

50516

F175

1-2



XI. évfolyam.

1918. 1. szám.

Január—Márczius hó.

# FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETÉNEK  
HIVATALOS KÖZLÖNYE.

SZERKESZTIK:

Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN és Dr. SZABÓ JÓZSEF.

ÁLLANDÓ MUNKATÁRSAK:

Dr. Rothman Ármin egyet. m.-tanár, Dr. Höncz Kálmán rk. egyet. tanár (Kolozsvar), Dr. Vajna Vilmos egyet. m.-tanár, Dr. Bányai Sándor, Dr. Berger Ferencz, Dr. Fried Samu, Dr. Halász Henrik (Miskolcz), Dr. Landgraf Lőrincz és Dr. Propper Miksa.

KIADÓ ÉS LAPTULAJDONOS:

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETE.

154

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL:

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

EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEDED  
1923/24. 1-79.

Megjelenik évenként négyszer.



Előfizetőknek szótküldését meg.

Tagsági díj évi 6 korona, melynek fejében a lap is ingyenesen jár.

Előfizetési díj nem tagok részére évi 6 korona.

Budapest, 1918. Márc. hó 10. n.



BUDAPEST, 1918.

K. B. kir. egyet.

# Neuman H.

műszerész és műszergyáros

**Budapest, VIII., József-körút 33. sz.**

Ő Fensége József kir. herczeg udvari szállítója.

Legmegbízhatóbb bevásárlási forrás az összes orvosi műszerek és egész berendezések beszerzésére. Az egyetemi klinikák és kórházak szállítója. — Orthopaediai készülékek, gépek és sérvkötők. — Elektromedikai gépek és tartozékok

**Műszerjavítás, köszörülés és nikkelezés.**

**Telefon 51—52. szám.**

# Finger Frigyes

**Budapest, VI., Hajós-utcza 41.**

**Dental-Depot.**

**Telefon 16-49.**

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

**Elektromedikai és mechanikai műhely.**



# FOGORVOSI SZEMLE

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

## TARTALOMJEGYZÉK:

### Eredeti közlemények:

<i>Dr. Major Emil</i> : A viaszképmás (moulage) készítéséről	1
<i>Dr. Zitz Julian</i> : Allsontsebészet a háboru alatt és a háboru után	20
<b>Szemelvények:</b>	
<i>Bimstein</i> : Die zahnärztlich-orthopädische Behandlung der Kieferverletzungen	29
<i>Prof. Dr. med. Adolf Becker</i> : Die chirurgische Behandlung der Schussverletzungen des Gesichtes und der Kiefer	34
<i>C. Fenner</i> : Die Behandlung von Wunden und Narben bei Kieferschuss-Verletzungen	40
<i>Prof. Dr. Euler</i> (Erlangen): Die Pseudarthrose des Unterkiefers	44
<i>Dozent Dr. O. Müller</i> (Burgdorf): Beitrag zur Amputation der Pulpa	48

### Könyvismertetések:

<i>P. Ritter und J. Kientopf</i> : Die Schulzahnpflege, ihre Organisation und Betrieb	50
<i>H. I. Mamlok und Dr. G. Gaspari</i> : Der Aluminium-Guss	51
<i>Partsch</i> : Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, der Zähne und Kiefer	51
<i>Dr. Höncz Kálmán</i>	55
Hírek	60
Jegyzőkönyvek	60
A közép-európai Fogorvos-Szövetség magyar osztálya alapszabály-tervezete	61
A közép-európai Fogorvos-Szövetség magyar osztályának tagjai	64
Az elnöki beszéd visszhangja	68
Felhívás az összes kartársakhoz	71

## A viaszképmás (moulage) készítéséről.

Irta: Dr. Major Emil ezredorvos, a Radom-i fogászati ambulorium vezetője.

A világháború öldöklő szerszámainak légiója oly sérüléseket produkált, a milyenekkel a békeidők sebésze csak elvétve, vagy egyáltalában nem találkozott. Talán a legborzalmasabb látványt azok az arc- és szájszövetek nyújtották, a kik a felismerhetetlenségig szétmarcangolt arczczal, tehetetlenül vergődve sem beszélni, sem táplálkozni nem tudtak. Mindegyik eset egy-egy megoldhatatlannak látszó problema. A mint azonban nőtt az esetek száma és borzalmas változatossága, épp oly lépésben haladt előre az orvosi tudomány is áldásthozó útján és a megoldott problémák, a gyógyultak nagy tömege, a kik visszanyerték emberi formájukat és munkaképességüket, fennen hirdetik a sebészet dicsőségét.

Ilyen eseteknek reprodukálása képezte egyik feladatomat a budapesti VI. számú tartalékkórházban, a hol szerencsés lehettem dr. Ertl János törzsorvos mesteri keze alatt gyógyult



eseteket sebesülésük és gyógyulásuk után viaszban reprodukálni. A viaszmoulage ugyanis minden fényképnél, rajznál tökéletesebben, szemléltetőbben rögzíti meg ezeket az eseteket. Beszédességgel tárják eléink ezek a néma, jajtalan moulageok a háború borzalmait.

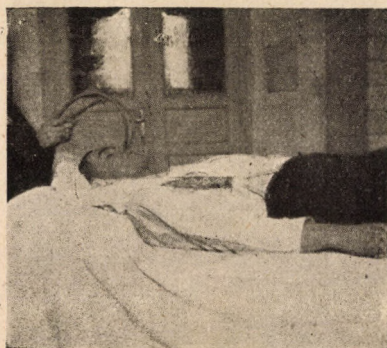
Az orvostudomány már régebben szolgálatába vette a viaszképmás részítést. Főleg bőrgyógyászati intézetek rendelkeznek nagy moulage-gyűjteményekkel, a melyek szemléltető módon mutatják be az előforduló kórképeket és így mint kiváló tanítási eszköz szerepelnek. Ezek az intézetek rendszeren hivatásos mesteremberekkel, mouléurökkal készíttetik praeparatumaikat, a kik titkukat féltékenyen őrizve, az orvosok számára hozzáférhetetlenné teszik a moulage-készítés technikáját. Sok esetben nem áll rendelkezésre az ilyen hivatásos mouleur és így számtalan tanulságos eset vész kárba a tudomány számára. Nem tartom tehát felesleges munkának, ha saját gyakorlatom alatt szerzett tapasztalataimat a moulage-készítés körül nyilvánosságra hozom abban a száraz sorrendben, a hogy a moulageok készítését gyakorlatban folytattam és így mindenkinek lehetővé teszem, hogy arravaló eseteit viaszban másolhassa.

Előre kell bocsátanom, hogy a moulage-készítés nem oly nehéz, a milyennek első pillanatban látszik. Tény az, hogy bizonyos manualitás, gyakorlat és színérzék szükséges a sikeres működéshez. A lényege egyszerű másolási technika, a melyhez szükséges manualitással minden fogorvos hivatásánál fogva rendelkezik, a színezést pedig kellő gyakorlat vagy tehetség híján hozzáértő emberekre lehet bízni. Majdnem mindenhol akad egy a festészetben valamelyes jártassággal bíró ember, a ki az irányelvek alapján a moulageok színezését végezheti. Főleg az arcz másolásával akarok foglalkozni, minthogy ez a legnehezebben másolható testrész.

#### *A mintavétel.*

A viaszmoulage a másolandó testrészről közvetlenül készített gipsznegativum után készül, tehát először a másolandó részből gipszmintát veszünk. E célból a beteget

horizontális helyzetbe fektetjük oly magasságban, hogy kényelmesen dolgozhassunk rajta. A legjobban megfelel erre a célra egy rendes magasságú, hosszabb asztal, műtőasztal vagy kerek hordágy. A fejet párnával alátámasztjuk és a lemásolandó területet körülhatároljuk kendőkkel, vattával, hogy a folyékony gipsz lefolyását megakadályozzuk. A fülnyílásokat vattával dugaszoljuk el. A legközelebbi feladatunk már most a beteg akadálytalan lélegzetvételéről gondoskodni mintavétel közben. Ezt az adott helyzet szerint vagy az orron,



1. ábra.

Lenyomathoz előkészített beteg, orrlégzéshez szolgáló csövekkel.

vagy a szájon keresztül érjük el. Ha pl. a betegről csukott szájjal akarjuk a mintát venni, akkor orrlégzésről gondoskodunk oly formán, hogy egy-egy kb. czeruza-vastagságú, lehetőleg vékony falu drainsövet dugunk az orrlyukakba (1. ábra) és ezeknek a csöveknek az orrba nyúló végeit azért, hogy a gipsz mellettük az orrlyukakba ne folyhasson, egy kis plasztikus lenyomatanyaggal (Stents, viasz) vesszük körül. Ügyeljünk arra, hogy a drainső és a lenyomatanyag ne feszítse szét az orrlyukakat, miáltal az orr szélesebb lenne. Ezért a csövek végén levő lenyomatanyagot az orrba helyezés után kissé összenyomjuk. Természetes, hogy mindennek előtt meggyőződünk arról, vajjon tud-e a beteg az orrán keresztül

zavartalanul lélegzeni. Ha ezt nem tudná, akkor az orrlégzésről le kell mondanunk és szájlégzésről kell gondoskodni. A szájlégzést minden esetben alkalmazzuk akkor, ha pl. a száj sebesülése a beteget megakadályozza a száj összecukásában, a mikor a szájüregről úgyis külön mintát kell vennünk. Ilyenkor az orrlyukakat vattával eldugaszoljuk és egy hüvelykujj vastagságú gummicsövet helyezünk a szájba kerülő lenyomatanyag közé, a mely csőnek hosszabb vége a



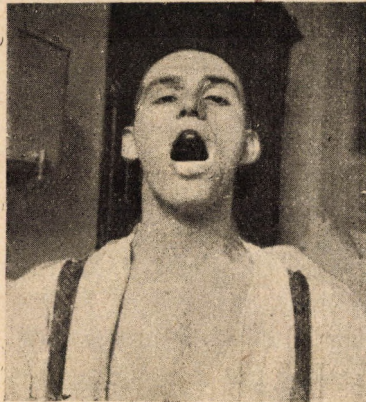
2. ábra.

Lenyomathoz előkészített beteg a stents-szel kitöltött szájüreggel és a szájlégzésre szolgáló csővel. A gipsz keverése.

szájon kívül (2. ábra) marad. Ebben az esetben persze arra is vigyáznunk kell, hogy a gummicső szájról szabad legyen, ne hogy a nyelv, a légyszájpad vagy a lenyomatanyag zárja el.

A lemintázandó területen esetleg előforduló, sebesülés okozta üregekről, vagy a nyitott szájüregről plastikus lenyomatanyaggal (Stents vagy más kompozitív anyag) külön vesszük a lenyomatot. Gipsz e célra nem használható, mert eltávolítása nagyon nehéz. A kompozitív lenyomatanyagok közül azok a legalkalmasabbak, a melyek aránylag alacsony hőfok mellett puhulnak, mert a sebüregben a magasabb hő fáj-

dalmat okoz. E téren nagyon jó tapasztalataim vannak a „Trilby“ nevű lenyomatanyaggal. A nemrég elhunyt dr. Henning „Elastine“ nevű lenyomatanyaga, — különösen nyitott sebeknél és érzékeny helyeken — kiváló szolgálatokat tett, mert nem izgatott és megkeményedése után oly ruganyos volt, hogy alámenő helyekről is a legnagyobb könnyűséggej volt eltávolítható. Sajnos, felfedezője az „Elastine“ összetételének titkát sírba vitte. Egy, az Elastinevel azonos tulaj-



3. ábra.

Az alsó és felső fogsor lenyomata visszahelyezve a szájba, a nyelv gipsszel lefedve.

donságokkal bíró lenyomatanyag előállítására a moulage technika érdekében fontos volna.

Ha az üregek alakja olyan, hogy belőlük a lenyomat könnyen távolítható el, akkor egyszerűen egy megfelelő nagyságú, felpuhított stentsdarabot nyomunk az üregbe és külső felületét lesimítjük. Ha oly üregekről kell lenyomatot venni, melyekből a lenyomatot egy darabban nem lehet eltávolítani, akkor vaselinnel bekent, kisebb darab lenyomatanyagot szorítunk az üregbe mindaddig, amíg azt teljesen kitöltöttük. Nyitott szájüreg lemintázásánál pl. szintén az egyes részletekről veszünk külön-külön lenyomatot. A 2. ábrával illusztrált esetben a következőképen jártam el. A beteg

rendes fogászati székbe ültettem és kiválasztva az ez esetben alkalmazható legkisebb szájkanalakat, az alsó- és felső fogsorról rendes stents-nyomatot vettem. A lenyomatokat a kanálból kivéve, azoknak buccalisan és labialisan fekvő részeit éles késsel annyira levágtam, hogy visszahelyezésükkor az ajkak és a pofákat ki ne nyomják, hanem rendes alakjukat megtartsák. Most a felső lenyomatnak a szájkánál palatinális homorulata által okozott bemélyedést stentsszel kitöltöttem, hogy síma felületet kapjak és visszahelyeztem a szájba. (3. ábra). Ha a lenyomatot nem hűtjük le teljesen keményre, akkor ez könnyen sikerül. Az alsó lenyomatot ugyanígy vágtam körül és tettem vissza az alsó fogsorra. Ezután a nyelvet is lefedtem bevaselinezett lenyomatanyaggal, a nyitott száj még üres részét pedig bevaselinezett stentsszel töltöttem ki, melynek közepébe egy hüvelykujj vastagságú gummicsovét iktattam a szájlégzés céljára. (4. ábra). Végül az orrnyílásokat vattával zártam el. A leírt módon járunk el akkor is, ha a nyitott szájüreggel kapcsolatban egy azzal határos defektusról is mintát akarunk venni.

Miután az üregeket megfelelő módon a lenyomatanyaggal kitöltöttük, következik:

#### *Az arczfelület lemintázása.*

Ennél a művelétnél a legnagyobb nehézséget a beteg félelme és nyugtalanzkodása okozza. Főigyekezetünk tehát az lesz, hogy a beteget minden úton-módon megnyugtassuk. Magyarázzuk meg neki, hogy semmiféle veszélyben nem forog, hogy neki semmiféle fájdalmat nem okozunk és főleg arra figyelmeztessük, hogy szemeit az egész művelet alatt nyugodtan tartsa becsukva és hogy a légzésre szolgáló csövön keresztül nyugodtan és mélyen vegyen lélegzetet. Sok ember ugyanis azt képzei, hogy ha a gipsz az orrát vagy száját befedi, daczára az alkalmazott csőnek, nem jut elég levegőhöz és megfullad, miért is nyugtalankodni kezd a mintavétel alatt. Hogy ezt elkerüljük, már a mintavétel előtt győzzük meg a beteget arról, hogy az alkalmazott csövön keresztül elég levegőt kap olyformán, hogy száját vagy orrát befogva, a



csővön keresztül lélegeztetjük. A mintavétel előtt a horizontálisan fekvő betegnél az egész lemintázandó területet, beleértve az üregekben fekvő lenyomatanyag szabad felületét is, vékonyan beolajozzuk, a szőrös részeket pedig még azonkívül jó vastag vaselinréteggel fedjük be úgy, hogy a vaselin egy a szőröket borító felületet alkotson és gipsz ne folyhasson a szőrzet közé. Ez utóbbi veszély különösen az ú. n. angol bajusznál és kemény, sörteszerűen kiálló szőrzetnél áll fenn. Ezeket különös gonddal takarjuk le vaselinnel, esetleg selyem-



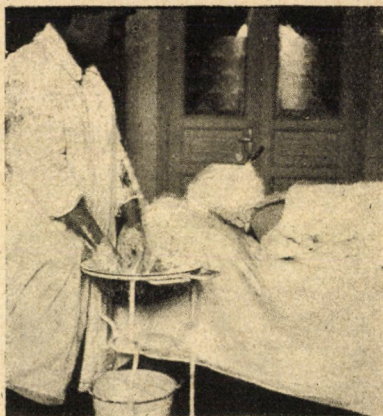
4. ábra.

A lenyomat-anyaggal kitöltött száj-  
üreg a lenyomatanyag közé iktatott  
szájlégzésre szolgáló csővel.

papírral. Egyes kiálló szőrszálakat vagy szőr csoportokat levágunk. Most még meggyőződünk róla, hogy a lemintázandó terület kellőképpen van-e kendővel és vattával elhatárolva, a fül — esetleg orrnyílások el vannak-e dugaszolva és, hogy a légzésre szolgáló csövek helyükön vannak-e. Ily előkészületek után a gipsz keveréséhez fogunk.

Egy mosdótálba felényire kissé langyos, 28—30° vizet töltünk, a melybe egy evőkanálnyi sót teszünk. A gipszet kissé hígabbra készítjük el, mint a rendszeres lenyomatvételnél szoktuk. Az egészet kezünkkel jól elkeverjük (2. ábra), a míg a gipsz egyenletes konszisztenciájú lesz és tenyerünkkel a pépet

kimerítve, azt egyenletesen a lemintázandó területre öntjük. Tekintettel arra, hogy a gipsz gyorsan szárad, lehetőleg gyorsan kell dolgoznunk, különösen ügyelve arra, hogy a



5. ábra.  
A beteg arcza gipsszel lefedve.



6. ábra.  
A gipsznegativum belseje, egyenesre körülvágott szélek, mellette a kiöntött lenyomat a szájüregről a stents eltávolítása előtt.

gipsz mindenfelé hatoljon. Angol bajusznál, erős szemöldöknél vigyázzunk arra, hogy a vaselint a gipsszel helyéről el ne toljuk, nehogy a gipsz a szőrzet közé folyjon; a gipszet tehát

a szörzet fölött kell elfolyatni. Az arcot kb. 1—2 cm.-nyi vastag gipszréteggel borítjuk be, melyet megkeményedni hagyunk. (5. ábra) Megkeményedés után a bőrt köröskörül elhúzva megmozgatjuk, miáltal a túlerős adhäsiót megszüntetjük és az egész gipszréteget az orrcsövek irányában leválasztjuk az arczról. Most a gipsznegativum széleit egyenesre körülvágjuk, eltávolítjuk belőle a légzésre szolgáló gummicsőveket, a megmaradt lyukakat gipsszel elzárjuk és a lenyomatot száradni tesszük. (6. ábra) Ha üregek is voltak, melyekről külön lenyomatot vettünk, akkor az onnan eltávolított lenyomatot összeállítjuk, viasszal összeragasztjuk és gipsszel kiöntjük. (6. ábra) A kiöntésnél arra ügyelünk, hogy a gipszréteg ne legyen vastag, mert ezt a részt az eredeti moulageba ragasztjuk, a miért is ennek nem szabad nehéznek lenni.

#### *A gipsznegativum előkészítése a viasz kiöntéséhez.*

A viaszt nem szabad közvetlenül a gipsznegativumba önteni, mert hozzátapad. Azért a gipsznegativumot előbb izoláló réteggel vonjuk be. A legjobb izoláló-anyag e célra az alkoholos sellak-oldat, a mely úgy készítendő, hogy egy fél liter alkoholba 30—40 gramm sellakot teszünk és ezt 24 óráig meleg helyen állni hagyjuk. A száraz gipsznegativumot ezen sellak-oldattal bevonjuk, figyelve arra, hogy a sellak egyenletes és vékony rétegben borítsa mindenhol a gipszet. A mélyedésekben esetleg felgyülemelő folyadékot száraz ecsettel kiitatjuk. E réteg száradása után másodsor, sőt harmadszor is bekenjük a negativumot sellakkal. A gipsz most már egy fénylő, barna sellak-réteggel van bevonva. Ha a sellak teljesen száraz, akkor az egész felületet vékonyan olajjal kenjük be és most következik a viasszal való kiöntés.

#### *A viasz-kiöntés.*

A kiöntéshez egy oly viasz-parafin keveréket használunk, a mely k. b. 60% fehéritett viaszt és 40% parafint tartalmaz. E két atkatrészt kellő mennyiségben egy tiszta, szárazra törült email mosdótálba tesszük és az egészet egy vízfürdőben, egy nagyobb lavoir forró vízben összeolvasztjuk. Főleg arra kell



vigyáznunk, hogy a viasz közé egy csepp víz se jusson, mert a víz csíkok alakjában jelentkezik a kiöntött moulageon, a melyek a festéssel nem takarhatók el és így a moulage szépségét nagyban rontják. A viasz-parafin keverék majdnem egészen fehér. Szükséges azonban, hogy a másolandó arc teint-jét már maga a viasz színe is adja meg. Ezért már a viaszt magát is festeni kell, mert a moulage festése oly vékony rétegben történik, hogy a viasz alapszínét ez a festés nem fedi kellően. Ha tehát barnás arcszín kell visszaadnunk, akkor már magához a viasz-parafin keverékhez megfelelő mennyiségű barna viaszt teszünk. Barna színű viaszt a leg egyszerűbb módon úgy készítünk, hogy egy kis edényben egy kevés viaszt nyitott lángon addig hevítünk, a míg az megég és barna színű lesz. Ebből az égetett viaszból annyit teszünk az összeolvasztott viasz-parafin keverékhez, amennyi a megfelelő teint eléréséhez szükséges. Itt szabályt felállítani nem lehet. A legjobb eljárás az, hogy a keverés arányát a viasz használata előtt határozzuk meg úgy, hogy egy színskálát készítünk összehasonlítás céljából.

A kiöntéshez szükségünk van két lavoirra és egy nagyobb edényre, a melyben a vízfürdőt készítjük. Az olvasztás előtt a lavoirt alaposan kitisztítjuk, figyelve arra, hogy abban a törlőruha szálai ne ragadjanak, mert ezek a viaszban csíkot képeznek és a moulageon zavarólag hatnak. Most a már teljesen száraz és tiszta mosdótálba kb. 20 dekagramm viaszt és 13 dekagramm parafint teszünk és a tálat a már előkészített forró vízfürdőbe tesszük mindaddig, a míg a viasz-parafin keverék teljesen folyékonyra nem olvad. Ekkor szükség szerinti mennyiségű égetett viaszt cseppentünk bele és az egészet egy száraz fakanállal összekeverjük. Itt meg akarom jegyezni még azt is, hogy a viasz hevítés közben meglehetősen nagy mennyiségben illan, ezért a viaszt, takarékoság szempontjából ne olvasszuk tovább, mint okvetlenül kell. A tálat kivéve a vízfürdőből, fenekét kendővel leszárítjuk, nehogy víz csöpöngen a viasszal a formába, száraz helyre tesszük, s addig várunk, a míg a viasz annyira lehült, hogy ujjunkat hosszabb ideig tarthatjuk benne. Ez ugyanis az a

hőmérsék, a melynél a viaszt az ürformába szabad önteni. Ha a viaszt forróbban öntjük, akkor az ürforma sallakrétege felolvad és rátapad a viaszra. Ha a viasz kellően lehült, akkor magunk elé tesszük a másik, szintén alaposan kitisztított és kiszáritott mosdótálat, balkezünkbe a felfelé fordított ürformát, jobbkezünkbe pedig a viasz-parafin keveréket tartalmazó mosdótálat vesszük és a másik mosdótál fölött beleöntjük a viaszt az ürformába (7. ábra), azt állandóan mozgatva és ügyelve arra, hogy a viasz az ürforma minden egyes részét mennél gyorsabban és egyenletesen érje. Ezért az ürforma



7. ábra.

Az ürforma kiöntése viasszal.

belsejét a viasszal kiöblítjük, a fölösleget lehetőleg gyorsan az elénk készített tálba öntjük. Most az üres tálat tesszük elénk és felvesszük azt, a melyben az ürformából kiöntött viasz van és a viaszt újból, a már leírt módon az ürformába és az üres tálba öntjük. Ezen eljárást mindaddig ismételjük, míg az ürforma belsejét kellő vastagságú (kb. 2—3 mm.), egyenletes viaszréteg fedi. Ha a viasz összeállt, akkor az ürforma szélein a viaszt éles késsel körülvágjuk, a felesleget eltávolítjuk és a viasz széleit óvatosan, lapos, tompa késsel, a gipszformáról köröskörül leválasztjuk, a míg az egész viasz-moulaget sikerül a formából kiemelni. Ezen eljárásnál

a moulage valamennyire elhajlik, ezért azt újból az űrformába tesszük, kezünkkel a falakhoz simítjuk, majd újból, most már könnyen kiemeljük és hideg vízben teljesen lehütjük (8. ábra).

#### *A moulage kidolgozása.*

Ha a moulage a formából kikerül, akkor a szemek csukottak, az orrlyukakat és az üregek helyét viaszlap zárja el. (8. ábra) A nyitott szem a moulagenak bizonyos élénkséget és nagyobb természetűséget kölcsönöz, azért a moulage csukott szemét műlegesen megnyitjuk olyformán, hogy a csukott szemhéjból, egy a nyitott szemrés alakjának megfelelő nyílást vágunk ki és a szemet egy belülről hozzáragasztott, kissé convex viaszlemezzel pótoljuk. A szemrés kivágásánál irányadóul szolgál a csukott szemrés és a két szemzúg. Az első metszést a csukott szemrés mentén az egyik szemzúgtól a másikig vezetjük. Ez a metszés adja az alsó szemhéj szélét. A felső szemhéjszél ív alakú metszését szintén az egyik szemzúgtól a másikig, a természet után vezetjük. A szemrés kivágásánál arra ügyeljünk, hogy ne csináljuk túl tágira. (9. ábra) A szemrés inkább kisebb legyen, mert nagy szem a moulagenak merev nézést ad. A felső szemhéj ránczát, a mely nyitott szemnél keletkezik, természet után, késsel mintázzuk. Ha a szemréseket kivágtuk, akkor egy síma, kissé beolajozott felületen, két, a szemréseknél kissé nagyobb 2—3 mm. vastagságú viaszlapocskát öntünk, azokat ujjunkkal egy kissé megdomborítjuk és a szemrés mögé meleg viasz-késsel odaragasztjuk. (10. ábra.)

Az orrnyílásokat befedő viaszlapocskát szintén kivágjuk és helyükbe tölcseralakúra formált viaszdarabkákat ragasztunk a moulage belső oldaláról.

Ha a lenyomatvételnél üregek is szerepeltek, akkor azoknak lenyomatát, mint már előbb említettem, vékony gipszréteggel öntjük ki, a stents eltávolítása után megszáritjuk, majd a gipszpositívumot folyékony viasz-parafin keverékbe mártjuk. A moulageon az üreget fedő viaszlapot kivágjuk (9. ábra) és magát a most már viaszréteggel bevont gipszpositívumot helyezzük a moulage belső feléről az üregnek meg-

felelő helyre. (10. ábra) Itt természetesen vigyázzunk arra hogy a gipszpositívum pontosan a természetes helyét foglalja el a moulageon. Ha a kiállítás jó, akkor a pozitívumot meleg viasz és viaszkes segélyével a moulagehoz rögzítjük.



8. ábra.  
A nyers moulage és a szájür  
gipszmintája.



9. ábra.  
A moulage kivágott szem-,  
száj- és orrnyílásokkal, tőle  
jobbra a beragasztáshoz  
kész gipsznegatívum a száj  
belsejéről. A moulagetől  
kétoldalt 1—1 domboru  
viaszlapocska, a szemek  
pótlására.

Gipsszel ezt a rögzítést végezni nem lehet, mert a gipsz áttűnik a vékony viasz-moulageon és annak színét annyira befolyásolja, hogy azt semmiféle fedőszínnel természetes színűvé tenni nem lehet. Az üregekről vett lenyomatot viasszal is ki lehet önteni, ez azonban mélyebb és komplikáltabb üre-

geknél meglehetősen nehéz eljárás és tekintettel arra, hogy az üregek természetű visszaadása nem kívánja a viaszt mint alapot, azért a könnyebb eljárást, a gipsszel való kiöntést ajánlom. Ha az üregeket is viasszal akarjuk reprodukálni, akkor a lenyomatból egy gipszpozitívumot, ebből viszont egy gipsznegatívumot kell készíteni, amelyet azután viasszal, a már leírt módon öntünk ki. A viasz leválasztása egyszerű üregeknél egy darabban történik, komplikáltabb esetben a viaszt könnyebb leválasztás céljából késsel két, esetleg több darabra



10. ábra.

