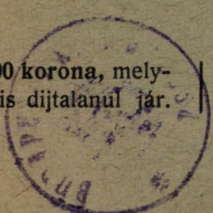
Megjelenik minden hónapban. —

Tagsági díj évi 100 korona, melynek fejében a lap is díjtalanul jár.

Előfizetési díj nem tagok részére
évi 150 korona.

BUDAPEST, 1920.

IRAT
1-79
KÖNYVTÁR
SZEGED



Handwritten notes and stamps on the right side, including 'László', 'Körmöczi', and 'Szabó'.

Dentária

orvosi és fogorvosi berendezések,
műszerek és vegyszerek gyára r.-t.

Budapest, I., Bertalan - utca 24.

(Telefon : József 112—79. sz.)

Azonnal szállit :

pumpásszéket, kurbliszéket, furó-
gépet stbit.



Dental depôt

megnyilt

november hó elején
Károly-körút és
Kammermayer K.-u.
sarok (Városházépület).



**Összes fogorvosi
és
technikai cikkek
:: nagy raktára ::**



FOGORVOSI SZEMLE

SZERKESZTIK: Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN és Dr. SZABÓ JÓZSEF.

TARTALOMJEGYZÉK:

Előszó		Könyvismertetések:	
Eredeti közlemények:		<i>Dr. J. v. Ertl:</i> Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte	59
<i>Dr. Szabó József:</i> Fogak veleszületett nagyfoku hiányossága	3	<i>Mühlreiter's:</i> Anatomie des menschlichen Gebisses	65
<i>Dr. Höncz Kálmán:</i> A havitisztulás jelentősége a fogászatban	13	Hírek	66
<i>Dr. Máthé Dénes:</i> Csonthiányt okozó állkapocstörések sinkezelése és protetikus ellátása, bemutatásokkal	18	Hivatalos rész:	
<i>Dr. Klingner Zsigmond:</i> Fogszabályozásról	47	<i>Dr. Simon Béla:</i> A magyar fogorvosok egyesületének működése az utóbbi 3 év alatt	68
<i>Dr. Láng Ignác:</i> Fogorvosi higiénia	50	<i>Dr. Sturm József:</i> A M. F. É. által létesített fogorvosképző tanfolyamról	72

1920 december 1.

Elcsendesedett végre az öt világrészt megrázó vihar; csak Európa keletén, Oroszország felől „vörös“ még az ég alja, arról hallatszik ma is az ágyúk tompa dörgése. Mi legszerencsétlenebb nemzete ennek a szenvedő világnak, úgy érezzük magunkat, mint a gazda, a ki a vihar elmúlása után könnyeborult szemmel nézi az orkán-tépte, jégverte vetést, annyi munkának, szorgalomnak elpusztult gyömolcsét. Szegény, boldogtalan, árva Magyarország! Térdre kényszerítve, szét-tépve, kifosztva!! Miért?! Mert becsülettel álltuk a szövetségi hűséget, mert vitézül harcoltunk, mert sehol annyira jól, oly emberségesen hadifoglyokkal nem bántak, mint Magyarországon, mert ezer évig nem erőszakoltuk nyelvünket és nemzeti sajtóságainkat az itt élő nemzetiségekre, és százszorta nagyobb szabadságot adtunk nekik, mint a minőt a békeszerződés a jövőre nézve megállapít?!

Elmult a véres zivatar! Kolozsvár, Pozsony, Kassa, Komárom, Nagyvárad, Temesvár, Arad és ti mind, a hol nekünk kedves testvéreink, barátaink vannak, mind-mind egy-egy soha nem gyógyuló égő sebe vagytok minden becsületes magyar szívnek. — Imádkozzunk!

Hiszek egy Istenben, hiszek egy hazában,
 Hiszek egy isteni örök igazságban,
 Hiszek Magyarország feltámadásában! — Amen.

Nincs csüggedésre és elernyedésre idő! Munkára magyar kartársaim! Ha nem is fegyver erejével, de az erősebb kulturának kétségenkívül a „*mi kezeink*“ között lévő összes eszközeivel kezdjük a harcot nemcsak szomszédainkkal, hanem az egész kulturvilággal! A magyar ész, a magyar tudomány, a magyar *akarát* kell, hogy visszaszerezze azt a megbecsülést, mely a legutóbbi időben letűnőben volt a külföld előtt; vissza kell ragadnunk és meg kell tartanunk a kulturális vezető szerepet az ú. n. utódállamok és a kis entente fölött egyaránt.

Négy és fél éves győzelmes hadakozás után hirtelen lerogytunk, utána a forradalom bestiái tépték vonagló testünket, a bolsevista brigantik agyon gyötörtek, az ellenséges megszállás koldussá tett, de megmaradt a magyar erő és dacz, a magyar szellem, a magyar tudás, megmaradt szívünkben a hit, a jövőnkbe vetett rendíthetetlen bizalom. Akarni kell dolgozni kell! Váll a vállhoz! Legyen itt béke és szeretet; legyen itt a komoly munka csendje, ne pedig léha demagógok piaczi lármája!

Annyi balszerencse közt,
 Oly sok vizsály után,
 Megfogyva bár, de törve nem,
 Él nemzet a hazán!

Dr. Körmöczi Zoltán

Fogak veleszületett nagyfokú hiányossága.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem Stomatologiai klinikájáról.
Közli: Szabó József dr., egyetemi m.-tanár.

A fogazat teljes hiányáról vagy közel teljes veleszületett (teratologikus) hiányosságáról *Magitôt*,¹ ki a fogrendszer anomáliáiról írt nagy monografiájában talán első ízben kísérlette meg azoknak nemcsak csoportosítását, de okozati megfejtését is, így szól (pag. 73):

„Des exemples d'individus n'ayant jamais eu de dents pendant le cours de leur vie se trouvent mentionnés dans les recits de quelques auteurs anciens. D'autres observateurs plus récents, sinon modernes (*Borell*: Hist. et obs. rar. cent., obs. 41; *Dautz*: Arch. de Stark. t. IV., pag. 694; *Fox*: Histoire nat. et maladies des dents 1821; *Sabatier*: Anatomie t. I., pag. 78; *Fauchard*: Le chirurgien dentiste, t. 1., pag. 340) en citent également. *Nous considérons toutes ces observations comme apocryphes*, abstraction faite bien entendu des faits de lésions pathologiques graves des maxillaires pouvant entraîner la perte totale des dents etc. En effet, s'il est possible d'admettre l'absence congénitale ou l'atrophie d'une ou de plusieurs germes dentaires primitifs, il est bien difficile de supposer la disparition des cinquante-deux germes... Ajoutons, que ses cinquante-deux germes se répartissent en plusieurs périodes distinctes par leurs caractères, l'époque et le mode de leur évolution, de telle sorte, que les anomalies, qui frappent l'une d'elles n'exercent pas d'une manière absolue d'influence sur les autres.“

¹ Traité des anomalies du système dentaire. Paris, 1877.

Magitôt tehát nem hiszi, hogy teratológikus alapon fogak veleszületett teljes hiányáról szólhatnánk, az ilyenmű közléseket apokrypheknek jelenti ki, kifejti, hogy teljességgel elképzelhetetlen, hogy az olyan különböző korban támadó 52 fogcsíra mindegyikére vonatkozhasnék az anomáliát kiváltó ok.

Kétségtelen, hogy különösen a régebbi közlések ebben az irányban nem is meggyőzőek. *Cutler*² ha pl. 1871-ben azt írja, hogy ismert egy bírót, a kinek soha egyetlen foga sem volt, és ha továbbá hivatkozik a *Kaith* családra, melynek több tagja teljesen fogatlan volt, — e közlések nem éppen bizonyítóak, mert hiszen minden közelebbi leírás, adat híján szűkölködnek. Hasonlóan nem meggyőzőek azok a közlések sem, melyeket *Magitôt* idéz. Így *Meckel* közlése, a ki egy összesen 8 tagból álló fogazatot említ (4 fog a felső, 4 az alsó sorban), továbbá ugyancsak egy másik *Meckel*-féle közlés, a mikor csupán egyetlen metsző volt a szájban. Nem meggyőző *Otto* közlése sem, a ki két esetben csupán 2 felső metsző fogat talált a szájban. Mindezekből a rövid közlésekből éppen nem derül ki, vajjon nem valamely általános vagy helyi pathológikus ok szerepel-e a fogazat nagymérvű reductiójában. De nélkülözik a leírások az állcsontok közelebbi leírását, fejlettségét stb. is.

Magitôt felhívja egyébként a figyelmet a *Darwin*-féle korrelációs törvényre, mely a bőr hámképleteiből eredő képletek (szőrzet, köröm) és a fogrendszer között fennállanak. *Darwin* különösképen állatokon azt a tapasztalatot tette ugyanis, hogy ha a szőrzet túlteng, pl. szokottnál nagyobb terjedelemben fedi a testet, akkor az állat szájában is túlprodukción jelentő több tagból álló a fogazat. *Magitôt* emberre vonatkozóan *Darwin* törvényét igazolva kétségtelen adatokkal nem látja, sőt ellenkezően az a tapasztalata, hogy inkább bizonyos mértékű compensatio mutatkozik pl. a szőrzet és a fogak száma között. Ennek igazolására felhossa *Magitôt* *Crawford* és *Yule* leírásait. A megfigyelt egyén egész testét, arcát (kivéve kezeket és lábakat) szőr borítja, fogazata pedig az

² D. C. 1871. pag. 125.

alsó sorban 4 metsző, a felső sorban 4 metsző és egy szemfog; ez egyén leányának, kinek arcza, orra, füle szintén szőrrel borított, az alsó sorban is és a felső sorban is csak metsző fogai voltak. A leány két gyermeke közül az idősebbik normális, a fiatalabb azonban arczán és fülein szőrözött, mint-hogy azonban ez a megfigyelés idején csak 14 hónapos volt, fogrendszerére nézve adatokat róla nem nyertünk. Később e család tagjait 1853-ban *Kaughton* újból megvizsgálta és ő is, továbbá *Brown* és *Sheppard* igazolják a hypertrichosist és a fogazat numerikus aberrációját. *Magitôt* szerint *Darwin* a híres spanyol tánczosnő *Julia Pastrana* esetében is tévedésbe esett, midőn a kiterjedt hypertrichosissal kapcsolatban mindkét állcsonton több tagú fogazatot (kettős fogazat) írt le. *Magitôt* Londonban a szájról vett lenyomatokat tanulmányozta és azt találta, hogy az alsó sorban a bal szemfog és a két III. nagy őrlő hiányzik, míg felül a 4 metsző helyett csak kettő van, a bölcsességfogak itt szintén hiányoznak; tehát a hypertrichosis mellett, ha nem is kiterjedten, de mégis fogak redukciójáról lehet csak szó a fogak rendellenes elhelyezése mellett, de nem hyperprodukción. *Magitôt* megemlékezik továbbá még két személyről: apáról és fiúról, kik arczuk egész felületén erős szőrzettel bírtak (mint kutyaembereket mutogatták őket) és a kiknek fogozata igen nagyfokú hiányosságot mutatott fel: az 55 éves apának alsó fogsorában 4 metszője, felső fogsorában csupán egyetlen metszője volt; a 3 éves fiúnak szájában csupán az alsó fogsorban volt 4 metszője. *Magitôt* e tényekből azt következteti, hogy ha a *Darwin*-féle említett correlációs törvény állatokra vonatkozóan fenn is áll, az említett esetek az emberre vonatkozóan azt meggyengítik, ellenben támaszul szolgálnak a *Geothe*, *Geoffroy Saint-Hilaire*-féle kompenzációs törvénynek.³

Magitôt fejtegetései során önmagával jut ellenkezésbe: egyszer kijelenti, hogy nem látja kétségen kívül beigazoltnak, hogy teratologus alapon emberen a fogak teljesen veleszüle-

³ Lásd később még e kérdésről: *Parreidt*: Über die Bezahlung bei Menschen mit abnormer Behaarung. D. M. f. Z., 86. pag. 41.

tett hiányáról szólhassunk és ennek okára is rámutat, néhány oldallal utóbb pedig — mikor a hypertrichosis és a fogrendszer közti correlációra mutat rá — idéz más szerzőt, de saját megfigyelései alapján is leír eseteket, melyek a fogazat redukciójának oly mértékét jelentik, hogy ez a teljes foghiányossággal egyenértékű.

Ha már most az irodalomban közölt ilyen fajta és éppen nem számos leírásokat áttekintjük, úgy látjuk, hogy nagy részét a kérdés tisztázására fel nem használhatjuk, mert egyrészt a leírások hézagosak, másrészt nyilvánvalóan a különböző pathologikus okok kétségen kívül ki nem zárhatók. De van ma már adatunk, különösen az újabb évtizedből, mely a kérdés eldöntésére felhasználható.

*Rheinisch*⁴ a fogak nagymérvű redukciójának két esetét közli: az egyik 14 éves fiút illet, aki élete első 10 évében szakadatlanul súlyos rachitisban szenvedett (meglevő néhány állandó fog kifejezett zománczdistrophiájával). Itt tehát kétségen kívül *pathologikus* ok ki nem zárható. A második eset 26 éves nőre vonatkozik, a mikor *egyedül* a beteg bemondása igazolja a fogak nagyfokú hiányosságát. Részletesebb leírások az állcsontok nagyságviszonyairól hiányoznak. Ép ily kevésbé értékesíthetjük a kérdés elbírálására *Mosich*,⁵ *Busch*⁶ *Boltz*⁷ közléseit is. *Guilford*⁸ megfigyelését részletesen közli: 48 éves férfi esetében, a ki születésétől fogva teljesen fogatlan s a kinek bőrképletein is feltűnőbb eltérések tapasztalhatók (gyér szőrzet, verejtékmirigyek teljes hiánya stb.).

*Jarre*⁹ részletesen közli 12 éves fiú esetét. A fiú életének 15., 19. hónapjában a felső két középső metsző helyének megfelelően a szájbán 2 konikus alakú fogképlet jelenik meg, később, a 23. hónapban a jobb felső oldalsó metsző helyének megfelelően ugyancsak egy konikus fog jelenik meg; a

⁴ D. M. f. Z. 1881. pag. 360.

⁵ Corrp. f. Z. 1886. pag. 130.

⁶ D. M. f. Z. 1887. pag. 88.

⁷ D. M. f. Z. 1888. pag. 226.

⁸ D. C. 1883. pag. 113.

⁹ D. C. 1892. pag. 468.

3. év végén mindkét oldalt a II. tejőrlő helyének megfelelően megjelenik egy-egy tejőrlő alakú fogképlet. A felső állcsont metszői részletén helyet foglaló három konikus fogképlet a 7.—8. évben váltódik és e helyeken ugyancsak három konikus fogképlet jelenik meg. A felső két tejőrlő alakú fog nem változik. Az alsó fogsor egyáltalán fogatlan. Az arcz fejlődésében visszamaradt lényegesen kisebb, az arcz bőre laza, ránczbaszedhető, orr nem prominens, de csúcsán kihegyezett, ajkak vékonyak, arczkifejezés öreges, tenyér és talp bőre kemény kallozus, szőrzet ritka, vékony selymes, körmök opákon foltosak. A 11 hónappal fiatalabb fiútestvér teljesen normális. Szerző kiemeli az összefüggést, mely a külső blastodermából eredő képleteket (haj, körmök, fog) egyaránt illetik.

*Scot Foster*¹⁰ említést tesz 18¹/₂ éves nőről, kinek a szájában 10 tejfog volt és állítólag több foga sohasem; e nő 21 éves bátyjának szájában megfigyelő csupán 4 tejszemfogot talált s állítólag a szájban soha más és több foga nem volt; ennek arczkifejezése öreges, állcsúcs előugró hegyes, ajkak beesettek, szőrzet rövid, durva, mint a lovaké.

*Kielhauser*¹¹ 12 éves gyermek szájában felül csupán két állandó konikus alakú fogat talált; tejfogak közül felül baloldalt megvan a 2., 3, és 5.; alul állandó fog nincs, tejfogazat csaknem teljes. Fogmedernyúlványok nagy fokban sorvadtak. Egyébként a túlmagasra nőtt (146¹/₂ cm. hosszú) gyermek gracilis csontrendszerű, jól szőrzött, jól fejlett normális szervekkel. *Brandt*¹² 1895-ben az „Odontologische Gesellschaft“ ülésén bemutat egy 8 éves fiút, ki teljesen fogatlan; ennek 2 éves korában minden tejfoga megvolt, a mikor súlyos rachitisben szenvedett s 4 éves koráig összes tejfogait elvesztette; állandó fog sohasem jelent meg a szájában; testén idő előtt mutatkozik a szőrzet.

Ha a leírt és itt említett eseteket közelebbről vizsgáljuk, azt látjuk, hogy a fogazat nagyfokú hiányát megfigyelők egy része megállapítja legtöbbször egyszerűen abból a tényből,

¹⁰ Ref. in Corr. f. Z. 1892. pag. 177.

¹¹ D. M. f. Z. 1894. pag. 375.

¹² D. M. f. Z. 1895. pag. 135.

hogy a megfigyelt kijelentésére támaszkodik. Máskor meg a megfigyelő maga mutat reá súlyos általános megbetegedésekre (pl. rachitis), melyek esetleg a fogak kimaradásának okai. Csak igen kevés leírásban kapunk pontos adatokat az állcsontok alakjáról, nagyságáról. Úgy gondolom, hogy a megfigyelt egyén bemondása nem éppen biztos adat további következtetésekre, mert közrejátszhatik ez irányban — ha a megfigyelt feledékenységtől el is tekintünk — különösen és esetleg bizonyos hamis irányú ambíció „a csodás állapot fokozására“. Az általános vagy helyi pathologikus okokat természetesen szigorúan keresnünk kell minden egyes eset elbírálására. S ezt igen sok leírásban nélkülözzük. Rendkívül fontos adatunk a kérdés elbírálásában az állcsontok fejlettsége, nagysága. Kétségen kívül klinikai tapasztalatainkból, de experimentalis vizsgálatokból is immár (*Landsberger*) tudjuk, hogy állcsontrészet, melyben fogak nem támadnak, fejlődésében visszamarad, viszont állcsontrészet fejlettsége, külső alakja, esetleg fogmedernyúlvány támadása, ha esetleg a szájban fogképlet nem is jelent meg, mégis a fogcsíra jelenlétére (retencio) mutathat. Mindezen körülmények okából minden egyes esetben az állcsontok fejlettségi fokát, nagyságát, alakját szemügyre kell vennünk az egyes esetek elbírálására. De ma már van oly diagnostikus eszközünk is, mely különösképpen kizárja a lehetőségét annak, hogy pl. foghiányról beszéljünk, mikor esetleg az egyes fogképleteknek csupán meg nem jelenéséről, tehát retenciójáról van ténylegesen szó. Erre eszközünk a Röntgen. Ha tehát a kérdést el akarjuk dönteni, akkor az eddig elősorolt s itt röviden említett megfigyeléseken kívül az újabb évtizedekben közölt és Röntgen-leletekkel támogatott leírásokra kell nagyobb súlyt helyeznünk.