A moulage nyitott szemekkel (hátról beragasztott viaszlapok) és szájüri gipszintával.



11. ábra.

A kidolgozott és felmontírozott moulage.

vágjuk, leválasztás után ismét összeállítjuk és a moulageba ragasztjuk.

Következik már most:

#### *A moulage festése*

és ezzel egyuttal elérkeztem a legnehezebb fejezethez. Itt csak egyes szabályokat és irányadó elveket adhatok meg a festés technikájára vonatkozólag. Magát a festést, mint általában a festészetet, könyvből megtanulni nem lehet. Vannak ugyan bizonyos sablonos előírások, amelyeket szem előtt tartva, a célnak megfelelő moulaget lehet készíteni, de annak művészi tökélye rátermettséget és színérzéklet igényel.

Mielőtt a moulage festéséhez fogunk, azt a rajta tapadó olajtól, alkoholba mártott gazeval alaposan megtisztítjuk. A



festéshez tubusokban kapható, rendes olajfestékeket használunk, melyeket terpentinolajjal hígítunk. A festéshez a következőkre van szükségünk: 1. Festékek: fehér, ockersárga, karmínpiros, sötétbarna, berlinikék és fekete színűek. 2. Egyéb felszerelés: két darab ecset, (amelyek közül az egyik vékonyabb, a másik lehetőleg vastag legyen) 1 üveglap, melyen a festékeket keverjük, egy üveg alkohol, egy üveg átlátszó spirituszlakk hozzávaló kis ecsettel, egy üveg terpentinolaj, két szélesszájú edény, amelynek egyike terpentin, másika alkohol befogadására szolgál az ecsetek kimosásához és végül négyzetes darabokra vágott gaze (tupferek) az ecsetek kitörlésére. Az új ecsetek, különösen ha nem elsőrangú gyártmányok, szálakat engednek, amelyek a moulageba tapadnak. Azért az ecseteket használat előtt jól mossuk ki és a szőrzetüket erősen kössük meg, úgy, hogy csak rövid végük maradjon szabad.

A moulage festésénél a főelv az, hogy a festéket csak nagyon vékony rétegben szabad felrakni úgy, hogy a festék a moulageon ne legyen észrevehető. Ezt legjobban érzük el, ha a festéket nem kenjük az ecsettel, mint azt a festészetben szokták, hanem az ecsetet törlő módjára kezeljük. (tupfolás) A tubusból a szükséges színből egy kb. félborsónagyságu mennyiséget az üveglapra nyomunk. Azután a vékonyabb ecsettel egy néhány csepp terpentint teszünk mellé és az ecsetet felváltva a festékbe és terpentinbe téve, a kettőt az üveglapon jól összekeverjük. Ha egy második színt is hozzá akarunk keverni, akkor az ecsetet előbb erre a célra előkészített terpentinben kimossuk, kissé leszárítjuk (gazeval) az üveglapon lévő második színbe mártjuk és a már terpentinnel hígított színnel összekeverjük. Az ecsetre csak nagyon kevés festéket szabad venni, ezért a színbe mártás után az ecsetet egy darabka gazebe jól megtörljük és csak ezután visszük az ecsetben maradó festéket óvatos, tupfoló mozgásokkal a moulagera. Majd a vastagabb ecsettel erőteljesen és egyenletesen széttörljük a festéknyomokat. Ennyit a moulagefestés technikájáról általában.

A tiszta kidolgozás érdekében fontos, mint hogy a

mouflageon minden legkisebb nyom a festékek leheletszerű alkalmazása folytán látszik, — hogy minden dolgunkat a mouflageon a legpedánsabb tisztasággal és pontossággal végezzük. Azért a festést azokon a speciális részleteken kezdjük, amelyek a mouflageon a legfontosabbak. Így pl. előforduló hegeket, sebeket, pathologiai eltéréseket színezzük elsősorban. Ezek után rátérünk a szemekre, orrnyílásokra, ajkakra. (nyitott száznál a száj belsejére) Mikor mindezzel már készen vagyunk, kezdjük el az arc színezését. A megadott sorrend betartása azért célszerű, mert az apróbb részletek megfestésénél sokszor vagyunk kénytelenek a biztosabb ecsetvivés érdekében az arcra támaszkodni, amikor a már megfestett arcszínét könnyen eltörölhetjük. Végül a haját festjük. A speciális árnyékolást, mint pl. a szemek alatti kékes gyűrűt, a halánték sötétebb tónusát, a beretvált szakáll és bajusz kékes-szürke színét, az erezetet utoljára hagyjuk, amikor a moulage egységes képe jobban engedi az egyes részleteket kidomborítani. Természetes, hogy minden egyes színnek, mielőtt a másikat rávisszük, előbb meg kell száradni, ne hogy az első színt a másodikkal eltöröljük. Ez különösen fontos akkor, ha a festéket spiritalakkal keverve, — amiről még később szó lesz, — alkalmazzuk.

Az egyes speciális részleteket pontosan a természet után festjük. Alaposan megfigyelve pl. egy keloidos heget, azt látjuk, hogy a vonal- vagy csillag-alakú heg kissé kiemelkedő, halvány rózsaszínű és fényes felületű, környezete pedig barnásan pigmentált, szintén kissé fényes felületű, míg a heg és a pigmentált rész között egy kissé világosabb sáv húzódik. Ilyen heget pl. úgy színezzük, hogy a hegvonalat magát karmínpiros színnel fedjük be. A mellette levő világosabb sávot egy lehelletnyi fehér csikkal jelezzük, az azon túl levő pigmentált részt pedig barnára ugyancsak lehelletszerűen színezzük. Ha a karmínpiros szín a heg fölött megszáradt, akkor azt fehér festékekkel tompítjuk, miáltal a heg rózsás színét nyerjük. A felvett hegvonal fényességét spiritalakkal adjuk meg, melynek fényét alkohollal való hígítás által szabályozhatjuk. A pigmentált résznek tompább fényességét szín-

tén alkohollal hígított lakkal adjuk vissza. A behúzódott hegeket is ilyenformán színezzük. Nyitott sebeket karminpirosra festünk, majd a karmin túl élénk pirosságát fehérrel tompítjuk. A seb fényes, nedvedző felülete lakkal való bevonással érhető el. A szürkés vagy sárgás lepedéket, ugyszintén a rátapadó véralvadékok, genny vagy vércseppeket a megfelelő színnek lakkal való keverése által, a folyó nyálat pedig tiszta lakkal természetűen adhatjuk vissza. Szem előtt kell tartani, hogy a tubusból kivett festék nem keverődik a lakkal, csak úgy, ha a festéket előbb terpentinnel hígítjuk. A sebek széleit sötétpiros csíkkal élesen határoljuk, a csíkon kívül az elhaló felhámnak fehérebb színét egy vékony, lehelletnyi fehér csíkkal jelezzük, a seb környezetét elfoglaló gyuladós pírt karminnal, fehérrel tompítva adjuk vissza. A gyuladós hely fölötti bőr rendesen feszes és fényes, amit a moulageon alkohollal hígított lakkal idézünk elő. Ugyancsak karminpiros alapszínnel, fehérrel tompítva festjük meg az ajkakát és a száj belsejét. Lividkék ajkaknál a karminba, mint alapszínbe egy kevés kék festéket keverünk. Az ajkak szélein egy elmosódott, vékony fehér sávot húzunk és az ajkakát tompa fényű, hígított lakkal fedjük, míg a száj belsejét, a fényes nedvedző felület természetű visszaadása végett tiszta lakkal vonjuk be. Az orrlyukak belsejét vörösesbarnára festjük. A szemeknél először a szemgolyót festjük meg kékes tónusu fehér színnel. Ha a fehér szín teljesen megszáradt, kirajzoljuk a megfelelő barna, szürke vagy kékesszürke festékekkel az iris köralakú határait. Majd a kör egész területét a megfelelő színnek világosabb árnyalatával befestjük, ezután ugyanazon szín sötétebb árnyalatával az iris belsejét pontozzuk és konturjai vékony vonallal megrajzoljuk, végül sötétbarna színnel az iris közepébe a pupillát festjük. A belső szemzúgokban látszó könnyzacskókat halvány rózsaszínnel jelezzük. Ha a festés teljesen megszáradt, akkor az egész szemet tiszta lakkal vonjuk be úgy, hogy a lakkot inkább a szembe cseppentjük, nehogy az ecsettel a felrakott festékeket elkenjük. Ezen részletek megfestése után áttérünk az arc színezésére.

Az arc alapszíne tulajdonképpen már maga a viasz színe.

A bőr vörösesbarna tónusát a karminpiros és sötétbarna szín különböző arányban keverve, adja meg aszerint, hogy vöröses vagy barnás tónust akarunk-e kapni. Néha, ha a szükség kívánja, egy kevés ockert is keverhetünk közé. A megfelelő színt csakis kísérletezés után találhatjuk el. Az arcszínt befolyásolhatjuk azzal is, hogy a moulage belsejét barna, vörös vagy sárga színnel befestjük. Pontos útbaigazítást természetesen itt adni nem lehet. Az arc festését a homlokon kezdjük a már leírt módon, mindig szem előtt tartva, hogy



12. ábra.

Moulage a radomi fogászati ambulátorium rendelőjében.

csak nagyon kevés festéket vigyünk jól megtörölt ecsettel a moulagera és még azt a kevés festéket is az e célra előkészített vastagabb ecsettel erőteljesen és egyenletesen töröljük szét. Így dolgozzuk végig az egész arcot, a már megfestett részleteket óvatosan kerülve. A halántékok és a pofák sötétebb színét úgy hozzuk ki, hogy az arc alapszínéhez valamivel több barna színt véve, azokat újból átfestjük. A szem alatti kékes színt, a homlokon áttünő erezetet egy kevés szürke színnek a megfelelő helyre való óvatos rátupfolásával jelezhetjük. A szürke színt a fehér és fekete színek keveréséből kapjuk. A szempillákat sötétbarna, tupfolt vonással jelez-

zük. A haját és szemöldököt hígított lakkal kevert megfelelő színű festékekkel festjük. Itt meg kell még jegyezni, hogy fekete festéket még teljesen fekete haj visszaadásánál sem jó használni, mert a moulageon a fekete festék természetellenesen kír. Ha a beretvált szakáll színét is fel akarjuk tüntetni a moulageon, akkor azt sötétbarna, vagy sötétszürke színnek a megfelelő helyre való óvatos rátupfolásával tehetjük.

#### *A moulage montirozása.*

Ha a moulage kellően megszáradt, akkor a szélein egy fekete, síma deszkára, hosszú drótszögekkel rászögezzük. A moulaget végül egy fehér, organtinmull pólyával határoljuk körül úgy, hogy a pólya a moulage széleit jól fedje. (11. ábra) A moulagenak nagy hátránya az, hogy melegebb helyen tartva felpuhul és formáját veszti és könnyen törik. Ezért tanácsos a kész moulageokat hűvös hőmérsékletű helyen, üvegszekrénybe zárni.

Ezzel a dolgozattal iparkodtam a moulage készítési módját főbb vonásaiban ismertetni, egyszersmind kiemelve azt is, hogy nem meríthettem ki az összes lehető eljárásokat az egyes adott helyzetekben, mert sokszor lesz a moulage készítője saját leleményességére utalva úgy a lenyomatvételnél, mint a moulage kidolgozásánál. (12. ábra)

## Állcsontsebészet a háború alatt és a háború után.\*

— Közlemény a cs. és k. 4. hadsereg hadi fogklinikájából. —

A Fogorvosi Szemle számára írta: **dr. Zilz Julian**, főörzsorvos,  
egyetemi magántanár.

Az 1914 augusztusa óta dúló világháború, a milliós embertömegek szertelen küzdelme, a hadvezéreket soha nem sejtett feladatok és problémák megoldására kényszerítette. A mit haditéren véghezvittek, a mit a technika hallatlan haladása nyújtott, a mit egészségügyi intézmények és hygienikus intézkedések tekintetében létesítettek, arról az elkövetkező béke áldásos napjaiban a haditörténelem fog bőségesen beszámolni. Arról azonban már ma is nyomatékosan szólhatunk, hogy ez a nagystilű szervezet mily alapos átgondolással épült fel és mennyire mintaszerűen működött minden vonatkozásában. Az egészségügy megérdemli, hogy e tekintetben külön megemlékezzünk róla. Ma már a hadsereg minden tagja tudja, hogy a sebészet és hygiene milyen gondos körülményekkel, milyen tudományos átgondoltsággal és gyakorlati biztonsággal működött és ezáltal milyen kiváló eredményeket ért el. A járványokat csirájában elfojtottuk, az pedig, hogyan kell a szörványosan fellépő járványos megbetegedéseket a közvetlenül az első vonal mögötti járványkórházakban eredményesen kezelni, az ma már a köztudatba ment át. A féregtelenítők, fürdőintézetek, üdülőtelepek, tuberkulózisotthonok, a fűrészmalmok, wollingyarak, automűhelyek,

---

\* Klinikai előadás, 1917.

confectiók intézetek stb. a jelenlegi háborúban a front mögött a jóléti intézmények kiegészítő részei. A szállítási ügy éppen oly kitűnően van szervezve, mint a tábori egészségügy többi hadirendelkezései. A ki ezen intézmények áldásos működését a maga testén érezte és kipróbálta, az hálás szívvvel gondol azon illetékes tényezőkre, a kiknek kezére a hadvezetőség ezen intézmények felállítását és vezetését bízta.

A maga nemében egészen különleges intézet a cs. és k. IV. hadsereg 1914 decemberében általam felállított *hadi fogklinikája*, mely az azelőtti 4/2. (204.) tábori kórházból keletkezett. Itt is beigazolódott a közmondás: a hol megvan az akarát, ott megtalálják a módját is! Egy fogklinikák megteremtése a hadtápterületen elengedhetetlen követelmény, ha meggondoljuk, hogy súlyos állcsontsérültek szállítása milyen bajos, sőt sok esetben mennyire keresztülvihetetlen. A míg a tábori egészségügyi intézetek és továbbító állomások között tökéletes automobil-forgalom nincsen szervezve, a mely lehetővé tenné ezen sebesültek továbbszállítását a legrövidebb idő alatt *klinikai berendezéssel* bíró fogorvosi intézetekbe, addig alig lehet gondolni aállításukra. Természetesen csak azokra az esetekre gondolunk, melyeknél nagyobb állcsont-rész elvesztéséről van szó, a megmaradt kemény részek összezúzásával. Így például klinikánkba *néhány órával a sebesülés után* olyan sérülteket szállítanak be, kik nem tudván nyelni, se beszélni, se enni, a nyomornak legszánalmasabb képét mutatják, a kik elvérzetten és a szenvedett sokk folytán lelkiileg is a pusztulás szélén állanak. *Ilyen sebesültet*, a kit garatszonda segítségével kell táplálni — a mi éppen nem olyan egyszerű, ha elgondoljuk, hogy éppen az intelligensek közül a legtöbbnek leküzdhetetlen ellenszenvvel viseltetnek iránta —, *nem szabad és nem lehet szállítani*, mert több mint valószínű, hogy hosszabb kocsiúton, vagy hevenyészett vasúti transzporton elpusztul. Nem is említem itt a folyadék-pótló cseppklysmákat, a konyhasó befecskendezéseket, vérzés-csillapítást, a gondos H<sub>2</sub> O<sub>2</sub> szájápolást, mely az általam a háború kezdetétől gyakorolt nyílt sebkezelésnél gyakran már az első negyedórában szükséges. Mindezen körülmények

kizárják a hosszabb transzportot és indokolják a *hadtápvonalon felállított fogklinika* szükségességét.

*A klinikailag működő fogorvosnak teljes értékű orvosnak kell lennie, nem szabad függnie a sebésztől.* Neki magának kell az egész sebészi kezelést keresztülvinnie, tökéletesen fel kell találnia magát a körképben. Úgyszólván együtt nő a beteganyaggal: a magakészítette röntgen-képen kell leolvasnia tudni, mi vezett el a csontból, mily terjedelmű szilánkok, csonkok vannak jelen, mit és mennyit lehet a meglévő csontállományból megtartani — csak ha mindezt tudja, akkor lehet áldásos sebészi-prothetikai működésről szó. *Klinikámon ez a mindennapi kenyér.* A sebesültnek az orvosokkal együtt kell élnie, *vagyis nem kezelhető kizárólag ambulanter, sem nem szabadságot hosszabb időre,* mert távolról sem tettünk eleget kötelességünknek azzal, hogy a beteget ellátjuk valamilyen sínnel, azután sorsára hagyjuk. A klinikán meg van adva a lehetőség az esetleges javítások eszközzésére és az orvosok és ápolók a napi visiteknél és gyakori szájmossa-soknál mindenkor ellenőrizhetik, vajjon a sebesült csakugyan viseli-e e sínt (ha levehető), továbbá azt, vajjon tényleg immobilizál és rögzíti-e a törvégeket.

A hadi fogklinika legértékesebb eredményeit akkor érte el, ha a sebesültek beszállítása után avatott kezek rögtön hozzáfogtak a sebészi, illetve sebész-prothetikai kezeléshez.

\* \* \*

A hadi fogklinika hivatása először a fogbetegségek kezelése, fogpótlás és szájjápolás, másodszor pedig az állcsont-sérültek sebészi kezelése.

Az első csoportbeli ténykedés célja mindazt elhárítani, a mi a katona szolgálati kötelezettségét hátráltatná, a mi katonai és hadi tevékenységében akadályozná. Az általam e hadse-regnél 1914 decemberében életbeléptetett mozgó fogorvosi táborig ambulatoriumoknak ez a feladatuk.

Még fontosabb bizonyára a háborúban a másik csoportbeli ténykedés: *az állcsontsérültek sebészi gondozása és az egyéb szájbetegségek kezelése.* Miként a modern sebészet



a háborúban a sebesülteket és sérülteket egyre tökéletesebben ellátta, úgy ugyanekkor e disciplina testvére, a foggyógyászat is nemes vetélykedésben hol az egyik, hol a másik irányban áldásos működést fejtett ki. Az állcsontok lövéses sérüléseire gondolok ilyenkor, nevezetesen az alsó állcsontéra, mely az összes csontlövések között perczentaliter a leggyakoribb.

Az állcsontlövések mortalitása előző háborúkban nagyon nagy volt és 50%-ig is emelkedett. A jelenlegi világháborúban az eddigi tapasztalatok szerint az állcsontsérülések százalékszámá messze túlhaladja a régebbi becsléseket. Megállapított ténynek vehetjük, hogy a mai harczmodor mellett, továbbá a modern ágyúk, robbanólövedékek, aknák és kézi-gránátok tűzhatása folytán az állcsontlövések a tíz- és tizenöt-szörösre szaporodtak. Száz állcsontsérült között körülbelül 85—90% aránylag rövid idő alatt mint *szolgálatképes* megy a gyűjtőhelyen keresztül az illető káder üdülőtelepére. Nagy örömmökre szolgál, hogy hadi fogklinikámon sok németbirodalmi állcsontsérültet kezeltünk, kik közül kettő szövödményes betegségben halt el, a többbit majdnem valamennyit a gyógyhajlam beálltával a Hinterlandba küldhettük.

Nem a lövés seb gyógyítása igényli beavatkozásunkat, hanem az állcsontok normális működését akadályozó következmények elhárítását célzó prothetikus kezelés, mint a minők a szájjár, a rágómozgások korlátozottsága, a nyálfolyás, az arcztorzulások.

Az állcsonttörések kezelésének lényege nagyjában a következőkből áll:

a) az *eltört állcsont normális helyzetének, továbbá az articulatio és oclusio helyreállítása és ezen helyzetben való kielégítő és elmozdíthatatlan biztosítása;*

b) *elvesztett állcsontdarabok és fogak pótlása;*

c) *külső és belső sebkezelés (csont- és bőrplasztikával).*

Nagyon messze vezetne a rengeteg sok sín-szerkezet és változat részletes leírása. Az utóbbi három év a sín-szerkesztés tekintetében különféle kérdéseket és problémákat vetett fel. A felelet, méltatás és kipróbálás ideje még nem érkezett el. *De az anyagnak folyton napirenden való tartásával, továbbá*

*a folytonos újítások és javítások által ezen problémák egyre jobban tisztázódnak, úgy hogy már kidomborodik a mai idők iránya és módja, mellyel az új követelményeknek megfelelően igyekezett.*

Működésünk jelzi az utat, melyen tántoríthatatlanul haladnunk kell. Mindenekelőtt arra kell törekednünk, hogy azokat a síneket és elmés segédeszközöket, melyeket a háború alatt egyéni ötletességgel nemnemes- és pótanyagokból készítettünk, nemes anyagon próbáljuk ki. Nem rendelkezünk és nem rendelkezünk azokkal az anyagokkal, melyek békeidőben oly könnyen megszerezhetők voltak, mint az arany, platina és valódi fogak. Meg kellett és kell elégednünk pótanyagokkal, melyek a háborúban ugyan kitűnő szolgálatokat tettek, de a melyektől nem kívánhatunk évekre terjedő tartósságot. A kaucsuk, melyet feldolgozunk, az regenerált nem valódi kaucsuk, sőt a nemvalódi fogak is csak „hamis“ nemvalódi fogak, melyek jószág tekintetében messze mögötte állanak a békeidőbeli „valódi“ nemvalódi fogaknak.

Ez a borzalmas háború, mely a fogászatban is „áttanulásra“ kényszerített bennünket, meghozta ugyan azt a fogpótlást, mellyel az állcsontsérült fogatlan katona ugyan frontszolgálatra alkalmas lesz, de a mely semmiképpen sem alkalmas arra, hogy a jövőben, vagyis a békeidőben jó szolgálatokat tegyen.

Magától értetődik és a szájüregbeli sebek hegesedőzsugorodási gyógyhajlamából magyarázható, hogy ezen prothesisek bizonyos idő múlva már nem illenek jól és állandó prothesissel cserélendők fel, melynek azonban a legjobb nemes anyagból kell készülnie. Röviden mondva: sebek zsugorodnak, de prothesisek nem! Gondoljunk továbbá a csavarokra és csavarocskákra; a csapokra és csapocskákra; a csavaros gyűrűkre, sarkantyúkra, gombocskákra, nyargalókra stb., melyek nem nemes anyagból készítve bizony nagyon gyarlók.

Ha elgondoljuk, hogy azok az állcsontsérültek, a kik jelenleg még fogklinikán tartózkodnak, ott a bajuknak megfelelő élelmezést is kapják, abból megítélhetjük, hogy meny-

nyire iparkodunk gondjukat viselni. Ha továbbá tudjuk, hogy e helyen mindig van segítség, ha fájdalom lép fel vagy egy prothesis javításra szorul; hogy a néha éveket igénylő plastikák mindenkor folytathatók vagy kiegészíthetők; ha hozzávesszük az általános gondos ápolást, mely a lesorvadt testet felfrissíti és a hol fény- és fürdőgyógymódok az idegeket erősítik, akkor megérthetjük, hogy mit fog az állcsontsérült, a ki meggyógyulva is csak latens-gyógyult, a békeidőben nélkülözni, a nélkül, hogy igazában nélkülözhetné . . .

Kötelességemnek tartom, hogy minden alkalommal felhívjam a közfigyelmet az állcsontsérültekre, ezekre a legnyomorultabb sebesültekre, a kik nem tudnak beszélni, rágni, enni, a kik eltorzultságukban szégyenkezve elbújnak, hogy nyálfolvásuk környezetükben undort ne keltsen. Elgyötörten a melancolia, az életunalom martalékai lesznek — anélkül, hogy e nyomorultak baja elég imponáló volna a közrészvét felkelésére.

Nem látják a bajt, nem tudják, hogy létezik egy „nyugvó infectio“, mely majd nem hagy nekünk nyugtot, hogy itt elrejtve egy bacterium-telep él, melyből a feléledt rezidiv táplálékát szívja.

*Hart* szerint bacteriumoknak retentiojánál nagy szerepet játszanak a testben visszamaradt lövedékek és azok részei, valamint természetesen egyéb csiratartalmú idegen testek, mint pl. kövek, melyek a karszt-harczokban többször okoznak sérülést, mint a lövedékek maguk. Ezen idegen testek körül sarjgát képződik, mely végül heges kötőszövet-tokká alakul át, melyben gyakran kevés savós vagy genyes folyadékkal együtt az idegen test és a bacteriumok el vannak zárva, mintegy bebörtönözve. A csirák évekig is életképesek maradhatnak. Téves dolog a löttsebnek síma gyógyulásából azt következtetni, hogy nem inficiáltatott és nem egy frontorvos csodálkozna és ítéletében óvatosabb lenne, ha ismerné a sebészek és kórboncznokok tapasztalatait a honi kórházakban.

Ilyen lappangó gócz megállapítása azért nagyfontosságú, mert jóidővel a sérülésen túl, illetőleg azon pillanattól, a mikor az állcsontsérült „gyógyultan“ elbocsáttatott, az ilyen lappangó

strepto- vagy staphylococcus gócz késői megbetegedésekhez vezethet, melyek azonban a hadisérülés rovására irandók. Ezért a német törvény intézkedései szerint még 10 évvel a sérülés után is emelhetők hadikárpótlási igények, tehát a *lappangó (latens) infectio* kérdése szoros összefüggésben van a késői járadékkárpótlással állcsontsérülés esetében. Ezzel nemzetgazdasági kérdést érintünk, illetőleg olyan problémához érkeztünk, mely népegészségügyi ministeriumhoz, illetve a két (Wien, Budapest) Hadigondozó Hivatal ügykörébe tartozik.

Eddig nem történt semmi intézkedés abban a tekintetben, hogy a háború után ezen lappangó gyógyultak számára olyan gyógyintézet álljon rendelkezésre, a hová abban az esetben fordulhatnak, ha bizonyos idő múlva a szervezet védőberendezéseinek bármely zavara folytán pl. valamely csontszilánk, mely annakidején a kutató röntgen-sugarak elől mintegy elbújt, újból „dolgozni“ kezd, genygóczot képez és ezzel megint megindul a destruktív tevékenység, ha a háborúban szenvedett és látszólag gyógyult sérülés ismét életjelt ad magáról. Ki fogja levenni a szilárdan ülő sint abban a pillanatban, a mikor az egyensúly a lappangó *infectio* és a szervezet védőberendezései között megzavartatott, ki és hol fogják az új sint (immediatprothesis) megcsinálni?

Nem szemrehányásképpen mondom, hanem felvilágosításul, hogy az az ember, kinek állkapcsát egy úgynevezett *humanus lövedék* a *leginhumanusabb* módon szétroncsolta, csakúgy igényt tarthat prothesisre, mint a végtagcsonkultak, a kikről már fényesen gondoskodtak, mert a kéz vagy láb hiánya sokkal feltűnőbb, mint egy teljes foghiány vagy állizület. Meg sem gondolják, hogy a fogazat, e táplálékaprító gép a szervezet épségben, sőt életbentartására fontosabb lehet, mint egy prothesisrel helyettesítendő balkar. Képzeljünk csak el tanítót, papot, énekest, a kik nem tudnak többé tisztán érthető hangot képezni, ha nem gondoskodunk arról, hogy háborús sérüléseik a békében esetről-esetre kiegészítőleg gyógykezeltessenek.

Harminckilenc háborús hónap megfeszítő munkája és

alapos tanulmányok után feljogosítva érzem magamat, hogy ezt az ideális követelményt felállítsam és kikérjem hathatós támogatásukat és közreműködésüket ezen életbevágó problema megoldásához. Szivleljék meg a javaslatot, mely odairányul, hogy a háborús sérülteknek ne csak a külsejét, a faszádját kell helyreállítani, hanem gondoljunk a „belső emberre“ is, kit ugyancsak restaurálni kell.

Jól tudom, hogy a feladat megvalósítása nem könnyű, hogy számos erő egyesítésére és megfeszítésére lesz szükség, hogy olyan intézmény alapjait lerakjuk, melyben ezer és ezer olyan állcsontsérült reménye fog újraéledni, kiknek az önálló tudományra felküzködött állcsontsebészet meghozhatja egy különben gyötrelmes élettől való megváltást.

Hiszem, hogy szavaim ma — bocsássák meg a kemény kifejezést — nem találtak süket fülekre, hogy sikerült a segítői készséget felébresztenem és Önöket egy nemes ügy iránt fogékonyra tenni. Remélem, kívánom és óhajtom, hogy ez a problema, melynek megoldásához máris hozzá kellene fogni, nem marad a jövő problémája, hogy a helyesítés szavai — csak ilyenek létezhetnek! — nem lesznek csupán jövő zenéje.

Ha meg lesz az akarat, meg lesz a mód is ezen nemes cél elérésére, mert a helyes irányba terelt jótékonyság csodákat tud művelni. Hozzá kell tehát fogni és versenyezzenek e tekintetben német bajtársainkkal, kik már útban vannak a fenkölt eszme megvalósításához, hogy nálunk is legyen Bécsben és Budapesten *központi utókezelő gyógyintézet állcsontsérültek számára*, melyek azután egyszersmind és elsősorban a *katonaorvosi újabb nemzedék* számára kutató és tanintézetül szolgálnának a fogászat, állcsont- és arcsebészet terén.

Nemcsak a németeknek szervezőtehetsége keres itt újabb érvényesülést, hanem az a morális kötelesség, mely ezen legborzalmasabb háborúból épen kikerültekhez fordul, hogy meg ne feledkezzenek az állcsontsérültekről sem, ha majd a „béke áldásait“ kürtölő frázisok szertehangzanak a hazában. A németek, kik sosem térnek ki az idők követelményei előtt,

mint elsők próbálkoztak meg, hogy emberszerető terveiket megvalósítsák.

A véletlen röviddel ezelőtt egy hírt sodort elémbé, mely mintegy visszhangja az általam mindig hangoztatott követelménynek. A „Zahnärztliche Rundschau“ (Berlin, 1917 jún. 17. No 25.) a különfélék rovatában a következő olvasható:

„A rajna—westfáli nagyipar és rajnai családok rendelkezésre bocsájtották az anyagi eszközöket, hogy a düsseldorfi állcsontkórház a háború után is fennállhasson, mint utókezelő gyógyintézet gyógyult állcsontsérültek részére és mint közhasznú intézmény a fogászati-, állcsont- és arcsebészet tudományos kutatására. Eddig készpénzben és telkekben egy millió márkát meghaladó tőkét hoztak össze.

A nagyarányú adomány mély megértés jele a háború utáni szükségletek iránt, ékes tanújele az adakozók áldozatkészségének és egyszersmint elismerése a háborús fogsebészi tevékenységnek. Megveti alapját egy elsőrendű és valószínűleg mintaszerű kutató- és kezelőintézetnek klinikai berendezéssel, milyenek a többi orvosi szakok részére már régtől fogva rendelkezésre állanak“.

Ez oly cél, mely felé nekünk is törekednünk kell. Mert nemcsak „a háború által elpusztult területek“ helyreállítását, hanem a háború által elpusztított, egykor egészségtől virágzó emberanyagét is kell célul kitűznünk. A közmondás azt tartja: az okos előre gondoskodik. Ez legyen vezéreszménk. Legyünk egyszer okosak, gondoskodjunk előre és a mire *holnap* lesz szükség, csináljuk meg már *ma!*

Mély meggyőződésem, hogy sikerülni kell oly művet megteremteni, mely sokaknak becsületére és ezreknek üdvére fog válni.

## Szemelvények.

**Bimstein: Die zahnärztlich-orthopädische Behandlung der Kieferverletzten.** (Deutsche Zahnheilkunde, Heft 39., 1917.)

Szerző, a ki a VII. Reserve-Lazarette állkapocs-osztályának vezetője (Hannoverben), az állkapocstöréseket tisztán az orthodontista szemével nézi; számára az állkapocstörés nem egyéb, mint a fogazat fogainak mesterséges úton támadt anomáliái. Az állkapocstörést — ha a modern orthodontia eszközeivel gyógyítjuk, ha ezen eszközöket a fogakhoz rögzítjük, akkor egyúttal a törvégeket is az ő helyes állásukba visszük vissza. Ilyetén kezelésünkben nagy segítségünkre van az is, hogy az egyes komponensek (a törvégek) az esetek többségében szerfelett mobilok.

Szerző gyakorlati szempontból az állkapocstöréseket következőkép osztályozza:

I. osztály. *Állkapocstörések:*

- a) törések a proc. alv. területén;
- b) törések a meglévő fogak határán belül;
- c) törések a meglévő fogak határán kívül;
- d) kombinált tömések.

II. osztály. *Felső állcsonttörések:*

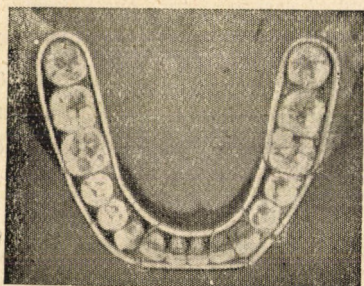
- a) törések a proc. alv. területén;
- b) törések a meglévő fogak határán belül;
- c) törések a meglévő fogak határán kívül, de a száj-  
űrön belül;
- d) letörések, melyek esetleg keresztben az állcsont

testén át húzódnak, avagy a felső állcsontnak a koponyaalaphoz való odailleszkedése mentén; ezek lehetnek

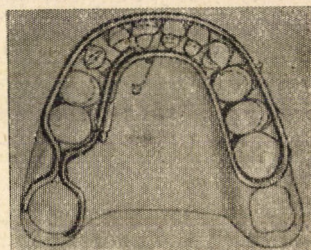
- $\alpha$ ) szabadon mozgók;  $\beta$ ) rossz helyzetben rögzítettek;  
e) kombinált törések.

### III. osztály. Törések fogak nélküli állcsontokon.

Szerző az állkapocstörések kezelését egészen az orthodontistának reklamálja és állítja, hogy egyéb eszközök, sínek, — nevüket az orthodontia nem ismeri, — jogosultsággal sem bírnak a kezelésben. A kezelésre tehát egyes-egyedül az orthodontiában használatos eszközök alkalmasak orthodontikus alapelvekkel alkalmazva.



1. ábra.



2. ábra.

A *sinezésre* alkalmas orthodontiai készülékek:

1. Az egyszerű, nem rugalmas ív (2 mm. vastag új-ezüstből).

Az ívet drótligatúrákkal kötjük a fogakhoz, szorosan az íny mellett, illetve felett; ez tehát a fogaknak csupán labiális resp. buccális felszíneihez fekszik. A sinezésnek ez a módja, még időlegesen alkalmazva sem mondható kielégítőnek, mert a ligatúrák meglazulnak és az ív végei az ínybe nyomódnak; a mi a betegnek örökös kín.

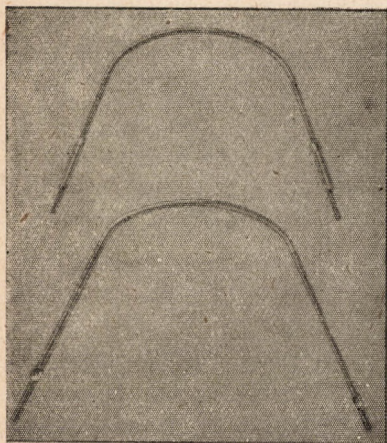
Már sokkalta használhatóbb az olyan ív, mely a fogakat linguálisan is és buccálisan is körülfogja. Ilyen kötés a *Hammond-féle*, amikor az ív egyetlen darabból van (1. 1. ábra); vagy a *Sauer-féle*, amikor az ív osztott (2. ábra).



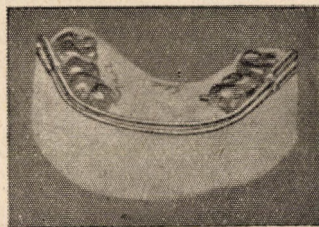
Egy harmadik alakja a puha, nem rugalmas (2 mm. vastag) drótiéveknek a *Schröder-féle*; Schröder íveit gyűrűkkel kombinálva alkalmazza. Mindezen ívekkel szemben nagyobb háladást jelentenek:

2. A kemény, rugalmas *expanziós ívek*; aminő pld. az

1 mm. vastag, egyszerű *Angle-féle*; vagy a 2 mm. vastag *Herber-féle* (3. ábra). Az egyszerű 1 mm.-es *Angle-ívvel* kijövünk a csupán csak a porc. alveolaris területét érintő tö-



3. ábra.



4. ábra.

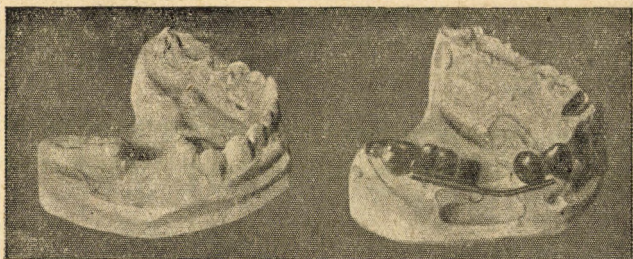


5. ábra.

rék gyógyításában; és igen sok esetben a frontfogak területén belül elhatárolt törések eseteiben; egyébként más törésekhez az *Angle* egyszerű, 1 mm.-es ívje gyenge. Bár ilyenkor is segíthetünk magunkon úgy, hogy két ilyen ívet használunk (l. 4. ábra). Minden egyéb esetre, a hol az *Angle-ív* gyengének bizonyul, alkalmas a *Herber-féle*.

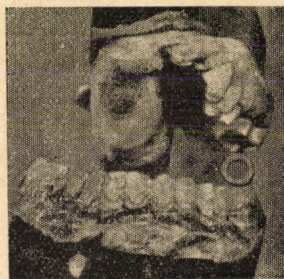
3. *Gyűrűk, koronák*, esetleg kerek csövecskékkel, a dróti-  
ívek rögzítésére valók, vagy tágító csavarok támaszpontjai.

4. *Kerek vagy négyszögletes csövek, kampók, ívek, rugalmas drótok, gummi-huzalok* stb. kifesztésére alkalmasak. Különösen alkalmasak a négyszögletes csövecskék intra (v.



6. ábra.

extra) *orális készülékek elhelyezésére* (lásd 5., 6. ábrák), le-  
vehető *pelották* (lásd 7., 8. ábrák), *rugalmas drótok* (9. ábra)  
rögzítésére.



7. ábra.



8. ábra.

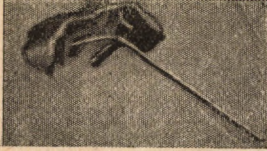
5. Az *egyszerű rugalmas drót*, melyet 14 karátos arany-  
huzalból, kemény újzüstből készítenek, vagy pld. zongora-  
húrból (l. 7., 8. ábrák).

6. *Ferde síkok* a szerző osztályozásában I. c) és d);  
II. c) és d) esetekre.

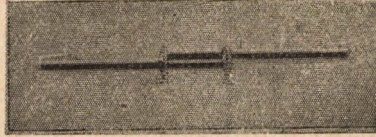
7. *Schröder-féle csúsztatók* (Gleitschienen), pld. az I. c)  
és d) esetekre.

8. *Ligaturák, drótok* különböző vastagságban ívek rögzítésére fogakhoz, gyűrűkhöz, esetleg csontvarratokhoz.

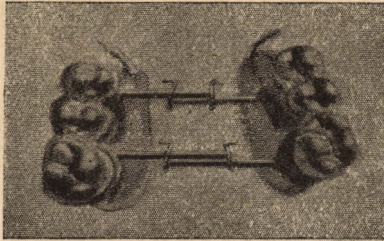
9. *Gummihuzalok* intermaxilláris húzásokhoz, extra-oralis készülékekhez stb.



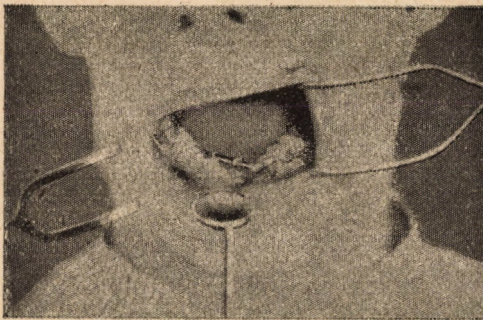
9. ábra.



10. ábra.



11. ábra.



12. ábra.

10. *Tágító csavarok* különösen későn szakkezelés alá jutó esetekben.

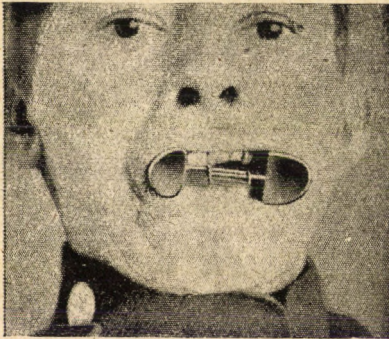
11. *Bimstein-féle tágító készülék* (l. 10., 11. ábrák), melyeket szerző eredetileg szűk felső állcsontok tágítására ajánlott 1912-ben; de állkapocstörések eseteiben jó hasznát látta

1. rossz helyzetben összenőtt törvégek tágitására (l. 12. ábra);  
2. heges szájnyílás tágitására (l. 13. ábra); 3. szájzár tágitá-  
sára (l. 14. ábra),

12. *Herber-féle okkluzios sarnirok* I. c)-be sorozott rég elhanyagolt esetek gyógyítására és reszekciós prothesisek készítésére.

Extra-oralis kötésekhöz rendelkezésünkre állanak:

13. *Fejet befogó sapkák, netzek*; 14. *gipszkötések*; 15. *álltartók* a) lenyomat után celluloidból vagy kemény gumiból, v. *Ganzer* szerint drótbetéttel gipszből; b) kész és rak-



13. ábra.



14. ábra.

táron tartható álltartók újezüstpléhből (szállítja *Evens és Pisto* cég (*Kassel*); 16. a *Hauptmeyer-* és *Lindemann-féle* szegek rendszeren befelé és felfelé dislokált, fogak nélküli törvégek elhúzására (állkapocs felhágó ág).

Végül rendelkezésünkre áll 17. *szájzár gyógyítására* való készülékek egész sora (*Bimstein-féle* tágitó, *karikás csavar* stb).

**Prof. Dr. med. Adolf Becker: Die chirurgische Behandlung der Schussverletzungen des Gesichtes und der Kiefer.** (Deutsche Zahnheilkunde Nr. 39, 1917.)

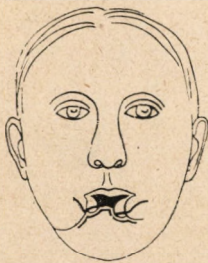
Szerző mindjárt bevezetésében felállítja a tételt, a melynek igazságát valamennyien, kik az arcz háborús sérüléseivel fog-

lalkoztunk és foglalkozunk, felismertük: t. i. *a miképpen a fogorvos nem nélkülözheti a sebészt, úgy a sebész sem mondhat le a fogorvos segítségéről, ha csak nem akarja egész ténykedésének eredményét kétségessé tenni.*

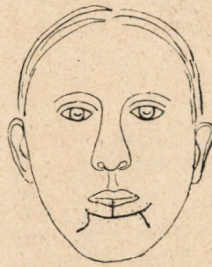
Szerző mindenekelőtt kiemeli a *Bergmann* által felállított tételt, t. i. *szigorú indikációk nélkül nem fogna lö-*



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

*vedékek, lövedékrészek eltávolításához.* Ez persze különösen a hadi szintéren vagy ahhoz közel fekvő *sebész-ténykedésekre* áll elsősorban. Már valamivel tágabb értelmezés engedhető meg a *Hinterlandban* folyó sebészi ténykedésekre.

A *plasztikai műtétek* során szerző ugyanazokat az elveket követi, amelyeket *Dieffenbach*, *Langenbeck* szabtak meg egy félszázaddal ezelőtt.

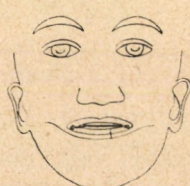
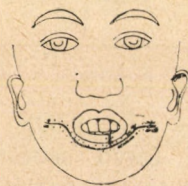
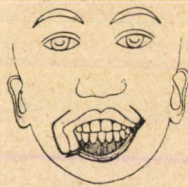
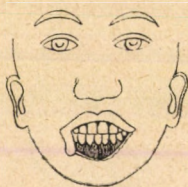
Az arczplasztikák közül egyik gyakorta előforduló és okvetlenül javításra szoruló esetünk az, a mikor például *alsó*



4. ábra.



5. ábra.



6., 7., 8., 9. ábrák.

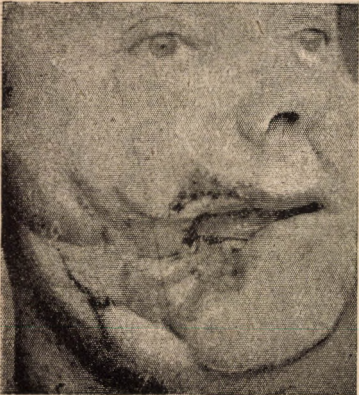
*ajkból hiányzik több kisebb részlet.* Ilyen esetek egyikét mutatja be szerző az 1. ábrán. A két alsó ajakfél messze visszahúzodva; nyálkahártya evertálva. Itt a műtétet indi-



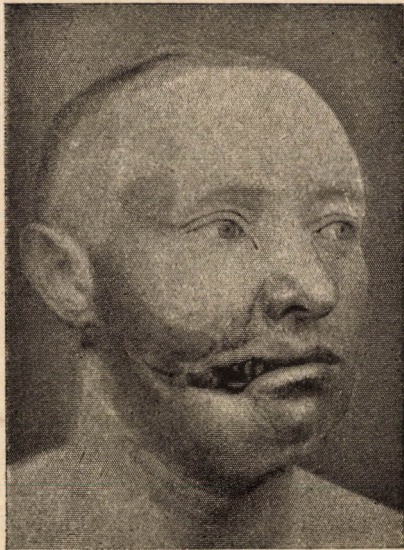
14. ábra.



15. ábra.



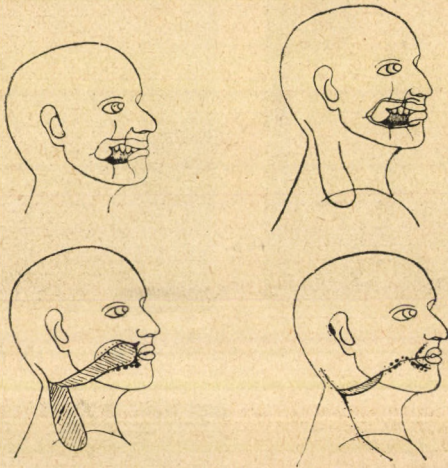
16. ábra.



17. ábra.

a lebeny csúcsa bőrrel fedett felületével befelé fordítva szolgál a defektus, illetve nyálkahártya pótlására.

E fölött egyesítette közvetlenül a pofadefektus bőrszéleleit. Szájzugot a felső és alsó ajk körülvarrásával képezett. (A nyakon így támadt defektus a seb széleinek egyszerű összehúzásával, varratokkal történt). 18—21. ábrák mutatják a metszés irányait, a 22. ábra a beteget közvetlenül műtét után;



18., 19., 20., 21. ábrák.

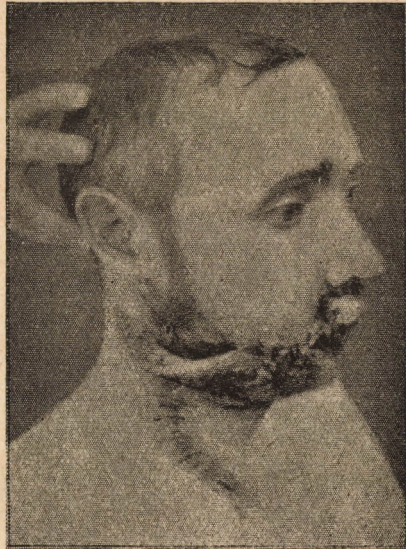
a 23. ábra 14 nap múlva; a 24. ábra 3 hét múlva a bőrhíd átvágása előtt; végül a 25. ábra a végeredményt. Az Israel-féle lebenyes plasztikáknál vigyázzunk arra, hogy a lebeny bázisa lehetőleg elég széles legyen és a platyzumát is a lebeny-nyel együtt vigyük; így biztosítjuk a lebeny táplálkozását. A bőrhídat se vágjuk át túl korán.

**C. Fenner: die Behandlung von Wunden und Narben bei Kieferschussverletzungen.** (Deutsche Zahnheilkunde 1917, Nr. 39) Szerző az arcz háborus sérülései után a sebzés gyógyulását követő hegek puhítására nagy sikereket ért el a hegekre helyezett szívókészülékekkel és masszázssal. Hegek így csak-kamar felpuhulnak. Szerző a Klapp-féle szívóüvegeket használja; ha ez nem illik az arczra, úgy minta után készít zinn-





22. ábra.



23. ábra.



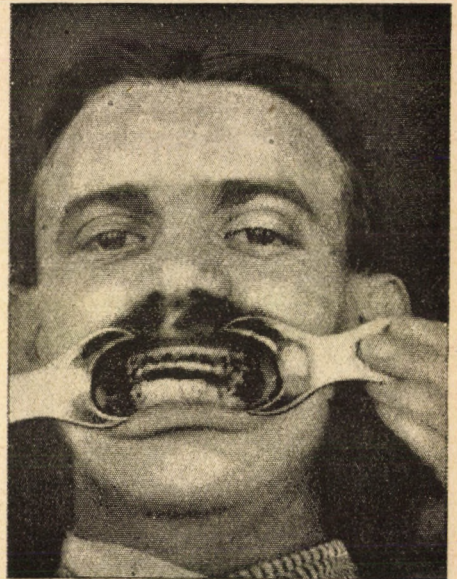
24. ábra.



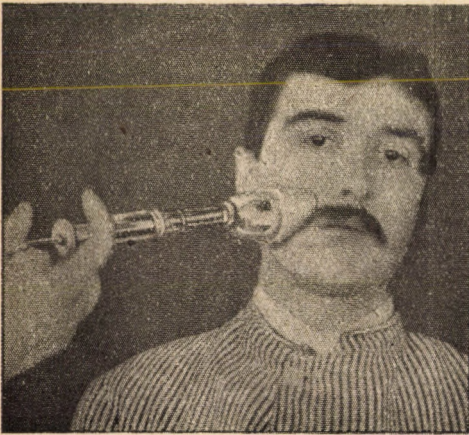
25. ábra.



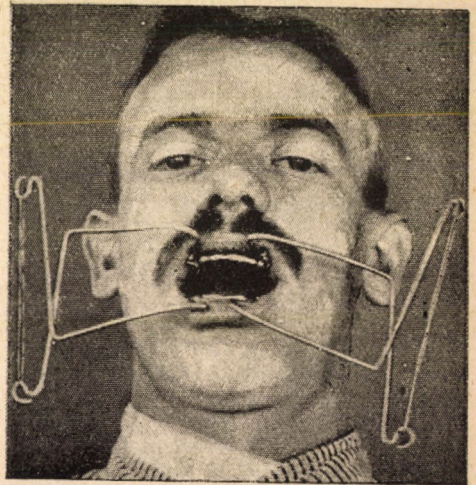
1. ábra.



3. ábra.

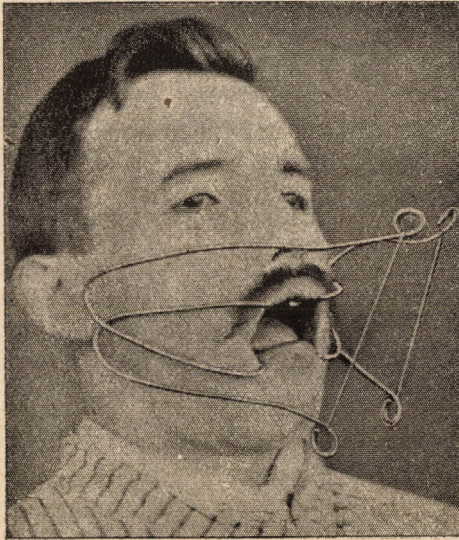


2. ábra.



4. ábra.

ből alapzatot, mely közvetlenül az arcra kerül és a heget légmentesen körülfogja; a zinn-alapzatra azután körkörös csatornát vág, a melybe pontosan illik (és ebbe viasszal rögzíthető) a szívó üvegedényke. A szívást végeztethetjük gummicső, illetve gummiballon segítségével, de a mai gummiszegény világban talán inkább szívópumpával. (l. 1, 2. ábrák.) Nagyon erős légüres teret ne teremtsünk, mert akkor a vérkeringés megakadhat. A szívást 5 perczig eszközölteti, néhány perczig



5. ábra.

ezután szünet következik, majd újra 5 perces szívás. Naponta 1—1 órát végezteti szerző így a szívást.

*Szájzár* oldására a szerző a szokásos tágitókon kívül (ruhaszártó-csíptető, csavar stb.) különösen nehezebb esetekben igen ügyes szerkezetet konstruált, melyet itt bemutatunk. Alul és felül a meglevő fogakat fémkoronákkal borítja és ezekre 4 négyszögletes kanült forraszt (l. 3. ábra) ezekbe a kanülökbe már most hosszabb drótívek végei kerülnek; a drótíveket alkalmas megtöréssel kivezeti a szájon és ollószerűen egymással keresztezi. A drótívek kívül álló végei között már most gummiszalagokat feszít ki. (lásd 4. vagy 5. ábra)

**Prof. Dr. Euler (Erlangen): Die Pseudarthrose des Unterkiefers,** (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. 1917)

Állkapocstörések gyakori és legnehezebben leküzdhető komplikációja a pseudarthrosis, miért is fontos okainak és megelőzésének ismerete.

**Okai:** (Lindemann szerint)

1. Túlnagy csontdefektus;
2. A törés helyén támadt genyedés;
3. Interpozitumok;
4. Granulációk, melyek vaskos hegkötegekké alakulnak át;
5. Csontképződés elmaradása.

Mások szerint továbbá:

6. A törvégek későn fixálása sínekkel (*Wunschheim*).
7. Helytelen speciális kezelés, főképpen gummiligatúrák helytelen alkalmazása. (*Ganzer*)
8. Nem eléggé konzervatív irányú kezelés, nevezetesen csontszilánkok felesleges, vagy túlkorán eltávolítása. (*Ganzer*)
9. Ankylosis. (*Klein, Pichler*)

A legtöbb ok magyarázatra nem szorul.

Ad. 2) Genyedést sokszor a törés szomszédságában levő letört gyökerek, vagy látszólag egészséges fogban a trauma következtében elhalt pulpák okoznak, ill. tartanak fenn. Ezért fontos a törés környékén a fogak pontos vizsgálata. Nervus mandibularis sérülés okozta tünetek összetéveszthetők pulpa elhalással. Röntgen-felvétel rendszerint eldönti a dolgot: a beteg gyökcsúcs felett (chronikus esetben) kisebb-nagyobb csontbeolvadás látható. Genyedést tartanak fenn — némelyek szerint — még be nem gyógyult sebekre alkalmazott csontdrótligatúrák. Ma már ritkán is használják.

Ad. 5) Heges, atrophikus csontvégek között minden egyéb ok nélkül is elmaradhat teljesen a csontképződés.

Ad. 6) Elkéssett speciális kezelés, nevezetesen a törvégek későn fixálása gyakori oka pseudarthrosisnak.

Ad. 7) Helytelen speciális kezelés gyakrabban okoz ugyan rossz artikulatiót és rossz irányban gyógyulást, de

néha pseudarthrosist is. Pl. túlsokáig alkalmazott intermaxillaris ligatura, mely csak a beteg, nem articuláló oldalt húzza.

Ad. 9) Ankylosis esetén a szájnýtáskor nagy az erőlködés, a törés helyén nagy a mozgás.