E közlések szerfelett gyérek. *Etheridge*¹³ 1913-ban ír le egy esetet, a mikor a 9 éves leány szájában baloldalt alul egyáltalán nincs fog, ugyanezen az oldalon felül az első állandó nagy őrlő, az állandó szemfog s a második tejőrlő

¹³ British Dent. Jour, 1913. jan. pag. 66.

van meg; jobboldalt felül és alul is hiányzik a nagy metsző. Feltűnő kísérő körülmény, hogy a fej baloldalán haj egyáltalán nincs, a bal szemöldök alig fejlődött; jobboldalt a fejen a hajzat dús, jobb szemöldök kifejezett szőrzettel. A bal arcfél, valamint a kar és láb izomzata fejlődésben visszamaradt. A száj statusát világos Röntgenogrammok igazolják: *Ovize*¹⁴ ugyancsak 1913-ban a Soc. de Stom. ülésén bemutatja egy 12 éves nőbeteg szájmintáit: felső sorban 2 középső metsző és 2 tejszemfog, az alsó sorban baloldalt az első nagy őrlő, jobboldalt egy metszőfog (rosszul fejlett koronával); 90°-kal rotálódott szemfog, a második tejőrlő fog és ettől 5 mm.-re distalisán az első állandó, nagy őrlőfog van meg. Összesen 6 állandó és 3 tejfog. A beteg ötödik gyermek, sem szülein, sem testvérein alkati, illetőleg szájbeli rendellenesség ki nem mutatható. A leánynak minden tejfoga megvolt, a hiányzók a rendes időben, a rendes módon hullottak el. Röntgen az állkapocsban fogképleteket nem talált. Sem eddigi életében, sem ma valamely systemás megbetegedésnek nyoma ki nem mutatható; arczkifejezése öreges, állcsontok fejlődésükben visszamaradtak. Chompret a diskuszióban említi, általa 12 évvel ezelőtt bemutatott testvérek esetét: az akkor 14—15 éves leánynak is, fiúnak is összesen csak 6 állandó foguk volt: 2 metsző a felső sorban és 4 első nagy őrlő; a szájban meglevő többi fog tejfog volt. A Röntgen-felvételeken állandó fogcsir az állcsontban nem volt kimutatható. *F. N. Doubleday*¹⁵ 1914-ben 17 éves fiúnak esetét közli: tejfogazat, a beteg állítása szerint teljes volt, jelenben felül 6, alul 4 állandó foga van, ezek közül felül 4 nagy őrlő, alul 2. A Röntgen-képen más állandó fogcsirája nem mutatkozik. *Harwood*¹⁶ 1914-ben 20 éves leány esetét mutatja be: betegnek — atyja állítása szerint — a felső sorban soha tejfoga nem volt; csupán 2 kis őrlője és

¹⁴ La Revue de Stom. 1913. pag. 311.

¹⁵ Proceedings of the Royal Soc. of Medecin. Odont. Sect 1914, May. pag. 85.

¹⁶ Proceedings of the Royal Soc. of Medecin. Odont. Sect. 1914, Febr. pag. 177.

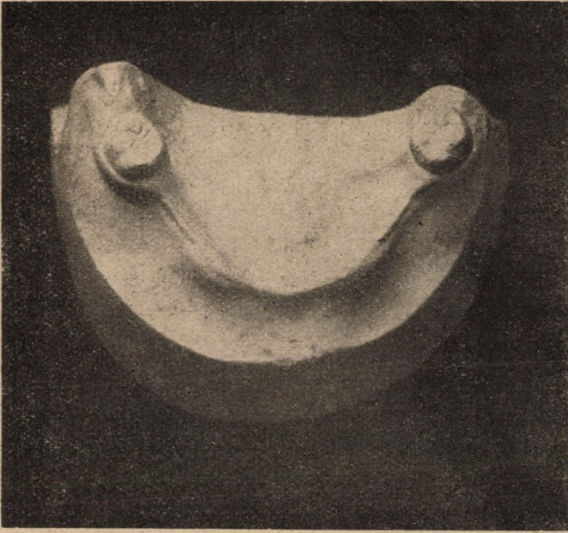




1. ábra.

2 nagy őrlője van ma is jobboldalt és baloldalt. Röntgenfelvételeken más fogcsírnának nyoma nem látszik. A felső állcsont mellső részlete kifejezetten visszamaradt fejlődésében. Az alsó sorban a metszők, szemfogak megvannak, jobboldalt egy praemolaris, baloldalt a praemolarisok területén egy tejőrlő. A bemutatást követő diskuszióban *Smith* említ 35 éves nőt, kinek felső és alsó fogsorában csupán metszők, szemfogak és első kis őrlők voltak meg. A felső és alsó állcsont fejlődésükben kifejezetten visszamaradtak. *Rushton* említ egy fiút, a kinek soha egyetlen foga sem volt a szájában, s a kinek a szájmintáit a Royal College of Surgeons muzeuma őrzi. Felhívja a figyelmet arra, hogy ez esetben az állcsontok fejlettsége az életkornak megfelelő és úgy tetszik, mintha nem lehetne fentartani azt a felfogást, hogy az állcsontok fejlettsége a fogaktól függő(?)

Az utóbb röviden ismertetett esetekhez csatolhatom az 1918. őszén magánrendelésemen észlelt esetet. L. É. 7¹/₂ éves fiú szájában: a felső sorban, közvetlen a középvonal mellett, a középső metszők helyén egy-egy jól fejlett konusos



2. ábra.

fogképlet ül, melyek erősen divergálnak; köztük a rés a fognyak szintjén 4 mm., csúcsok közt 8. A két fogképletein kívül a szájbán felül és alul is egy-egy második tejmolaris van meg mindkét oldalt, melyek szájsukáskor egymással artikulálnak. (L. 1. és 2. ábrákat.) A 7 éves fiúnak tehát összesen 6 foga van a szájában. Szülei előadása szerint soha nem is volt több. A fogak megjelenési idejét kipuhatolni nem sikerült. Az állcsontok fejlődésükben erősen visszamaradtak, méreteikben aligha haladják meg a nagyságot, melyet az első életkorban tapasztalat szerint elérnek. A különböző irányokban felvett Röntgen-képeken csupán a bal alsó II. tejőrlő mögött látszik az állcsontban egy nagy őrlőnek, nyilvánvalóan az első állandó nagy őrlőnek a csirája (l. 3. ábra.) A fiú egész életében eddigelé teljesen egészséges volt; minden tekintetben normalis fejlettségű, szervezeti, csontrendszere ép, általános megbetegedésnek (lues, rachitis) nyoma nincs, minőségileg és mennyiségileg normalis szőrzetű, szellemileg korához mért fejlettséget mutat. A leírt esetben tehát két csapszerű fogképződeményt, 4 tejőrlő fogat, összesen tehát 6 fogat találunk a



3. ábra.

szájban és az állkapocsban egyetlen fejlődő, kétségen kívül első nagy őrlőnek megfelelő fogcsirát. Minthogy az állcsontok fejlettségi állapota elfogadhatóvá teszi a szülők állítását, hogy tudniillik a gyermeknek egész életében a leírtakon kívül más foga nem volt, minthogy továbbá a Röntgenvizsgálat igazolja, hogy az állcsontokban egyetlen fogcsirán kívül más fogképződésnek nyoma nincs, tehát fogak retenciójáról szó nem lehet, minthogy végül valamely helyi pathologikus ok, de ezenkívül valamely általános ismert systemás megbetegedésnek nyoma sem mutatható ki, úgy gondoljuk, hogy mai tudásunk minden eszközével igazoltnak kell tartanunk esetünkben teratologikus alapon támadt igen nagyfokú foghiányosságot. És ez esetünkben a bőr egyéb hámképleteinek (szőrzet, haj, köröm) fejlődési anomaliáival nem szövődött.

A kérdés tehát véleményünk szerint az utolsó évtizedben közölt megfigyelésekkel *Magitót* véleményével ellentétben tekinthető eldöntöttnek.

A havitisztulás jelentősége a fogászatban.

Dr. Höncz Kálmán, egyetemi r. k. tanár.

E tárggyal foglalkoztam már 1902-ben is, mikor „A stomatologia összefüggése a többi orvosi szaktudományokkal“ című dolgozatomat megírtam: tapasztalataimat azóta e téren úgy klinikai rendelésem, mint magán-gyakorlatomban gyarapítottam.

Hitschmann és Adler vizsgálataiból tudjuk, hogy az érett nő méhnyálkahártyája a tisztulási időközökben folytonos szabályos változásokon megy át és sohasem nyugszik. Ez érdekes változások leírása nem tartozik dolgozatom keretébe, csupán annyit említek meg, hogy az endometrium e változása szoros összefüggésben áll a működő petefészekkel. A Pflüger-féle elméletben ma már senki sem hisz. Fränkel, Schröder és Neu nagyon értékes és érdekes vizsgálatai és kísérleteiből bizonyosra vehetjük, hogy a petefészekből időszakonként kijutó és véráramba átmenő váladék idézi elő a menstruatiót.

A havitisztulás nemcsak helybeli elváltozásokkal jár, hanem megérzi azt az egész szervezet. Ott munkájából tudjuk, hogy a havitisztulás alatt a hőmérsék, érverés, vérnyomás, hőszugárzás, izomerő, tüdőkapacitás, be- és kilégzési erő- és ínreflexek minő változásokat mutatnak, Schrader az anyagcserében talált a menses alatt figyelemreméltó változásokat. Sfameni a vérben kisebbfokú erytropeni-t és leukocytosis-t, Birnbaum és Oster pedig a vérmegalvadás csökkenését konstataálta, a mit azonban később Christea és Denk megcáfolt.

Schaeffer statisztikájából azt a tanuságot meríthetjük, hogy a legtöbb nő a tisztulás tartama alatt medencze-nehéz-

ségekről panaszodik, 12—13 százalékban általános panaszok, tetterő-csökkenés, izgatottság, stb. van jelen.

A havitisztulás rendellenességei közül a dysmenorrhoea annyiban érdeklí a fogorvost, hogy ez az állapot az infantilizmus által lehet feltételezve, melynek stigmái a szájbán (trema, diastema, tejfogak persistálása, mikrodoncia stb.) könnyen megtalálhatók és a kórisme felállításánál értékesíthetők.

Biró vizsgálatai nyomán Árkövy egy gingivitis periodica-t (dysmenorrhoeica-t) vesz fel, a melyről azonban azt is állítja, hogy menorrhagiák és az azzal összefüggésben levő más gynaekologikus betegségnél is előfordulhat. Hasonló elváltozásokat a foghúson talált Riebe gyenge tisztulásoknál.

A tisztulás egy másik csoportjánál az ideges tünetek az uralkodók, a melyek valószínűleg a belső secretio megváltozásának az eredményei. Holtreten, Janson, Freund, Holländer, Grüner és mások a pubertas kezdetén levő nőknél, vagy a havitisztulás beállta körül 28-napenként visszatérő fogfájásokat észleltek többnyire teljesen egészséges és pulpa nélküli fogakban. Landsberger ezt a „menstrualis fogfájdalmat“ a foghártya pangási vérbőségéből magyarázza a megváltozott vérkeringés következtében. Tanzer a „fokozottabb intradentalis vérnyomás“-nak tulajdonítja e fájdalmakat. Schachtel 11, 12 és 14 hétben menstruáló nőknél minden 4 hét után észlelt vértódulást a fejben, fejfájást és heves fogfájást.

Bár a nemzórészek és nyálmirigyek között valami közelebbi vonatkozás még nem ismeretes, nyálfolyás tisztulás alatt mégis elég gyakran mutatható ki. Hobran észlelt egy nőt, kinek fültömirigye minden menses alkalmával megduzzadt, terhessége alatt megszűnt és post partum szokott módon és időben ismét megjelent.

Stomatitis catarrhalis és aphtosák különböző terjedelemben a tisztulás megelőzői vagy kísérői. Davis egy esetet közöl, melyben a stomatitisek csakis a cystikuson elfajult petefészkek kiirtása után maradtak el. Misch leír egy esetet, melyben a különben jól kifejlett leánynál négyhetenként egy asthmaszerű állapot és herpes labialis lépett fel. Port a szájbán látott a menses alatt rendszeren herpest fellépni, a hólyagocskák

felpattanása után keletkező fekély betegének nyelési nehézségeket okozott. Riebolt a praemenstrualis időben és menstruatio alatt kínzó neuralgiákat észlelt az ischiadikus, trigeminus és occipitalisban. Véleménye szerint ezen neuralgiák toxikus anyagok felszívódása által jönnek létre, a melyek idegingerként hatnak, s a melyekre az idegrendszer igen fogékony. Azt sem tartja kizártnak, hogy ilyen toxinhatás könnyebb neuritikus elváltozásokat hoz létre. Ezen neuralgiák, vagy a havitisztulás előtt, vagy a második és harmadik menstrualis napon köszöntenek be.

A menstruatio alatt fellépő otalgiák egy jó része szuvas alsó moralisokból indul ki és a vérbőség által váltatnak ki. A hosszú ideig tartó méhvézések alakjában mutatkozó menstruatiók a fogorvost két okból érdeklik; először azért, mert a menorrhagiák miatt vérszegénység fejlődik, mely miatt a szervezet táplálása nem megfelelő és a csont- és fogszövetekből a mészsók nagyobb mértékben vonódnak el, a minek következtében az illető nők fogazata a fogszű fellépésére hajlamot kap. Nessel: „Die Bedeutung der Menstruation für das Kariöswerden der Zähne“ c. dolgozatában kimutatja, hogy hosszú menstruatióval bíró, vagy a háromhetenként menstruáló hölgyeknél a fogak romlása és a cariesre való hajlam igen nagy. A fogak a mészelvonás miatt puhábbak és azért ellenállásuk csökkent. A menorrhagiák másodsorban azért is érdeklik a fogorvost, mert az fiatalok és öregeknél egyaránt az endometritis fungosa által lehet feltételezve, a mely a petefészkek hyperfunkciójának következménye, a mely a fokozott phosphor- és mészsókiválasztás miatt a fogakon szintén káros hatást fejt ki.

A vikariáló havitisztulás létezése nem tagadható, bár nagy statisztikája a szigorú bírálat alatt erősen összezsugorodik, mert a vikariáló menstruatio létjogosultság felvételéhez nemcsak a periodikus vérzés jelenléte, de az is szükséges, hogy *az a vérzés ne egy beteg, a vérzésre hajlammal bíró, hanem egy egészséges szervből induljon ki.* A vérzés a legkülönbözőbb szerv részéről történhetik; tárgyamtól nem akarván eltérni, csak annyit említek, hogy leggyakoribb az orr és száj-

ból, azután következik a gyomor- és bélhuzam, tüdő, mamma, vese és hólyag.

Bousquet adatai szerint is az orrvérzéseken kívül leggyakoribbak a mentrualis foghúsvérzések. Parvin egy hölgyet észlelt, kinek szájnyalkahártyája minden 4 héten vérzett anélkül, hogy menstruált volna. Hauptmann egy 18 éves neuropathiás leányról tesz említést normális nemzőrészek mellett, kinél négyszer a menstruatio idejében vérzés volt a felső és alsó ajakban. Ez a vikariáló vérzés 14 éves korában lépett fel először és a rendes tisztulással váltakozott. Wunsch periodikus tonsillavérzést látott egy 25 éves leánynál normális genitáliák mellett.

Beers a következő érdekes esetet írja le: Egy 17 éves leánynál, kinél fogszabályozást végzett, különben fogkő- és cariesmentes szájában minden 28 napon vérzés lépett fel a foghúsból a havitisztulással egy időben és annak tartama alatt. Egyidejűleg féloldali fejfájás is volt jelen, e periodikus foghúsvérzést kilencszer észlelte, a vér nem alvadt meg.

Gyakorlatomban két esetben menses alatt foghúzás után igen bő és nehezen csillapítható vérzést kaptam a fogmederből, egy esetben pedig a meglevő rendes mennyiségű havi vérzés vált foghúzás után erős és sokáig tartó menorrhagiává. Hasonló észleleteket tettek Gutmann és Tugendreich. Benstein esetében a havitisztulás megállott, s helyette bő vérzés volt a foghúsból. Dozy esetében pedig a várt menstruatio nem köszöntött be, hanem helyette a foghússeb vérzett 2 nap és egy éjjel. Dunlop halálos kimenetelű vérzésről tesz említést.

Havibaj alatt altatva és fogat húzva nem egyszer észleltem síró és nevetőgörcsöket.

Tisztulás alatt azért a fogorvos is kerüljön lehetőségig minden véres beavatkozást, tekintettel a nők labilitására, többször észlelt nagy vérzés és suppressio mensiumra; azt kikerülhetjük annál inkább, mert a különböző fájdalokat más módon is megtudjuk szüntetni legalább addig, míg a menses tart.

A havitisztulás megszünése a legtöbb asszonynál nemcsak az általános jóérzést zavarja az ú. n. „kiesési tünetek“

fellépése által, hanem néha szervi elváltozásokkal is jár. Eltekintve a nemzőszerveken fellépő tumoroktól, a szájban is lépnek fel dagok, éppen oly gyakran, mint a graviditas (epulis, osteoma) alatt. Aschoff idevágó vizsgálatai, hogy a daganatcsírák kifejlődéséhez mindig valami ingerre van szükség, szerfelett értékesek és érdekesek. Riebe klimactericus nőknél gennyes széteséssel járó foghúslobokat észlelt, melyhez fekélyesedés és foghártyalob is csatlakozott, melynek következtében a fog eltávolítása vált szükségessé.

Parhon és Popinan, továbbá Adler és Matthes vizsgálataiból tudjuk, hogy a működő petefészek a csontnövekedést gátolja, sőt Loewynek sikerült herélt tyúkok növekedését oophorin-táplálással teljesen megszüntetni; e kísérletekből élénk mészsó-assimilációra következtethetünk, a mely tény ellenében a graviditas, lactatio, osteomalatia és inanitiónál a fogazat megtartására kedvező befolyása lehet. Landsberger a menopausában is észlelt pulpa nélküli fogakban ideges nőknél fogfájást azon időben, melyben különben menstruáltak volna, ezek a fájdalmak oophorin-tabletták bevétele után megszűntek.

Cristofeletti és Adler kimutatták, hogy a nemzőszervek hypoplasiájánál kastrált nőknél graviditas alatt és a menopausában az adrenalin iránti érzékenység fokozódott, s hogy ilyen készítmény befecskendése által glykosuria idézhető elő. Az adrenalin *egy hormon*, a mely a symphathikust izgatja, ez okból ilyen állapotoknál a mellékvese-készítmények érzéstelenítésnél vagy teljesen elhagyandók, vagy csak igen minimális adagban alkalmazandók.

Csonthiányt okozó állkapocstörések sínkezelése és prothetikus ellátása bemutatókkal.

(Közlemény a Csobáncz-utcai hadikórház foggyógyászati osztályáról.
Orvosfőnök: dr. Forgách Aladár eo.)

Dr. Máthé Dénes, főorvos.