**Pathologia.** A mandibula kallustermelőképesége állítólag nem oly nagy mint más csonté (*Wunschheim, Tandler*); mások szerint ez nem így igaz és legfeljebb általános leromlottsággal volna magyarázható a kallusképződés elmaradása egyes esetekben, amikor más lokális oka nincs. Egyesek szerint inaktivitási atrophiaról is lehetne szó (*Loerensen*). Azonban — ha egyáltalán szó lehet arról, hogy rosszabb a kallusképző tendencia a mandibulán, úgy az inkább a mandibula vérellátásán alapulhat. A mandibula pseudarthrosisa bizonyos tekintetben különbözik más csöves csontokétól. Pl. mandibulatöréskor e törvégek mozgékonyasága idővel kisebb-fokúvá lesz, ellentétben más állizülettel. Oka ennek egyrészt, hogy erős kötőszöveti hidak támadnak, másrészt az izomtapadási viszonyok olyanok, hogy a törvégek tendenciája az, hogy összekerüljenek. Így a nyelvcsonton tapadó izmok segítik azt főképpen elő. Minél inkább elől van a defektus, annál könnyebben tolódnak össze a törvégek.

Hogy mikor nem remélhetjük többé a kallusképződést, erre nézve a nézetek eltérők. *Walkhoff* szerint 3 hónap, *Loos* 4—6, *Lindemann* egy évet mond. És természetes, hogy csak akkor beszélhetünk pseudarthrosisról, ha véglegesnek kell már tekintenünk az összezsontosodás elmaradását. — Erős kötőszöveti hidak, izomkontrakciók az összezsontosodás impressióját kelthetik bennünk minden alap nélkül. Ha erős fixációs készülékek rögzítik a törvégeket, akkor a kallusképződésről megbízhatóan egyáltalán csak Röntgenkontrollal győződhetünk meg. De míg klinikailag néha már 3—6 hét múlva meg volt állapítható az összezsontosodás, addig a Röntgen csak 8—12 hét múlva mutatott kallusárnyékokat.

A pseudarthrosis gyakoriságának meghatározása nehéz, mert e meghatározást befolyásolják a megfigyelt esetek kicsi száma, a megfigyelési idő esetleges rövidsége, túlkorai műtét, konzervatív kezelés elkésett volta stb. — Konzervatív kezelés

korai alkalmazásakor kb. az esetek 12<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-nál van maradandó pseudarthrosis.

Prædilekciós helyről a mandibulán beszélni nem lehet. Akár a vízszintes vagy felhágó ág: az esetek gyakorisága egyenlő.

**Diagnosis.** Csak nagy defektusok esetén egészen könnyü. Mert erős kötőszöveti hidak, törvégoösszetolódások félrevezethetnek a megfigyelésnél. Mert ilyenkor a legjellemzőbb tünet: a rendellenes mozgékonyaság elmaradhat; ha meg nagy erőt fejtünk ki, akkor a friss, gyenge kallus is megenged csekély elmozdulást. — Minden pseudarthrosis vizsgálatkor többször nyissuk és csukjuk a száját, a mikor is szájnýtáskor — különösen, ha a mándibularis ív elülső részén van a törés — a törvégek le és befelé elmozdulnak (*Wunschheim* „Atmen der Fraktur“). — Fontos még a Röntgen ellenörzés, de mint már említve volt, Röntgenképen nem látjuk meg rögtön a kallusképződést, csak hetek múlva. — Subjektív tünet (de inkább csak ha nincsenek fixálva a törvégek): fájdalom és főképpen rágászavarok, a beteg nem tud keményet harapni: a fogak engednek a nyomásnak.

**Prognosis.** Quo ad restitutionem ad integrum természetesen rossz, funkciót tekintve, ha nagy a csonthiány: szintén rossz. Kisfokú csonthiány esetén a törvégek összetolódhatnak és összeköttetnek erős kötőszöveti hiddal: ilyenkor a funkció eléggé kielégítő — puha ételek megrághatók. Hosszú ferde törések esetén és olyanoknál, melyek a metszők tájára esnek, sokszor teljesen jó rágóképesség jön létre. — Ilyenek a viszonyok, ha nem avatkozunk be therapeutikusan. De ha igen, úgy a prognózis gyógyulást tekintve is, de főképp funkcionális eredményeket tekintve, sokkal jobb.

#### **Therapia.**

I. Vértelen kezelés:

- a) hidmunkák;
- b) kaucsuk vagy fémpothezis kapcsolokkal.

II. Véres kezelés:

- a) rokon szövetek felhasználása;
- Osteoperiosteális plasztika, lokálpasztika.

Transzplantáció (kulcscsont, borda, tibia stb.)

Periostemulsiós csontanyag, fibrininjectió.

b) nem rokon anyagok felhasználása.

Csontvarrat ezüst v. aransodronnyal.

Csontegyesítés csavarral.

Egyesítés elefántcsont v. csontcsapokkal.

Implantáció (elefántcsont, ezüst vagy aransin).

Akár vértelen, akár véres a thérápia, mindkettőnek követői egyetértenek abban, hogy minden beavatkozás bevezetője, megelőzése kell hogy sinezés legyen. Véres beavatkozás esetén a beavatkozás alatt és után is szükséges a sinezés: ez redressálja a törvégeket és fixálja is ebben a stádiumban. Hogy a sinezés mikor történjék, erre nézve is egybehangzóak a vélemények: minél előbb. E célra a Schrödersinek kítünő eredménnyel alkalmazhatók, ha rögtön a sebesülés után használjuk őket. Később gyengéknek bizonyulnak és erős sapkák és ráforrasztott erős drótívek jobb szolgálatot tesznek. Ha a vízszintes ág fele hiányzik, akkor G. Fischer a meglevőre egy erős apparatust tesz, a melyről egy széles sín áthidalván a hiányt, nekitámaszkodik az angulusconknak. Kevés fogú vagy fognélküli esetben nagyon nehéz a redressálás, illetőleg fixálás (pelotta stb.)

**Vértelen thérápia.** Inkább csak ott alkalmazható eredménnyel, ahol mindkét törvégen elegendő számú fog van. Kivehető prothezis vagy fix hidak rögzítik a törvégeket és pótolják a hiányzó állcsontrészeket.

**Véres thérápia.**

Ad a) kistokú csonthiány esetén a csontvégeket felfrissítjük, a periosteumot lehetőleg összehozzuk; — ez az u. n. osteoperiostealis plaszika jó eredményeket ad állítólag. Valamivel nagyobb, de még nem nagy defektusnál *Pichler* a szomszédos csontrészletből nyeles lebenyt transzplantál. Nagy defektusnál persze szabad transzplantáció szükséges: leggyakrabban tibiából és os ileiből. A transzplantátumot nem dróttal fixálják, hanem kihegyezik a végét és beleékelik a meglevő csontba vagy periostealis varrattal fixálják.

A transzplantációk eredménye eléggé kielégítő.

Ad b) Drótvarratok, fémcsavaros fixációk nem adtak jó eredményeket.

Tehát használatos: bizonyos esetekben híd, prothezis; ha kicsi a hiány: periosteális varrat, csontvég felfrissítés. Nagy defektus esetén transplantáció.

**Prophylaxis.** Korai helyes sinezés és életképes csontszilánkok megtartása: ez a két legfontosabb dolog. Az első betartásához nem kell különösebb kritika. A második kérdésben helyesen eljárni nehezebb, mert ha rövid ideig várunk a csontszilánkok eltávolításáig, akkor megtörténhetik az, hogy olyat távolítunk el, a mi még megmaradt volna. Ha sokáig várunk, azzal esetleg elősegíthetjük állízület keletkezését. Általános szabály mégis: nagy szilánkokat meghagyunk, kicsit, ha nagyon szabadon fekszik és genyed: eltávolítunk.

A túlzásba vitt orthodontia, articulatio helyreállítása néha úgylátszik elősegíti állízület keletkezéseit. Néha az az impressiónk, mintha helyesebb lenne belenyugodni egy nem egészen jó irányban gyógyult törésbe, mintsem állízület keletkezését előmozdítani. Kis ívben, rövidülés-sel gyógyult állcsonttörés után az ív utólag még mindig kitégíthető. De ha defektust okozott a sérülés és mi mégis articulációt akarunk létesíteni, akkor egy rés támad, mely ha nem hidaltatik át — akár a rés nagysága, akár más oknál fogva — kész az állízület.

**Dozent Dr. O. Müller (Burgdorf): Beitrag zur Amputation der Pulpa.** Schweizerische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde, 1917. Heft 2.

Pulpa-amputáció alatt Müller az in toto kauterizált pulpa koronarészletének eltávolítását és a pulpa-kamara kitöltését valamely, a gyökérpulpát fixáló és sterilizáló pasztával érti. Klinikai alapon szerző azon pulpabántalmakat jelöli meg, amelyeknél még nincsen apikális folyamat. Ezek a formák nagyon jól megkülönböztethetők a purulens és gangrénas félésegektől nemcsak kórszövettanilag, hanem főleg klinikailag is. Az amputációnál tehát a parciális vagy totális pulpítisek



jönnek tekintetbe, melyeket előbb teljes kiterjedésükben, tehát nem egyes részleteiben arsénnel vagy kobalttal kauterizáltak.

A pulpitis ezen fajainál tehát a gyökércsatornát kítóító részletet meghagyhatjuk, ha sikerül azt állandóan desinficiálni, reakciótlanná, áthatolhatatlanná és falállóvá tenni. *Müller*, aki híve a pulpaamputációnak, mumifikáló pasztának ajánlja a *Gysi* által 1899-ben bevezetett „*Triopasztát*“, mint legmegbízhatóbb szert a pulpacsonnt állandó fixálására és desinficiálására, azaz mumifikálására.

Végül szerző leírja és ábrákkal magyarázza saját eljárását a pulpa amputációjánál és azon meggyőződésének ad kifejezést, „hogy a tökéletesen kauterizált pulpának amputációja Triopasztának alkalmazása mellett haladást jelent a konzervatív fogászatban“.

*Zilz.*



## Könyvismertetés.

**P. Ritter und J. Kientopf: Die Schulzahnpflege, ihre Organisation und Betrieb.** Verlag Hermann Meusser, Berlin, 1916.

Az iskolás gyermekek fogorvosi kezelésének népegészségügyi jelentősége sehol sem talált oly megértésre, mint Németországban. Belátni valaminek szükségét és mindjárt megszervezni a kivitelét, az Németországban nyomon követi egymást. Nálunk e kérdés hordereje még alig talált megértésre a hivatott tényezőknél, tehát a szervezés még annál inkább a jövő zenéje. Az 1909-iki év elején alakult meg Berlinben a „Deutsches Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ (az alakulógyűlésen egy minister elnökölt!) és ettől az időtől fogva oly lendületet vett az ügy, hogy a nagy-, közép- és kisvárosokon túl már falusi iskolák gyermekei is részesülnek fogorvosi kezelésben (ambulans kócsi-klinikák!)

Szerzők, kik állandóan foglalkoztak e kérdés elméletével és gyakorlati megoldásával, nagyon hasznos munkát végeztek, mikor könyvalakban számolnak be tapasztalataikról.

Az általános rész tizenegy fejezetében tárgyalják a gyermeki száj- és foghygiene kérdéseit kimerítően. Legfontosabbnak tartjuk az 5-ikét, melynek címe: „Die Schulzahnpflege ein Mittel zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberculose.“ Vajjon gondolkodtak-e ezen a kérdésen a magyar tuberculosos-ügy vezérei?

A különös rész 18. fejezete foglalkozik az iskola-fogklinikák különféle rendszereivel, a szervezés, fentartás, berendezés, üzembentartás stb. idetartozó kérdéssel.

A munka mindvégig egyszerű, világos módon tárgyalja az egész anyagot és mindazok számára, a kik e kérdést meg akarják ismerni és vele foglalkozni, valóságos forrás-munka.

Minden fogorvosnak, higienikusnak és iskolaorvosnak legmelegebben ajánljuk. *Salamon.*

**H. J. Mamlok und Dr. G. Caspari, Der Aluminium-Guss.** Leitfaden zur Herstellung von Zahnersatzstücken aus Aluminium. Verlag Hermann Meusser, Berlin, 1907.

Mintegy húsz éve, hogy az aluminiumot a fogászatban használják a fogművek bázisanyagául. Sokféle előnyei mellett sem tudott nagy tért hódítani, mert forrasztása ezidő szerint sem tökéletesen megoldott probléma.

Változást jelent e téren az öntési eljárás meghonosodása és tökéletesítése, mely nélkülözhetővé teszi a forrasztást, továbbá még egy háborús indíték is, t. i. a kaucsuk-hiány, mely parancsoló szükségként vezetett pót- és helyettesítő anyagok keresésére. Így jutottak szerzők is az aluminium fokozott felhasználásához és öntési technikájának tökéletesítéséhez, amiről a fönti címmel bíró füzetben világos szóval és különösen szép ábrákban beszámolnak.

Hasznos kis munka, melyet minden fogorvosnak és technikusnak ismernie kell. *Salamon.*

**Partsch: Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, der Zähne und Kiefer.** Bearbeitet von Prof. Dr. *Partsch*, Breslau; Prof. Dr. *Williger*, Berlin; Zahnarzt *Hauptmeyer*, Essen. Handbuch der Zahnheilkunde, Band I.

*Partsch* művében a fogászat nagy fejezeteit tárgyalja: a fogsebészetet, fogorthopaediát, konzerváló fogászatot és a prothesist.

A szájüreg jelentőségének kifejtése után *Partsch* annak vizsgálati módszereit veszi sorra, majd megbetegedéseit és az állcsontok eltorzulásait, valamint a hasadékok képződését.

*Hauptmeyer*-től származik a könyvnek négy fontos fejezete a sebészeti prothézisekről. A szájpadhasadékokat obturatorokkal kezeli, melyeknek feladata egyrészt a tápfelvétel

megkönnyítése, másrészt a normális légzés és beszéd lehetővé tétele. A 19-ik század második fele hozta meg e téren a kedvező eredményeket, amikor *Suersen* és *Schiltzky* ismertették javításaikat.

Az újabb időben különösen *Warnekros*-nak köszönhetünk lényeges haladást az obturatorok tekintetében. Ő beigazolja látja *Brugger* megfigyelését, hogy az obturatornak hosszabb időn át való viselése után a szájpád és garat izomzata megerősödik és ezáltal a hasadék szűkül, úgy, hogy a tömböt is egyre kisebbiteni kell. A szájpád hasadékok számos esetében az obturator csak segédeszköz, mely nem szünteti meg ugyan valamennyi zavart, de rendszeres gyakorlatok után mégis tökéletes eredményre vezethet.

*Hauptmeyer* szerint a szerzett, nagyobb szájpád hasadéknál, tehát lues, tabes, tuberkulózisnál a prothézis elsőbbséget érdemel a sebési eljárás felett. A plasztika eredménye a sebnek satnya gyógyhajlama mellett elsősorban függ az alapbántalom sikeres kezelésétől. A prothézises kezelés *azonnal* és függetlenül az alapbántalom gyógyításától vihető keresztül és nagy egyszerűsége mellett majdnem mindig jó eredményre vezet.

Az állcsontok töréseinél manapság főképpen a fogakra támasztjuk a sineket, mert ez a legegyszerűbb és legmegbízhatóbb eljárás. A fogsinek rendszeren helyreállítják a tört állcsat normalis viszonyait és legtöbbször mindjárt működési képességét is, ezáltal pedig megteremtik a legjobb lehetőséget a gyógyulásra a csontok eltolódásának kizárásával, anélkül, hogy az izmokat vagy ízületet károsan befolyásolnák. Lényegileg ezen kezelésnél kaucsuk- vagy fémsíneket használnak, melyek gyűrűk vagy sapkák által vannak a fogakhoz rögzítve. *Warnekros* különösen a tisztíthatóság könnyűsége miatt a levehető, egyszerű kaucsuk-síneket ajánlja. Nagyon hasznos javítást köszönhetünk ezen kaucsuksíneken *Kersting*-nek.

Nagy elterjedésnek örvendenek egyszerűségük folytán a drótívek, mert fémből állanak és az adott eset követelményeinek megfelelőleg könnyen idomíthatók és legtöbbször feleslegessé teszik lenyomatnak vételét. *H.* nagyon jó eredményyel alkalmazta sok esetben a *Hamond*-féle drótsínt.

*Sauer*, aki szintén nagyon egyszerű drót szükségkötést írt le, később ferdesíkot alkalmazott a drótvívre, mely nem más, mint egy a felső állcsontra támaszkodó pléhnyulvány. Bárhol székeljen az alsó állcsonton a törés, ezen ferdesíkkal megakadályozhatjuk a csontok eltolódását. Sőt idült, rosszul gyógyult vagy anyagvesztéssel komplikált törések oldaleltolódásai is kiegyenlíthetők vele. *Az állcsonttörés eredményes gyógyulása sok esetben a ferdesík ügyes kihasználásától függ.*

*Schröder* a pléhből készült ferdesík ama hátrányát, hogy kétoldali processus condyloideus törésnél szájnyláskor nem akadályozza meg az állcsont hátracsúszását, kiküszöbölte ú. n. *Gleitschiene* alkalmazásával. A *Schröder*-féle szellemes Gleitschiene tulajdonképpen nem más, mint a drótvív síkjához merőlegesen, derékszögben eltolt ferdesík. Jó eredményei alapján *Schröder* most már egyoldalú ízfejecs törésnél és mindazon esetekben, ahol a törés a fogson kívül székel, a *Gleitschiene*-t alkalmazza, mert a törvégek rögtönös helyes beállítását tökéletesebben végzi, mint a ferdesík.

Sapkás sínekkel a hatás támogatására és fokozására könnyű szerrel alkalmazhatunk rúgókat, csavarokat vagy horgokat gummigyűrűk elhelyezésére. Helyükön vannak ezek főleg idült, rosszul gyógyult töréseknél, melyeknek javítására sokszor erős nyomó vagy húzó erőre van szükségünk.

Nagyon jól bevált *Zielinsky* új tágitó csavarja. Más szerzőktől leírt és használt vagy módosított sínek is megértő méltánylásra találnak *H.*-nál.

A felső állcsont töréseinél szerző a *Kühne*-féle némileg módosított apparatust használta tizenegy haránttörésnél kielégítő eredménnyel.

Az állcsonttörések következményei arcztorzulások, rágó-, beszéd és táplálkozási zavarok. A kezelés fő irányító elve a lehetőleg korai és kíméletes beigazítás, biztos rögzítés és a tört szervnek működési képességének lehetőleg tökéletes helyreállítása.

*Partsch* kimerítően tárgyalja a szájbézszeret és különös gondossággal írja le az alsó állcsont resekciójának műtéti mozzanatait.

*Hauptmeyer* kifejti, hogy a sebészetnek mindenkor az volt a törekvése, hogy az állcsont resekciónál akár trauma, vagy rosszindulatú álképleteknél, tehát osteomyelitikus, tuberkulotikus vagy syphilitikus folyamatoknál, a műtét utáni defektust plasztikus műtéttel javítsa, csakhogy a kór kiterjedtsége, vagy rosszindulatossága gyakran határt szab ennek a főrekvésnek. Ezért, hogy resekció után a működési zavarokat és eltorzulásokat lehetőleg megakadályozzuk, más utat kellett keresni és ez a prothézises kezeléshez vezetett, kaucsuk, vagy fémből készített sínezéshez, mely eljárás sebész és fogorvos helyes együttműködése mellett kitűnő eredményekhez vezetett.

*Boennecken* exartikuláció nélküli, kontinuitásos resekcióknál fogatlan állkapocs esetén erős arany vagy aluminium drótkötést ajánl, melynek szárnyas nyúlványai a csonkot a nyelvi és pofaoldalon átölelik és csavarok segítségével lesz az állcsont testébe rögzítve.

*Hahl* a Bergmann-féle sebészeti klinikán szerzett tapasztalatai nyomán az állcsont-sínek új rendszerét írta le, melyet *H.* részletesen leír. A sebek tökéletes gyógyulása után, de még mielőtt a hegzsugor bekövetkezne, *Hahl* fogakkal ellátott végleges prothézist készít, ezután eltávolítja a resekciós kötést. A teljesség kedvéért említést érdemel, hogy kitűnő resekciós prothéziseket készítettek *Claude Martin*, *Fritzsche* (cinből készült), *Pichler* és *Schröder*.

A lágyszövetek sebészetének szentelt fejezetben *Williger* részletesen leírja az ajkak, szájnyálkahártya és szájfenék betegségeit. A következő fejezetekben tárgyalja a syphilit, az íny, nyelv és nyálmirigyek betegségeit; a szövetet mindenhol bőséges, kitűnő és gyakran szövettani ábrákkal kiegészítve.

A fogak vonatkozásai a szem, fül és idegmegbetegedéseikhez zárják be a munkát, mely egyaránt kitűnő forrásmunka a tanuló, valamint a gyakorló fogorvos kezében tudásának megszilárdítására és gyarapítására.

*Zitz.*



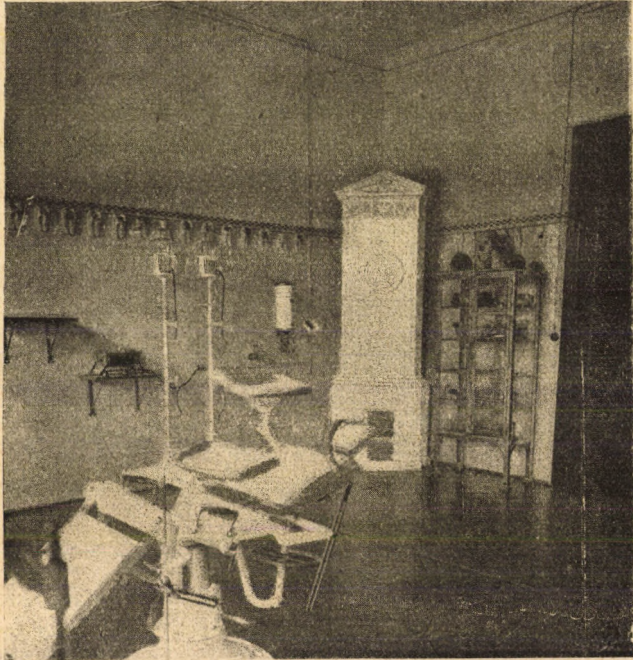
Dr. Höncz Kálmán.

## Dr. Höncz Kálmán

Több mint két évtizedes, érdemdús magántanári működés után *Dr. Höncz Kálmán* a kolozsvári tud. egyetemen a „száj- és fogbetegségek“ docense, egyetemi nyilv. rendkívüli tanári címet nyer. A legszebb megkülönböztetés, a mit docens várhat, talán az egyetlen elismerés, a mi az akadémikus pályán működő orvos-embernek juthat és a mit ambícionálhat.

E megkülönböztetésre *Dr. Höncz* mint tanító, mint tudós kutató bőségesen rászolgált. Mindnyájunkban a teljes megelégedés érzését váltotta ki kitüntetése. Feddhetlen jellemű, jó kollega, ki jóban-rosszban mindig velünk érez, velünk van. Ezért különös örömmel emlékezünk meg róla kinevezése alkalmából.

*Dr. Höncz Kálmán* Mateóczon Szepes-megyében született 1865-ben; 1884-ben lett a kolozsvári egyetem orvosi karának hallgatója; mint hallgató állami ösztöndíjat élvez, s több kórtani, méregtani, szülészeti pályadíj nyertese. Utolsó hallgatói évében gyakornok a bőr- és bűjakór-klinikán. 1889 őszén lesz egyetemes orvostudor és egyide-



2. ábra.

jüleg műtőnövendék. 1890-ben a sebészi klinika tanársegéde, és ezen állását 5 $\frac{1}{2}$  éven át tölti be. Fogászattal 1890 óta foglalkozik és még sebészeti tanársegédsége alatt — állami ösztöndíjjal sorra látogatja a bécsi, boroszlói, lipcsei, hallei és berlini fogászati iskolákat. 1896-ban nyer magántanári képesítést a „száj- és fogbetegségekből“. Előadásait bérelt helyiségben — saját lakásán — tartja a hallgatók élénk érdeklődése mellett. 1913-ban a — laryngológiával együtt — különálló fogászati (stomatologiai) intézet létesül Kolozsváron



(Trefort-utca 1 és Szentgyörgy-tér 1.) (l. 2., 3., 4. ábr.) Az intézetnek megfelelő felszereléseket magában foglaló kezelőterme, műtőszobája, váróterme, Röntgen- és tanári szobája, 1914 óta fizetési tanársegédje, továbbá egy díjtalan tanársegédje és két gyakornoka van. Évi dotációjára 11,500 korona.

A vezető tanár a téli félévben heti két órában az ope-



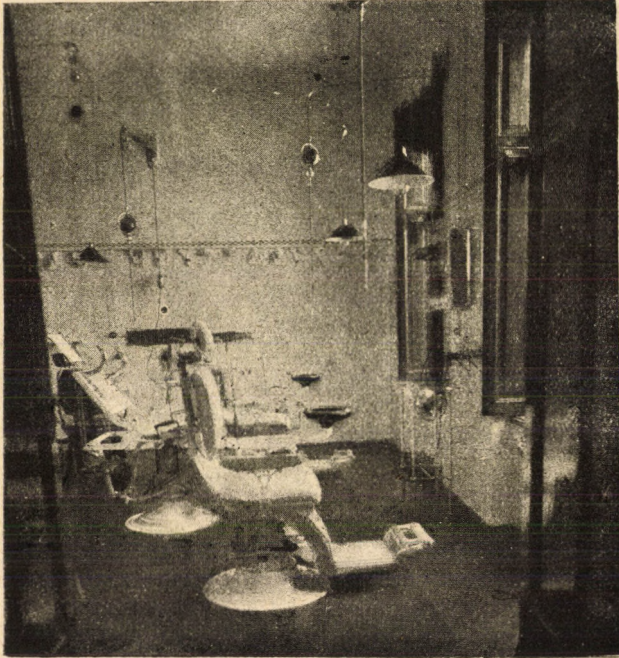
3. ábra.

ratív, a nyári félévben ugyancsak heti 2 órában a konzervatív fogászatból tart előadásokat. Foghúzási gyakorlatok naponta 8—9, fogkezelési gyakorlatok naponta 5—7-ig, egész éven át folynak.

A vezető tanár dús irodalmi munkássága a következő címekből tűnik ki:

1. Epispadia et ectrophia vesicae esete.
2. Ostitis mastoidea.

3. A Dermatol sebészi hasznáról.
4. Sikerült arczplastika kiterjedt rák után.
5. Uti jegyzetek.
6. Az ajakrák.
7. Prothesis resectio maxillae után.
8. Három sikerült rhinoplastika.



3. ábra.

9. A szájpadhasadásokról.
10. Á mandibula törésről.
11. A fogültetésről. (implantatio)
12. A stomatologia viszonya a többi orvosi szakhoz.
13. Polypus sarcomatosos a sinus maxillarisban.
14. A száj- és fogápolásról.
15. Die Stomatologie u. ihre Beziehung zu den anderen Fachwissenschaften.

16. Retrobulbaris phlegmone.
17. Lenyelt-fogsor.
18. Halálosvégű fogaspiratio.
19. Kasuistische Beiträge.
20. Tömésutánzatok műfogakon.
21. Az altatás különös tekintettel a stomatológiára.
22. Az alsó állcsonttörés kezelése.
23. Valamit a modern fogkezelésről.
24. Le traitement des fractures du maxillare inferieur.
25. Két odontoma egy szájbán.
26. Kóros óriásnövés (Akromegalia) stomatologiai szempontból.
27. Ein Fall pathologischer Riesenwuchses vom stomatologischen Standpunkte.
28. Zwei Odontoma in einem Munde.
29. Gyógyeljárásom a sinus maxillaris genyes lobjánál.
30. Granuloma gingivae, mint általános vérszegénység okozója.
31. Xerostomia.
32. A heveny sinus maxillaris lob kezelése.
33. Die Xerostomie.
34. Nekrolog dr. Rudasról.
35. Az arcz veleszületett túltengése.
36. Fragilitas dentium.
37. Implantatio dentium traumatica.
38. Két ritkább alakú fogsérülésről.
39. Az arczfájdalmak stomatologiai szempontból.
40. Az alsó állcsonttörés kezelése háboruban.
41. A havitisztulás jelentősége a stomatológiában.