Az állkapocstörések közül csak olyan esetekkel fogok foglalkozni, a mikor azok az állkapocs egész keresztmetszetére vonatkoznak és ezek mellett kisebb-nagyobb csonthiányok támadtak, akár mindjárt a sérülés alkalmával, akár később, a kezelés, gyógyulás folyamán, avagy éppen műtéti beavatkozások következtében.

Az összes idevágó eseteket a defektusok száma és elhelyezkedése szerint két csoportba osztom:

I. csoportba tartoznának azok az esetek, a mikor a törések mellett csak egy defektus támadt;

a *II.* csoportba sorolhatók azok, a hol többszörös törés mellett több defektus van.

Az *I.* csoportba tartozó eseteket gyakorlati szempontból, a nálunk használatos sínkezelési methodusok könnyebb megértése céljából, a defektusok elhelyezkedése és az azt határoló törvégek foggal ellátottsága szerint, három osztályba soroznám:

1. osztályba tartoznának azok az esetek, a hol a defektust határoló mindkét törvég fogakkal ellátott; 2. osztályba, a hol csak az egyik törvég foggal ellátott, míg a másik fogatlan; 3-ikba azon esetek, a hol mindkétoldali törvég fogatlan.

A II. csoportra is tulajdonképpen ugyanazon osztályozás illik. Eszerint az 1. osztályba tartoznak azok az esetek, a hol a törések mellett több defektus van, de mindegyik defektust határoló törvég, illetőleg törési darab, foggal ellátott. Ezeknek kezelése lényegileg nem különbözik az I. csoport 1. osztályától.

2. osztályba tartoznak azok az esetek, a hol a defektusokat határoló törési darabok közül csak egyetlen visel fogat.

A 3. osztályba sorozhatók azon esetek, a hol a defektusokat határoló összes törési darabok fogatlanok. Az idetartozó esetek nagyrésze sebészi beavatkozást igényel, melynek tárgyalása azonban tárgyam keretén kívül esik.

A kezelés szempontjából, hogy a defektus az állkapocszöglet táján, vagy a felhágó ágon van-e, körülbelül mindegy. Ha a felhágó ág visszamaradt csonkja oly nagy, vagy oly helyzetben van, hogy a rendelkezésünkre álló odontorthopedikus eljárásokkal elérhetjük, akkor azt külön kezeljük, mint fogatlan törvéget, s az ép, vagy foggal ellátott oldalt szintén. De ha oly rövid és oly magasra vongált, hogy sínkezeléssel nem érhetjük el, akkor csakis az ép oldalt kezeljük.

A kezelés szempontjából tekintetbe kell vennünk azt is, hogy a sérülés heveny-e, vagy idősült, mert ez is lényegesen befolyásolja a kezelés módját. A felosztást ezen alapon is tovább részletezhetném, de egyrészt nem akarom türelmüket nagymértékben igénybe venni; másrészt a terjengősség csak hátráltatna azon célomban, hogy lehetőleg azokkal is megértessem magam, a kik ily betegeket még nem kezeltek.

Az odontorthopedikus kezelés célja: az egyes tört részek helyes állásba, okkluzióba hozatala, repozíciója; másodsor a reponált törvégeknek nyugalombahelyezése, rögzítése a gyógyulás tartamára, a nélkül, hogy az állkapocs fiziológikus működését nagyobb mértékben zavarnók; harmadszor, hogy az esetleges csontplasztikai műtétek alatt a törvégeket és az implantatumot rögzítse a csontos összeforradásig; végül, hogy a lehető gyógyulás elérése után az állkapocs, a rágóképesség helyreállítására alkalmas prothezist viselhessen.

Általában a sinkezelés tekintetében a düsseldorfi iskola alapján állunk, a melyet dr. Forgách orvosfőnökünk vezetett be a Csobáncz-utcai hadikórházba. Mindazonáltal nem követtük őket szolgálai módon. Megtartottuk, a mit jónak találtunk, elvetettünk az övékéből, vagy hozzáadtunk a magunkéból, a hol szükségesnek láttuk. Nem hajhásztuk az eredetiséget. Egy célunk volt: tőlünk telhetőleg segíteni a ránk bízott betegeken!

Céljaink elérésére a legyegyszerűbb odontorthopediai eszközöket igyekeztünk használni. Általában a Schröder-gyűrűkkel, drótligaturákkal, esetleg szalaggyűrűkkel (Bandmaterial) felerősített belső ívvel is kombinált Schröder-Sauer-íveket alkalmaztuk a foggal ellátott törvégek rögzítésére; a tágitáshoz, húzáshoz a fogszabályozásoknál szokásos gummi-gyűrűket és drótligaturákat, ferdesíkokat, siklósíneket. Végül a fogatlan törvégek visszahelyezésére, rögzítésére, a defektusok áthidalására, a rövidült állkapocs nyujtására a nálunk használt pelotta-rendszert alkalmaztuk. A fognélküli törvégek lenyomására a felső Schröder-ívhez csövecskékbe, kivehetően erősített, megfelelően hajlított aczélrúgókat használtunk. Ezzel eszköztárunkat körülbelül ki is merítettük.

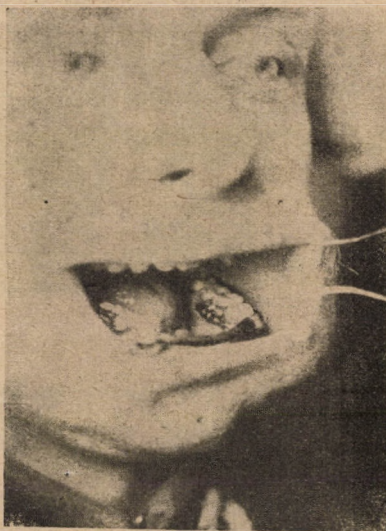
Az I. csoport 1. osztályába tartozó esetekben, a hol a defektust határoló törvégek, rögzítésre alkalmas fogakat viselnek, — ha a sérülés frissebb és a dislokált törvégek azonnal visszahelyezhetők — elegendő a defektust határoló törvégekre alkalmazott, belső ívvel kombinált Schröder-ív, a mely Schröder-gyűrűkkel, drótligaturákkal, esetleg fémszalaggyűrűkkel is (Bandmaterial) erősítetik a fogra; továbbá a beállított íveknek a defektus felett erős drótívvel való áthidalása. (1.—2. ábra.) Az említett kombinált Schröder-íveket és megerősítési módot jobbnak tartjuk más megerősítési módoknál, a hol borító koronákat, öntött, sarkos, vagy csavaros stb. síneket használnak, a melyeket fel kell cemen-tenni. A nálunk használt drótívek előállítására és applikálására könnyebb. A rögzítésre felhasznált fogak állapota folytonosan ellenőrizhető. Tisztogatás, átalakítás, esetleg más célból könnyen levelezhetők és újból visszahelyezhetők. A felcementezés a meg-

erősítési módok közt a legnehezebben kivihető, különösen súlyosan sebesülteken, az erősen vérző, genyes, vagy nyál-folyásos szájban. Eltávolítása a készülékek, vagy a fogak sérelme nélkül alig lehetséges.

Ha az eset idősült, rosszul gyógyult és a törvégek rendellenes helyzetben, de mozgathatóan rögzültek, szálagos



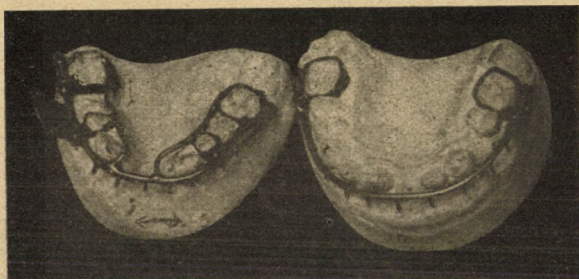
1. ábra.



2. ábra.

összenövések, vagy álizület stb. által, és emiatt az állkapocs rövidült: ott az egymáshoz közeledett törvégeket előbb az eredeti, vagy közel eredeti helyzetükbe kényszerítjük, tágító-készülékek által. A tágítás csak lassan, fokozatosan történhetik. Nagyobbfokú rövidülések esetén, nehogy a tágító-készüléket viselő fogak meglóduljanak, vagy a betegeknek elviselhetetlen fájdalmakat okozzunk, lépést kell tartania a tágításnak a szövetek engedékenységével, regeneráló képességével. A tágítás tehát itt nem egyéb, mint lassú és fokozatos repozíció.

Különböző tágító-eszközöket használtunk. Mindig a célravezetőt, az esetnek megfelelőt választva ki a rendelkezésre álló methodusokból. Ha az állkapocsrövidülés kisebb és a törvégek közti szövetek ellenállása nem nagyfokú, akkor a sínekre alkalmazott ferdesíkok és intermaxilláris gummi-ligaturák segítségével is sikerül a törvégek repozíciója. Mikor ez megtörtént, a defektust áthidaló erős drótvívet forrasztatunk a sínek egymásfelé tekintő végeire, a törvégek helyes okkluzióban való rögzítésére. (3. ábra.) Ha a törvégek közti szö-



3. ábra.

vetek összenyése feszebb és a tágításnál nagyobb erőt kell kifejtenünk, akkor *Zielinszky*-csavart alkalmazunk a sínek közé, a defektus fölött. (4. ábra.) A sínek belső oldalát pedig a túlnozgás megakadályozására belső ferdesíkkal látjuk el. Ha a törvégeket nagyobb mértékben kell mozgatnunk,



4. ábra.



5. ábra.

akkor a szükséghez képest rövidebb-hosszabb ideig használjuk az ívek horgaiba akasztott intermaxilláris gumi- vagy drótligaturát.

A repozíció megtörténtével kétoldali ferdesík, vagy kétoldali siklósín segélyével tartjuk egy ideig helyzetükben a törvégeket és csak később kötiük össze a sineket a defektus fölött, közójük forrasztott drótívvel. A siklósín jobb a ferdesíknál, mert nem akadályozza a drótligaturát és mert szájnyitáskor is helyzetben tartja a törvégeket, míg a



6 ábra.



7. ábra.

ferdesík csak szájcsukáskor. Ha ferdesíkot használtunk, a tágitás befejeztével a rögzítéshez át kell alakítanunk függőleges helyzetűvé és úgy áthidalnunk a defektust. (5. ábra.) Természetesen a siklósín alkalmazásakor mindig felső Schröder-ívet is kell alkalmaznunk, mert a siklósín felső, vályus része ahhoz van forrasztva. Ha a defektus még nagyobb, akkor különleges tágitó eszközöket használunk: Így esetleg az úgynevezett *ollós tágitót*, ahol a tágitást az ívekhez forrasztott, a szájon kívül ollószerűen keresztveződő, erős drótszárak végzik, a melyeknek külső végét gummigyűrűk segélyével egymás felé húzzuk, és így ellenkező végük a törvégeket egymástól széttolja. (6. ábra.) Erősen tágit, de

viselése — mint minden extraorális készüléknek — kellemetlen. Ugyanazt a célt a *Schellhorn*-féle tágító készülékkel (7. ábra.) is elérhetjük, melynek tágító ívei a szájon belül



8. ábra.



9. ábra.

kereszteződnek. Mindkét készüléken a túltágítás megakadályozására belső ferdesíkot alkalmazunk.

Ide sorolom azon eseteket is, a hol a hosszadalmas tágítás helyett az egymáshoz közeledett, összenőtt törvégeket



10. ábra.

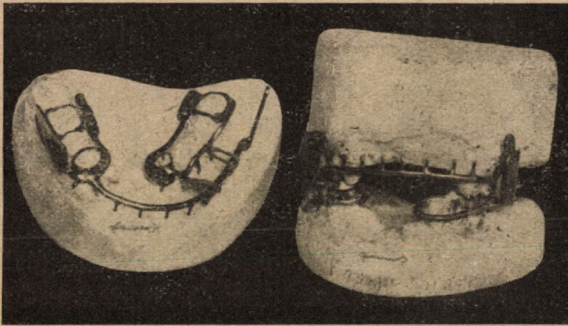
sebészi műtéttel választjuk szét. Ilyenkor az eredeti állásból vett mintát (8. ábra) szétfűrészeljük, helyes okkluzióba ál-

lítjuk és az íveket ezen helyes okkluziójukban hidaljuk át dróttívvel. (9. ábra.) Az ívekre természetesen ferdesíkokat, vagy siklósíneket alkalmazhatunk. Osteoplasticus műtétek esetén a törvégeket ily áthidaló ívvel igen jól fixálhatjuk a gyógyulás tartamára. (10. és 11. ábrák.) Erre az időre az alsó-felső íveket, drótligaturák segélyével egymáshoz erősítjük.



11. ábra.

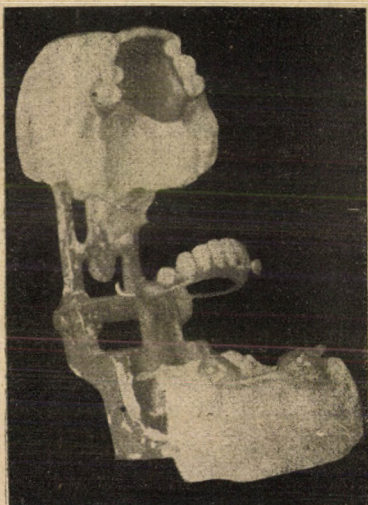
Ha az egyik oldali törvég azonnal reponálható, akkor azt siklósínnel, vagy ferdesíkkal rögzítjük, az alsó, beállított helyzetű sínt erős dróttívvel meghosszabbítjuk a dislokált törvépig, végére keskeny ferdesíkot alkalmazva, vagy egyszerűen felhajtva a végét a felső Schröder-ív magasságán túl. (12. ábra.) A dislokált törvéget kombinált Schröder-ívvel és föl-



12. ábra.

felé álló horgokkal látjuk el a külső oldalon. A húzást a megfelelő helyzet felé gummigyűrűk segítségével eszközöljük, a melynek befejeztével az alsó tágitó ívet levágva, a két törvéget erős dróttívvel kötjük össze. (12. ábra, jobboldali kép.)

Mindezen 1. osztályba sorozott eseteknél a sinék levétele után, a lehető gyógyulást elérve, végleges ellátásul a törvégek rögzítésére és a rágóképesség visszaállítására, ha a defektus kisebb, erős, több támfogra borító koronával fel-



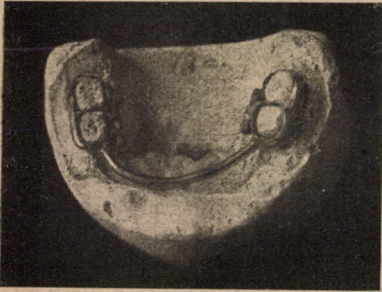
13. ábra.



14. ábra.

czementezett hidakat alkalmazunk. Ha nagyobb és a törvégek kevés fogat viselnek, akkor nem elegendő a defektus egyszerű áthidalása. Ilyenkor alkalmazzuk az úgynevezett *hídvázaz prothéziseket*. A fogakat borító koronával látjuk el, a melyekhez a defektusokat áthidaló erős dróttív van forrasztva. Erre alkalmazzuk a borító koronákba is beakasztható, fogakkal ellátott kaucsukprothézist, a mely az íven és a defektuson nyugszik, egyrészt, másrészt hátul levehetően a koronákhoz, elől egy szeg segítségével az ívhez, a hídvázhoz van levehe-

tően erősítve. (13.—14. ábrák.) Így kettős megerősítést érhetünk el, különösen akkor, ha a levehető prothezist úgy készítjük, hogy az áthidaló drótvét, a hídvázat tartó koronákat, teljesen sima rágófelülettel, párhuzamos oldalfalakkal készítjük (ú. n. telescop-korona), a melyek a hídvázzal együtt a törvégek fogaira felcementeztetnek. Ezután az elsődleges koronákra pontosan illő, rágófelülettel ellátott másodlagos öntött koronákat készítünk, a melyek szilárd összefüggésben vannak a fogakkal ellátott kaucsukprothezissel, a mely az íven nyugszik és elül a prothezisen és a hídvázon át fűrt nyílásba illesztett szöggel szorosan zárható. (15.—16. ábrák.) Az



15. ábra.

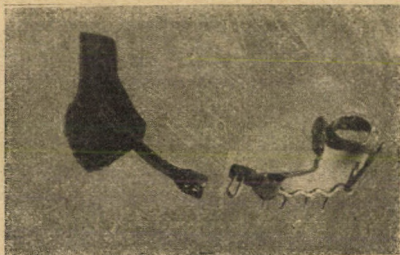


16. ábra.

áthidaló drótvét az esetleg szükséges áthajlási redő képzéséhez felhasználhatjuk arra is, hogy a sebszélek közé sülyesztett zinnlemezt hozzá erősítjük. (Lásd fentebb a 10.+11. ábrákat.)

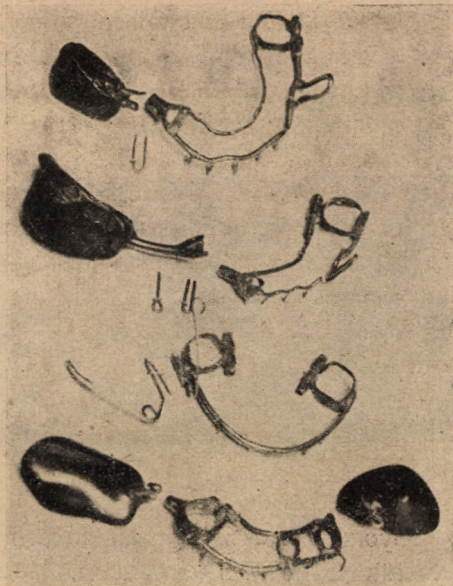
A 2. osztályba sorozható esetekben, úgy a sinezés, mint a prothesises ellátás tekintetében nehéz a helyzetünk. Itt a defektust határoló törvégek közül csak egyik van fogakkal ellátva, a másik fognélküli. Ha a defektus és a fogatlan törvég kicsiny, a foggal ellátott époldali törvég pedig nagy, eljárásunk a következő: Az époldali fogakat Schröder-gyűrűk és drótligaturákkal felerősített, belső ívvel kombinált, Schröder-ívvvel vesszük körül. Pontosán artikulációba állítva, gipszharapás után siklósínbe helyezjük. (A felső fogak is ellátandók Schröder-ívvvel.) A Schröder-ív defektus felőli végére

két párhuzamos lyukkal ellátott pelottatartó fémnyujtványt forrasztatunk. Az ívet alul a siklósín beállításával lazán felerősítjük. Ezután a fogatlan törvéget és az ív pelottatartó részét összefoglaló gipszmintát veszünk, a melyet az ívvel együtt lehetőleg egy darabban távolítunk el. A technikus a minta szerint a fogatlan törvégre kacsuukfedőlapot, pelottát készít, a mely az ívhez forrasztott pelottatartóval pontosan illő fémzárókészülékben végződik. Mindkettő egymásra illesztve párhuzamosan futó két lyukkal van átfúrva, amelyekbe illő **U** alakú szöggel a két rész le lehetően egymáshoz rögzíthető. A szerint, a mint a fogatlan törvég kisebb, vagy nagyobb, a



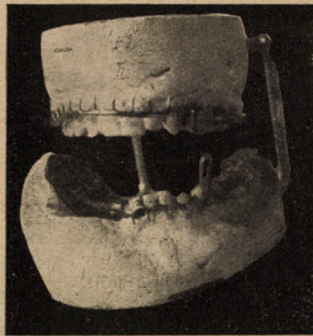
17. ábra.

pelotta is kisebb vagy nagyobb lesz; a szerint pedig, hogy, a köztük levő defektus kisebb, vagy nagyobb, nyeletlen, vagy nyeles pelottát használunk a szükség szerint. Ily különböző pelottáknak a képét a 17., 18., 19., 20., 21. ábrákon mutatom be, szétszedett és felszerelt állapotban. Ha csak egyszerű szöggel zárjuk a pelottát, akkor az ízületszerűen kisebb mozgást végezhet. Hogy a fogatlan törvég a pelotta útján az ép oldal fogait ne vongálja, a pelotta distális végére a felső fogakhoz, vagy a felső Schröder-ívhez illesztett csövecskékhez, le lehetően alkalmazott accélrugót használunk a pelotta lenyomására. (22. ábra.) Az accélrugónak a pelottán nyugvó vége annak bukkális szélén alkalmazott vályuban akadálytalanul mozogjon. Egyebütt a pelotta rágófelülettel van ellátva. Ez a berendezés arra is alkalmas, hogy alatta csontranzplantációt végezzünk. Ilyenkor az ép oldal tömegeit



18. ábra.

az ívekre alkalmazott intermaxilláris drótligatúrával egymáshoz rögzítjük a gyógyulás tartamára.



19. ábra.

Ha a defektus igen nagy, és az ép oldalon csak egy-két fog van, akkor, hogy a nagy és távoleső törvég ki ne luxálja a fogakat, a zárókészüléket, vagy csak egyszerű szeg-

gel zárjuk el, vagy pedig külön mozgatható szerkezettel látjuk el a pelotta nyelét, esetleg két helyen is. Ilyen esetekben a fogatlan törvéget szájnýtáskor a pelotta által az aczélrugó és szájcukáskor a felső fogak nyomják le. (23. ábra.) A fo-



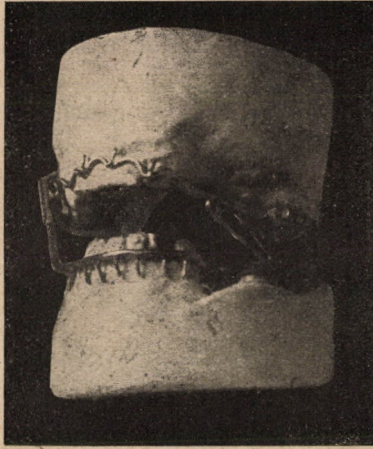
20. ábra.

gatlan törvég lenyomására a pelotta alá fokozatosan fekete guttaperchát tehetünk a nyomás fokozására. Ily nagy defektusoknál mindig csontplastikai műtét ajánlatos, hogy az állkapocs folytonosságát helyreállítva, rágásra alkalmas prothesist készíthessünk. Ezen esetben is dr. Forgách eo. sikeres csont-



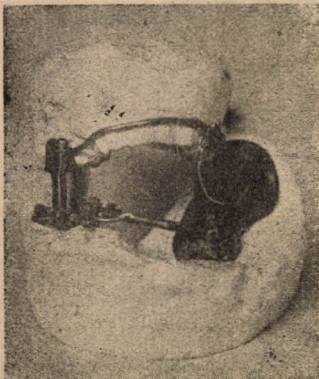
21. ábra.

plastikát végzett, a mely után a mellékelt ábra szerinti prothesist kapta (24—25. ábra), miáltal úgy kozmetikailag, mint rágóképesség tekintetében az eset kielégítő befejezést nyert.



22. ábra.

Ha az eset idült s a defektus az angulus tájékán van, a hol tehát a distális törvég mindenesetben fog nélküli, akkor a fogatlan csonk az izmok (pterygoideus ext., temporalis és masseter) húzása következtében rendszerint magasan az át-



23. ábra.



24. ábra.

hajlási redőben helyezkedik el. Ilyenkor az alsó foggal ellátott törvégekre alkalmazott pelottákkal kevés sikert érhetünk el. Előzetes naponkénti masszálás után, a mikor a felvongált

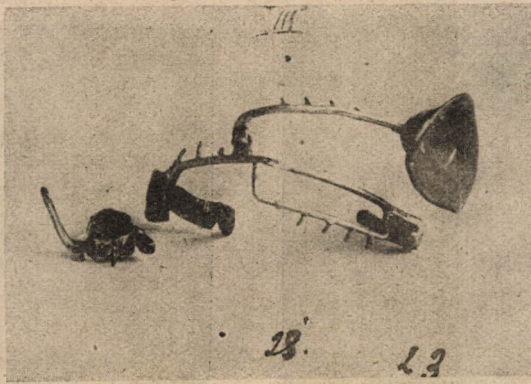
csonkot kissé már mozgékonyrá tettük, megkísérelhetjük annak fokozatos lehozatalát. E célból a kétoldali törvéget pontosan beállított siklósínnel a helyes okkluzióba hozzuk. A felső fogívet Schröder-ívvel, horgokkal látjuk el. A felfelé vongált törvégről pedig saját magunk által készített megfelelő nagyságú és hajlású cinnlemezből készült kanállal, részleges Stents-mintát veszünk. A csonkra illő kaucuk-pelottát készí-



25. ábra.

tünk, amelybe vastagabb victória, vagy nikelin-vezetődrótot, nyelet vulkanizálunk. A pelottát behelyezzük, nyelét a felső Schröder-ív fölé a processus alveolaris mentén a fogívet, párhuzamosan az ív közepéig vezetjük. E helyen a nyelet lefelé görbítve, annak végét és a felső ív közepét sarok-, vagy csuklóüzettel kötjük össze. A nyél fölfelé álló horgokkal van ellátva. A felső ívet a pelotta nyelének megfelelő hosszúságban, aláfelé hajló, lefelé álló horgokkal ellátott, drótkengyellel látjuk el, a mely kb. 1 cm.-nyire párhuzamosan fut a Schröder-ív alatt. A mozgatható pelotta nyelének horgait a kengyel

horgaival gummigyűrűkkel összekötjük, miáltal a fixen álló kengyel horgaiba akasztott gummigyűrűk erős húzása a sarokizületben mozgó pelottát és vele együtt a csonkot lefelé mozgatja. (A 26. ábrán a készülék külön, a 27. ábrán felszerelve látható a könnyebb megértés okából egy körülbelül beállított állkapocscsonkra helyezve.) Ezt a berendezést azért tartom czélszerűnek, mert a pelottának meziális vége fix, a distális vége a pelottával együtt szabadon mozog és mert a lefelé húzó erő tetszés szerint fokozható, tetszés szerinti ideig alkalmazható. Emellett a pelotta a karral együtt tisztogatás, a



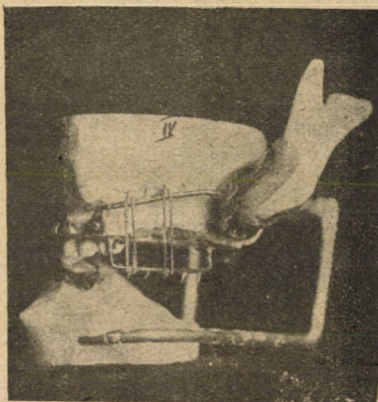
26. ábra.

csonk ellenőrzése stb. céljából könnyen eltávolítható és újra alkalmazható.

A fog nélküli törvégek lehozhatók és tögzíthetők sebészi beavatkozással járó extraorális készülékek alkalmazásával is. Ezek azonban jóval komplikáltabbak. Viselésük a betegre nézve alkalmatlanabb, fájdalmasabb, mint a bemutatott aránylag egyszerű szerkezetű intraorális készülék. Ugyanezt a szerkezetet kétoldali fog nélküli csonk lehozatalára és fixálására is lehet használni. Ez esetben a felső Schröder-ív kétoldali nyeles pelottával látandó el és mindkét oldalt aláfelé hajló kengyel alkalmazandó. A felső állcsont oly fix pontot ad, a honnan a mozgatandó törvégeket mindig meg lehet támasztani. Ha sikerült a törvégeket legalább annyira lehozni, hogy

csontplasztika végezhető, felhasználhatjuk a gyógyulás idejére fixáló készüléknek is.

Olyan esetekben, ahol az ép oldalon csak egyetlen fog van, a pelottatartó szerkezetet közvetlen a fogat körülvevő Schröder-gyűrűre erősítjük, melynek bukkális oldalára ferde sík jön, lingvális oldalára a Schröder-gyűrű csövecskéje. A pelotta lehetőleg szabadon mozogjon, nehogy az egyetlen ép fogat kivongálja a nagyfelületű fogatlan törvég. Ezért a pelotta mozgathatóan legyen fixálva és rágófelülettel, a fog nélküli oldal pedig aczélrugóval legyen ellátva. (28. ábra.)



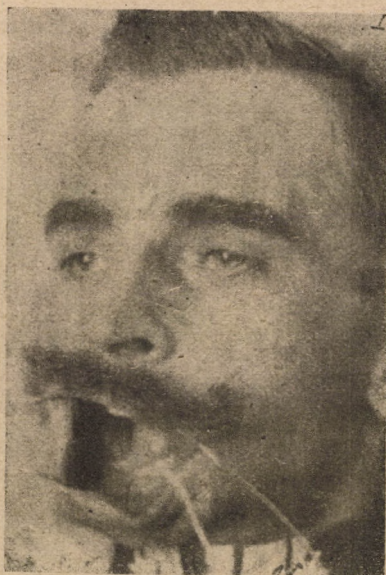
27. ábra.



28. ábra.

Az ezen osztályba csoportosított esetek prothetizis ellátása nehézségekbe ütközik. Nagyon nehéz a mintavétel a lágycsont alap és a mozgékony törvégek miatt. Különleges csatlakozásokat kell alkalmaznunk, amelyeket magunk formálunk. Néhol részleges mintákból kell összeállítanunk az egészszét, hogy megfelelő prothetizist készíthessünk. Az egyszerű Weber sínés prothetizisek nem mindig alkalmasak, mert szájnýtáskor a fogatlan törvég visszamarad és azon oldalát a prothetizisnek felemeli. Ezért, ahol a törvégek között nagyobb fokú mozgékonyosság maradt vissza a gyógyulás után is, a prothetizis helybentartására legalább a beteg oldalán rugót vagy mesterséges ízületeket alkalmazunk. A fogakkal ellátott olda-

lon, vagy Wéber-sínnel vagy erős kapcsokkal vesszük körül a fogakat. A 29. ábrán a bal alsó 7-től a jobb oldali állkapocsszögletig terjedő defektus látható a törvégek nagyfokú mozgékonyásával. Ily állapotban gyógyultan jött hozzánk egy a wieni Weiser-klinikán készült *Rumpel*-féle ízülettel ellátott, elromlott protezissel. (Stabilisierungsgelenk nach Rumpel. L. 30. ábra.) A szerkezet hibája az volt, hogy a



29. ábra.

felső fogakkal való összeköttetés az ízület felső végéhez forrasztott másodlagos koronák által történt. A koronák kitágultak s e miatt szájnyitáskor a protezisnek a felső állcsonttal való összeköttetése megszűnt. Úgy alakítottuk át tehát, hogy az ízülethez forrasztott borító koronákat leválasztva, felcimenteztük a felső fogakra. Az ízület felső végének belső felületére vízszintesen álló csapot forrasztottunk, a mely a koronák közt levő tömör hézagfogaiba fúrt nyílásba dugható. Ezáltal az ízületet és a protezist könnyen kivehetővé tettük tisztogatás és esetleges javítások céljából. Ugyanilyen módon



30. ábra.



31. ábra.



32. ábra.

felderősített Herbst-féle golyóizülettel ellátott tartalékprotevizist is kapott. (31.—32. ábra.)

Ha szájnyláskor az ép oldal a középvonal felé vongálódik, a prothezisnek a fogakhoz kapcsolt oldalát alacsonyabb, erős ferdesíkkal kell ellátnunk, hogy a törvéget, a szájcsu-

káskor, a helyes irányba terelhessük. Esetleg mindkét oldalt ferdesíkkal kell ellátnunk vagy pedig a prothezisnek a defektust és foghiányt pótló részét mozgathatóan kell a fogakra felcementezett koronákhoz erősítenünk, az ellenkező oldalt pedig spirál rugóval látjuk el, mely a felső fogakhoz vagy belső prothezishez van erősítve. Arczplasztikai műtéteknél is gyakran van szükség ideiglenes támasztó prothezisekre, amelyek az egyesített lebenyeknek formát és támasztékot adnak.



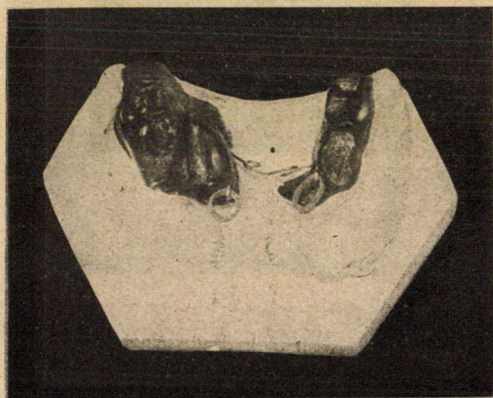
33. ábra.

A 33. ábrán ferdesíkos Wéber-sínnel ellátott ilyen prothezis látható.

Az **I. csoport 3. osztályába** tartozó esetekben, a hol a defektust határoló törvégek fogatlanok (34. ábra), a fogatlan csonkokra ferdesíkokkal és rágófelülettel ellátott pelottákat készítünk, a melyeket a defektus fölött vízszintes irányú feszítő acélrugóval kötünk össze. A pelották elülső vége horgokkal van ellátva gummigyűrűk beakasztására. (35. ábra.) A felső fogak horgokkal és kétoldalt megfelelőleg elhelyezett acélrugó tartókkal vannak ellátva. (36., 37. ábra.) A pelották

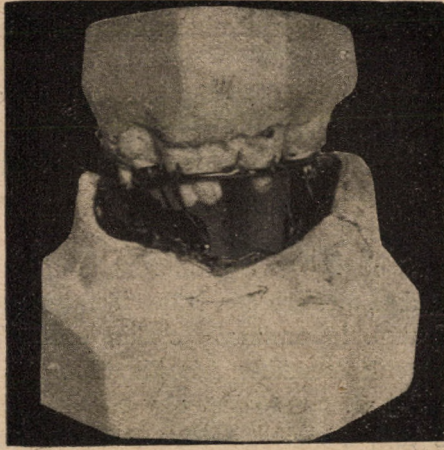


34. ábra.



35. ábra.

közt vízszintesen alkalmazott rugók széttolni igyekeznek a törvéget; a felső acélrugók lefelé tolják a pelottát; az alsó és felső horgok közé alkalmazott intermaxilláris gummiliga-



36. ábra.



37. ábra.

tura pedig előre húzza a készüléket, illetőleg annak hátra-
csúszását akadályozza meg. Ily módon próbáltam pótolni az
extraorális támasztókészüléket, a hol a szükséges csontplasti-

kába a betegek nem egyeznek bele. Különben az egész rendelkezésünkre álló alapfelületre egy darab kaucsuklapot készítünk, kétoldalt rugókkal és rágófelülettel, és ez alá fokozatosan több és több fekete guttaperchát rakunk, hogy mennél vastagabb kaucsuktömeg kerüljön a felső fogak és az állkapocsrészek közé. Ezáltal és ily módon a lágyrészek nyujtását is eszközölhetjük.

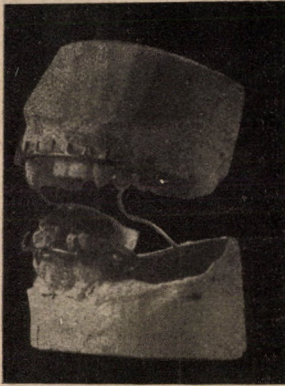
A végleges ellátáskor a prothezist mindkét oldalt ferdesíkkal és rugókkal, mesterséges izületekkel igyekszünk a helyzetében megtartani. Jó prothezist csakis csontplasztikai műtétek által gyógyult esetekben készíthetünk.

II. csoport *1. osztályába* oly esetek tartoznak, a hol több defektus van, a melyeket foggal ellátott törvégek határolnak. Ezek külön kezelési módokat nem igényelnek. A foggal bíró törvégeket sínekkel összekötjük, rögtöni repozíció vagy fokozatos tágitás után. Az elérhető legjobb gyógyulás bekövetkeztével kivethető prothezissel, még helyesebben hézagfogakkal ellátott hidakkal rögzítjük az összes törvégeket és állítjuk vissza a rágóképességet.

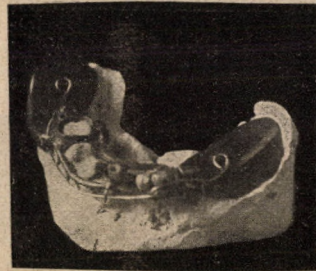
A 2. osztályba tartozó sérülések kezelése már igen nehéz. Oly esetek tartoznak ide, a hol a defektusokat határoló törvégek közül csak egy visel néhány fogat. Az ily törvég rendszerint az állkapocs testének mentális részén fordul elő, kétoldalt defektusokkal és fognélküli törvégekkel. A distálisan fekvő törvégeknek felfelé való vongálását kell megakadályoznunk vagy a fölvangált törvégeket lehoznunk. Idősült esetekben a fogatlan törvégek felfelé, a mentális részen megmaradt, foggal bíró törvég pedig az izmok különböző irányban való húzása következtében lefelé vongalódik, miáltal az arcz alsó részének sajátságos deformációja jön létre: az állkapocs szöglet tája beesik, az állcsúcs pedig hátrafelé és lefelé vongált. A száj nyitva, a fogak közt elül állandóan rés marad. (Sérülésses opharmosis.) Az odontorthopedia kezelés célja ezek szerint az volna, hogy a distális törvégeket lefelé, a mentális részt előre és felfelé húzza.

A felső fogív horgokkal ellátott Schröder-gyűrűkkel és drótligaturákkal felerősített ívet visel, melynek két olda-

lára aczélrugótartó csövecske van forrasztva. Az alsó mentális törési darab a fogakat körülvevő, Schröder-gyűrűkkel és drótligaturákkal felerősített lefelé álló horgokkal is ellátott Schröder-Sauer-ívet visel, mindkét végén pelottatartóval. Mindkét oldali fogatlan törvégre minta után kaucsukpelotta készül, melyek az eddig leírt módon lehetőleg rögzíthetők a pelotta tartóihoz. A felső csövecskékbe alkalmazott kétoldali aczélrugó a pelottákat lefelé nyomja, ugyanakkor a mentális részt drót- vagy gummiligaturával felfelé húzzuk, miáltal két ellentétes irányú mozgás jön létre az



38. ábra.