## Hirek.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete 1917 nov. 16-án két jeles kartársunk: *Láng Ignác* dr. és *Klinger Zsigmond* dr. tiszteletére barátságos ünnepséget rendezett, melyen *Láng Ignác* dr.-t 25-éves orvosi jubileuma alkalmából és *Klinger Zsigmond* dr.-t pedig a mult számunkban közzétett alapítványa alkalmából ünnepelte. A lelkes hangulatban lefolyt összejövetelen a kartársak közül még számosan adakoztak a „Fogorvosi Szemlé“-nek támogatására létesített alaphoz.

## Jegyzőkönyvek

a **Középeurópai Fogorvos-Szövetség** Magyar Osztályának  
1917 nov. 16-án tartott *bizottsági üléséről*.

Elnök: *Szabó József* dr.

Jegyző: *Frommer József* dr.

A czim kérdésében megindult vita a fenti czimzés megállapításával végződött.

Az alapszabályzattervezet megállapított és szétküldött a bizottsági tagoknak hozzászólás céljából. A szövetségbe való belépésre fel kell szólítani az összes kartársakat. Évi tagdíj 5 korona.

### **Tudományos ülés 1917 decz. 14.**

a kir. magy. tud. egyetem anthropologiai intézetében.

Elnök: *Salamon Henrik* dr.

Jegyző: *Frommer József* dr.

Elnök felkéri *Lenhossék Mihály* egyet. ny. r. tanár urat előadásának megtartására: „*A fogszú egykor és most*“ czimen. (Az előadást, melyet mindvégig a legnagyobb figyelemmel hallgattak végig az igen szép számban megjelent tagtársak, későbbi számunkban közölni fogjuk.)

## A Középeurópai Fogorvos-Szövetség Magyar osztályának

országos bizottsága 1917 november 16-án ülést tartott. Ezen megállapította és megszerkesztette alapszabályainak tervezetét.

Ezt a tervezetet itt adjuk :

### A Középeurópai Fogorvos-Szövetség Magyar Osztálya alapszabálytervezete.

#### *I. A Szövetség célja, czime és székhelye.*

##### 1. §.

A Szövetség célja, hogy szaktudományos téren az érintkezést az 1914. év óta folyó világháborúban szövetséges nemzetekkel és népekkel ápolja, bensőbbé tegye. A Szövetség kizárólag szaktudományos jellegű, és politikai kérdésekkel nem foglalkozik.

##### 2. §.

A Szövetség czime : „Középeurópai Fogorvos-Szövetség Magyar Osztálya“. A Szövetség pecsétjének körirata a szövetség címét és az 1917. évszámot viseli.

#### *II. A Szövetség működése.*

##### 3. §.

A Szövetség az 1. §-ban megjelölt cél keretében ápolja az érintkezést a szövetséges államok hasonló szervezeteivel és azok közreműködésével igyekszik szaktudományos kérdések megvitatására. Tevékenységének eszközei : ismertető mun-

kák kiadása és azoknak a külföldön való terjesztése, valamint együttes szakértekezletek rendezése.

### *III. A Szövetség tagjai és azok jogai.*

#### 4. §.

A Szövetség tagjai kétfélek: alapító tagok, rendes tagok. Alapító tagok csak magyar állampolgárok vagy Magyarországon székhellyel bíró testületek, vagy más jogi személyek és vállalatok lehetnek.

Rendes tag minden magyar orvos-doktor, a kit a választmány szótöbbséggel felvesz.

Alapító tagok tagsági járuléka egyszersmindenkorra legalább 200 korona, rendes tagok tagsági járuléka évi 5 korona.

#### 5. §.

A tagság három évre kötelező és ha a kilépés a harmadik év végéig írásban be nem jelentetik, további három-három évre szól. A tagsági díjak egész évre fizetendők.

#### 6. §.

A rendes tagokat a közgyűlésen a szolás és szavazás joga illeti. Azoknak a tagoknak, a kik a közgyűlést megelőző évre esedékes tagsági díjaikkal hátralékban vannak, a közgyűlésen szavazati joguk nincsen.

### *IV. A Szövetség szervei és ügyvitele.*

#### 7. §.

A Szövetség szervei: a választmány és a közgyűlés.

#### 8. §.

A választmány a Szövetségnek az a szerve, mely elé az összes fontosabb ügyek tartoznak, azoknak kivételével, melyeket az alapszabályok a közgyűlés ügykörébe utalnak. Különösen pedig idetartoznak: a Szövetség munkaprogramjának, ügyviteli szabályzatának megállapítása.

A választmány negyedévenként legalább egyszer tart ülést.

## 9. §.

A közgyűlés a rendes tagok összességéből áll, évenként egyszer, lehetőleg januárban tartandó; a közgyűlés határozatképes, ha legalább 10 tag van jelen.

A közgyűlés tartható Budapesten.

Ügkörébe tartozik:

a) az elnök, alelnök és választmány, a titkárnak, a számvizsgáló-bizottságnak és a pénztárosnak választása.

A választás 3 évre történik. Időközi választások tartama csak a három évből hátralévő időre szól;

b) az alapszabályok megállapítása és esetleges módosítás;

c) az évi költségvetés megállapítása és a zárószámadás fölötti határozathozatal;

d) a Szövetség feloszlása vagy más egyesülettel való egyesülése;

e) a tagok által előterjesztett indítványok, melyek azonban egy héttel előbb írásban adandók be.

A b) és d) alattiakhoz a jelenlévők kétharmad többsége szükséges; minden egyéb tárgyban való határozathozatal egyszerű szótöbbség útján történik.

A közgyűlés összehívása a tagoknak névre szóló meghívása útján történik; a meghívót legalább nyolcz nappal a közgyűlés napja előtt kell kibocsátani.

A közgyűlést az elnök hívja össze; a választmány határozata alapján vagy 25 rendes tag írásbeli kérésére a határozattól, illetőleg a kérés benyújtásától számított két héten belül rendkívüli közgyűlés hivandó egybe. Az ily kérésben az egybehívni kívánt közgyűlés tárgyát is meg kell jelölni.

Ha valamely egybehívott közgyűlés nem határozatképes, akkor két héten belül ugyanazon tárgysorozattal új közgyűlést kell összehívni, mely a megjelent tagok számára való tekintet nélkül határozatképes.

## 10. §.

Úgy a választmány, mint a közgyűlés üléseiről szabályszerű jegyzőkönyvek vezetendők, a választmány jegyző-

könyveit az elnök és a jegyzőkönyvvezető titkár írja alá; a közgyűlés jegyzőkönyveinek hitelesítésére az elnök az illető ülésen két hitelesítő tagot jelöl ki.

### 11. §.

A számvizsgáló-bizottság három tagból áll, kiknek feladata a Szövetség pénzkezelésének ellenőrzése. Évenként a közgyűlést megelőzőleg a bizottság köteles a zárószámadást megvizsgálni s ennek eredményéről a közgyűlésnek írásbeli jelentést tenni.

## V. A Szövetség vezetése.

### 12. §.

A Szövetség élén az elnök áll, a ki azt minden irányban képviseli; a választmány ülésein, valamint a közgyűléseken elnököl. A Szövetség tevékenységét irányítja.

Akadályoztatása esetében az alelnök helyettesíti.

## VI. A kormány felügyeleti joga.

### 13. §.

Ha a Szövetség az ezen alapszabályokban meghatározott feladatát és céljait, illetőleg hatáskörét meg nem tartja, a m. kir. kormánynak joga van, amennyiben a Szövetség további működése az állam érdekeit vagy a Szövetség tagjainak anyagi érdekeit veszélyeztetné, a Szövetséget felosztatás terhe alatt az alapszabályok megtartására utasítani, illetőleg működését haladéktalanul felfüggeszteni és szabályszerűen megtörtént vizsgálat alapján esetleg föl is oszlatni.

## A Középeurópai Fogorvos-Szövetség Magyar Osztályába ezideig tagokul jelentkeztek:

### I. Budapest:

Dr. Apáthy Jenő, VIII., József-körút 53.

Dr. Bányai Sándor, VI., Andrásy-út 48.

Dr. Berger Ferencz, V., Deák Ferencz-utcza 14.

Dr. P. Bilaskó György, IV., Kecskeméti-utcza 14.



- Dr. Biró Mór, VII., Kazinczy-utca 55.  
 Dr. Bonyhárd Mór, VII., Erzsébet-körút 2.  
 Dr. Csilléry András, VIII., Baross-utca 28.  
 Dr. Dalnoky Viktor, VI., Andrássy-út 32.  
 Dr. Fejjes Béla, VII., Dohány-utca 90.  
 Dr. Feles Adolf, IV., Semmelweis-utca 4.  
 10 Dr. Fleischer Elemér, IV., Eskü-út 5.  
 Dr. Forgách Aladár, IV., Koronaherczeg-utca 9.  
 Dr. Fried Samu, V., Erzsébet-tér 8.  
 Dr. Fuchs Sándor, VIII., Rákóczi-út 19.  
 Dr. Gadány Lipót, V., Erzsébet-ér 3.  
 Dr. Garay Jenő.  
 Dr. Haas Thekla, V., Lipót-körút 7.  
 Dr. Hoff Móricz, IV., Hajó-utca 12.  
 Dr. Hállay Károly, IX., Üllői-út 1.  
 Dr. Hollósy Ede, VIII., József-körút 38.  
 20 Dr. Kanitzer Ignác, VIII., Kálvária-tér 18.  
 Dr. Klinger Zsigmond, IV., Gizella-tér 3.  
 Dr. Klinger István, IV., Gizella-tér 3.  
 Dr. Körmöczy Zoltán, VIII., József-körút 23.  
 Dr. Kozma Antal, IV., Semmelweis-utca 5.  
 Dr. Landgraf Lőrincz, IV., Károly király-út 24.  
 Dr. Leoka Jerando, II., Margit-körút 1.  
 Dr. Lippe Mór, V., Zrinyi-utca 17.  
 Dr. Lichtmann Samu, VI., Király-utca 76.  
 Dr. Major Emil, V., Arany János-utca 33.  
 30 Dr. Majunke Egon, VIII., Baross-utca 2.  
 Dr. Nemes Jenő, VIII., József-körút 26.  
 Dr. Pál Gyula, II., Széna-tér 7.  
 Dr. Pécsy István, IV., Eskü-út 6.  
 Dr. Salamon Henrik, VI., Andrássy-út 24.  
 Dr. Sándor Samu, V., Hold-utca 1.  
 Dr. Siklós Armand jelenleg I. A.-K. Feldpost 413.  
 Dr. Schmidt László, VI., Andrássy-út 29.  
 Dr. Szabó József, VIII., József-körút 37.  
 Dr. Szántó Ármin, VII., Erzsébet-körút 21.  
 Dr. Szirtes Alajos, VIII., Mehmed Szultán-út 18.

- 40 Dr. Vajna Vilmos, IV., Kossuth Lajos-utca 14.  
 Dr. Wein Dezső, IV., Ferencz József-rakpart 13.  
 Dr. Weingruber Ármin, IV., Gizella-tér 2.  
 Dr. Winkler Gyula, IV., Mehmed Szultán-út 21.  
 Dr. Zólyomi Adolf, V., Kálmán-utca 24.

## II. Vidék:

- Dr. Bán Sándor, Kolozsvár.  
 Dr. Bruszt Lázár, Baja.  
 Dr. Daramus Cornél, Gyulafehérvár.  
 Dr. Dezső Gyula, Versecz.  
 Dr. Erdős Emil, Pozsony, Deák-utca 7.  
 50 Dr. Fischer Ágoston, Detta.  
 Dr. Földes József, Győr, Baross-út 14.  
 Dr. Frankl Áron, Kiskunhalas.  
 Dr. Guttmann Lipót, Pozsony.  
 Dr. Hajnal Dezső, Debreczen.  
 Dr. Haydu Lajos, Debreczen, Batthyány-utca.  
 Dr. Halász Henrik, Miskolcz.  
 Dr. Höncz Vilmos, Kolozsvár, Monostori-ut 19.  
 Dr. Huszár Adolf, Székesfehérvár.  
 Dr. Káldi Dezső, Temesvár, Hunyady-ut 9.  
 60 Dr. Kallós Pál, Ujvidék.  
 Dr. Kassovitz Ármin, Ujvidék.  
 Dr. Kálmán Ernő, Kassa, Fő-utca 67.  
 Dr. Keller Miklós, Temesvár.  
 Dr. Klein Izráel, Mármarosziget.  
 Dr. Pap Nándor, Szeged.  
 Dr. Kovács Gyula, Komárom.  
 Dr. Krausz Pál, Temesvár, Belváros.  
 Dr. Kun Izidor, Szeged.  
 Dr. Kuthy Béla, Magyarakanizsa.  
 Dr. Mayer Adolf, Győr.  
 70 Dr. Mayer Miksa, Nagytapolcsány.  
 Dr. Meller Béla, Sopron.  
 Dr. Mészáros Béla, Eger.  
 Dr. Miskolczy Leó, Szeged.

- Dr. Neuwirth Elek, Kassa.  
 Dr. Nobel Adolf, Győr, Baross-út 36.  
 Dr. Orván Ede, Zsolna.  
 Dr. Koródi Simon, Pápa.  
 Dr. Perl Antal, Aranyosmaróth.  
 Dr. Révész Fülöp, Békéscsaba.  
 Dr. Révész Sándor, Békéscsaba.  
 80 Dr. Robitschek Samu, Veszprém.  
 Dr. Sebestyén Miksa, Győr.  
 Dr. Sóbányi Pál, Salgótarján.  
 Dr. Stefan Kristóf, Nagykikinda.  
 Dr. Stein Emil, Nyitra.  
 Dr. Szabó Samu, Kaposvár.  
 Dr. Szegő Armand, Szolnok.  
 Dr. Szekulesz Adolf, Kecskemét.  
 Dr. Széll Miksa, Miskolcz, Széchenyi-utca 34.  
 Dr. Szőnyi Mór, Temesvár.  
 90 Dr. Sztahovszky Antal, Igló.  
 Dr. Takács Gusztáv, Szarvas.  
 Dr. Wallerstein Bódog, Pécs, Majláth-tér.  
 Dr. Ziffer Alfréd, Szeged.

---

A kartársak figyelmébe és jóindulatába ajánljuk dr. *Lengyel* Emil, a háboruban hősi halált halt collegánk özvegyének tulajdonát képező

## Dr. Lengyel Emilné és Szarvas Lily Akácza-u. 4. I/5.

czégjelzésű fogtechnikai laboratoriumot, mely elsőrendű segéd-  
 erőkkal, méltányos ár mellett áll a kartárs urak rendelkezésére.

---

Alig használt fogorvosi felszerelés technikai berendezés-  
 sel eladó. A szives érdeklődők forduljanak dr. *B. HAYDU*  
 Lajos fogorvoshoz, a ki az átadással meg van bizva. Debre-  
 czen, Batthyány-utca 20. sz.

---

## Az elnöki beszéd visszhangja.

*Salamon H. dr.*, egyesületünknek új elnöke 1917 szept. 22-én tartott rendkívüli választmányi ülésünkön elnöki székét hosszabb beszéddel foglalta el. Ebben igen fontos kari érdekeket illető kijelentéseket tett, valósággal új programot adott. Ez a program széles körben megértésre és méltánylásra talált. Erre vonatkozólag közlünk itt néhány idézetet levelekből, cikkekből.

Hofrat *Dr. B. Sachse* (Leipzig) 1917, nov. 4-én kelt levele:

Sehr geehrter Herr College!

Gestatten Sie mir Sie zu Ihrem Artikel in der Deutschen zahnärztl. Wochenschrift auf das innigste zu beglückwünschen. Das ist eine schöne Tat und wird auch in unseren Kreisen die Bundesbruderschaft neu aufleben lassen.

Ich begrüße auch die beabsichtigte Gründung des Mitteleurop. Zahnärzte-Bundes u. erlaube mir — falls gewünscht — meine Hülfe bei den Vorarbeiten zur Verfügung zu stellen. Ich bin Mitglied des Standesausschusses sächs. zahnärztl. Vereine u. Vorsitzender des Vereins der Kassenzahnärzte zu Leipzig.

Mit der ergebensten coll. Empfehlung  
hochachtungsvollst

Ihr ergebener

*B. Sachse.*

*Prof. Reinwöller* (Rostock z. Z. im Felde.)

„Zahnärztliche Studienordnung, Promotion, Habilitation című czikkében írja:

„Ich benütze an dieser Stelle die Gelegenheit, Herrn Kollegen *Salamon* mein volles Einverständniss für seine in dem Artikel dargelegten Ansichten auszusprechen, nähmlich, fesster und treukameradschaftlicher das Zusammenhalten zwischen deutschen und ungarischen Zahnärzten zu pflegen und auszubauen.“

B. *Haydu Lajos dr.* (Debrecen) a következő levelet intézi elnökünkhöz:

Mélyen tisztelt Elnök Úr!

Engedje meg, hogy mint az egyesületünknek 3 év után ez év októberében hazakerült tagja, siessék Önt üdvözölni, mint az egyesületünk olyan új elnökét, akire bizalommal és reménységgel tekintünk. A kiben bízunk, hogy a fogászatot, a fogászat nivóját tökéletesebbé teszi és keresztül viszi a talán mindannyiunk óhajtott iskolai fogápolás rendszeresítését. Tekintélyt szerez egyesületünknek és az egész fogorvosi karnak.

Mi vidékiek végtelenül sajnáljuk, hogy az egyesületünk gyűlésein, tudományos összejövetelein nem vehetünk részt.

Ebben bennünket, katonákat, a szolgálat gátol meg. Szívvel-lélekkel ott vagyunk és küzdünk a bennünk gerjedő felháborodás ellen, a mit az egyéni szabadságunk megkötése ébreszt.

Éppen az elmenetelünk megakadályozása, megjelenségünk lehetetlenné tévése miatt, kérem, talán más kartársaim is mellém állanak, méltóztassék az érdekes előadásokat a közlönyünkben, vagy külön nyomtatványokon közölni, hadd jusson nekünk is azokból a közölt tapasztalatokból, előrehaladásból valami, a mit budapesti és a közelben lakó kartársak élvezhetnek.

Mi, talán szabad a vidéki kartársak nevében be-

szélni, nemcsak tanulni, tapasztalni óhajtunk, hanem minden erőnkkel támogatni óhajtjuk igen tisztelt Elnök úr programját.

Elnök úrnak és kartársaimnak sikert hozó újévet kívánva,

maradok igaz tisztelettel kész híve:

*Dr. B. Haydu Lajos,*  
fogorvos.

---

## Felhívás az összes kartársakhoz.

*Ujból kérjük kartársainkat, hogy sürgősen közöljék a szerkesztőséggel, hogy a háború alatt hol és milyen szolgálatot teljesítettek és teljesítenek?*

*Közöljék velünk az általuk ismert kollegák beosztását és háborús címét, a kikről azt hiszik, hogy ezen felhívásunkat nem látják.*

*Közöljék velünk az elesett vagy fogságba jutott kartársak neveit.*

*Adakozzanak a fogorvosok özvegyeinek és árváinak javára.*

*Támogassák adományaikkal a „Fogorvosi Szemlé“-t, mely az eddiginél nagyobb terjedelemmel és gyakrabban fog megjelenni s a nyomtatási költségek óriási mértékben emelkedtek.*

Eddig adakoztak :

a) a „Fogorvosi Szemlé“-re :

Dr. Salamon Henrik	---	---	---	100	korona
Dr. Körmöczy Zoltán	---	---	---	100	„
Dr. Frommer József	---	---	---	100	„
Dr. Klinger Zsigmond	---	---	---	100	„
Dr. Láng Ignác	---	---	---	400	„
Dr. Pécsi István	---	---	---	100	„
Dr. Gadány Lipót	---	---	---	100	„
Dr. Fuchs Sándor	---	---	---	100	„
Dr. Bilasko György	---	---	---	100	„
Dr. Vajna Vilmos	---	---	---	100	„
Dr. Fried Samu	---	---	---	100	„
Dr. Sándor Samu	---	---	---	100	„

Dr. Hoff Móricz	---	---	---	---	100	korona
Dr. Csilléry András	---	---	---	---	100	”
Dr. Fejjes Béla	---	---	---	---	100	”
Dr. Rottmann Ármin	---	---	---	---	100	”
Dr. Seligmann Emil	---	---	---	---	100	”
Dr. Dalnoki Viktor	---	---	---	---	100	”
Dr. Barát Gizella	---	---	---	---	100	”
Dr. Zólyomi Adolf	---	---	---	---	100	”
Dr. Szirtes Alajos	---	---	---	---	100	”
Dr. Klinger István	---	---	---	---	100	”
Dr. Bonyhárd Mór	---	---	---	---	100	”
Dr. Garai Jenő	---	---	---	---	50	”

b) a jótékony alapra :

Dr. Klinger Zsigmond	---	---	---	---	2000	”
----------------------	-----	-----	-----	-----	------	---



# ANACOT PASTILLA D<sup>r</sup> WANDER

IDEÁLIS FORMALDEHYD  
KÉSZÍTMÉNY  
BELSŐ HASZNÁLATRA

A  
SZÁJÜREG, GARAT  
ÉS TOROK  
DESINFICÁLÁSÁRA  
A LEGALKALMASABB.

ELSZOPOGATVA A SZABADDÁ  
VÁLÓ FORMALDEHYD HUZAMO  
SABB IDŐN ÁT FEJTI KI  
BACTERICID HATASÁT.

EGY PASTILLA  
TARTALMAZ:  
0.01 FORMALDEHYD,  
0.005 ACID. CITRIC,  
0.001 MENTHOL.



EGY PHIOLA  
(30 PASTILLA)  
GYÓGSZERTÁRAKBAN  
ARA-K.160.

## D<sup>r</sup> WANDER

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG · BUDAPEST · X ·

Sürgőnycim:

**Ashdep.**

Telefonszám:

**1-56.**

Postatakarék-számla száma:

**6455.**

# **C. Ash & Sons**

**Dental-Depot**

**Budapest, Ferencziek-tere 4.**

**Alapítva 1820.**



---

Legelső és legrégebb gyár  
műfogak, fogorvosi és fog-  
technikai anyagok és be-  
rendezések részére. ==

---



**== Kivánságra képes árjegyzék! ==**

Richter Gedeon vegyészeti gyára  
Budapest X.

# Tonogen-cocain- tabletták.

Tonogen suprarenale 0'0001 + cocain 0'01 + tiszta konyhasó 0'009 gramm.

Egyesíti magában a cocain érzéstelenítő hatását a Tonogen suprarenale vértelenítő hatásával.

## A Tonogen-cocain-tabletták javalatai :

1. Fogászati beavatkozásoknál 1 tablettát 1 cm<sup>3</sup> forró vízben feloldva teljesen steril és használatra kész érzéstelenítő folyadékot ad, a mely kisebb fogászati műtéteknél teljesen elegendő.

Alkalmazásuk gazdasági szempontból is igen ajánlatos.  
20 tablettát tartalmazó phiolákban kerül forgalomba.

# Peroxygenol.

Vegyztiszta, 30%-os Hydrogenium peroxydatum.

Hydrogenium peroxydatum medicinale

RICHTER 3% = 12 Vol. %

Tiszta gyógyászati készítmény.

# PEROXYD-SZÁJVIZ

Hydrogen peroxydatumából készül.

Mint szájöblítőszer megöli a szájürben levő pathogen csírákat.

Dr. Bassenge kutatásai alapján azt állítja, hogy csak a Hydrogen peroxydatumot tartalmazó szájvizek bírnak bacteriumölő hatással.

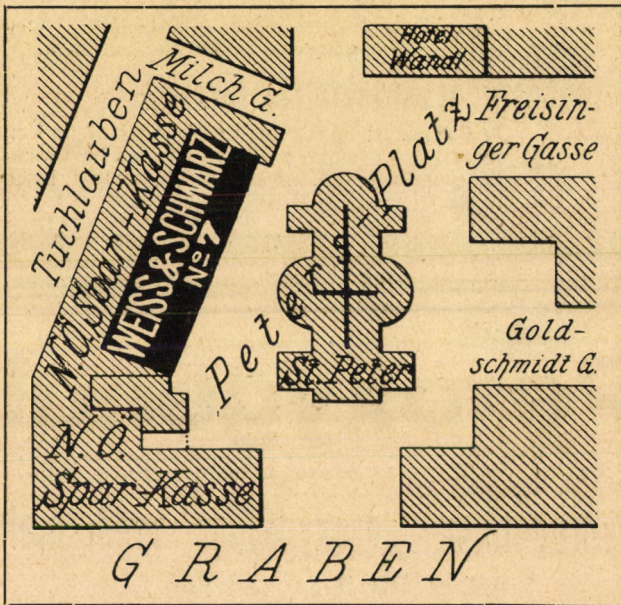
Eredeti 100 és 1000 grammos üvegekben van forgalomban.

# WEISS ÉS SCHWARZ

DENTAL-DEPOT

WIEN, I., PETERSPLATZ 7.

TELEFON 18299 ÉS 13068.



A KÖZÖS HADSEREG, A M. KIR. HONVÉD ÉS A  
FOGÁSZATI EGYETEMI INTÉZETEK SZÁLLITÓI.

Képviseelő Budapesten:

**Alpár Jakab, VI., Eötvös-u. 27.**

TELEFON 39—90.

Pápai Ernő műintézete, Budapest.





# 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 tényéé váltják.

## Novogen dentale ERI

2% Novocain-Tonogennel.

**Biztos, hosszantartó és ártalmatlan érzéstelenítő.**

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

Minden egyéb összetételű használatra kész  
steril fogászati érzéstelenítők raktáron vannak!

## Speciallaboratorium „ERI“

RÓZSAVÖLGYI IMRE GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, VI., Aréna-ut 124. szám.

Telefon 24—18.

**Ismertetés és kísérleti anyag ingyen!**

## Orvosilag elismert specialis gyógyszerkészítmények:

**Clykomaltin.** Száraz maláta, kola és glycerophosphat-tal. Ideg- és testi gyengeségnél ajánlatos.

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

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében: intravenás vagy intramusculáris befecskendezésre.

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

**Terimenth.** Methysalicylat, menthollal, neuralgiák, izomrheumánál tubusban.

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

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak:

**MARBERGER GYULA** orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, UJPEST.

## Novocain-Metanephrin Inj. 1½%

**Dr. Egger.**

Legeredményesebb anaestheticum fogászati célokra.

**Dr. Egger fog- és szájápoló szerel:**

### Egleo-fogpép

Orvosi körökben kedvelt, erős mechanikus tisztító képességű, jó kosmetikus hatású és igen olcsó készítmény.

### Dioxyn-szájvíz

Erős desinficiális hatású, állandó összetételű, oxygént fejlesztő oldat. Orvosilag indikált szájkosmetikum.

### Dioxyn-fogpor

Calcium superoxyd-tartalmánál fogva száj- és fogápolásra igen alkalmas. A szájírt hathatósan desinficiálja.

**Dr. EGGER LEÓ és EGGER J., BUDAPEST**

50516

X7 175

866

BUDAPESTI KÖNYVTÁR  
1918. 2. SZÁM  
APRILIS - JÚNIUS HÓ.

XI. évfolyam.

1918. 2. szám

APRILIS - JÚNIUS HÓ.

# FOGORVOSI SZEMLE

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETÉNEK  
HIVATALOS KÖZLÖNYE

SZERKESZTIK:

**Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN és Dr. SZABÓ JÓZSEF**

ÁLLANDÓ MUNKATÁRSAK:

Dr. Rothman Ármin egyet. m.-tanár, Dr. Höncz Kálmán rk. egyet. tanár (Kolozsvár), Dr. Vajna Vilmos egyet. m.-tanár, Dr. Bányai Sándor, Dr. Berger Ferencz, Dr. Fried Samu, Dr. Halász Henrik (Miskolcz), Dr. Landgraf Lőrincz és Dr. Propper Miksa. Dr. B. Haydu Lajos (Debreczen).