39. ábra.

állkapocs részein. A mentális rész intermaxilláris gummiligaturákkal felfelé és előre húzzuk, míg a hátulsó részek hátra és lefelé mozognak. (38. ábra.) Ha a felső állcsont fogatlan, akkor csak az alsó ív horgaiba akasztott egyik pelottától a másikig érő megfelelően hajlított aczélrugóval is érhetünk el eredményt. (39. ábra), vagy pedig a felső prothesishoz erősítjük az aczélrugókat.

A 35. ábrán az előbbenihez hasonló esetet láthatunk, ahol az oldalt fekvő törési darabon csak a 3, 4. fog van meg, amely lingvál felé vongálódott, kétoldalt kisebb defektusokkal, fognélküli törvégekkel. A kezelés célja a fognélküli törvégeket lefelé nyomni s a két fogat viselő törvéget kissé ki- és hátrafelé húzni.

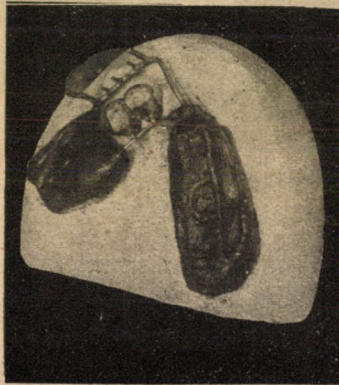
Erre a következő két féle odontorthopediai sint szerkesztetem. (40. ábra.) A felső fogívre aczélrugótartókkal ellátott gyűrűkkel, drótligatúrákkal felerősített Schröder-ív jön, a mely a fogakat viselő törvégnak megfelelően aláhajló, horgokkal



40. ábra.



41. ábra.



42. ábra.

ellátott kengyellel bír. Az alsó törvég fogaira fémgyűrűket csementezünk, a melyek a nyelvi oldalon horgokkal vannak ellátva. A két oldali kaucsukpelotta hátul, a fogak mögött $\overline{00}$ alakú, duplán csavart aczélrugóval van egymással összekötve (41. ábra) úgy, hogy a rugó a két pelottát és ezek

útján a két fogatlan törvéget szétolni igyekeznek. A felső kétoldali aczélrugó ugyanakkor lefelé nyomja. Félig nyitott, vagy csukott száznál pedig a fogak hátsó horgaitól a kengyel horgaiba akasztott gummigyűrűk a fogakat kifelé és hátrafelé húzzák. Itt a felső ívről lehajló kengyelt, mint fix pontot használjuk fel a törvégek kihúzására.

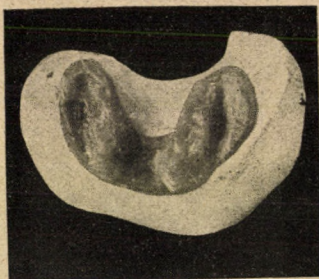
Ugyanazon esetre alkalmazott másik megoldás (42. ábra.) abban különbözik az előbbenitől, hogy a pelották elől-hátul



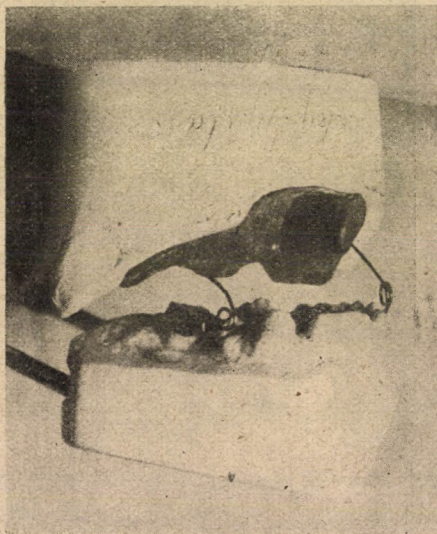
43. ábra.

merev drótívvel vannak összekötve, de úgy, hogy a fogak kifelé mozgásának helye legyen. A fogak előtt vízszintesen fekvő drótíven ablakos ferdesíkot alkalmazunk, a mely a képen is jól látható horgokkal van ellátva, gummiligatúrákhoz. A ferdesík felső része a felső fogakhoz támaszkodik, míg az alsó horgokba akasztott gummigyűrűk a fogat viselő törvéget kifelé húzzák. Az aczélrugók ugyanakkor a pelottákat lefelé nyomják. Az eset Herbst-féle golyóizületes prothezissel lett ellátva. (43. ábra.)

A 3. osztályba tartozó eseteknél, a hol a defectusokat fogatlan törési darabok határolják, az állkapocs nagyfokú rövidülése áll be. A száj többé-kevésbé nyitva van, a mentalis rész lefelé vongálódik. Csakis extraorálisan sebési műtéttel



44. ábra



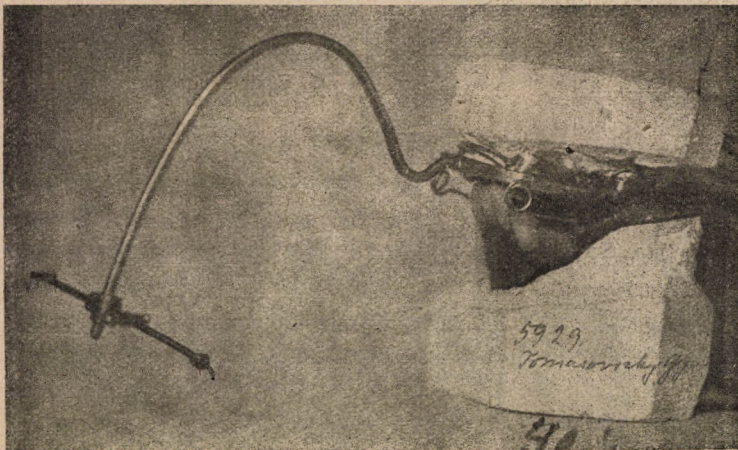
45. ábra.

a csonkba helyezett húzókészülékkel lehet a mentalis részt kifelé és előre húzni. Ilyenkor, hogy a kétoldali törvégek felfelé ne vongálódjanak, az állkapocsról minta után, vastag kaucsukblokkot készítünk rágófelülettel, kétoldalt a rúgó számára

vályulattal ellátva. A felső aczélrúgók tartására ebben az esetben felhasználjuk a sebészi extraoralis készülék tartására, a felső fogakra felcementezett koronákhoz forrasztott csőveket.



46. ábra.



47. ábra.

(44., 45., 46., 47. ábra.) A 48. ábrán ugyanazon eset extraoralis húzó-készülékkel a fogatlan törvégekbe erősítve, műtét útján. Az eset még kezelésünk alatt áll.

Előadásomban szándékosan kerültem a kórtörténetek közlését, a melyek száraz adathalmazok s inkább zavarják, mint elősegítik a megértést. Inkább típusokat igyekeztem bemutatni, példákkal illusztrálva, hogy magamat megértessem.



48. ábra.

A mint mélfóztatnak látni, minden erőnket arra fordítottuk, hogy betegeinken segítsünk, s ha néha nem sikerült munkánk, nem igyekeztünkön mult! Végül hálás köszönetet mondok feljebbvalóinknak, a miért kórházunk beteganyagát a nyilvánosság előtt való bemutatásra rendelkezésünkre bocsátották. Hálás köszönettel tartozom kedves munkatársaimnak is.

Fogszabályozásról.

Dr. Klinger Zsigmond.

Előadta a Magyar Fogorvosok Egyesületének nagygyűlésén
1918 február hó 2-án.

A gyermekek fogainak rendbehozatala, ha azok hibásan vannak növe, igen súlyos feladat elé állítják az orvost. Alábbi fejtegetésemben a kezelésnél alkalmazásban lévő gépeket mint ismerteket tételezem fel és csupán a kezelés körül felmerülő körülményekkel akarok foglalkozni. Nagyon fontos szerepe jut a hibásan nőtt fogaknál a családnál működő házi orvosoknak, miért is nem tartom feleslegesnek, ha ezen kartársak részére is némi tájékoztatót mondok el.

Igen fontos a szabályozás megkezdésének időpontja. A jobbmódú családok rendszeren a házi orvos tanácsát kérik ki és ezen tanácstól függ aztán, hogy milyen időben kapja a szakorvos a beteget kezelés alá. Külföldön, különösen Amerikában már a 4 éves kort is alkalmasnak tartják a szabályozás megkezdésére egyes szerzők. Nézetem szerint ez csak olyan súlyos esetben volna megengedhető, midőn az orrüreg nagyfokú szűkülete jár a fogsor szűk voltaival. Ilyen kis gyermeknek kezelése mind a kis betegre, mind a kezelő-orvosra nézve valóságos türelem-próba és irigylem azon fogorvosnak idegeit, ki ilyen beteggel szemben béke-tűrését el nem veszi. Nyolcz éves korig én rendellenes növesű fogaknál az útban lévő tejfogak eltávolítására szorítokozom. Igen gyakori eset, hogy különösen az alsó állandó kis metszők előbb nőnek ki a lingualis oldalon, mint a hogy a megfelelő tejfogak kihullnának! Ilyen esetben sürgősen tanácsos az útban lévő tejfogak eltávolítása és a legtöbb esetben minden további beavatkozás nélkül a nyelv nyomása folytán a fogak a rendes helyre nőnek. Ugyanez az eset áll fenn akkor is, ha a felső metszők nőnek ki a tejfog előtt vagy megett. Ha az állandó fogak a tejfogak előtt állnak, akkor

a tejfog eltávolítása után minden más beavatkozás felesleges, az ajk nyomása helyre hozza annyira a mennyire a metszőket és ha nagyobb rendellenesség maradna, ráérünk azt a 8 és 11 év között kezelés alá venni. Mielőbbi kezelést ajánlanék oly esetekben, midőn a felső metszőfogak a már kinőtt alsó mellső mögé harapnak. (Angle 3.) Ilyen esetben egy kis fix ferde sík pár hét alatt rendbe hozza a rendellenességet. Említém, hogy a gépeket mint ismerteket tételezem fel, dacára annak bemutatok egy ily fix ferde síkot, melynek főelőnye, hogy gyorsan hozza rendbe a rendellenességet és igen könnyen tisztán tartható, továbbá miután a gyermek eltávolítani nem képes, minden rágó mozgás közelebb viszi az eredményhez. Ezen ferde sík hozzá lesz cementezve a megfelelő fogakhoz, ha esetleg meglazul, újra felcementezendő. Tanácsos a szülőket előre figyelmeztetni, hogy meglazulás esetén igyekezzenek a ferde síkot eltávolítani vagy rögtön a kezelő-orvoshoz fordulni. Nagyobb fogszabályozásnál, hol Angle-gépet alkalmazunk, nagy gondot kell fordítani a gyermek fogainak ápolására, mert különben megtörténhetik az, a mit sajnos sok esetben tapasztalhatunk, hogy a gép eltávolítása után a gyűrűk helyén cariosus részeket találunk, különösen nagy csapás ez, ha a mellső metszőfogak labialis felületén van a zománcz kisebb vagy nagyobb mérvben megtámadva.

Hogy ezen elváltozásoknak elejét vegyük, tanácsos a gyermek ápolónőjét megtanítani arra, hogyan kell a gép alkalmazása idején a fogakat gondozni. Okvetlen tanácsos közönséges fogfecsckendőt adni a gyermek fogainak naponta ötször, minden étkezés után való kifecsckendezéséhez; a drótok és gyűrűk közt, valamint a tágító ív közt fennakadó ételmaradékot szintén a fecskendővel és csipeszszel kell eltávolítani, csakis az ily minutiosus tisztogatás mellett kerülhetjük el a fogak romlását. Az igazítás tartama alatt tanácsos a gyermeket hetenkint egyszer megvizsgálni, vajjon a gép egyes alkatrészei teljesen rendben vannak-e, nem lazult-e meg valamelyik felcementezett gyűrű, nem szúrja-e az ajkat vagy pofa nyákhártyáját a kötésre használt drót? Vidéki betegeknél mindezen

ellenőrzésre a kezelő-orvost kell felkérni. Igen kellemetlen körülmény, ha a fogszabályozás alatt a gyermeknél ragályos betegség lép fel vagy valamely orr- vagy gégebeli műtét válik szükségessé. Nézetem szerint ilyen esetben is rajta maradhat a fogakon a helyesen alkalmazott gép, mert fentemlített gondozás mellett az semmiféle infekciónak forrása nem lehet. Természetes, hogy ilyen esetben is tanácsos a két orvos együtt-működése. Aránytalanul tisztábban tartható a fogszabályozó gép, ha az egyes fogakra alkalmazandó gyűrűt nem újezüstből, hanem platinából készítjük. Tapasztalatom szerint az újezüst-gyűrűk könnyen oxydálódnak, az alattuk lévő vékony cementréteg könnyebben oldódik és könnyen megfeketedik, mindez a fogaknak szuvasodását is elősegíti. Nem engedhető tehát meg, hogy takarékosági szempontból a beteget rosszabb esélyek közé helyezzük. A többkiadás nem is lényeges, mert a gép eltávolítása után a felhasznált platina értékesíthető, ha némi árvesztéssel is. A milyen gonddal járunk el a fogszabályozás alatt, éppoly gondot kell fordítanunk a szabályozás után történő fixirozás ideje alatt is a száj tisztántartására. A hetenkint való ellenőrzés szüksége azért is fenforog, mert így sok műhibát még csirájában el-fojthatunk. Nemrégén egy orvos leányával keresett fel, kinél expansiós gép volt alkalmazva. A kezelő-orvos nagy elfoglaltsága miatt ritkán rendelte be a beteget, úgy hogy midőn nálam megjelent, a felső állkapocs annyira ki volt tágtva, hogy a két felső molaris teljes fogtávolsággal kijebb állott, mint az alsó molarisok, úgy hogy a felső molarisok 45 fokú szög alatt voltak kifelé fordítva. Én a collegát figyelmeztettem arra, hogy rögtön keresse fel a kezelő-orvosát, azonban kifejezett kívánságára rögtön eltávolítottam az expansiós gépet és 2 hónapig tartott, míg a rendes articulatiót ismét helyre tudtam állítani. A kifelé fordított zápfogokról még a gép fenléte alkalmával lenyomatot vettem, sajnos azonban, hogy ezen modellek assistensnőm hibájából eltűntek, úgy hogy csak a helyreállított articulatiós modellt tudom bemutatni.

Ha ilyen eset igen jó orthodontistával történik meg, mire lehetünk elkészülve kezdőknél, kik a veszélyt nem ismerik?



Fogorvosi hygiéna.

Dr. Láng Ignác.

Mélyen tisztelt Nagygyűlés!

Azon kiváló munka után, melyet előadó kartársaim a tudomány és betegeink érdekében kifejtettek, engedjék meg, hogy egy rövid időre saját magunk felé irányítsam szives figyelmüket. Tartozunk annyi egészséges egoizmussal magunknak és családunknak, hogy a nagy physikai és szellemi munka mellett, melyet fogorvosi működésünk tőlünk megkövetel, vessünk egy pillantást saját énkre is, és kutassuk a módokat, miként tegyünk szervezetünket elég ellenállóképessé e nehéz és fárasztó orvosi működésre és miként óvakodjunk azon sok kisebb-nagyobb baleset, izgalom és támadás ellen, melyek működésünk közben napról-napra reánk leselkednek.

Hosszú praxisom alatt sokféle baj, betegség és balesettel kellett megküzdennem és valahányszor orvoshoz fordultam e bajok ellen, mindig azzal vélték vigasztalni, hogy szűkebb collegáim közül már többen is panaszkodtak hasonló bajaikról. Legutóbb is Wenchebach hirneves bécsi professor említette előttem, hogy érdemes munkát végezne az, ki foglalkozna a kérdéssel, mennyire függ össze a fogorvosok foglalkozása azokkal a gyakori panaszokkal, melyekkel az orvosokat ők felkeresik. A leggyakrabban jelentkező panaszok a következők: *főfájás, conjunctivitis, váll- és karfájás, lumbago, lábfájás, a lúdtalp és a lábfej ízületi fájdalmai, bétatonia, neurasthenia* és korai *arteriosclerosis*, ideszámíthatjuk még a baleseteket, melyek a praxisban érik utól a fogorvost, ilyenek: *a szem chemiai és traumás sérülései, a kéznek sérülései* és ritka esetben *infekció* által okozott bajok.

Rövid előadásom keretét túlhaladná, ha mindezen bajok és a fogorvos működése közötti nexust bővebben akarnám fejtegetni, általánosságban azonban az összes említett bajok egy és ugyanazon okokra vezethetők vissza. A gyakori főfájás conjunctivitist, béltoniát, neurastheniát, a zárt levegőn való állandó tartózkodás, a pihenés nélkül való munka, a szem túlerőltetése, a világítás helytelensége, az étkezés rendtelensége, és mindezek folytán a kellő anyagcsere hiánya okozza, míg a kar- és vállfájdalmakat, a lábnak bajait, a lumbagot, a helytelen testtartás, a mozgás hiánya és ugyancsak a pihenés nélküli munka idézi elő, végül mind e bántalmak összesége eléggé indokolja a néha korán jelentkező arteriosclerosist.

Prophylaktikus szempontból tehát egynehány fontos utasítást vigyen minden fiatal fogorvos és fogorvosnő ki a praxisba. Röviden a következőkben vázolom a követendő szabályokat:

1. Milyen legyen rendelőszobánk?
2. Milyen legyen világításunk?
3. Milyen legyen ruházatunk?
4. Milyen legyen munkabeosztásunk és végül miképen védekezzünk infektio, baleset, izgalom és esetleges támadások avagy meggyanúsítások ellenében?

Ad 1. Milyen legyen rendelőszobánk?

Rendelőszobánkat tekintsük műtőszobának, ezek szerint válaszszunk egy tágas, világos északi szobát rendelőnek, a falakat lemosható olajfestékekkel vagy csempével vonjuk be. A padlót mosható linoleummal fődjük. Műtőszekrényünk, asztalunk üveg és vasból álljon, kárpitozott butor vagy szőnyeg ne terhelje rendelőnket. Felső ablakunk tavasztól őszig nyitott legyen, télen azonban vánkosokkal hermetikusan zárjuk el az ablakok nyílását, mert egész napon az ablak közelében állva, ki vagyunk téve az egyoldalú lehülésnek, a mi sok meghülés és rheumának okozója, télen a déli pihenő alatt szellőztessük egy félóraig szobánkat, nyáron pedig ventilátor

enyhítse a meleget és tegye egyenletessé a temperaturát. Sem magunk, sem mások ne dohányozzanak rendelőkben.

Ad 2. Milyen legyen világításunk?

A legideálisabb világítás a nappali világítás, munkánk legnagyobb és legfontosabb részét tehát nappali fénynél végezzük.