815H.

KIADÓ ÉS LAPTULAJDONOS:

**A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETE.**

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL:

**BUDAPEST, VIII., JÓZSEF-KÖRUT 23, I. EMELET.**

NYOMDARAT  
1920/24. 179  
EGYETEMI KÖNYVTÁR  
SZEGED

Megjelenik évenként négyszer. —

Tagsági díj évi 20 korona, melynek fejében a lap is díjtalanul jár.

Előfizetési díj nem tagok részére  
évi 16 korona.



BUDAPEST, 1918.

# Neuman H.

műszerész és műszergyáros

**Budapest, VIII., József-körút 33. sz.**

**5 Fensége József kir. herczeg udvari szállítója.**

Legmegbízhatóbb bevásárlási forrás az összes orvosi műszerek és egész berendezések beszerzésére. Az egyetemi klinikák és kórházak szállítója. — Orthopaediai készülékek, gépek és sérvkötők. — Elektromedikai gépek és tartozékok

**Műszerjavítás, köszörülés és nikkelezés.**

**Telefon 51—52. szám.**

## Finger Frigyes

**Budapest, VI., Hajós-utca 41.**

**Dental-Depot.**

**Telefon 16-49.**

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

**Elektromedikai és mechanikai műhely.**



# FOGORVOSI SZEMLE

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

## TARTALOMJEGYZÉK:

### Eredeti közlemények:

<i>Dr. Salamon Henrik</i> : Elnöki megnyitó .....	1
<i>Dr. Salamon Henrik</i> : A fogászat és fogorvosi rend történetének vázlatja .....	7
<i>Dr. Müller Károly</i> : Az állkapocssínezésekről általában .....	25
<i>Dr. Garai Jenő</i> : A harctéri sérülések .....	39
<i>Dr. Erdős Emil</i> : Készülék szájzár gyógyítására .....	43
<i>Dr. Sándor Samu</i> : Az alveolarpyorrhoea kezelése és gyógyulása .....	47
<i>Dr. Morelli Gusztáv</i> : Egy harctéri fogorvosi rendelő-intézet működéséről .....	53
<i>Dr. Haydu Lajos</i> : Az iskolai fogápolás kérdése Magyarországon .....	61
<i>Dr. Haydu Lajos</i> : Érdekes apróságok a fogorvosiasból .....	65

### Szemelvények:

<i>Hoffmann</i> : Az állcsontsérülésekről a balesetban .....	70
<i>Warnekros</i> : Die Behandlung der Pseudarthrosen .....	74
<i>Cohn</i> : Die Behandlung der granulierenden Periostitis an Molaren .....	74
<i>Zilz</i> : Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzungen .....	75

### Könyvismertetés:

<i>Klapp-Schröder</i> : Die Unterkiefer-schussbrüche und ihre Behandlung .....	78
--	----

### Hírek

.....	82
-------	----

### Hivatalos rész:

Közgyűlési jegyzőkönyv .....	83
Magyar fogorvosi iskola .....	2
Beadvány a tuberculosis elleni küzdelem tárgyában .....	93

## Elnöki megnyitó

az 1918 február 2-iki közgyűlésen tartotta: **dr. Salamon Henrik**, egyetemi magántanár.

Tisztelt Közgyűlés!

Amióta az 1917 szeptember 22-iki rendkívüli közgyűlés egyesületünk élére hívott, ma először állok a rendes közgyűlés — egyesületünk legfőbb fórumának — színe előtt. Ezért — noha felteszem, hogy mindannyian ismerik programomat, mely Szemlénk utolsó számában nyomtatásban is megjelent —, mégis néhány szóval vissza akarok térni erre és főleg egyik-másik megjegyzésre, melyet reá vonatkozólag némely oldalról hallottam.

Tisztelt Közgyűlés! Programom nem más, mint a világháború tanulságainak alkalmazása szakmánk hazai viszonyaira. Ama háborúé, mely megtanított arra, hogy az embereket, felfogásokat, értékeket más szemmel nézzük, mint azelőtt a békében. Emberek, dolgok, felfogások, intézmények és eszmék, melyek azelőtt nagyoknak, értékeseknek, konzerválандóknak tündek föl, kicsinyeknek, sekélyeknek, avultaknak

bizonyultak; mások, melyek a békés élet szürkeségében alig tűntek fel, a kor átalakító, teremtő méhében nagyok, erősek, értékesek lettek.

A háború már haldoklik, a béke pedig már vajudik és ezért már be kell rendezkednünk, le kell vonnunk a békére a háborús tanulságok konzekvenciáit.

Ezt tettem programmomban szakmánk hazai viszonyaira vonatkozólag.

Az adott praemissa, melyből kiindultam, két szakegysületünkben kifejezésre jutó kétféle irány: a stomatologiai és a fogászati, melyek közül az előbbi tudományosan többnek, orvostársadalmilag előkelőbbnek tartotta magát az utóbbinál, hiszen ezért különböztette meg magát külsőleg a czimben, mely annyit akar jelenteni, hogy szakmánk gerincze nem többé a fogbetegségek gyógyítása, hanem szájsebészet, melynek határai azonban soha világosan körül nem irattak, illetőleg bizonyos diplomatikus kétszínűséggel a fogorvosok felé olyképpen, miszerint az a szájra „inclusive összes részeire“ terjed ki; a sebészek felé pedig olyképpen, hogy mégis koncessiókat tett némely betegségek tekintetében.

Úgy a fogorvosok, mint a sebészek békében nem sokat törődtek evvel a diplomatikus helyzettel. A fogorvosok azért nem, mert nagyon jól tudták — és meg voltak vele elégedve a tudomány és gyakorlat szempontjából —, hogy az ő hatáskörük a fogak és azok környezetének betegségei; a sebészek pedig azért nem törődtek vele, mert egészen bizonyosak lehettek abban, hogy nyelvrák, állcsonttumorok és hasonló szájbetegségek gyógyítása végett a betegek úgy sem mennek a stomatologushoz.

Béke idején tehát a stomatologiai irány — noha a jövő szakorvosi generáció nevelése szempontjából határozottan káros, mert elterelte a tanulók figyelmét a szakma gerinczétől: a fogászattól —, mégis megállhatott nálunk (megjegyzem én mindig *hazai* viszonyokat tartok szem előtt), sőt virulás jeleit mutathatta különösen a külföld felé, mely viszonyaink felől nem lehetett tájékozva —, megállhatott mondom, mert nem volt senkinek sem kedvében, sem érdekében ellenőrizni ezt

a szájsebészeti irányt és tevékenységet, még pedig azért nem, mert a békés idők úgy sem támasztottak irányában nagyobb igényeket.

Ebben a szituációban talált minket az 1914-ben kitört háború és ha *Grósz Emil* professzor remek Balassa-előadásában az akkori helyzet általános jellemzéseül azt mondja: „1914 ősze az egészségügyi szolgálat fájdalmas emléke“, mi a szakmánkra zúdult váratlan feladatok tekintetében mély sajnálattal megerősíthetjük ezt a nyilatkozatot.

Kérdezem: a mikor ez a háború váratlan és hirtelen nagy szájsebészeti feladatok elé állította karunkat, vajjon szakmánk melyik táborának kellett a kezdeményezést, az organizációt, a gyakorlati tevékenységet rögtön a kezébe venni: a stomatologusoknak vagy a fogorvosoknak? Az a feleletem, hogy vállvetve mind a kettőnek! De mégis inkább és elsősorban és ösztönösebben, hogy így fejezzem ki magamat, a stomatologusoknak, akiket kötelezett a mult: az a békebeli mult, melyben folyton hangos szóval hirdették a szájsebészet fontosságát és szükségességét. És ime, mikor eljött a nagy megpróbáltatás ideje, a mikor azok a sajnálatra méltó állcsont-, száj- és arczsérületek az előzetes gondoskodás teljes híjján szétszóródtak nekik nem való kórházakba, a stomatologusok hivatalos vezetői részéről nem történt semmi sem, hogy ez az áldatlan állapot megszűnjön, hogy ezeket a szegény sebesülteket e célra felállított speciális kórházakban mi szakorvosok kezeljük. Azt merem állítani, hogy a magyar stomatologusok és fogorvosok bizonyos hányadának nem kellett volna a háború elején vagy egyáltalán csapatszolgálatot, vagy bel-, ideg-, szemgyógyászati stb. osztályokon kórházi szolgálatot teljesíteni, (noha közbevetőleg legyen mondva, itt is mindenütt kitünően megállották helyüket!), a mikor volt elég sebesültanyag az ő speciális orvosi tudásuk részére. A stomatologusok ebben a tekintben nemcsak meg nem tették a kötelességüket, de nem is gondoltak rá.

A mi ebben az irányban nálunk történt, azt azok a magyar fogorvosok csinálták, a kik sohasem nevezték magukat stomatologusoknak, a kik békeidőben sohasem mondták,

hogy a fogászat mellékes, fő a szájsebészet és szájgyógyászat, de a kik, amikor a szükség és a stomatologusok organizáló és sebészi tehetetlensége ama feladatok elé állította, organizálták a háborus szájsebészeti szolgálatot és gyors utántanulással kitűnő száj- és arcsebészek is lettek!

Azt mondhatnám tehát, hogy a háború alatt sajátságos szerepcsere történt: a magyar fogorvosokból stomatologusok lettek, az „úgynevezett“ stomatologusok kezéből pedig a zászló, melyet békében magasan, de érdemtelenül lobogtattak, erőtlenül kiesett. Az a tragikum érte őket, hogy „*fahnenflüchtig*“ lettek, daczára annak, hogy belekapaszkodnak a zászlóba — t. i. azért, mert *a zászló elhagyta őket!*

Ebbe az összefüggésbe kapcsolom be azt a némely részről hallott kérdést, ha úgy is van, és ha a tények tanúsága szerint nyilvánvaló is, hogy a magyar stomatologia és stomatologusok csütörtököt mondtak a háború stomatologiai követelményeivel szemben, vajjon *opportunistus* volt-e ezt egyesületünk részéről a nagy nyilvánosság előtt és nyomatékosan megállapítani?

Erre vonatkozólag idézem megint *Grósz Emil* Balassa, előadásának egy mondatát: „*A háború tanulságai az opportunizmus alkonyát jelentik.*“ Kartársaim! Nem lehet jóindulatú elnézéssel, vagy szentimentális okokból szemet hűnyunk e háború megismerési előtt, ellenkezőleg, kérlelhetetlenül le kell vonnunk mindenütt és mindenben a nagy idők konzekvenciáit.

A háború folyamán félreismerhetetlenül kiderült, hogy a magyar stomatologia hamis jelszó volt. Amit a tudás szempontjából hirdetett, azt, a mikor eljött az igazi és véresen komoly ideje, valóra váltani nem tudta. A karnak védelmét és pozíciójának megteremtését a katonai szolgálat keretében nem tudta szervezni, nem is gondolt rá, meg sem kísérelte. Az állcsontsérültek rokkantsági igényeinek problémájával nem foglalkozott. Protézis-laboratóriumok felállításának szükségességére a békében nem gondolt. Rokkantjaink szociális elhelyeződésének megkönnyítésére az arra alkalmasoknak fogtechnikus tanfolyamokban való kiképzéséről sejtelve sincsen. A népegészség regenerálásának nemzetünk életébe vágó kér-

déseinek eszmecesterínél szavát még nem hallatta. A közép-európai fogorvosszövetség szervezési munkáiból kizárták magukat. Sőt a béke idejében még reája bízott fontos kari érdekeket sem tudta a pusztulástól megóvni: az egykor virágzó stomatologus-egyesület a háború egész ideje alatt életjel nélkül alszik; a Stomatologiai Közlöny, ez egykor szép és magas nivóju folyóirat kezei között eltűnt: négy év óta meg nem jelent! Mindezt az átkos patópálos indokolással: ráérünk majd a háború után! Nem igaz, kartársaim, nem érünk rá! Nem lehet majd semmit sem a háború után ott folytatni, ahol a háború előtt elhagyták. Az idők, az emberek, a világfelfogások megváltoztak. És még hozzávéve végül mindehhez a stomatologusok ismert mentalitását, melylyel — ha mindez az eddigi hagyományos indolenciával elhallgatattatik — a háború után valószínűleg csakhamar hangosan hivatkoznának a stomatologia kitűnő háborús szolgáltatmányaira — mindez parancsolóvá teszi számunkra a tudomány, az ethika, a hazafiasság szempontjából, hogy ne nézzük tovább ez állapotokat nemtörődömséggel és félretéve minden gyáva opportunizmust, amellett, amit igaznak hiszünk, bátran szint is valljunk.

Mi nem akarjuk a mi szép és nemes szaktudományunkat megkisebbiteni, ellenkezőleg, azt minden vele vonatkozásban lévő orvosi segéd- és határtudománnyal együtt gondosan ápolni és fejleszteni akarjuk és azt a prestige-t, melyet e háború alatt kitűnő szolgáltatmányai révén szerzett, megőrizni és gyarapítani. De igenis, el akarjuk és el kell érnünk, hogy azok, a kik méltatlanoknak és tehetetleneknek bizonyultak, azok álljanak félre. *Szaktudományunk fejlődési irányának kiszabását* nem hagyhatjuk a gyengék kezében, amikor éppen a háború bebizonyította, hogy a magyar fogorvosok között igenis vannak tudásban, szervezőképességben erős férfiak. És evvel a megállapítással kapcsolatban harmadszor kell idéznem *Grósz Emil* Balassa-előadását, a mely egyik legjelesebb tudósunk, egyik legmesszelátóbb organizátorunk tudományos hitének és világfelfogásának dokumentuma, a ki a szemészet jövő feladatainak megoldására vonatkozólag azt

kérdezi: „Vajjon rendelkezünk-e ezen feladat teljesítésére elegendő alkalmas munkaerővel? A háború tapasztalatai bebizonyították, hogy igen. A harctéren a talentumok egész sorának nyílt alkalma az érvényesülésre, a talentumok egész sora megfelelő munkakörben arravalóságát beigazolta. Vajjon a béke beálltakor ezek visszatérjenek újból alárendelt szűkkörű tevékenységükbe s a vezető állomásokban megmaradjanak azok, a kik békében és háborúban beigazolták tehetetlenségüket?“ Ugyanezt mi joggal a fogászatra is vonatkoztathatjuk és ennek mi a konzekvenciája?

*Éppen a mi programmunk!*

Ez a program induljon útjára miként a lavina: a homokszem benne én vagyok, az erőt, mely hatalommá növeli, Önök képviselik.

Ebben a hitben nyitom meg a közgyűlést.

## A fogászat és fogorvosi rend történetének vázlata.

Megnyitó előadás a Magyar Fogorvosok Egyesülete által szervezett fogorvosi tanfolyamon. Irta: **Dr. Salamon Henrik**, egyetemi magántanár.

Iskolai történelmi tanulmányainkban vagy későbbi történelmi olvasmányainkban hányszor nem találoztunk avval a megállapítással: „nagy idők“! Vajjon átértéztük-e ilyenkor igazában, mit jelent ez: nagy idők? Nem hiszem. Csak elfogadtuk e jellemzést és emlékeztünkben elraktároztuk a mások által számunkra megállapított tényt, hogy bizonyos történelmi időszakok úgynevezett „nagy idők“. Oly végtelenül nehéz felismerni, átérteni és átérezni letűnt idők, emberek gondolkodásmódját, elmúlt események és cselekvések igazi összefüggéseit, hogy az ilyen historiai ítélet, mint például „nagy idők“ alig vált ki bennünk nagyobb emóciót, nem képez lelki élményt számunkra, hanem éppen csak aláhúzása az eseményeknek az emlékezet számára.

Mi mai cselekvő nemzedék, kik 1914 közepéig historiai életünk szürkeségének jellemzésére szerettük egymást „kortárs“-nak gúnyolni, egyszerre és váratlanul belekerültünk „nagy idők“ sodrába és most már saját testünkön érezzük és azért meg is értjük, mit jelent az: nagy idők! Nagyon sokfélélt jelent, legvelősebb és legegységesebb összefoglalásban azt, hogy nagy idők nyomán semmi sem maradhat úgy és olyan állapotban, mint volt előtte.

Tisztelt hallgatóság! Ne méltóztassék hinni, hogy történetfilozófiai távlatokba akarok elkalandozni. Már ott vagyok, ahol mai összejevetelünk aktualitása kívánja: a Magyar Fog-

orvosok Egyesülete is átérzi a nagy idők követelményeit; a mi szakmánkban sem maradhat minden úgy, ahogy volt azelőtt. Például *a fogorvosi szukkrescentia kérdése sem!*

Egyetemünk csak általános orvosdoktorokat képez ki. Szakorvosokat — a sebészeti szakma kivételével — nem. Az orvosi tudomány és gyakorlat pedig az egyre szélesebb körű speciálizálódás jegyében fejlődik és ezért a helyes szakorvosképzés egyike a legégetőbb orvosnevelésügyi kérdéseinknek. Ha elfogadjuk azt a definíciót, — mely ha nem is tudományos, de a szöveget fejjén találó —, hogy általános orvos az, a ki mindenből valamit tud, szakorvos pedig az, a ki valamiből mindent tud, akkor az állam a kettővel szemben azon az állásponton van, hogy az előbbitől annak bizonyítására, hogy mindenből valamit, tehát végeredményben mégis csak keveset tud, hosszú évekre terjedő tanulmányokat, vizsgákat, oklevelet kíván; míg annak megállapítását, hogy valamiből mindent tud, azt magára az orvosra bizza.

Hogy ez nem helyes, azt mindannyian régtől fogva tudjuk és a Magyar Fogorvosok Egyesülete elérkezettnek látja az időt, hogy a fogorvosképzést — míg maga az egyetem nem fogja tenni — a maga kezébe vegye és egy megfelelő intézmény, éppen a ma meginduló tanfolyam életbeléptetésével a helyes mederbe terelje.

Alkalomszerűnek találok ezt az első összejövetelünket, hogy azoknak önök közül, akik beiratkoztak e tanfolyamra, rövid történelmi áttekintést adjak arról, hogyan fejlődött ki a fogászat, tehát az az orvosi szakma, melynek művelését élet-hivatásul tűzték ki maguknak, az idők folyamán mai állapotáig és evvel összefüggésben hogyan fejlődött az a szakorvosi rend, melynek tagjai kívánnak lenni.

\* \* \*

Mielőtt a részletekbe bocsájtkoznánk, néhány szóval álláspontomat akarom indokolni a fogászati történetírás módszer-tanára vonatkozólag. A fogászat egyetemes történetírói az anyagot rendszerint a világtörténelmi korszakok kereteibe szorítják bele, vagyis beszélnek a fogászatról az ó-korban:



értvén alatta a legrégebbi időket a nyugatrómai birodalom megdőléseig Krisztus után 476-ban; a fogászatról a középkorban, azaz 476-tól Amerika felfedezéseig 1492-ig; végül a fogászat újkoráról 1492-től napjainkig és ezen kereten belül az egyes népek szerint tagolják az anyagot; végül egyes szerzők a történelmi századok szerint osztják fel az anyagot, pl. írván a fogászat történetéről a XVII. vagy XVIII. században.

Részemről nem helyeselhetem ezt a kronológikus módszert, mely olyan határköveket állít fel, melyek semmiféle vonatkozásban nincsenek a fogászat tulajdonképpeni fejlődésével. A nyugatrómai birodalom megdőlésének a fogászatra alig volt befolyása, éppen oly kevésbé, mint Amerika felfedezésének. Csak a pragmatikus módszernek vagyok híve, vagyis annak, amely kikutatja, hogy mely tényezőknek, eseményeknek vagy egyéniségeknek volt döntő befolyása a fogászat fejlődésére és ezeket állítom fel határkövekkül az egyes korszakok közé.

Felfogásom szerint a *fogászat ó-kora* nem a nyugatrómai birodalom megdőléséig tart, hanem a legrégebbi időktől a 18-ik századig, mely hosszú évezredek alatt a fogászatnak egyöntetű jellege van, daczára annak, hogy a legkülönbélebb népek járultak hozzá műveléséhez, t. i. az *általános orvosi gyakorlat alárendelt része*.

Második korszaka, vagyis *középkora* 1700-tól 1840-ig, az első fogorvosi iskola alapításáig tart. *Ez a fogászat különválásának kora az orvosi tudománytól.*

Harmadik kora a fogászatnak vagy az *újkor* 1840-től 1870-ig, mely a *college-rendszer* kifejlődésének ideje.

Végül a negyedik, a *legújabb kor* 1870-től napjainkig: *a fogászat visszatérése az orvosi tudományba.*

A mi e beosztásnál külsőleg feltűnő: az egyes korszakok időbeli aránytalansága, ez mutatja éppen belső értékét és hasznát, mert olyan okozati tényeken alapszik, melyeknek bekövetkezése hirtelen, szinte lökésszerű lendületet adott a fogászat fejlődésének, tehát igazi határkövei történetének, amint azt csakhamar látni fogjuk.



## I. Ó-kor, a legrégebb időktől 1700-ig.

(A fogászat, mint az egyetemes orvosi gyakorlat alárendelt része.)

*Első korszak*, a fogászat az általános orvosi gyakorlat alárendelt része: a legrégebb időktől a XIV. századig (a Collège de Saint-Côme alapításáig).

A fogorvoslás első kezdetei ott találhatók, ahol minden más gyógyító mesterségé: papok kezében pogány istenek templomainak oltáránál, udvarában. Egészen bizonyos, hogy a leggyakoribb fogbetegség a *történelmi időkön belül* mindenkor *népbetegség* volt, tehát gyógyító beavatkozásnak is képezte tárgyát. Azonkívül a *száj és fogak kozmetikus gondozása* is — a legrégebb írott emlékek és a mai legprimitívebb népek tanúsága szerint — minden időben a testápolás szeretettel űzött része volt.

Nem lehet ez előadás keretében czéлом, hogy az összes történelmi adatokat felsoroljam e tények bizonyítására, mert ehhez egész könyvet kellene írnom. Csak azokat a momentumokat fogom kiragadni, melyeknek segítségével megvilágíthatom, hogy az általam felállított történelmi felosztás tényleg a fogászat és fogorvosi rend fejlődése *okszerű* indítékainak kifejezője.

*A kínaiak.* A mennyei birodalomból származnak talán a legrégebb írott emlékek, melyek évezredek előtti orvoslásról hoznak hírt hozzánk. Nuei-King a czíme egy orvosi könyvnek, mely harmadfél ezer évvel Kr. e. íródott és a melyben nagyon sok adat található fog-száj-betegségekről és azok gyógyításáról.\* Sőt a diagnostika első nyomaira is találunk, a mennyiben kilenczféle fogbetegségről és hétféle foghús-betegségről emlékszik meg ez a könyv, melyeknek gyógyítására a fülbe helyezett mindenféle összetételű pilulákat vagy az orrüregbe felszippantó porokat ajánl. A kínai gyógytudomány eredeti segédeszköze az acupunctura és az ezt követő cauterisatio moxával. Az összes betegségek számára a kínaiak az emberi testen 388 beszurási pontot állapítottak

\* P. P. Dabry: La médecine chez les Chinois. Paris, 1863. Idézve *Guerini* History of Dentistry után.

meg, melyek közül 26 szolgált fogbetegségek esetére és 6 foghúsbetegségekre. A különféle gyógyszerek között említsük meg, hogy a kínaiak az arsenit is használták. Állítólag a mai kínai fogászkuruzslók is használnak valami arsen-tartalmú pasztát a kihúzandó fogak előzetes meglazítására.

*Egyptom.* A papoknak egy külön kasztja, az ú. n. pastophorusok foglalkoztak a régi egyptomiaknál gyógyítással. Az Ebers által Luxorban talált papyros, melynek feljegyzései 3700 évvel Kr. e. kezdődnek és 1550 körül Kr. e. lezáródnak, az akkori orvosi tudomány teljes kompendiuma és a fogászatra vonatkozólag is számos adatot őrizett meg számunkra, főleg receptek formájában fogbetegségek gyógyítására, fogporokat és szájvizeket a száj ápolására. Érdekes adatot találunk Herodotusnál, mely szerint azon időben, melyben ő járt Egyptomban (a Kr. e. 5. század), ott az egyes betegségek gyógyítása — *a fogaké is* — már specialisták kezében volt.\* Nem nagyon valószínű, hogy ezek igazi specialisták lettek volna, hanem olyan pastophorusok, a kik az általános orvosi gyakorlat mellett foggyógyászattal is foglalkoztak.

Általánosan elterjedt vélemény, mellyel komoly szakmunkákban is találkozunk, hogy egyptomi mumiák fogsorain észleltek konzervatív fogászati kezelés nyomait aranytömések alakjában, továbbá fogpótlásokat is. Erre vonatkozólag meg kell jegyezmem, hogy ezek az állítások nincsenek kellőleg bebizonyítva, a mennyiben az egyik szerző csak hivatkozik másokra, de sehol sincsen megmondva, ki látta ezeket a leleteket kétséget kizárólag, továbbá, hol őriztetnek azok a mumiák. Ellenben nagyon szavahihető szerzők, mint pl. *Emil Schmidt* lipcsei kraniologus, *Virchow*, a kik sok mumiát

\* „Jam vero medicina apud eos hunc in modum est distributa, ut singulorum morborum sint medici, non plurium, itaque omnia referta sunt medicis. Alii enim sunt oculorum, alii capitis, alii dentium, alii alvi partium, alii morborum occultorum.“ Herodoti Halicarnassei historia. 1570 fol. Euterpe, pag. 53. Idézve *Carabelli* nyomán, Systematisches Handbuch der Zahnheilkunde, erster Band: Geschichtliche Uebersicht der Zahnheilkunde, pag. 3.

vizsgáltak meg, tagadják a fentebbi leletek valódiságát és aranytömés fölvételét pl. abból a vallásos szertartásból magyarázzák, hogy az előkelő halott nyelvére, ajka alá és fölé részint aranypénzeket, részint vékony aranylemezeket helyeztek. Valószínűleg ezeknek jelenléte vezette a felszínes kutatókat arra a feltevésre, hogy aranytöméseket csináltak az egyiptomiak.

A görögök. Görög földön is isten szolgálai foglalkoznak a gyógyítás mesterségével, mely azonban a politikai viszonyok kedvezőbb alakulása folytán inkább talált helyesebb tudományos medret, mint az egyiptomiaknál. Ennélfogva papi kézből ez a mesterség átment hivatásos orvosokéba. A mithikus thessaliali király, Aeskulap, az orvosi iskola alapítója és késői utódja a Kr. e. 5. században élt Hippokrates, az ú. n. corpus hippokraticumban orvosi enciklopaédiát hagyott reánk, melyben megtaláljuk az akkori fogászatnak is teljes képét.

Hippokratesnél találunk a fogakra vonatkozó élesen megfigyelt boncz- és élettani adatokat és különösen gyönyörűen megírt kórtörténeteket fogbetegségekből származó abscessusokra és állcsontnekrosisra vonatkozólag, továbbá általános megbetegedések, mint máj- és lépbántalmak szájrüti tüneteit, melyek Hippokrates megfigyelőképességének és orvosi judiciumának fényes bizonyítékai.

A fogkihúzásról Hippokrates ugyan megemlékszik, de a műtét módját vagy eszközeit nem írja le. Cicero szerint III. Aesculap találta fel a foghúzófogót, melynek egyik ólomból készült példányát (odontagogon) Caelius Aurelianus szerint a delphii templomban őrizték. A régi népek mind irtóztak a foghúzástól és abból, hogy az odontagogon ólomból volt azt magyarázzák, hogy a már csak nagyon mozgó fogakat húzták ki. Említsük meg ezzel összefüggésben, hogy viszont Aristoteles Mechanikájában van egy passus, mely arra enged következtetni, hogy az ő idejében (Kr. e. 4. század) az orvosok a szilárdan ülő fogakat fogóval (odontagra) előbb luxálták, azután az ujjakkal extrahálták.\*

\* Lásd Guerini l. c. pag. 64.

Aristoteles zoológiai munkáiban (De partibus animalium, etc.) a fogakra és fogazatra vonatkozó számos összehasonlító bonczatani adatot találunk.