Mínthogy azonban a téli sötét napokban szükségünk van mesterséges világításra, válasszunk olyan világítást, mely a nappali fényt leginkább megközelíti, ilyennek tartom a 150—200 gyertyaláng erősségű homályos üvegű fémszálas Wolfram- vagy Tungstram-égőket, melyek kellő magasságban elhelyezve, egyenletesen világítják meg a rendelőt és a kezelés alatt álló területet. A különféle reflektorokat, mint szemre károsakat, kerülendőknék tartom, mert a reflektorok egyrészt erősebb fényhatásokat, másrészt erősebb árnyékolást idéznek elő és a fényhatások ilyen nagyfokú differentái természetesen károsan befolyásolják látásunkat, míg az egyenletes diffúz világítás nem nyugtalanítja szemeinket.

Ad 3. Milyen legyen ruházatunk?

Rendeléseink alatt feleljen meg ruházatunk a műtőorvos öltözékének; mindenkor tiszta, mosható vászonkabátot, puhamellű inget, nyáron puha, télen kemény alacsony gallért hordjunk. Különös gondot fordítsunk cipőinkre, hisz testünk egész súlya terheli lábainkat, ennek megfelelően legcélszerűbb gummitalpú és gummisarkú fűzős cipők hordása. A mai gummiszegénység mellett alig juthatunk gummitalphez és be kell érnünk a gummisarokkal, melyek ruganyosságuknál fogva enyhítik azt a nyomást, melyet testünk súlya lábainkra gyakorol. Talán felesleges megjegyezni, hogy lúdtalpú egyének jól készített orthopaediai cipőt hordjanak, ugyancsak gummitalp és gummisarokkal. Bár szorosan véve nem tartozik ruházatunkhoz, de mégis itt kell felemlítenem a szemüvegek kiváló fontosságát. Akár a szem védelme céljából, akár látóképességünk javítása érdekében hordunk szemüveget, mindenkor erős csont- vagy szárú-

nyéllel ellátott szemüveget viseljük. A orrcsüptető használatát munkaközben kerüljük. A myopia és a hypermetropia esetében mindenkor punktál-üveget használunk, ezen punktál-üvegek t. i. akkép vannak köszörülve, hogy a szélrészeken ugyanazon fénytöréssel bírnak, mint a centrumon, úgy, hogy bármilyen szögletből nézzünk a punktál-szemüvegen át, mindenkor egyformán, fárasztás nélkül, jól látunk, míg a közönséges szemüvegek csakis a centrumon vannak kellőképpen köszörülve, a szélrészeken át tehát nem látunk jól, szemünk fáradtak, könnyesek lesznek és gyakori okozói a conjunctivitisnek és főfájásnak. Újabb időben modern fogorvosaink munkaközben gummikeztyűt hordanak. Ne vegyék rossz néven t. kartársaim, hogy bátran kimondom, hogy a gummikeztyű használatát praxisunkban teljesen fölöslegesnek tartom. A műtősebész keztyűt húz föl, midőn kezével, melyről a szappan és kefe az összes csirákat eltávolítani nem képes, aseptikus testrészt akar érinteni. A fogorvos sohasem jut abba a helyzetbe, hogy teljesen csirátlan területen dolgozzon, hiszen a száj telve van mindenféle csirával és így teljesen elegendő, ha szappan, kefe és folyó vízzel mosott kezekkel dolgozunk. A gyökércsatornában sikerül ugyan a teljes csirátlanságot elérni, de ide kezünkkel úgy sem jutunk és csak műszereinket kell gondosan sterilizálnunk.

Egyedül a septikus phlegmone műtéténel volna indokolt a keztyű, mert az ilyen sepsis csiráit kezünkről egyszerű mosás által nem tudnók eltávolítani; de a manapság elfogadott szanatóriumi kezelésekk mellett nagy orvosi könnyelműségnek tartanám, ha ilyen műtétet rendelőszobáinkban végeznénk. Másrészt tagadhatatlan, hogy a gummikeztyű a fogorvos rendelőszobájában aestetikai szempontból izléstelen és akadályos a finom műszerekkel való kezelésnek. Sokkal indokoltabb volna egyes esetekben, így például tuberculotikus vagy luetikus betegek kezelésénél a műtők által használt fejkötők használata, hogy esetleges köhögésnél vagy vérzésnél arcunkat, bajuszunkat és szánkat megvédjük. Egyelőre aestetikai érzékünk tiltakozik még a fejkötő használata ellen, de bizonyára fog akadni egy jónevű és bátor fogorvos, ki

ezen a téren is megfogja ragadni az iniciatívát. Emlékezzünk csak vissza a régi jó időkre, mikor minden fogorvos, mint egy Arbitr Elegantiarum, bársonykabátban vagy Redingotban fogadta betegeit, az ő esztétikai érzésük is tiltakozott akkor a műtőkabát ellen és ma betegeink előtt is szokatlan volna, ha nem a műtődressben fogadnók őket.

Ad 4.

Térjünk át most a munka és pihenés fontos themájára.

Az Oesterreich-Ungarische Vierteljahrschrift legutolsó számában, mely a napokban került kezeim közé, Cysinsky lemergi professor „Praktische Winke“ cím alatt érdekes cikket közöl és többek között a fogorvosi munka szervezéséről is értekezik. A véletlen úgy akarta, hogy mára bejelentett előadásomban én is foglalkozom a kérdéssel. Cysinsky tanár azonban más nézőpontból tárgyalja a kérdést, mint én, ő főleg a munka gyakorlati és technikai szervezésével foglalkozik, így a többek között miképp neveljük betegeinket az idő pontos betartására, vagy minő munkatervet állapítsunk meg egyes betegeink kezelésénél, én pedig e kérdést csakis az orvos hygiéniája szempontjából világítom meg és így előadásom mintegy kiegészíti Cysinsky tanár érdekes cikkét.

Legtöbbet vétkezik önmaga ellen a fogorvos ennél a pontnál. A kezdő fogorvos férfikora elején erejének teljességében kezdi meg fizikai munkáját, ambíciójától sarkalva a fáradságot még nem ismeri és gyakran mérték nélkül dűskál a munkában. Vonjunk egyszer párhuzamot a fogorvos és iparos között. Az iparos, ki már tanonckorában edzi izmait az iparához tartozó munkához, elégnek tartja a 8 órai munkaidőt, ebből is 1—2 órát étkezésre és pihenésre fordít; az iparosok nagy része férfikora delén, 35—40 éves korában, már mint művezető vagy önálló iparos átadja a nehezebb fizikai munkát ifjabb munkabíróbb egyéneknek, a fogorvos ellenben ifjú korában, mint lateiner csak szellemi munkával foglalkozik, a fizikai munkát csak férfi korában kezdi meg és akár van hozzá való szervezete, akár nincsen, addig nem teszi le a műszert, míg az magától ki nem hull

fáradt kezéből. Meggyőződéseim szerint a fogorvos munkaidejének maximuma a 6 óra legyen, ha hozzászámítjuk a közbeeső étkezési és pihenési időt, akkor együtt van a világ proletárjainak 8 órai munkaideje. Reggeli fürdő után friss erővel kezdjük meg munkánkat és úgy osszuk be időnket, hogy a délelőtti folyamán végezzük a fárasztó és nehezebb munkát. Délelőtt egyhuzamban 4 órát dolgozva, utána kényelmesen ebédeljünk és egy órát pihenésre szenteljünk. Délután csak könnyebb munkát vállaljunk, így az újonnan jelentkező betegek megvizsgálását, azok beosztását, a kész plombok csiszolását, lenyomatvételt és az esetleges el nem halasztható extractiókat. Rendelés közben fölváltva álljunk, üljünk vagy székre támaszkodva dolgozzunk; a műtőszéket olyan magasságba állítsuk, hogy sohase kelljen meggörnyedve mélyen előre hajolva, mellünket összeszorítva dolgoznunk. Munkánk közben kerüljük az izgalmakat, ha kellemetlenség, családi vagy más szerencsétlenség, rossz hír vétele vagy bármily izgalom sujtja idegeinket, függesszük föl egy rövid időre munkánkat, pihentessük ki idegeinket, állítsuk helyre lelünk egyensúlyát és legalább külsőleg megnyugodva, folytassuk a betegeinkkel való érintkezést. A fogorvos nem laboratóriumban, nem holt anyagon dolgozik, tőle joggal megkivánják, hogy kedélye melegével, együttérző szívvel, biztató szóval enyhítse betegei fájdalmait, ehhez pedig legelső sorban az szükséges, hogy az orvos önmaga találja meg lelki egyensúlyát. Talán semmi sem izgatja jobban a lelkiismeretes fogorvost, mintha munkája eredménytelen és sikertelen. Ne vállaljunk tehát olyan kezelést, melynél eredményt elérni nem tudnánk. Ma már nemcsak az orvosi tudomány specializálódik, hanem a fogorvosi gyakorlatnak is megvannak a maga specialistái. El tudok képzelni egy kitünő plombeurt, ki nem vállalkozik egy nehezebb gyökér extractiójára, avagy egy regulatio idegbontó kezelésére, viszont ismerek kitünő fogorvosokat, kik a regulatio minutiosus munkájában elsőrangú eredményeket érnek el, de extractióval vagy más fogorvosi műtéttel nem foglalkoznak. Legyen meg minden fogorvosban a bátorság a neki meg nem felelő kezelést el nem vállalni;

ne engedje magát persuadálni olyan kezelés vállalására, melynek eredménytelenségéről eleve meg van győződve. Tekintélyében csak emelkedik az a fogorvos, ki meggyőződéséhez a tudás biztos föllépésével ragaszkodik. A régi, mindenre vállalkozó vattázó fogorvosok kezdenek letűnni, lépjenek helyükbe a képzett, czéltudatosan dolgozó fogorvosok, kik idejüket nem fecsérlik fölösleges és haszontalan munkára. Műszereink, tükreink, csipeszeink kifogástalanok legyenek, fűróink élesek, fűrógépünk rendesen olajozott, nehogy az alkalmatlan műszerek fölösleges módon nehezítsék meg munkánkat. Munka után jól esik a pihenés és szórakozás; keresse tehát a fogorvos munkája után azt a szórakozást, mely egyéniségének és szellemi éhségének legjobban megfelel; általános szabályokat nem mernék itt fölláttítani, az egyik szereti a zenét, a másik a színházat, a clubéletet, sportot, bármelyik szórakozás pihenésszámba megy és üdítőleg hat fáradt szervezetünkre. Úgy vasárnap, mint a hét egy délutánján tartsunk teljes szünetet, siessünk ilyenkor ki a szabadba, sportoljunk, szórakozzunk és gyűjtsünk erőt az újabb munkához. Nyáron legalább egy hónapi szabadságot vegyünk, hisz minden hivatalnok, minden tanár megkapja nyári szabadságát, mennyivel inkább van nekünk egy hónapi pihenőre szükségünk, kik egész éven át oly intensiv, idegölő munkát végeztünk. Végül fizetessük meg munkánkat érdem szerint és ne feledkezzünk meg arról, hogy erőnk véges és férfikorunk munkájával kell jövőnket biztosítani.

És most áttérek előadásom utolsó pontjára. Balesetek vagy véletlenek elleni védekezésre szabályokat fölláttítani kép telenség, így csak egy-két gyakrabban előforduló eshetőségre hívom föl szives figyelmüket. Elsősorban szemeink védelméről kell gondoskodnunk, megtörténhetik ugyanis, hogy a gyökcsatornába ruganyos tűkkel bevezetett marószerek, mint Trikresol vagy sósav stb. kifreccsennek és szemeinkbe röpülve kellemetlen erosiót okoznak. Ugyancsak előfordulhat, hogy a fog lecsipésénél vagy extractiójánál, a fog vagy fogszilánk kiröpül és megsérti a szemet. Egyik szaklapunk meg is emlékezik egy tragikus esetről, midőn egy extrahált fog röpült a

fogorvos szemébe és azt megsértette, inficiálta úgyannyira, hogy a szemet enucleálni kellett. Ajánlatos tehát úgy a marószerek használatánál, mint a fogak lecsipésénél vagy extrahciójánál a nagy védőszemüveg használata. Tegyük szabállyá, hogy a fogakat sohase vizsgáljuk csupasz ujjainkkal, hanem tükör, csipesz és sonda segítségével, az ajkak képezik azt a határvonalat, melyet ujjainkkal átlépni nem szabad. Vigyázzunk arra, hogy mutatóujjainkkal nagyobb nyomást ne gyakoroljunk, támogassuk mutatóujjunkat a munkában közép- és hüvelykujjainkkal. Jelenlétemben történt meg egy kartársammal, hogy egy kissé keményebb stents lenyomatvétel közben mutatóujján erős, hirtelen nyomás következtében inszakadást szenvedett; az inszakadást úgy hallottuk, mint egy húrnak pattanását. Az infectióelleni védelemre nem kell szabályokat föllállítani, ismeri azokat minden orvos, ne mulasszuk el azonban a lues vagy tuberculosisra gyanus száját vagy a gangraenás gyökerekkel teli száját vizsgálat előtt hydrogenhyperoxyddal bőven kimosni. A gangraenás fogak vizsgálatánál néhány fogorvos túlzott lelkiismeretből vagy szokásból orrához vezeti a bűzös vattát, hogy intensiv szaglásával állapítsa meg a diagnosist. Óva intek mindenkit az ily rossz szokástól, mert könnyen megtörténhetik, hogy sepsis eseteinél magunkat inficiáljuk. Óvatosság és nyugalomra trenírozzuk idegeinket és ha baleset ér bennünket, hagyjuk abba a munkát és mindenekelőtt a magunk gyógyítására gondoljunk.

Rendelés alatt sohase maradjon egyedül patiensével a fogorvos, nemcsak azért, mert assistentia mellett ügyesebben, gyorsabban és tisztábban dolgozik, hanem azért, mert sok esetben végzetessé válhatik a patienssel való egyedüllét. Példaképpen csak néhány esetet akarok felemlíteni, melyhez hasonlók minden fogorvos praxisában fordultak már elő. Egy reggel phlegmoneval jelentkezik egy átvirrasztott éjen át meggyötört elhízott puha egyén; alig, hogy a székre ül, már is összeesik, collabál és csak assistenciám segítségével sikerült őt hosszú, kínos és izgatott kezelés, mesterséges légzés, camphorinjectio után életrehozni; ha egyedül vagyok ete-

gemmel, úgy bizonyára hiányzott volna a kellő nyugalom és erő, hogy megbírkózhattam volna az esettel. A „Vierteljahr-schrift“ egyik száma említ egy esetet, midőn egy cofferdam és cofferdam-csattal fölszerelt beteg hirtelen hátra dől a műtőszékben, epileptikus rohamot kap és csak az assistencia segítségével képes az orvos a larynx bemenetelénél fekvő csatot nagy fáradsággal eltávolítani. Egy nemrég elhalt kartársunk halálához nagyban járult az az izgalom, mely őt praxisában érte; separálás közben a carborundumkő megsértett egy felületesen fekvő kis arteriát, szegény kartársunk tamponálva a nyílást, elbocsátotta a patientst, a vérzés természetes nem állott el és csak egy nagyobb műtét mentette meg a beteg életét; ha szegény kartársunk assistenciával dolgozott volna, úgy vagy alákötötte volna az arteriát, vagy comprimálta volna fölvaltva ő és assistenciája mindaddig, míg egy gyakorlott segítséget kapott volna. Nem ritkák azon esetek, midőn hysteriás vagy ideges betegek, az érzéstelenítés alatti képzelt merénylettel vádolják meg az orvost, assistencia jelenléte rögtön semmivé teszi a vádat, ellenesetben sok meghurczoltatásnak van kitéve még az ártatlan orvos is. Bármennyire megbizunk assistenciánkban, egyes orvosságok kezelését egyedül magunknak tartjuk föl, különösen áll ez az injekcióhoz szükséges folyadékokra, nehogy tévedés történhessen, mert a felelősség, bármilyen tévedésnél, egyedül az orvost terheli.

Tisztelt Nagygyűlés! Ezekben vázoltam röviden azon főbb pontokat, melyeknek betartását, meggyőződésem szerint, fontosnak és szükségesnek tartom. Tudom, hogy tapasztaltabb kartársaim előtt sok újat nem mondtam és remélem is, hogy fölszólalásaikkal kitöltik azt a hézagot, mely előadásomban fönmaradt; fiatalabb kartársaimnak azonban használni véltem, midőn figyelmüket felhívtam arra, hogy egészségükre vigyázzanak és munkaerejüket úgy osszák fel, hogy jusson is, maradjon is belőle.

Könyvismertetés.

Dr. J. v. *Ertl*: **Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte.** Mit 101 Textabbildungen und 35 Tafeln. Mit einem Anhang „Zahnärztliche Schienensysteme“ von Dr. Leopold *Gadányi*. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1918.

A háborús chirurgiának egyik legmeglepőbbben fejlődött fejezete az, mely az arcz sérüléseivel, az állkapocstörésekkel volt kénytelen foglalkozni. A lefolyt négy háborús esztendőben a háborús chirurgiának új specialistái támadtak, mert a chirurgia elé is új feladatok tornyosultak: értem az arcz- és állkapocssérültek nagy tömegét. Már az első hónapok tömeges arcsérülései, állkapocssérülései új feladatok elé állították az orvosokat: kiderült, hogy ezek a sérültek speciális fogorvosi methodusokkal dolgozó, és azokban jártas orvosokra szorultak. De kiderült az is, hogy egyúttal olyan *sebészi* feladatok megoldására is szükség van, mely feladatokkal a békében a sebészorvos csak elszórtan és igen kis számban volt kénytelen foglalkozni. Az arcz kiterjedt lágyrészsérülései, az állkapocstörésekből támadó csonthiányok pótlása, vagy a nem gyógyuló állkapocstörések, illetve az oly gyulladások, melyek álizület képződésére vezettek, mind oly sebészi ténykedésekre kényszerítenek, melyeket eddig sebész kivételesen, de mindenesetre igen kis számban és akkor is egészen más külső körülmények mellett végzett. A ki a háborús literatúrát figyelemmel kísérte, ez irányban megállapíthatja, hogy igen korán reáterelődött a sebészek figyelme e feladatokra a külföldön, de — nálunk is. Már az eddig napvilágot látott irodalmi közlésekből is tudjuk, hogy e speciális sebészi iránynak milyen sikerekkel dolgozó, úttörő munkása *Ertl János dr.*

Az előttünk fekvő könyvben szisztematikus rendszerbe foglalva van adva, a specialis sebészorvosi — és hozzátéhetjük — fogorvosi tevékenység, melynek egyes részleteivel természetesen ez ismertetés keretében nem foglalkozhatunk. Iparkodunk azonban *elveket* ismertetni, melyek a szerzőket vezették. *Ertl* csakhamar felismerte, hogy az állkapocstörések gyógyításában a „konzervatív-stomatologikus“ irány sok esetben pseudoarthrozisokra vezet. Mindenekelőtt iparkodott *ezek okára* világot vetni. *Ertl* pontos Röntgen-felvételeken megállapítani véli, hogy a konzervatív kezeléssel gyógyult esetekben a löcsatorna, ha az az állkapocs testében volt, szegmentszerű és nagyobb, egymással többé-kevésbé érintkező csontszilánkokkal volt kitöltve. Ezekben az esetekben a gyógyulás oka kézenfekvő: az életképes és egymással érintkező csontszilánkok egyszerű rögzítés alatt (sinek) összenőnek. Ezeket az eseteket nevezi *Ertl* jóindulatú segmenttöréseknek, a konzervatív kezelésre nem gyógyuló, illetve pseudoarthrozisra vezető esetekben, a corpusban levő löcsatorna ugyancsak szegmentszerű, de homogénebb, abban elhaló csontszilánkok voltak, melyek — és ez a fontos — mint segmentumok szerepeltek. Ezeknek az eseteknek még malignusabb karaktert adott az a körülmény, hogy a csontszilánkok egy része mint sekundaer projektil a regionaer lágyrészekbe volt disszeminálva, a hol hosszantartó fisztulózus hegeképződéseket okozott. A hegesezés mindinkább kitolódott oly hosszú időn át, hogy végül a törvégekre is reáterjedt, és azon regressiv elváltozásokat, részben resorptiókat is okozott. Ilyen esetekben *Ertl* jó korán, a 8. héten a sérülés után osteoperiostális plasztikát végez, melynek ismertetésébe alább bocsájtkozunk.

Támaszkodva a négy év alatt állkapocstörések gyógyításában tett tapasztalatainkra, *Ertl ez irányú* fejtegetéseit teljes egészében magunkévá nem tehetjük. Elismerjük a tényt, hogy egyformán, gondos konzervatív (fixációs) kezelésre az állcsonttörések egy része definitive nem gyógyul, vagyis, hogy posttherapeutikus álízület támad. De ennek okát olyan egyszerűen, mint *Ertl* festi, nem képzelhetjük el. Már magában véve pusztán Röntgenkép-leletekre alapítani ezt nem tud-

nók. Ilyen képeken vajjon kontaktusban vannak-e az egyes csontszilánkok vagy nem, igen bajos megállapítani. A különböző sugárral beállított képeken pl. a csontszilánkok nagysága, egymáshoz való viszonya nagyon változó. Egyszer e darabok egymást fedik, egy más felvételen közöttük 1—2 cm. rés lehet. Minden a beállítástól függ. Viszont mondhatjuk, hogy számtalan esetben tisztán konzervatív úton teljes gyógyulást értünk el akkor is, mikor pl. a Röntgen-képen több centiméterre terjedő *csonthiány* volt diagnosztizálható. Azt gondoljuk, hogy a gyógyulásban talán más faktorok azok, mint épen a tört csontrészek nagysága, egymáshoz való távolsági viszonyok stb., melyek szerepelnek: így a főcsatorna fertőzöttsége, az egyes csontszilánkok életképessége (melyek Röntgen-képen meg nem állapíthatók) a löcsatornában visszamaradt vagy vissza nem maradt életképes csonthártyarészletek, a törvégek állapota és esetleg más külső körülmények (az organizmus táplálkozási állapota stb)

Ha a defektus 1—1½ cm.-nél nem nagyobb, és ha e törések 6—8 hét múlva gyógyulási hajlamok nem mutatnak, *Ertl* ú. n. *osteoperiostális* plastikát végez: a kellő sinezés után feltárja kívülről a törés helyét, esetleg elhalt sequestereket eltávolítja, a csonthártyát a törvégekről lepraeparálja és visszahajtja és így teszi hozzáférhetővé a löcsatornát. A löcsatornából az esetleges sequestereket eltávolítja, a csonthártyával és esetleg a csonttal összefüggő csontszilánkokat mozaikszerűen összerakja. Gyakran a törvégekből vertikális csontlemezeket vés le és azokat vízszintesen egymás fölé borítva egymással kontaktusba hozza. A löcsatornát a száj felől is feltárja, kitakarítja és jodoformgaze-zel tamponálja. E tamponade a száj felől arra való, hogy a löcsatorna ne teljék meg túlsarjakkal és ezek ei ne hegesedjenek és így ne támadjon pseudoarthrosis.

Olyan esetekben, a mikor a sines kezelés eredményre nem vezetett, vagyis a mikor a törés helyén pseudoarthrosis támad (és ezt nevezi *Ertl* posttherapeutikus pseudoarthrosisnak), továbbá az állkapocs kifejezett hiányai esetén a definitív gyógyulás eszköze *Ertl* kezében a transplantáció.

Ha spontán a törés nem gyógyul, akkor — *Ertlnek* műtétei közben tett tapasztalásai szerint — a törvégek között kallózus, lassankint hyalinná váló hegek támadnak, melyek a törvégeket is körülfogják és azokat rögzítik: így lesz a defektusnak pseudoarthrosiszerű jellege. Ilyen esetekben többé konszolidáció nem várható, ellenben a törvégeken a hegese-
désék további zsugorodása következtében regressiv elváltozások egész sora támad. Az ilyen törvégek mentális része osteosklerotikusan keményebb, az angularis részlet inkább puhább a resorpciós jelenségek miatt. Ezek a regressiv elváltozások a törvégek 1—2 cm. h. végére is reáterjednek; ezek aztán, mert lecsökkent életképességűek, műtéthez fel nem használhatók.

Ertl könyvének II. részében általában az ilyen sérülések sebészi ellátásáról szól: a frissen sérült sebkezelésében a naponta szorgos száj- és sebtoalettre nagy gondot fordít (vagy lágyrész-sérülések esetén konyhasóval hypertonizált kalium permanganicum), különösen a folyton ömlő genyes váladékok által ellepett számos szövetlakunák többszörös tisztántartására vet ügyet. Ebben az *akut lobos* stádiumban minden más beavatkozástól tartózkodik; megvárja a *granulációs* stádiumot, midőn a szükséges sinezést a szájban végzeteti (artikuláció beállítása stb.). Az akut stádium lefolyása után a 3. vagy 4. héten a *sequestereket* távolítja el, a *hypergranulációkat* kanalazza ki. A hegesezési stádiuma után rendszeres massage és forró levegőkezeléssel a heg környékének teljes plaszticitását érve el, érik meg az eset a *plastikai* műtétre. Ennek végzésekor *Ertl* igyekszik egyetlen ülésben tökéletes eredményt elérni. Állkapocshiány esetén, a később végzendő csonttransplantációra való tekintettel, e *plastikai* műtétnek nagy fontosságot tulajdonít: ez a *plastikai* műtét ilyenkor kell hogy olyan legyen, hogy *későbbi transplantáció biológiai feltételeit megadja*; kell, hogy biztosítsa a transplantátumnak a kellő táptalajt, anyagcserét. Ezért a *plastikai* műtét alatt minden heget a legtökéletesebben kiirt, kipisztít; nyálkahártyával teljesen beszegett és elkülönítet szájürt készít (és erre a *chronikus* stádiumban van mindig

elegendő, sőt felesleges szájnyalakártya); a törvégeket a normális intrabukkális helyükre helyezi, ezeket azután a környékből vett izom-zsírlebenynyel, végül bőrrel fedi. Ez a *bőr-plasztika* az esetek szerint vagy egyszerűen a mobilizált bőr lineáris varrata (kisebb defektusok esetén), vagy lapszerűen felszabadított bőrreszletek eltolásával nyert lebenyekkel vagy pl. teljes állcsúcshiányoknál az olasz módszerrel (felkarról) történik.

E *rekonstruktív* plasztikák részletes tárgyalásánál ez anyagot *Ertl* 4 csoportba osztja: 1. kisebb izolált hegek vagy kisebb kozmetikus defektusok; 2. egyik arcfélre kiterjedő mély, radiáris, csillagszerű hegek; 3. a pofát ferdén átszelő mély, vályúszerű hegek; 4. totális mentum- és szájfénékhiányok.

Ezen esetek megoldási módjának részletes tárgyalásába nem bocsátkozhatunk. A kinek ily feladatok megoldására alkalma van, jól teszi, ha a típusos *Längenbeck*, *Braun* stb. műtéteinek ismerete mellett, még *Ertl* könyvében is átlapozza az idevágó fejezeteket.

Ertl ezek után részletesen tárgyalván a csonthiányokat pótló általános sebészi eljárásokat, áttér az állkapocshiányok fedésére szolgáló eljárásaira. E célra kétféle methodusa van: az egyik a szilárd transzplantátumos, mikor egyetlen síkra kiterjedő defektus fedése a cél; a másik a hajlítható transzplantátum, melylyel az állkapocs egyes görbületeit lehet utánózni. E methodusok részleges leírásából kivesszük a következőket: *Ertl* a transzplantátum *vastagságát* a szerint szabja meg, a milyen a lágyrészágy, a melybe a transzplantátum kerül arra való tekintettel, hogy ez a lágyrészágy az, a mi a transzplantátumot táplálni fogja. E két tényező helyes mérlegelése fontos a sikerre. A helyes nagyságban megszabott transzplantátumot *Ertl* ilyen esetben *harmonikusnak* mondja, ellenében disharmonikus lesz az olyan transzplantátum, mely a felvevő lágyrészágyhoz túlvastag. Továbbá igen fontosnak tartja *Ertl*, hogy homogen strukturájú szöveteket adaptáljon egymáshoz; így periostot periosttal csak, csontcorticalis csontcorticalis mellé kerüljön. Részletesen szól e mellett a

törvégek felkereséséről, azok előkészítéséről. A szerint, a minő állapotban találja a törvégeket, a minő transplantatum befogadására akarja előkészíteni: 1. egy esetben elegendő lesz pusztán a törvég felfrissítése; 2. máskor azokba ékalakú bevágást vés; 3. ismét máskor azok kortikálisát kb. 1 cm. hosszúságban levési, hogy aztán a transplantatumot beleilleszthesse; 4. esetleg egyesíti a 2. és 3. alatt leirt methodusokat; 5. esetleg szubkortikálisan felvési a törvégeket $1\frac{1}{2}$ —2 cm. hosszban és az így felvett kortikálist felemeli (és persze aztán alábujtatja a transplantatumot); 6. esetleg a törvégek kortikális részeit 1—2 cm. hosszúságban vésővel egyes lapokra vési fel.

A transplantatumot mindig a tibia középső harmadából veszi és pedig aszerint, a mint éppen a legalkalmasabbnak mutatkozott a törvégek alakítása.

A hajlítható transplantatum anyaga szintén a tibiából kerül ki: és pedig 1—2 mm. vastag tibia kortikális egymásra fektetve és periostal körülburkolva. Ennek az adaptációja a törvégekhez ugyanolyan, mint a szilárd transplantatumé.

Ertl a transplantatum további sorsáról és konszolidációjáról részlegesen beszámol; nem osztja azok nézetét, a kik azt állítják, hogy a transplantatum resorbeálódik és azután ujonnan képződött csont pótolja. *Ertl* szerint ez a sorsa a disharmonikus, de sterilen begyógyult transplantatumoknak, míg a harmonikus transplantatum lassankint megvastagodik (és ez Röntgen-képen nyomról nyomra követhető), a mi bizonyítéka annak, hogy a beillesztett csont közvetlenül az élő organizmus élő részévé vált.

A könyv IV. része kazuisztika: jól kiválogatott és tanulságos kórtörténetek pompás illusztrációkkal, Röntgenképekkel.

Végezetül *Gadányi* dr. emlékezik meg röviden (159—166) néhány oldalon azon elvekről, melyeket a Reservespital Nr. 6. állkapocosztályán az állcsonttöröttek sínezésénél szem előtt tart. Kiemelnénk e részből talán a *Hoff*-féle módosítást a ferde síkok mobilizálhatóságára vonatkozóan, a *Landgraf*-féle

kereszteződő íveket corpusdefektusoknál a dislokált törvégek széttolására; a *Pósta*-féle rámás íveket dislokált törvégek felemelésére; továbbá a *Landgraf* módosítású pelottás sineket.

Az elmondottakkal csak igen halvány konturokban tudtam e helyen kivonatolni mindazt, a mi *Ertl* könyvében van. Talán nem is éppen én vagyok hivatott a *sebész* munkáját méltatni; hogy én ismertettem mégis e helyen a mi közönségünk előtt *Ertl* könyvét, annak az oka az, hogy a mi háborus tevékenységünk annyira összeforrott a sebész dolgával, hogy esztendőök során tanuja voltam a Reservespítal 6 munkásságának, tanuja voltam az első lépéseknek, tanuja a fejlődésnek.

Nem zárhatom referatuumomat be a nélkül, hogy itt a nyilvánosság előtt kifejezést ne adjak annak a nagy lelki gyönyörűségemnek, mely *Ertl* munkájának áttanulmányozásában részem volt. *Ertl* sikerei a miénk is, az egész magyarságé. És én nemcsak a magam, de magyar szakembereink nevében is nyujtom felé az elismerés szerény, de örökzöld babékoszorúját. Ő is, Gadányi is meg lehetnek elégedve a munkájukkal, a mit végeztek.

Ref. Dr. Szabó József.

Mühlreiter's: Anatomie des menschlichen Gebisses.

Bearbeitet von Dr. med. dent. Th. E. de Jonge Cohen, Privatdocent an der Universität von Amsterdam. (IV. Auflage. 82 Abbildungen. Leipzig, Arthur Felix. 1920.)

Mühlreiter ezen munkájának első kiadása a 70-es évek legelején jelent meg, míg a második kiadás 1891-ben került sajtó alá, a harmadik pedig 1912-ben. Nyilvánvaló, hogy a szerző, még olyan kevés változásnak vagy haladásnak kitett tudományágnál is, mint az anatomia, ha meg is tartja a könyvében systematizált alapschemát, négy, illetve immár az ötödik évtizedről lévén szó, a félévszázad oly nagy idő, hogy az anatómiai tudás intenzitása, főképp a szövettani kutatásokhoz szükséges eszközök finomsága és sokfélesége folytán, de új praeparáló eljárások bevezetése folytán is óriási haladást mutat. Mühlreiter könyve nemcsak leíró anatómiáját adja az „em-

beri“ száznak, a mint a cím szűkszavúan igéri, hanem igen kellemes és könnyed formában, egyúttal összehasonlító boncz-tani és fejlődéstani complexumát is felöleli ennek a testrésznek. A IV. kiadást Dr. *Jonge Cohen*, amsterdami magántanár dolgozta át, Dr. *L. Bolk* professor és Dr. *M. Woerdeman* segítségével. A könyv, melynek papirminősége a háború utáni állapotot tekintve, igen jó, nyomása, illustratiói kifogástalanok (fűzve 15 márka, kötve 22 márka), jó szolgálatot tehet mindazoknak, kik szaktudományunk theoretikus részeivel is szívesen foglalkoznak.

Dr. Körmöczy Zoltán.

Hirek.

Pro patria! Dr. *Balogh* László tagtársunk, a ki Przemysl-nél került orosz fogságba, ez évben Krasnojarszkból hazafelé meghalt kiütéses tifuszban. Mi, a kik szerettük, kegyelettel őrizzük meg emlékét.

Dr. H. Allaeyns Anvers. A legszeretefreméltóbb, soha el nem fáradó kartárs, az első volt, a ki a háború lezajlása után soraival felkeresett bennünket, küldte az immár havi-folyóirattá lett belga revuet, és írta az érdeklődő leveleket és küldte az üdvözetet: „Compliment à tous: *Szabó* etc. avec mes bons souvenirs“; ugyancsak melegen emlékezett meg a revueben *Rothmanról*, *Szabóról*, *Árkövyről*. *Allaeyns* dr.-t itt is melegen köszöntjük azért, mert ő volt az első, a ki azt kérdezte tőlünk, baráti jobbot nyujtva: „*Quelles bonnes nouvelles depuis cette horrible guerre?*“

Budapest székesfőváros törvényhatósági bizottságában három tagtársunk foglal helyet: dr. *Csilléry* András, dr. *Körmöczy* Zoltán és dr. *Takács* István. Rajtuk kívül még öt orvos tagja van a főváros parlamentjének.

HIVATALOS RÉSZ.

A Fogorvosi Szemle újra kartársaink kezében van és ezentúl nem negyedévenként, hanem havonta fogja megjelénésével a magyar szaktudomány erősödését dokumentálni bel- és külföldön egyaránt. Kérjük kartársainkat, a lap kézhez kapása után, azonnal írjanak a kiadóhivatalnak (dr. K. Z. Budapest, VIII. József-körút 23.), ha még eddig nem jelentkeztek az új tagösszeírásnál, mert a következő számot különben nem kapják meg.

A „Fogorvosi Szemle” régi évfolyamai kaphatók a kiadóban. Egy évfolyam ára 100 korona és a postaköltség (előre beküldendő). A teljes befolyó összeg a „Fogorvosi Szemle”-alapra fordítatik. A pénzküldeményeket **névre** kell címezni *nem* a kiadóhivatalnak, vagy dr. Hollósy Ede pénztáros címére (VIII., József-körút 38.), vagy dr. Körmöczi Zoltán címére (VIII., József-körút 23.). A szerkesztőség postája csak utóbbi címre küldendő.

A Fogorvosi Szemle legközelebbi száma január hó elején jelenik meg.

DENTAL-DEPOT

BRÜDER PAWEK

WIEN VI/1 GUMPENDORFERSTRASSE 63

Telephon : 11354.

(Apollotheatergebäude)



**Az összes fogorvosi
és fogtechnikai szükségletű cikkek raktára.**

A Magyar Fogorvosok Egyesületének működése az utóbbi három év alatt.

A „Fogorvosi Szemle“ utolsó száma 1917 novemberben jelent meg, további megjelenését a háborús s az utána következő mozgalmas idők gazdasági nehézségei akadályozták meg. Ugyanezen okok súlyosan belejátszottak a M. F. E. életébe is.

A háború utolsó éve s az utána következő két forradalom által izgalomban tartott kedélyek valóban nem voltak alkalmasak az egyesületi élet intenzív továbbfejlesztésére. S ha visszatekintünk az elmúlt három évre, valóban azt látjuk, hogy az egyesület főmunkálkodása abban merült ki, hogy a sors által szegény hazánkra mért csapásokból az egyesületünket érintő eseményeket — melyek sokszor létünkben veszélyeztettek — kellő módon kiparirozza.

Mindjárt az első forradalom zavarosát arra igyekeztek felhasználni a fogtechnikások, hogy jogtalan követeléseiket tető alá hozzák s „fogorvosi“ jogosítást nyerjenek. Ezt sikerült megakadályoznunk annak árán, hogy 11 rokkant fogtechnikusnak a vizsgáztatásába elvileg beleegyeztünk.

Foglalkozott az egyesület egy külföldi szaklapban megjelent tudományos cikkel is, több ízben és hosszadalmasan, melynek aktái egyesületünk levéltárában vannak, de nyilvános közlésre nem alkalmasak.

Az elmúlt három év eredményéhez kell sorolnunk a fogorvosképző szaktanfolyam megalapítását, melynek működéséről az oktatásügyi bizottság előadója más helyen számol be.

Itt kell megemlékeznünk dr. Árkövy József egy. ny. r. tanár úr nyugalomba vonulásáról s egyben arról, hogy a stomatológiai tanszék ideiglenes vezetését az orvostanári kar dr. Szabó József egy. m.-tanár tagtársunkra bízta.