A Hippokrates-féle humoralpathologia a fogromlást is összefüggésbe hozza a hozzájuk folyó rossz nedvekkal. Ez volna a történelmileg legrégebb caries-elmélet.

*Semiták.* 1. *Zsidók.* Mózes öt könyvében foggyógyászatról vagy fogápolásról nem találunk semmit. Csak a büntetőügyi szabályokban találjuk a híres elvet: fogat fogért, továbbá azt a megállapítást: a rabszolga, kinek fogát a gazda kiüti, szabad lesz. A talmudban és más zsidó szentkönyvekben azonban találunk elég számos utalást, melyek azt bizonyítják, hogy e népnél is dívott foggyógyászat, sőt fogpótlás is. Ez utóbbi igazolására szolgáljon a talmud egy érdekes megjegyzése. A zsidóknak szombaton nem volt szabad ékszereket hordaniok, de a talmud szerint megengedhető, hogy a zsidó nők szombaton viseljék arany vagy ezüst hamis fogaikat.\*

2. *Phoeniciaiak.* Ez a tengeri kereskedelmet űző nép összeköttetésben állott a legtöbb ókori néppel és ezért nagyon alkalmas volt kölcsönhatások gyakorlására és felvételére. Ezért érdekesnek tartom felemlíteni, hogy *Renan* egyik munkájában\*\* leír egy arany fogprotézist, melyet Sidon phoeniciai városban ástak ki és a Louvre-ben őriznek.

*Az etruskok.* Még Róma alapítása előtt a mai Toscania területén élt az etruskok népe, mely műveltség és művészet tekintetében jelentékeny helyet foglal el az ókori népek között és mely a műveltség terjesztésében összekötő kapcsot képez Görögország és Róma között. Az iparművészet köréből például nagyon érdekes fémmunkák és agyagmunkák maradtak reánk. *Guerini* olasz szerzőnek köszönhetjük, hogy e nép fogászati jelentőségére hívta fel a szakkörök figyelmét. Ő vizsgálta meg az olasz muzeumokban (Orvieto, Corneto)

\* *Cigrand*, The rise, fall, and revival of dental prosthesis. Chicago, 1892, pag. 43.

\*\* *Ernest Renan*, Mission de Phoenicie et le Campagne de Sidon, pag. 472, Cigrand után.

őrzött fogprotéziseket, melyek régietruszk sírokból származnak és melyeknek különös érdekessége abban áll, hogy valamennyi színarany foglatban rögzített állati vagy emberi fogakat mutatnak a mai hídmunkák elvei szerint. Én ebből azt gyanítom, hogy náluk az aranyművesek foglalkoztak e protézisek készítésével. És mert az etruskok élénk kereskedelmi összeköttetésben állottak a phoeniciaiakkal és egyiptomiakkal és mert előbbieknél egy hasonló szerkezetű protézist láttunk, azt következtetem, hogy — daczára annak, hogy egyiptomi mumiákon eddig nem sikerült fogprotézist találni — ez utóbbi népnél is ismerték a protézisek e módszerét és hogy mind ez ókori népeknél a fogorvoslással foglalkozó orvosi rend mellett már létezett egy protéziskészítő — ha nem is fogtechnikus rend —, de aranyművesek, akik alkalomadtán fogprotéziseket készítettek.

Mint különösen érdekes etrusk maradványokat említem a Guerini által reprodukált terracotta fogadalmi fogsorokat, melyeket hívők helyeztek az istenek oltáraitra fogbetegségek meggyógyulása után.

*A rómaiak.* Róma az orvosi tudományt a görögöktől vette át. A Kr. e. 3. században telepedett le az első görög orvos Rómában. Nagyon természetes, hogy gyógyítással előbb is foglalkoztak, sőt ami itt bennünket főleg érdekel, foggyógyászattal is. Ennek bizonyítékát találjuk az ú. n. tizenkét törvénytablában, melyet decemvirek 450-ben Kr. e. szerkesztettek, tehát éppen abban az időben, melyben Görögországban Hippokrates élt és működött. A tizedik tábla megtiltja, hogy a halottakat arany tárgyakkal együtt temessenek el, kivéve azt az aranyat, mellyel a fogak vannak összekötve. Ma már el nem dönthető, vajjon ez az arany műfogak rögzítésére, vagy meglazult természetes fogakéra szolgált-e. A hetedik tábla rendelkezése szerint, a ki szabad embernek kiút fogat, fizet 300-as bírságot, rabszolga fogáért pedig 150-et, ami nagyon tekintélyes összeg.

A rómaiak fogászatáról első hiteles tudósítást *Cornelius Celsustól* kapunk, ki a Kr. e. első században élt. Számos fogfájást csillapító szer összetételét említi, továbbá az extrac-

tióra vonatkozólag azt a műtéti eljárást, melyet még évszázadokkal későbbben is gyakoroltak, hogy a fog körül a foghúst előbb le kell választani, a fogat lassan luxálni és csak azután kihúzni. Ő említi először a fracturált fogak gyökerének kihúzására a görögöknél használt rhizagra nevű műszert. Szúvas fogak extractiójánál a törés elkerülésére ajánlja előbb az üreg kitömését ólommal vagy kemény viasszal. Ez tehát nem fogkonzerváló eljárás, hanem prophylaktikum fractura ellen.

*Scribonius Largus* nevű orvos-szerző, a Kr. u. első században említi először, hogy bizonyos füstölő gyógyszerekkel lehet a fogüregből a fogfájást okozó *kukacokat* kiűzni. Ez a kukacz-carieselmélet sok-sok századig tartotta magát. A középkori franczia kuruzslók ezt a kukaczűző mutatványt a vásárokon nagy ceremóniák között gyakorolták. Kinaiak állítólag még napjainkban. Ugyancsak ez a szerző tesz említést először egy éles vésőről, mellyel, ha a gyógyszeres kezelés nem használt, a beteg fogrészt ki kell vésni a fogból. Ez volna a mai excavatio előfutárja.

*Archigenes*, Trajanus császár korabeli sebész, kis trepant talált föl, mellyel szúmentes, de elszínesedett fogak (*gangraena pulpa ascendens*) periodontitikus fájdalmát csillapította, megfúrván a fogat egészen a pulpáig.

*Claudius Galenus*, a kr. u. 2. században élt és működött Rómában. Nagy jelentősége az általános orvosi tudomány történetében közismert. Fogászati szempontból nem találunk műveiben olyan kiválóbb jelenségeket, melyek szakmánk történetében különösebb helyet biztosítanak neki. Amint a fogászat az ő műveiben tükröződik, nem mondhatjuk, hogy Celsius óta valami lényegesebb haladást mutatna. Legérdekesebb az a megfigyelése, melyet önönmagán tett, mikor azt mondja, hogy egy ízben határozottan érezte, hogy a koronában székel a fájás, máskor pedig a foghúsban, vagyis megkülönböztette a pulpitist a periodontitistól. Egy reszelő használatáról is ír az éles fogszékleszerelésére, de nem biztos, vajjon ő találta-e föl ezt az eszközt és módszert.

A Galenus korát követő orvosi írónál (*Caelius Aure-*

lianus, amidai Aetius, aeginai Paulus, Oribasius, Tralles) csak ismélteléseket találunk.

Ha csak a római orvosi írókat kutatjuk, nem kapunk helyes képet mindarról, amit „fogászat“ czimen a régi Rómában űztek. Ez különben a görög orvosi szerzőkre ugyanígy vonatkozik. Az orvosok írásaikban csak nagyon mellékesen emlékeznek meg a foggyógyászatra vonatkozó dolgokról, látszik rajtuk, hogy a gyógyászatnak ezt az ágát nem sokra becsülték. Fogpótlásról egyáltalán egyetlen egy orvosi szerző sem tesz említést. Mindamellett a fogászatnak ezen technikai ága a régi Rómában egészen bizonyosan virágzott: aranyművesek, esztergályosok foglalkoztak műfogak készítésével. Az erre vonatkozó bizonyítékokat *Juvenalis*nál és még inkább *Martial*nál találjuk, kik szatiráikban számos helyen megemlékeznek a római courtisanokról, akik műfogakat viselnek. Sőt *Martialis* epigrammjaiban többször megemlékszik (Epigr. X, 56; VII. 9.) egy *Cascellius* nevű ilyen „fogászról“ (artifex dentium). Az első „szakember“, kit névről ismerünk. Bódéja a Mons Aventinuson állt. Róla írja *Martialis* azt is: „Dentem auro incluso reficit.“ Vagyis a fogakat arannyal tömte. Tehát az orvosok foggyógyászata mellett a legrégebb időkben is már találunk mesterembereket, a kik fogpótlással foglalkoznak és visszafelé következtetve mai hasonló viszonyokból, azt is mondhatjuk, hogy több mint valószínű, miszerint ezek kuruzslás alakjában szintén foglalkoztak fogorvoslással. Több protézis-lelet bizonyítja e mesteremberek kiváló ügyességét. A legérdekesebb (és egyike a legrégebbieknél) az, melyet 1907-ben ástak ki Teano olasz helység mellett és melyet *Guerini* ír le részletesen. A Krisztus előtti 3—5-ik századból származik és az egyéb sírleletek tanúsága szerint egy asszonyé volt. Az alsó két centralis és a jobb lateralis incisivus van pótolva emberfogakkal nagyon ügyes aranyfoglalatban, melynek szerkezetéből *Guerini* még azt is megállapítja, hogy készítésének különböző fázisaiban többször próbálva lett a szájban. Az értékes és érdekes protézis Signor Luigi Nobile teanoi lakos archeológiai gyűjteményében látható.

*Arabok.* A római birodalom hanyatlásának idejében veszi



kezdetét az arab hatalom terjeszkedése, mely a győztes fegyverek nyomán Ázsiából átkergette Afrikára, majd pedig Európára, hol az iberiai félszigeten éri el tetőfokát.

A nyugatrómai birodalom megdőlése után (476) az arab orvosok mentik meg a görögök és rómaiak orvosi irodalmát, átültetvén azt arab nyelvre.

Az arab orvosi tudomány egyik jellegzetes vonása a véres műtétektől való tartózkodás (vallásos okokból), ami természetesen a fogászatban is kifejezésre jut az extractiótól való irtózásban. *Rhazes* (9-ik század) az egész pharmacopoeát meríti ki előbb, mielőtt a fog kihúzására határozná el magát. A gyógyszerek mellett a tüzes vas is nagy szerepet játszik a fogfájás gyógyításában, melyet úgy alkalmaznak, hogy az illető helyre előbb vastagfalú fémcsövet helyeznek, mely megvédi a környéket a tűz hatásától és ezen keresztül vezetik az izzásig hevített tűt.

*Janus Damascenus* opiumot helyez az odvas fog üregébe, mozgó fogak megerősítésére adstringentiákat (bor, ecet, sósvíz) ajánl, és ha ezek nem használnak, arany vagy ezüst fonállal kötözi össze őket.

*Avicenna* egyike a leghíresebb arab orvosoknak, kinek *kanonja* a kor orvosi tudományának enciklopédiája. Említésre méltó, hogy óva int az erősen ható szerektől, mert ezek tönkre teszik a fogakat.

Legbelsőbben foglalkozik fogászattal az arabok közül *Abulkasem* (11—12-ik század), aki jeles sebész volt. Művében\* megtaláljuk a kor összes fogászati ismereteit, még pedig ábrákkal megvilágosítva, mert az általa használt fogászati műszereket: foghúzófogókat, fogkővésőket, reszelőket mind rajzban is közli. Fogpótlásul marhacsontot használ, melyet aranyfonállal kötöz a szomszédos természetes fogakhoz. *Iszlai* szerint\*\* transplantiációt is végzett.

A legitím fogászati gyakorlat mellett burjánzó illegitím fejlődése tekintetében is értékes adatokat szolgáltat *Abulkasem*.

\* Latinra fordította *Channing*: *Abulcasis de chirurgia*, Oxford 1778.

\*\* *Iszlai*: *Theilskizzen aus dem Gebiete der Zahnplantation*. Odonoskop, 1894, Nr. 1—2.

Az ő korában már nagyon el voltak terjedve a fogászat kuruzslói, azok a mesteremberek, kik fogpótlás mellett foggyógyászzal is foglalkoztak, miként ő mondja „in impudentia sua et audacia sua!”

A 12-ik század táján az arabok hatalma letűnt Európában és evvel együtt kulturbefolyásuk is. A kereszténység ekkor már nemcsak általánosan elterjedt volt, hanem annyira megizmosodott, hogy a letűnt kulturáknak önmagába való felszívásával és új etikájának átítatásával, egy új kultúra zászlóvivője lett. Ámde a keresztény kultúra nem egyenes folytatása a pogánynak, ellenkezőleg, eleinte egy szakadék van köztük, a fejlődés folytonosságának megszakítása. A keresztény népeknél is az első orvosok papok, szerzetesek voltak, de ezek nem állottak a pogány orvosi tudomány alapján, sőt legnagyobb részében nem is ismerték annak tanításait és irodalmi forrásait, hanem népies hagyományokból kiindulólal kezdenek újra építeni. A kereszténység ez idejében a tudományok fejlődésében tehát visszaesést találunk a régiekkel szemben és ebben a tekintetben a mi szaktudományunk sem kivétel. A szerzetesek fogászata — beleértve a Benedek-rendet is, mely tüzetesen sebészettel foglalkozott — nem áll egyébből, mint fogfájást csillapító szerekből és foghúzásból. Azonban mégis egy fontos és messze kiható novumot kell tekintetbe vennünk a szerzetesek orvosi működéséről beszélvén. A klastromokban a legrégebb időktől fogva az orvoslással foglalkozó szerzetesek mellett *borbélyok* is működtek, akiknek eredeti hivatása a tonsura nyírása és beretválása volt és ezért *tonsores*-nek nevezték őket. Ezek a borbélyok idők folyamán magukhoz ragadták a sebészi teendőket és ezek között a foghuzást is. Németországban a borbélyokon kívül a fürdőtulajdonosok, az úgynevezett *fürdősök* is egészen a 17-ik századig, a kisebb rangú sebészi teendők mellett, mint érvágás, köpölyözés stb. foghúzással is foglalkoztak. Az itt tekintetbe vett időbe esik az első egyetemek alapítása is Franciaországban és Olaszországban (1220-ban Montpelliersben és 1270-ben Párisban), vagyis az orvosi fakultások felállítása és az azokból kikerülő orvostudorok rendje, tehát

a mai értelemben vett orvosi tudomány és orvosi rend keletkezése.

Ezen *egyetemes orvosdoktorok* kezében a fogászat nem mutat semmi fellendülést. Egyike az elsőeknek *Bruno Longoburgo*, bolognai orvos-sebész (13-ik század), továbbá *Teodorico Borgognoni*, *Pietro Cerlata* Olaszországban; *John Gadesden* Angliában; *Guy de Chauliac* Franciaországban (14-ik század). Fogászati tudományunk foglalhatja: receptek, cauterium actuale, foghúzás. Ámde ez utóbbit nem találják nagyon orvoshoz vagy sebészhez méltónak, azt rábízta a borbélyokra. Csak egyedül *Guy de Chauliac* magna chirurgiájában találjuk azt a nevezetes kijelentést, hogy a foghúzás fontos műtétét csak orvosnak szabadna végrehajtania. Sőt kikel az úgynevezett „*dentistis*“-ek kuruzsló gyakorlata ellen, a miből azt következtethetjük, hogy az ő korában kezd kialakulni Franciaországban valamiféle specialista fogászrend.

Az élő gyakorlatban tehát a 12-ik és 14-ik század között az orvosok és sebészek alig foglalkoztak fogászattal, sőt foghúzással sem, hanem ezt a borbélyokra és fürdősökre bízták, és ezek mellett még zúggyógyászokat, kuruzslókat (*dentatores*, *dentistis*) találunk.

Ha ezen statusból kiindulólág meg akarjuk érteni a fogászat és fogászati rend további fejlődését, külön kell választanunk a franciaországi állapotokat a többi Európától, mert ott olyan események játszódtak le, melyek egy egészen új fejlődési korszak csiráit hordják magukban és a melyek további kihatásukban odavezettek, hogy évszázadokra Franciaország lett a fogászat klasszikus hazája.

A francia orvosi fakultások tudorai egyetemes orvosok, vagyis e kor felfogása szerint „*belgyógyászok*“ voltak. A sebészet sokkal alacsonyabb rangú foglalkozás volt, a sebészek „*kirurgusok*“ (*Wundarzt*), nem is voltak egyetemes orvos-tudorok, hanem a borbélyok és fürdősök egyesüléséből keletkezett alacsonyabb orvosi rend. Az orvosdoktorok és sebészek folytonos harcban állottak egymással, hatásköri túllépések az utóbbiak részéről napirenden voltak. Viszont ezek

a sebészek hasonló okokból a borbélyokkal állottak folytonos harcban.

Franciaországban a sebészek a 14-ik században Párisban alapították az első sebészi iskolát, *Collège de Saint-Côme* címen\* és 1311-ben Szép Fülöp egyenrangúsította őket az orvosokkal. A sebészek el is érték pl. 1425-ben, hogy parlamenti határozattal eltiltották a borbélyokat a foghúzástól. Erre az orvosdoktorok a borbélyok pártját fogták és erélyes küzdelmükben elérték, hogy a sebészek eddigi jogait megint megnyirbálták.

Minket e hosszú küzdelemből, mely a 17-ik századig eltartott és melyre majd később még vissza kell térnünk, egyelőre az a fontos tény érdekel, hogy a 14-ik század elején, a párisi *Collège de Saint-Côme* alapításával a fogászat az általános orvosi gyakorlatból és tudományból, melynek eddig alárendelt részét képezte, *a sebészet alárendelt részévé lesz* és evvel kezdődik szaktudományunk történetében az ókornak újabb korszaka.

*Második korszak*, a fogászat a sebészet alárendelt része: a *Collège de Saint-Côme* alapításától 1700-ig.

Ebben a korszakban most már ötféle rend foglalkozik fogászattal: 1. az orvostudorok: fog- és szájbetegségek gyógyításával; 2. a sebészek: foghúzással és ehhez csatlakozó kisebb műtétek; 3. a borbélyok: főleg foghúzással; 4. aranyművesek, esztergályosok: fogpótlással; 5. a kuruzslók: mindennel.

A 15-ik század orvosszerzői közt említést érdemel *Arculanus* (Giovanni d'Arcoli), ki Bolognában, majd Padoában élt. A legfontosabb adata, hogy a fogüreg kitömésére bizonyos körülmények között legalkalmasabb az *aranyfolia*. Ez tehát az első irodalmi megemlítése az aranytömésnek. *Geist-Jacobi* nagyon helyesen jegyzi meg, hogy nem valószínű az, hogy ő találta volna fel ezt az eljárást, mert előadásában nem helyez különösebb súlyt a tényre, inkább azt a benyomást kapjuk, hogy ezt is az elődöktől vette át.

\* *Lemerle*, Notice sur l'histoire de l'art dentaire. Paris, 1900.

A legrégebb német sebészeti munka 1460-ban jelent meg, *Heinrich von Pfolsprundt* a szerzője, fogászati szempontból alig tartalmaz valami említésre méltót.

A 16-ik század több szempontból fontos időszak a fogászat ókori történetében. Először a fürdősök fogászati gyakorlata úgylátszik már általánosan elterjedt, mert e kor orvostudor-szerzői haragosan emlékeznek meg róluk.

Másodszor e század hoz először fogászati monografiákat nemzeti nyelven írva. Így németül az 1530-ik évben a *Zahnarzneybuchleint\**, melynek kompilator-szerzője valószínűleg ilyen kuruzsló fürdős. Jelentősebb *Walther H. Ryff* strassburgi sebész könyvecskéje, mely 15—20 évvel később jelent meg és tulajdonképpen népszerű tanácsadó a szem, fogak és fogzás betegségekben.\*\* *Ryff* sebészeti munkát is írt, melyben először találjuk említve és lerajzolva a pelikánt. A francziáknál *Urbain Hémarde\*\*\** sebész adott ki francia nyelvű monografiát 1582-ben.

Harmadszor e század nagy anatomusai, orvos-sebész írói mind foglalkoznak műveikben fogászattal is, illetve fog-anatómiával és foggyógyászattal és mindegyikük tiltakozik a kuruzslók illetéktelen gyakorlata ellen.

*Vesalius* nagyboncztanai munkájának\*\*\*\* 7-ik könyvének 11-ik fejezete a fogaknak van szentelve, ahol számos új adatot találunk a fogak alaktanáról.

Értékesebb *Eustachius* munkássága, ki külön könyvecskét adott ki 1563-ban Velenczében a fogakról.\*\*\*\*\* A fogak boncztanát és fejlődéstanát részletesen és pontosan adja és elsőnek különbözteti meg a zománczot a dentintől. A szuvasodást a fogban lefolyó lobnak tulajdonítja és ennélfogva ezen, későbbi időszakokban ismételten felbukkanó inflammatio carieselméletnek megalapítója.

\* Arzney Buchlein wider allerlei kranckheyten und gebrechen der tzeen . . .

\*\* Nuetzlicher Bericht . . .

\*\*\* Recherche de la vraie Anatomie des dents . . .

\*\*\*\* De humani corporis fabrica.

\*\*\*\*\* Libellus de dentibus.

*Fallopious* is említést érdemel, ki anatómiai műveiben\* sok helyet szentel a fogaknak.

A 16-ik század egyik legjelentősebb sebész-szerzője, *Ambroise Paré*, a ki a fogászat történetében is kiváló helyet foglal el. Paré előbb borbély-sebész volt, csak később végzett egyetemi tanulmányokat és lett hivatásos sebész. Több mint valószínű, hogy borbélykorában szerezte meg fogászati ismereteit. Nevéhez szakmánkban egy nevezetes találmány fűződik: az *obturator* feltalálása és alkalmazása szájpád-defektusok esetében.

A 16-ik századtól nem bucsuzhatunk a nélkül, hogy még egy különös eseményről meg ne emlékeznénk röviden, ez az *aranyfog története*. Az 1595-iki esztendőben, husvét előtt nagy csoda híre terjedt el egy kis sziléziai városkában: egy 10 éves fiúnak aranyfoga nőtt. Az alchymia, az aranycsinálás művészete még ekkor nagyban foglalkoztatta az elméket, tehát érthető az a nagy feltűnés, melyet ez az esemény keltett. Számos orvos vizsgálta meg az esetet, egész könyveket irtak róla és évtizedeken át képezte vitatkozás tárgyát. Valószínűleg valami ügyes aranymíves készítette ezt a *borítókorondt*, mely ilyenformán első őse volna a mai korona-munkáknak.

A 17 ik században egy különös történelmi jelenség ragadja meg figyelmünket: a borbély-fogászok gyakorlata egyre terjed; sőt már-már irodalmilag is működnek, vagyis *nemorvos-fogászok* (valószínűleg a borbély-céhből származók) szakmunkákat irnak, jeléül annak, hogy nemcsak a gyakorlatot ragadták magukhoz, hanem irodalmi téren is felveszik a versenyt az orvos-szerzőkkel.

Ilyen „fogász“ volt a lipcsei *Strobelberger*, kinek 1630-ban jelent meg „*De dentium podagra*“ című könyve, melyben ellentétben az eddigi összes orvos-szerzőkkel azt ajánlja a közönségnek, hogy fogbajoknál ne orvoshoz, hanem fogászhoz forduljon, mert csak ez utóbbiak rendelkeznek a szükséges tapasztalattal és kézi ügyességgel. A verseny, mely

\* *Observationes anatomicae.*

eddig orvosok és „fogászok“ között a felszín alatt lapangott, ezzel napfényre merészkedett és ezentúl napjainkig végighúzódik szakmánk történetében.

*Dupont* francia orvos írja le először az általa tényleg végzett *replatantio* műtétét. (Paré ugyan említi ezt a műtétet, de nem mint olyant, melyet ő maga is végrehajtott volna, hanem a melyet csak hallomásból ismer.)

*Scultetus* (Schulthes) ulmi városi orvos írta a híres *Armamentarium chirurgicum* című sebészeti könyvet és atlaszt, melyben nagyon sok fogászati műszer is van lerajzolva és ezáltal fontos forrásmunka a fogászati műszertan (akologia) szempontjából.

*Highmore*, a jeles oxfordi sebész írta le először az állcsontöbölt, mely az ő nevééről van elnevezve a boncztanban.

*Purmann*, a boroszlói orvos is emlékezetes helyet biztosított magának szakmánk történetében, nevezetesen annak technikai ágában, mert ő említi elsőnek, hogy eltérőleg az addig uralkodó módszertől a műfogakat nem szabadon, szemmérték szerint szabad összeilleszteni, hanem ez csak az állcsonttól, illetve szájpadról vett *viaszmintán* eszközölhető pontosan. Ő tehát felfedezője a lenyomatvételnak, illetőleg (ezt nem lehet egész pontosan megállapítani) a mintakészítésnek.

E század még egy nagyon nevezetes tudományos felfedezést hozott szakmánknak, természetesen orvos kezéből. *Leeuwenhoek*, a mikroszkop feltalálója, a vörös vérsejtek felfedezője, a fogszöveteket is megvizsgálta mikroszkopjával és felfedezte a dentinacsatornácskákat.

A 17-ik század végével lezáródik a fogászat első — tartamra leghosszabb — korszaka, az ókor. Ha áttekintjük e hosszú, fejlődési menetet, némely fontos és érdekes vezéreszmék bontakoznak ki, melyek nemcsak az eddigi fejlődést irányították, hanem folytatólagos hatásukban a jövőre is megszabják az irányt.

1. Kezdetben a fogászat a korabeli papi-orvosi gyakorlat jelentéktelen függeléke.

2. Később egyes orvosok tüzetesebb fogorvosi gyakor-

latot úznek (Egyptom, Róma); vitás kérdés, vajjon ezek igazi specialisták voltak-e? Nem valószínű.

3. A sebészet különválásával a fogászati gyakorlat a sebészettel kerül szorosabb kapcsolatba és függésbe és ezen a réven a borbélyok, fürdősök, borbélysebészek kezébe.

4. Ez utóbbi rendből fejlődik a fogász-sebészek rendje (dentispices), melynek tagjai már specialistáknak tekinthetők (Strobelberger).

5. Kezdetől, már a legrégebb időktől fogva és mindenütt *a korabeli legalis fogászati gyakorlat és fogorvosi rend mellett egy titokban működő, kuruzsló fogászati gyakorlat folyik arra, a kor felfogása szerint nem jogositott egyének (mesteremberek) részéről.*

(Folytatás a következő számban.)



## Az állkapocssínezésekről általában.

Irta: Müller Károly dr.

(Közlemény a Csobáncz-utcai honvéd hadikórház odontorthopaediai osztályából.) Előadatott a Fogorvosok egyesületének 1918-ik évi köz- és nagygyűlésén.

A pozíciós harcsmódor következtében a háboru folyamán feltűnő módon felszaporodott állkapocssérülések szakszerű gyógyítására, úgy a monarchia területén, valamint Németországban számtalan állkapocssérüléssel osztály vagy önálló állomás (Kieferstation) alakult, mely helyeken alkalmazásban levő sínező eljárások igen különbözők. Lényeges eltérés mutatkozik a retenciót biztosító *alapsínek* szerkezetében és kivitelében; igen változatosak és sokféle elven alapulnak azon *segédsínekészülékek* is, melyeket az alapsínekre felmerülő szükség és kifejtendő hatás szerint felszerelünk.

A közhasználatban levő sínek különböznek egymástól: anyag, alak és megerősítésük módja szerint.