A kommun egyesületünk mellett sem siklott el nyom nélkül. Súlyos megpróbáltatásoknak voltunk kitéve. Első intézkedése működésünk felfüggesztése volt, melyet csakhamar — három magáról megfélelmezett kartársunk iniciatívájára — a fogorvosi kar szocializálásáról szóló rendelet előkészítése követett. Szerencsére néhány tagtársunk erélyes ellenállásán meghiúsult a terv.

A kommun bukása után az az öröm érte egyesületünket, hogy a megalakuló első magyar miniszterium népegészségügyi tárczája egyik tagtársunknak, dr. Csilléry Andrásnak jutott. Minisztersége alatt egy rendeletet is bocsátott ki, mely a fogtechnikusok működési körét volt hivatva praecizirozni.

Újítás egyesületünkben, hogy dr. Bihari Jenő tagtársunk indítványára elhatározta az egyesület, hogy a változott viszonyokra való tekintettel tagjaink várószobájukban figyelmeztető táblát helyeznek el, mely szerint az orvosi honorárium előzetesen fizetendő le.

Sajnálatos körülmény, hogy dr. Antal János egyetemi m.-tanár érthetetlen indító okból röpiratokat kolportált, melyben egyesületünk két kiváló tagját, dr. Szabó József és dr. Salamon Henrik egyetemi m.-tanárokat súlyos vádakkal illette. Az egyesület nyomban bizottságot küldött ki, mely Lichtmann Samu tagtársunk elnöklete alatt alaposan kivizsgálta és úgy találta, hogy a vádak egytől-egyig alaptalanok. A bizottság jelentése alapján az egyesület úgy határozott, hogy míg dr. Salamon és dr. Szabó kartársaknak, valamint valamennyi a röpiratban megvádolt kartársnak szeretetük jeléül bizalmat szavaz, addig dr. Antallal szemben változatlanul fentartja az 1912. évben kimondott határozatát. Ugyancsak ezzel egyidejűleg, minthogy dr. Császár és dr. Bauer Samu levélben kijelentették, hogy dr. Antal eljárásától távol állanak és vele nem értenek egyet, az 1912-ben kimondott határozatát hatálytalanította.

Ezen kívül is itélkezni kellett egyesületünknek, három tagtársunkat ki kellett zárni a kommun alatti magatartásukért, egyet pedig hazafiatlan és magyarelles magatartása miatt.

Viszont az egyesület köszönetet szavazott dr. Frommer József tagtársunknak, ki az egész háború alatt a pénztárnoki teendőkön kívül a hadbavonult titkárok munkakörét is ellátta; dr. Zimmermann Lajos ügyvéd úrnak, ki a „Középeurópai Fogorvos-Szövetség“ alapszabályait megszerkesztette és jóváhagyta díjtalanul; dr. Gadány Lipót tagtársunknak, ki egy igen értékes moulage-gyűjteményt ajándékozott egyesületünk-

nek; Popiel Dénes úrnak, ki szintén gazdag és tanulságos modell-gyűjteményt ajándékozott; dr. Rottmann Ármin és dr. Simon Béla tagtársunknak, kik a kommün alatt a szocializálás rendeletének kibocsátását hiúsították meg; dr. Bihari Jenő tagtársunknak, ki a figyelmeztető táblák árából fenmaradó 2000 K-t az egyesületnek ajándékozta pályázat céljaira; dr. Lichtmann Samu tagtársunknak, ki az Antal-féle ügy vizsgálatának terhes munkáját vezette; végül a dán fogorvosoknak, kik élelmiszer-szeretetadományokkal adták kartársi együttérzésüknek kedves tanujelét.

Egyesületünk en bloc belépett a Területvédő Ligába, a Huszár-féle segélyakcióhoz pedig pénzzel járult hozzá.

Taglétszámunkat is erősen megtizedelte az elmúlt három év. Mig egyfelől az elszakadt országrészekben lakó tagtársainkkal szakadt meg minden összeköttetés, addig másfelől a halál is megkövetelte a maga quotáját. Dr. Telcs Adolf, dr. Kareff Oszkár, dr. Sándor Samu, dr. Hajdu Lajos, dr. Verzár Katalin és dr. Barta szeretett kartársaink elköltöztek az élők sorából. Akiknél tehettük, elkisértük utolsó útjukra, emléküket pedig szeretettel fogjuk megőrizni.

Ez év május 7-én az 1918-ban választott tisztikar úgy találta, hogy hivatását betöltötte, s dr. Salamon Henrik elnökkel az élén, megköszönte az egyesület bizalmát és lemondott. Az egyesület hálásan ismerte el érdemüket s dr. Salamon Henrik lelépő elnököt szeretete és hálája jeléül tiszteletbeli taggá választotta, majd megejtette az új választást, mely szerint:

Elnök: dr. Szabó József; elnökhelyettes: dr. Sturm József; alelnökök: dr. Láng J. és dr. Forgács Aladár; I. titkár: dr. Simon Béla; II. titkár: dr. Majunka Egon; jegyzők: dr. Fejjes Béla és dr. Köves Jenő; pénztáros: dr. Hollósy Ede; ellenőr: dr. Gobbi Károly; gazda: dr. Luxemburger György.

A választmány tagjai pedig a következő doktorok lettek: Bónis Ferenc, Csilléry András, Fried Samu, Frommer József, Gadány Lipót, Hoff Móricz, Landgraf Lőrincz, Nagy Emil, Lichtmann Samu, Máthé Dénes, Körmöczy Zoltán, Klinger Zsigmond, Rothman Ármin, Schürger Adolf, Schmidt László, Salamon Henrik, Siklós Armand, Vajna Vilmos, Wallheim Béla, Wein Dezső, Radó Mór, Propper Miksa.

Az új elnök programjába vette a háború és forradalmak miatt kissé háttérbe szorított szaktudományunknak a most már remélhető békésebb idők szellemének megfelelő

intenzívebb kultiválását. Ennek eredményeképpen eddig is már két igen nivós tudományos ülést tartott, melyet sorozatosan követni fognak a többiek is.

Végül ha még megemlítjük, hogy úgyszólván minden össze-
jövételünk megbeszéléseinek egyik főtémája a „Fogorvosi
Szemle“ megjelenítésének ügye volt és hogy azt eddig csak
az anyagi nehézségek akadályozták, úgy röviden be is szá-
moltunk a három év alatt történetekről.

Reméljük, hogy ilyen hosszú beszámolóra ezután többet
soha sem kerül sor, s a Szemle és a taggyűlések révén ezentúl
rendszeresen informálhatjuk tagtársainkat kari ügyeinkről.

Dr. Simon Béla,
a M. F. E. főtitkára.



Keresetét megjavíthatja,

ha előnyös árakon
vásárol be.



Időt és bosszúságot megtakarít,

ha csak
jó minőségű árut
használ fel.



Hálás páciensekre tehet szert,

ha azokat
kielégíti.



Praxisát megnagyobbíthatja,

ha elsőrendű anyag
felhasználásával jól és
olcsón dolgozhat.

Szállítjuk az összes bel- és külföldi származású Dentál-cikkeket
a legjobb minőségben és versenynélküli árak mellett.

Márkánk

Tegyen egy kísérletet,

kérjen
áruinkból mintát.

Ne kiméljen fáradságot,

tekintse meg
gazdagon felsze-
relt raktárunkat.



elsőrendű minőséget
jelent.

HERRMANN & Co. DENTAL-DEPOT
Wien, I., Universitätsstrasse 11.

Telephon:
Stelle 4 v. 5360

Jelentés a M. F. E. által létesített fogorvosképző tanfolyamról.

Dr. Sturm József, előadó és tanulmányi vezető.

A háború által évek tartamára hallgatásra kényszerített magyar fogorvosi szakirodalom ez első lappéldánya azzal az örvendetes hírrel szolgálhat a vidéki kartársaknak, hogy a M. F. E. a háború romjain megteremtett egy oly intézményt, a mely régóta érzett hiányt van hivatva pótolni hazánkban: megteremtette a magyar fogorvosképző tanfolyamot.

Maga a gondolat már 1918 őszén fogamzott meg az egyesület válaszmányának kebelében. A kezdeményezés és a tanfolyam megszervezésének érdeme Csilléry András dr. kartársunkat, volt népegészségügyi miniszter urat illeti. Az általa kidolgozott tervezet szerint az első tanfolyam 1919 márczius havában vette kezdetét, egyelőre félévi tartammal.

A tanfolyam eredeti szervezete a következő volt:

1. Elméleti oktatás hetenkint 4—4 órával délutánonként a kir. magy. tud.-egyetem stomatologiai klinikáján. Előadók: Dr. Szabó József, egyet. m.-tanár, helyettes klin. igazgató a conservatív fogászatból és Dr. Salamon Henrik, egyet. m.-tanár az odontotechnika és fogsabalyozástanból.

2. Gyakorlati kiképzés egész héten át délelőttönként a következő intézetekben: *a)* stomatologiai klinika (tanfolyam-vezető: Dr. Máthé Dénes, tanársegéd), *b)* poliklinika fogászati osztálya (vezető: Dr. Rothmann Ármin, egyet. m.-tanár és Dr. Radó Mór, tanársegéd), *c)* Csobáncz-utcai foggyógyászat (vezető: Dr. Forgách Aladár, főorvos) és *d)* 1920 márczius óta a 16. katonai kórház fogászati osztálya (vezető: Luxemburger György, főorvos).

3. Specialis előadások gyakorlati demonstratióval a fogászat egyes fejezeteiből, melyeknek tartására e fejezetekben

különösen jártas gyakorló kartársainkat sikerült megnyerni és pedig:

Specialis előadások:

1. A szájbetegségek és általános megbetegedések tünetei a szájban (*Dr. Morelli*).

2. Aranytömések technikája (*Dr. Luxemburger*).

3. Kavitás-alakítás és tömés Black módszere szerint, (*Dr. Hoff M.*).

4. Porcellán-és fémbetétek (*Dr. Máthé*).

5. Állkapoccsérülések odonto-orthopaedikus kezelése (*Dr. Forgách*).

6. Gyökércsatornatágítás és obt.immediata (*Dr. Rothmann* egyetemi m.-tanár).

7. Nehéz fogextrakciók és kisebb sebészi beavatkozások szájban (*Dr. Sturm*).

8. Röntgen-technika és diagnostika (*Dr. Csilléry*).

9. Helybeli érzéstelenítő eljárások (*Dr. Wein*).

10. A száj és vele összefüggő képletek sebészete. (*Dr. Ertl*)*

A tanfolyam ügyvitelére, irányítására a választmány oktatási bizottságot választott, melynek elnöke az egyesület mindenkori elnöke, tagjai pedig a tanfolyam vezetői az egyes intézeteknél, az elméleti és specialis előadók és Dr. Gadány Lipót.

A tanfolyam részvételi díja 2000 korona és 50 korona beíratási díj.

A hallgatók a tanfolyam sikeres elvégzése után bizonyítványt kapnak.

1919 márczius óta három féléves tartamú tanfolyam volt, melyen 99 orvosdoktor nyert szakkiképzést. Az ez idő alatt szerzett tapasztalatok arra indították az oktatási bizottságot, hogy a tanfolyam tartamát egy évre terjessze ki. A most folyó, ez év október 1-én megindult tanfolyam már egy éves.

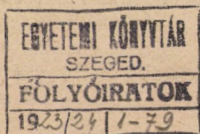
Sajnálattal kell regisztrálnom, hogy a most folyó tanfolyamban a stomatologiai klinika már nem vesz részt, mert

* Minthogy e specialis előadások célja a fogorvosi továbbképzés (postgraduate), azoknak idejét lapunkban hirdetni fogjuk, hogy gyakorló kartársainknak is módja legyen azokon résztvenni.

az orvostanári kar nem bocsátotta a klinikát továbbra is a tanfolyam rendelkezésére, hanem úgy vélte a fogorvosképzés kérdését megoldani, hogy 12 gyakornoki állást létesített a stomatológiai klinikán. Fölszemes mondanom, hogy e szám korántsem elégséges a kiképzést keresők igényeinek kielégítésére és így számosan lennének kénytelenek vagy külföldre menni, vagy ú. n. zúg-kurzusokkal magukon segíteni. A klinika különválása folytán nagy veszteség érte a tanfolyamot, a mennyiben Szabó tanár értékes elméleti előadásai ezáltal elvesznek a tanfolyamra nézve. E veszteséget az oktatási bizottság úgy vélte legjobban pótolhatni, hogy kötelességévé tette az intézetek vezetőinek, hogy a hallgatók elméleti tudását megfelelő kézikönyv olvastatásával és időnként való colloquáltatásával mozdítsák elő. Salamon tanár úrnak nagy hálával tartozik az egyesület, mert előadásait hetenként 2 órán át továbbra is megtartja a poliklinikán (szerdán d. u. 4—6-ig).

Ez volna nagyjában a tanfolyam története és szervezete. Az egyesület úgy érzi, hogy e német mintára létesített tanfolyammal nemcsak a közegészségügynek tett szolgálatot, mert a tanfolyamot végzett fogorvosok már alapos tudással, nagy látókörrel mennek ki a gyakorlatba, hanem hálára kötelezte az orvosközönséget is, mert ennek most már nem kell külföldre mennie a szakma alapos elsajátítása céljából, sem pedig itthon selejtes, kétes értékű kurzusokkal beérnie. Ez ma nemcsak lelkiismereti és kényelmi kérdés, de óriási anyagi előnyt jelent, ha meggondoljuk, hogy 2000 korona ma legfeljebb a Berlinbe való útra elég.

Folyó évi április havában a tanfolyam egy napilapban megtámadtatásban részesült. Bár az oktatási bizottságnak fáj, hogy önzetlen munkájáért izléstelen hírlapi meghurczoltatás volt a jutalma, mégis tántoríthatatlanul tovább ment a kitűzött úton (mert tudta, hogy a támadást csak nemtelen személyi motívumok sugallhatták) és az ügyet veszni nem hagyta. Minden ideálisan gondolkodó kartársunk csak örömmel fogja üdvözölni szakmánk haladásának e mérföldjelzőjét hazánkban és csak azt kívánhatja, hogy az intézmény minél inkább viruljon és fejlődjék.





Pártoljuk a
hadiözvegycet!



Telefon:
József 39-29



Alapított 1846.

LIBÁL ÉS TÁRSA

lászerezés és műszerész

Budapest, VIII., József-körút 7.

Modern csiptetők és szemüvegek nagy választékban.

DENTAL EPÔT:

Teljes fogorvosi és fog-
technikai berendezések.
A fogászathoz szükséges
aranyak eladása és be-
cserélése.

SZINES LÁSZLÓ

Budapest, IX. ker., Ferencz-körút 34. szám.

Fogorvosi és Orvosi Műszergyár

Részvénytársaság

Budapest, VI, Szondy-u. 77 · Telefonhívószám 157-54

Gyárt és raktáron tart: Koronapréseket, vulkanizáló kazánokat, Csiszológépeket, Öntőpréseket, Furógépeket, Előmelegítő-kályhákat, Küvetta-préseket stb. — Javitások és nickelezések gyorsan, jutányosan és szakszerűen készíttetnek.

Budapesti fogtechnikai laboratórium

Budapest, VIII., Teleki-tér 3.

Fogorvosok szives
pártfogását kéri.

Vidéki megrendelések
24 óra alatt elvégeztetnek.



Injectiones ERI



**Az injectiós therápia céljait szolgáló
használatra kész steril oldatok.**

Saját eljárásom szerint készült fogászati érzéstelenítők.

Ezen saját eljárásom szerint különösen a fogászat céljaira készült injectiós érzéstelenítő készítményeim a legtisztább anyagból, az asepsis és sterilitás összes szabályainak szigorú figyelembe vétele mellett állítatnak elő. E készítmények csodálatos mély hatást idéznek elő, elkerülik a félelmetes utófájdalmat és utóvérzést és így a teljes fájdalommentes fogkezelést való ténnyé váltják.

Novogen dentale ERI

2 0/0 Novocain-Tonogennel.

Biztos, hosszantartó és ártalmatlan érzéstelenítő.

**A Novogen dentale ERI a legmeg-
bízhatóbb fogászati érzéstelenítő!**

Minden egyéb összetételű használatra kész
steril fogászati érzéstelenítők raktáron vannak!

Speciallaboratorium „ERI“

RÓZSAVÖLGYI IMRE GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, VI., Aréna-út 124. szám.

Telefon 24-18.

Ismertetés és kísérleti anyag ingyen!



Dr. EGGER-féle különleges készítmények

a fogorvosi gyakorlat számára.

2%-os Novocain-Metanephrin-injectiók

Dr. Egger használatra kész, beforrasztott, sterilizált ampullákban á 2 ccm tartalommal. Megbízható, változatlanul eltartható helyi érzéstelenítő, gyorsan beá. ló, hosszan tartó hatással.

Novocain-Metanephrin-tabletták Dr. Egger

minden tablettá 1 ccm. aq. dest.-ban feloldva ad egy használatra kész és szükséges mennyiségben mellék-vesekivonatot tartalmazó 2%-os novocain-oldatot.

Egleo-fogpép közkedvelt fogápoló-szer kitűnő kosmetikus hatással.

Dioxyn-szájviz erősen fertőtlenítő és oxigénfejlesztés által ható szájkosmetikum.

Dioxyn-fogpor lényeges superoxydtartalmánál fogva igen alkalmas fog és szájjápolási szer.

EGGER LABORATORIUM, BUDAPEST

DENTA

Dental-Depôt

LÁVER, GERGELY ÉS TÁRSA

VIII., Főherceg Sándó -utca 19 Vas-u. szemben

Telefon-hívó: József 5-60.

ÁLLANDÓ RAKTÁR:

Saját gyártmányu Favorit-Columbia műtőszékek kettős pumpával, kurblis székek, arany hengerlők (walznik) Grünsteín és Sharp koronahúzóprések, teljes fogorvosi és fogtechnikai berendezések, műszerek és tömőanyagokban.

Finger Frigyes

Budapest, VI., Hajós-utca 41.

Dental-Depot.

Telefon 16-49.

Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratóriumok berendezését, valamint e szakmába vágó műszerek javítását elvállalom.

Elektromedikai és mechanikai műhely.

Orvosilag elismert specialis gyógyszerkészítmények:

Glykomaltin. Száraz maláta, kola és glycerophosphattal. Ideg- és testi gyengeségnél ajánlatos.

Arsorobin. 0.05 és 0.01 Natr. methylarsenat oldat. Arsenkúrára.

Hydarsol. Sol: Mercurisalicylarsenat. Lues esetében: intravenás vagy intramuscularis befecskendezésre.

Piperazin Marberger. Szemcsés vagy 10% oldat formában, injectióknak: húgysavas diathesis, diabetesben.

Terimenth. Methylsalicylat, menthollal, neuralgiák, izomrheumánál tubusban.

Placatol. Oxydimethylchinisin, morphinnal. Tuberculosisnál a lázt, köhögést, hurutot csökkenti.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak:

MARBERGER GYULA orvos-gyógyszerészeti laboratóriuma, UJPEST.