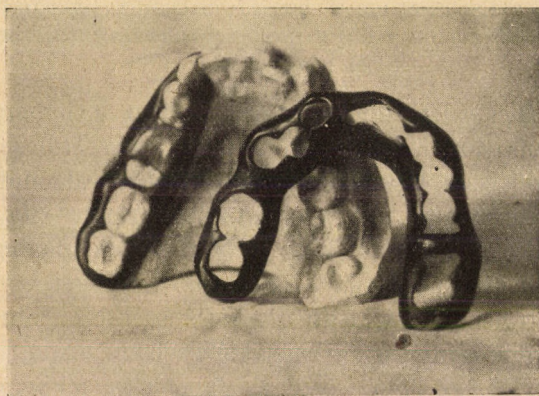
Felemlítem először a *kaucsuksíneket*, mely irány legexponáltabb híve Warnekros berlini tanár. Sínje a fogakat minden oldalról körülvevő és a processus alveolarisra is kiterjedő kaucsuksín. Miután kizárólag kaucsukból előállítva e sínek nagyon törekenyek volnának, azokba drótvázat ágyaz bele.

Megerősítő eszközül a guttapercsát használja, mellyel a sín belső felületét kibéleli. A fekete guttapercsa behatol felmelegített állapotban a fogközökbe és ott megkeményedve a sánt mechanikusan rögzíti, azonkívül a fogakhoz, sőt a foghúshoz való tapadó ereje is nagy. Főhátránya e megerősítő módszernek, hogy a fekete guttapercsa-kibélelést gyak-

ran meg kell újítani, mert ha huzamosabb ideig a szájban marad, bűzös lesz.

Warnekros a friss törés esetén behelyezett kaucsuk-sínt már harmadnapra kiveszi a szájából tisztítás és a guttapercsa-kibélelés kicserélése céljából, és azt állítja, hogy sohasem látott a sín rövid időre való eltávolításából származó hátrányt. Megfontolandó körülményként kiemeli a kaucsuk-sín alkalmazásának rendkívül humánus voltát.

Távol legyen tőlem, hogy a kaucsuksínek használhatóságát, különösen ott, hol teljes foghiány áll fenn, vagy csak



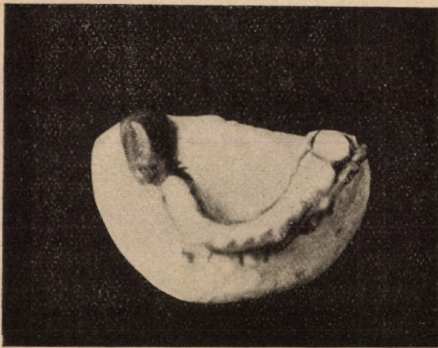
1. ábra. Kaucsuksínek.

kevés és laza fog áll rendelkezésre, kétségbevonjam. A modern sínkezelés a kaucsuktechnikát arzenáljából nem nélkülözheti, példa rá a sok pelotta, fog nélküli törvégek le-szorítására.

Ugyszintén a fekete guttapercsát sem nélkülözhetjük, lévén ez azon anyag, melynek segítségével állandó nyomást gyakorolhatunk a száj nyálkahártyájára, anélkül, hogy ott helyi izgalmat vagy dekubitust kiváltanánk. De oly kiterjedt alkalmazása, mint azt Warnekros „Chirurg und Zahnarzt“ című folyóirat 1917 évi első számában ajánlja, mégsem volna célszerű. Oly esetekben, hol a dislokáció nagyobb és a re-

ponálás csak nagyobb resistencia legyőzésével lehetséges, a fekete guttapercsával való megerősítés nem elegendő. Kitűnő szolgálatokat tesz azonban a levehető kaucsuksín az utókezelésben. Mindazon betegeket, kiknél a sínkezelés végén a törvégek kifestés, feszes mozgékonyasága volt még kimutatható, ily kaucsuksínnel ellátva küldtük vissza póttestükhöz.

A második főfajtája az állkapocssíneknek: az *öntött fémsín*. E sínek főreprezentánsa a Hauptmayer-féle öntött zinnsín, mely az állkapocs egyszerű és többszörös töréseinek friss, könnyen reponálható eseteiben elterjedten használt.



2. ábra. Pelotta fognélküli törvégek leszorítására.



3. ábra. Hauptmayer-féle zinnsín.

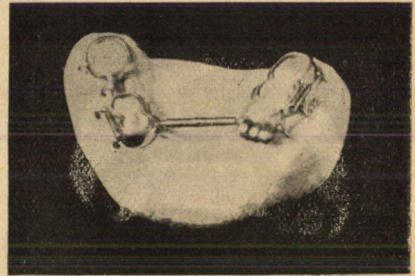
Alakja ugyanaz, mint az előbb említett kaucsuksíné, de megerősítésének módjában van nagy haladás. A fogsor belső és külső felületéhez pontosan illő sín egy az utolsó őrlőfogak mögött mindkétoldalt elhelyezett lánczizület körül könyv módjára kinyitható és becsukható, és ezzel a fogsor összes aláhajló felületei és a foghézagok is a sín rögzítésére kihasználtnak.

Ausztriában, így Weiser tanár osztályán Bécsben, valamint Urbantschitsch gráci tanár osztályán előszeretettel használják az öntött fémsín különös, nem oly nehézkes fajtáját, az *öntött ezüstsíneket*.

Weiser tanár mondja 1917-ben megjelent „Ein Jahr

chirurgisch-zahnärztlicher Tätigkeit“ című referatumban: „Osztályomon az alkalmazás gyakoriságát illetőleg első helyen áll a Hauptmayer-féle sín, (így nevezi t. i. az öntött ezüst sánt is.) mellette legfeljebb Schröder zseniális siklósinje jöhet még tekintetbe.“ Az öntött ezüstsínek főelőnyét könnyű levehetőségükben találja.

E sínek a gingivára már nem érnek, csak a fogak oldalfelületeit borítják. Megerősítésükhöz srófok szolgálnak, melyek a fogsor hiányait felhasználva a sín belső és külső részét egymással egyesítik. A mint ebből kitűnik az ezüst sínek ilyen módú alkalmazása bizonyos feltételekhez van kötve: foghé-



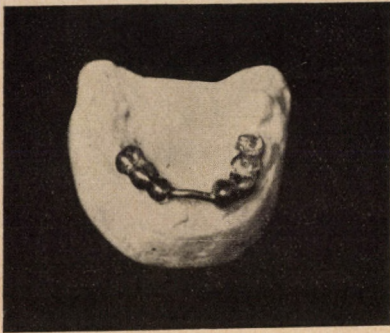
a) 4. ábra Öntött ezüstsínek. b)

zagok kívántatnak meg, azonkívül elég magas, lehetőleg gyökerek felé keskenyedő fogak, hogy az oldalaihoz szorított sín minél több aláhajló felület által legyen visszatartva fekvésében.

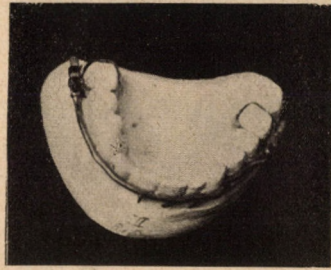
A helytelen fogalakot e sínek kedvelői javítják is azzal, hogy a fogakra mindenféle bütykökkel és léccel ellátott fémgyűrűket (úgynevezett Pichlerhänder) cementeznek fel.

E sínekre vonatkozólag megjegyzem, hogy azok intézetünkben 1916 első felében igen gyakran használtattak, jó szolgálatokat tettek különösen ott, hol Zielinsky-féle csavar alkalmazása mellett nagyfokú dislokáció ad latus kiegyenlítéséről volt szó (lásd fenti ábrát). A srófot nem ismerhetjük el oly megerősítő eszköznek, mely alkalmazhatóságának sok-

féleségében a drótligatúrával versenyezhetne. A intermaxillaris gummiligatúrák verticalis húzásával szemben az öntött ezüstsínek nem bizonyultak czélszerűnek és ezen nem segítenek a Pichler-féle gyűrűk sem, hanem feladatunkat csak fölösleges módon komplikálják. Dr. Urbantschitschnak azon gondolatát pedig, hogy az öntött ezüstsíneket Schellhorn-léle drótligatúrákkal erősítse a fogakhoz nem tartom szerencsésnek, mert ezzel a foghúst szükségtelenül erősen izgatjuk (lásd Dr. Urbantschitsch „Die Therapie der Unterkieferbrüche durch die intraovale Gußschiene“ 1917-ben megje-



5. ábra. Stancolt koronák.



6. ábra. Schröder-féle ív.

lent közleményét az Öst.- ung. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde című folyóiratban.

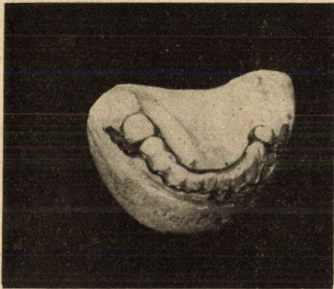
Az öntött ezüstsíneket felczementezve gallériasín név alatt is használtuk. Felemlítem még a Randolph-fémből öntött gyönyörű szép síneket, melyek arra alkalmas esetek végleges prothetikus ellátásánál tettek jó szolgálatokat.

Igen tökéletes rögzítését biztosítja a törvégeknek az állkapocssínezésnek harmadik módja: a *stancolt koronák*. A stancolt koronák teljesen beborítják a meglévő fogakat és azokra rá czementezzük.

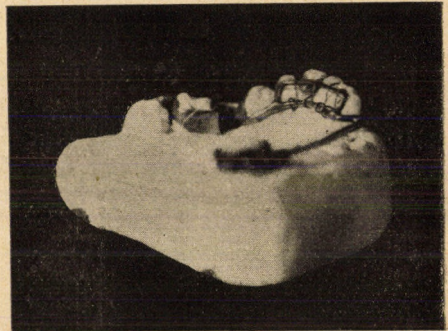
Ezen sínek hátránya azonban az, hogy nehezen távolíthatók el és a harapást emelik.

Rátérek most azon sínező eljárásra, mely intézetünkben

haszánt: *a drótsínezésre*. A drótsínezés különösen Németországban elterjedt, így egyik leghírnevesebb és legnagyobb állkapocsállomásán a Dr. Bruhn és Dr. Lindemann vezetése alatt álló düsseldorfi állomáson is. Foggyógyászati osztályunk orvosfőnöke Dr. Forgách Aladár 1916 júliusában tett első düsseldorfi útjának impressiói között hazahozta azon meggyőződését is, hogy számtalan eredményesen végrehajtott kezelés bizonyossága alapján a drótsínezés azon eljárás, mely leginkább megérdemli, hogy alapját képezze minden állkapocsorthopaediai ténykedésünknek.



7. ábra.  
*Schröder—Sauer-féle ív.*



8. ábra.  
*Schröder—Sauer-ív kisegítő ívvel.*

A drótsín tipikus alakja az úgynevezett *Schröder-féle ív*, mely a fogak külső oldalán a fognyakak magasságában végigvezetett erős drótívből áll. Az ívet a hátsó fogakhoz Schröder-gyűrűkkel, a többiekhez drótligatúrákkal erősítjük.

Kombinálhatjuk a Schröder-ívet egy a fogak lingvális felületéhez fekvő vékonyabb drótívvvel: ez a *Schröder—Sauer-féle ív*.

Úgyszintén összekapcsolhatjuk ezen íveket a fogsor alkalmas helyein elhelyezett kapcsokkal, borító koronákkal, pántokkal, Angl-féle Bandmaterialból készült gyűrűkkel. Igen praktikusnak találom a metsző- és szemfogak lingvális felületén közel az élekhez végigvezetett kisegítő ív alkalmazását

is, mely ezen fogak konikus alakját kihasználva és kellő ligaturákkal ellátva, az ívek stabilitását nagy mértékben fokozza, oly esetben, ha azok siklósín vagy ferdesík hordozói gyanánt szerepelnek és ennek következtében a foghús felé irányított vertikális megterhelésnek és vongálásnak vannak kitéve. Tudtommal az ív e módosulását eddig sehol sem alkalmazták.

Ilyen és hasonló eljárásokkal biztosíthatjuk a drótsínek mozdulatlan fekvését. Nézetünk szerint a drótsín a legtokéletesebb állkapocsorthopaediai sín, mert:

1. az összes sínek között a legkisebb helyet foglalja el; a fog- és sebfelületekből semmit sem takar el, mely szempont döntő kell, hogy legyen annak megítélésében, hogy a nagyfokú roncsolásokkal és lágyrészkomplikációkkal járó háborus állkapocssérülések kezelésénél mely sínező eljárásnak adasék előny.

2. Előállításának módja a lehető legegyszerűbb, úgy szólván semmiféle technikai előképzettséget nem kíván.

3. Maga a drótív nemcsak rögzítő, hanem rugalmasságánál fogva reponáló eszközül is szolgálhat. Egyáltalában a drótsínezés nagy alkalmazkodási képességénél fogva azon eljárás, mely sohasem hagy bennünket cserben, még azon esetben sem, hol nagy dislokáció, a hol a törési felületek kedvezőtlen lefutása, vagy erős duzzanat és egyéb okok miatt a reponálás nehézségekbe ütközik és a retencio is csak nagy rezisztenciák legyőzése mellett lehetséges.

4. A drótsínezés a drótligaturákban oly megerősítő eszköz fölött rendelkezik, mellyel az előbbi eljárások megerősítő szereit: a sróf, a fekete guttapersa, a cement alkalmazhatóságuk sokféleségében nem versenyezhetnek. Igaz, hogy szakszerű feltevéséhez bizonyos gyakorlati ügyesség el-sajátítása elkerülhetetlenül szükséges.

\*

Az eddig említett alapsínekhez szükség szerint segéd-készülékek szerelhetők fel. E segéd-készülékek vagy azt a célt szolgálják, hogy az alsó és felső állcsont megfelelő

részeinek viszonyát egymáshoz helyreállítsák, szabályozzák és biztosítsák, úgy okkluzióban, mint működésben. Ezek tehát *intermaxillaris segédkészülékek*.

Ilyenek: a ferde sík és a siklósín, mely utóbbi a szó legszorosabb értelmében vett intermaxillaris rögzítő (retenciós) készülék; ilyenek az intermaxillaris gummi- és drótligaturák, melyekkel rendszerint a megzavart intermaxillaris viszony kijavítására törekszünk. Ezekkel tehát reponálni akarunk.

A segédeszközök második csoportja felöleli a legkülönbélebb kivitelű, a legkülönbélebb elveken alapuló, az individuális esetek szerint százféléképpen módosított készülékek nagy számát, melyekkel a verticalis, transversalis és sagittalis irányban rosszul rögzített és a mellett még csavart vagy dült törvégek *egymás közti* eredeti viszonyát helyre akarjuk állítani. Ezek tehát *maxillaris*, azaz csak egy állcsontra kiterjedő *reponáló* készülékek. E készülékek kivitelében bő tere nyílik a kezelőorvos leleményességének.

Ide tartoznak: a törvégek fogai között kifeszített gummi- és drótligaturák, a csavarok, a rugalmas ív, az egy- és kétkarú emeltyűk és ezen eszközök számtalan kombinációi. Ezen reponáló eszközökre és azok alkalmazására nem akarok bővebben kiterjedni; oly gazdag tárgy ez, mely külön ismeretű előadás kereteit betöltheti, csak azt kívánom róluk megjegyezni, hogy ezek mindig csak segédeszközök maradhatnak és csak provisoriumként szerepelhetnek.

1. friss esetekben, hol erős duzzanat, kedvezőtlen lefutású törési felületek vagy egyéb okok miatt az azonnali kézzel való reponálás nem sikerül, hanem a reponáló eszközök lassú és fokozatos hatását kell alkalmaznunk;

2. elkésve kezelésünk alá kerülő esetek első időszakában, melyeknél azonban a rosszul elhelyezett törvégek közötti heg és kallusképződés nem oly nagyfokú, hogy műtéti beavatkozás indikációja fennforogna. Igen helytelen eljárás volna betegeinket ezen reponáló készülékek hosszú időn át való működésével kínozni — bár azok fokozatosan igen erős hegkötegek és igen előrehaladt kallusképződés rezisztenciáját képesek legyőzni —, mikor aránylag kis műtéti beavat-



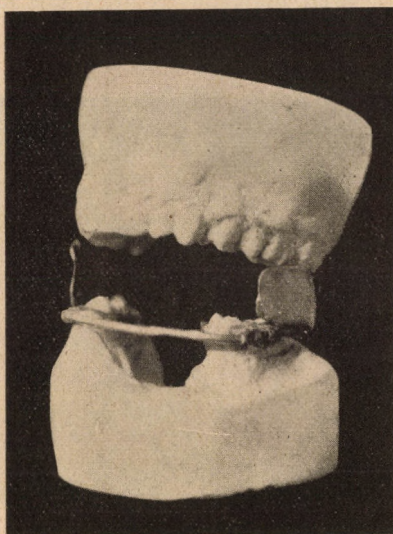
kozással a törvégek felszabadításával az elhanyagolt esetet friss esetté átváltoztathatjuk és a retenciós végleges sánt behelyezhetjük.

Legyen szabad még a ferde síkról és a siklósínről pár szót szólni, mely talán alkalmas arra, hogy az állkapocs-orthopaediának e két rendkívül fontos készülékének szerepéről uralkodó téves nézetek tisztázásához hozzájáruljon.

A ferde sík gyűjtőfogalma alá — Sauer óta — az ösz-



9. ábra.  
Reponáló ferde sík.



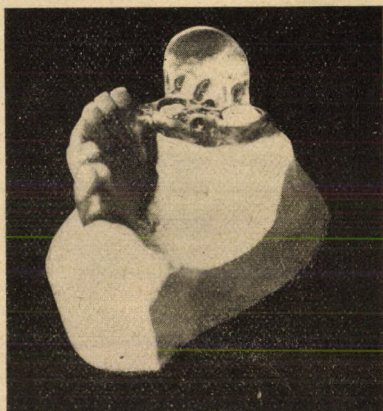
10. ábra.  
Függőleges rögzítő oldalsín.

szes oldallapokat vették, legyenek azok a fogak külső vagy belső, vagy foghiány esetén mesio-distális felületeire alkalmazva. Pedig lényegesen distinguálnunk, kell az olyan ferde sík között, melylyel reponálni akarunk és mely annál ferdébben vezet az antagonista fogakhoz, minél nagyobb a dislokáció.

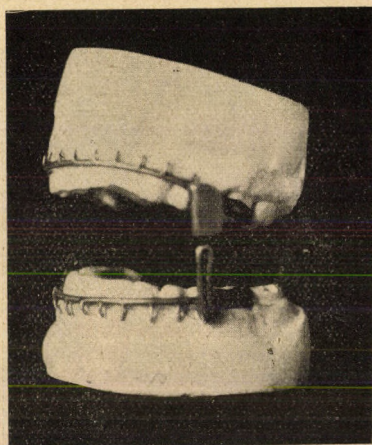
Az ilyen ferde sík egykarú emeltyű módjára hat és egyedül érdemli meg a ferde sík elnevezést. Mikor azonban a törvéget az előbb említett ferdesíkkal vagy gummiligaturákkal helyes artikulációba hoztuk, akkor ezen sík, vagy jobban

mondva felület, már nem áll ferdén, hanem függőlegesen, már nem reponáló, hanem rögzítő hatású. Ez utóbbi készülék a fogak oldalfelületeiről vett pontos gipszlenyomat szerint esetről-esetre fémből öntendő.

A *siklósínről* újból hangsúlyoznom kell, hogy az a szó legszorosabb értelmében vett intermaxillaris rögzítő készülék. Ha a helyreigazítandó törvég fogai nem hozhatók kézzel való reponálással antagonistáihoz helyes viszonylatba, vagy csak igen nehezen és nagy erő kifejtése mellett, úgy az eset még



11. ábra. Függőleges rögzítő oldalsín belülről tekintve.



12. ábra. A siklósín intézetünkben használt alakja.

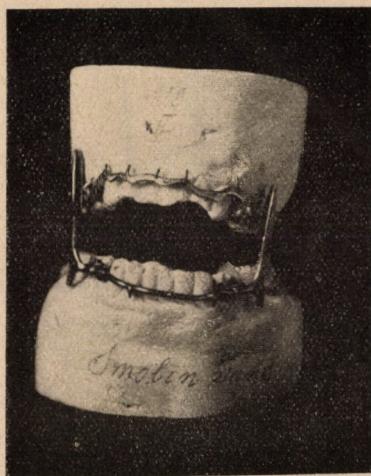
nincs siklósínre kellőképpen előkészítve. Az előkészítésnek vagy az előbb említett reponáló eszközök valamelyikével kell történie vagy pedig a törvégek műtéti beavatkozással való szabaddá tételével.

A kereskedelemben előforduló siklósínek nem használhatók, nem elég tömörek és elgörbülnek. Ez áll különösen a Misch-féle igen elmés szerkezetű automatikus siklósínre is. Az intézetünkben használt siklósínek csapját rendszerint hurokszerűen hajlított erős drót képezi.

A siklósín problémái távolról sincsenek még minden

tekintetben tisztázva. Kontroversia tárgyát képezi a hely megválasztása. Schröder első és tipikus esetére vonatkozólag: *a mindkét oldalú felhágó ág törésénél, midőn a középdarab in toto hátrafelé és lefelé vongáltatik, nem létezik nézeteltérés. Itt mindenki mindkét oldalú előrenyitott siklósínt alkalmaz.*

Már az *egyoldalú* fogsormögötti töréseknél és defektusoknál eltérők a vélemények. Mig általánosan bevett szokás szerint — nem tudom kinek kezdeményezésére — itt a legtöbbször az egészséges oldalra helyezett előrefelé zárt siklósín



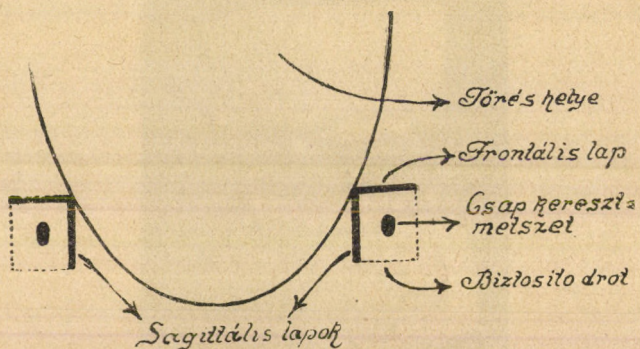
13. ábra. Mindkét oldalán előrenyitott siklósín.

indikációját látják, addig Weiser tanár joggal veti fel a kérdést, vajjon nem volna-e célszerű a siklósínt a beteg oldalra áttenni, hol hatását jobban kifejti és a mellett az egészséges oldalt rágásra szabadon hagyja.

E kérdésre vonatkozólag legyen szabad megjegyeznem, hogy tapasztalataim szerint az egyik oldalon alkalmazott siklósín csak az esetben képes feladatának megfelelni és az intermaxilláris helyes viszonyt úgy okkluzióban, mint működésben fenntartani, *ha hatását csupán csak arra az oldalra kénytelen kifejteni, melyen alkalmazva van.*

Ha a törés helye a közép vonalon túl van, vagy pláne a másik oldal felhágó ágában, akkor az egészséges oldalon alkalmazott siklósíntől oly távolhatás kívántatik meg, melynek kifejtésére képtelen; a törött oldal megzavart izomegyensúlya, kötőszöveti zsugorodások és hegkötetek, mint zavaró és terhelő momentum működnek közre; megakadást, súrlódást, elgörbülést, a drótligaturák meglazulását okozzák; a mellett szem előtt kell tartanunk, hogy kis vongálás a sín helyén már sokkal nagyobb kilengést vált ki a távolabbra eső törés helyén.

Igen sokszor volt már bajunk és boszankodásunk a



14. ábra. Kétoldali siklósín külső biztosító dróttal.

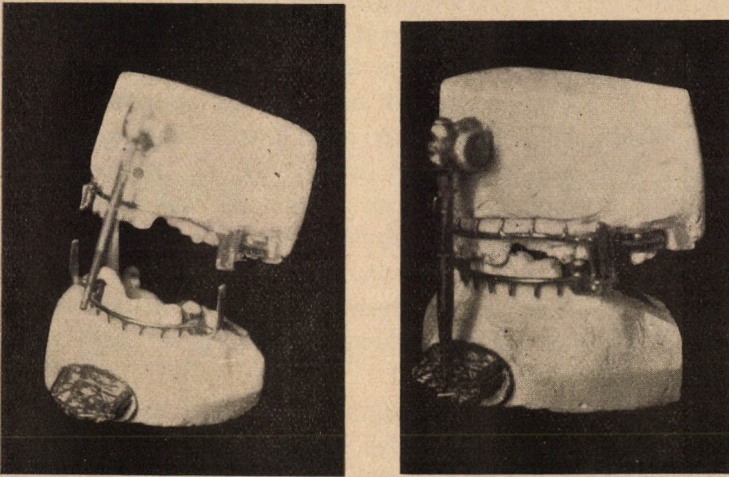
siklósínekkel. Felszerelésük után igen sokszor azt tapasztaltuk, hogy dacára a legpontosabb gipszlenomatnak, a Gysartikulátorban való pontos beállításuknak, az eset kellő előkészítésének: az artikulacio rosszabb volt, mint ezelőtt.

Mindezen tapasztalatok azon meggyőződésre vezettek engem, hogy az *egyoldali* fogsormögötti állkapocstörések és defektusok kezelésénél sohasem elégedhetünk meg a siklósínek csak az egyik oldalon való alkalmazásával, legyen az akár az egészséges, akár a beteg oldal. Vita tárgyát tehát az, hogy melyik oldal szabadon hagyása czélszerűbb nem képezheti.

Minden ily esetben az intermaxillaris egyensúly fenntartására *mindkét oldalon megfelelő sínkészülék felszerelése szükséges.*

Eljárásom az egyoldalú fogsormögötti állkapocstöréseknél az, hogy mind a két oldalon előrenyitott siklósínt szerelnek fel, avval a módosítással, hogy a sín külső lapjai mindkét oldalon a súrlódás kiküszöbölésére el vannak hagyva és csak a sínvályú alsó széléhez erősített biztosító dróttívvvel helyettesítve.

A két belső oldallap szigorúan sagittális irányban áll, az állkapocsív bármely pontján legyenek is azok alkalmazva. A két frontális lap görbületének megállapítása mindig Gysi-artikulatorban történik, mert ez az egyedüli artikulátor, mely



15. ábra. Kétoldalú siklósín külső biztosító dróttívvvel a) nyitva b) csukva.

tekintetbe veszi az állkapocsizület excentrikus mozgását. E négy felület — bár külön az állkapocs mindkét oldalán van elhelyezve, szerves egészet alkot, akár az atlas két congruens ízületi vápája a fejtávnyakszirtcsonti ízületben. Az egyik támasza, tehermentesítője a másiknak, az egyik a másik nélkül meg nem állhat.

A beteg oldalon alkalmazott frontális lap megakadályozza a musculi pterygoidei externi megzavart egyensúlyát következtében beálló hátracsúszást, teszi ezt pedig a törés előtt, tehát oly helyen, hol ezen hatását a dolog természeté-

nél fogva legtökéletesebben kifejtheti; az egészséges oldal frontális lapja, miután az előtte sikló csap hátrafelé való elmozdulását megakadályozza, egyszersmind azt eredményezi, hogy a beteg oldalon elhelyezett csap mindig érintkezésben maradjon frontális lapjával; az egészséges oldal sagittális lapja megakadályozza a beteg oldal felé való elmozdulást; a beteg oldal sagittális lapja pedig biztosítja azt, hogy az egészséges oldalon csap és sagittális lap egymást el ne hagyassák. Miután a szájnýtás fokával arányosan a siklósín vályújának és csapjának érintkező felületei egyre kisebbednek, szükséges a sínvályú alsó széléhez erősített biztosító drótív.

Pontos mérlegelés tárgyát kell, hogy képezze itt is — mint bármely kivitelű siklósín felszerelésénél egyáltalában — a vályú és a csap hosszának helyes megállapítása. Bizonyos adott maximalis szájnýtásnak e két hossz csak egy helyes aránya felel meg. A siklósín vályújának oly mélyre kell leterjednie, a csapnak pedig oly hosszúnak kell lennie, hogy maximalis szájnýtáskor is érintkezésben maradjanak egymással és a sín ki ne ugorhasson. E cél elérésére a csap kiindulási pontját szokszor mélyen az alsó drótív alá kell helyeznünk arra felforrasztott drótkengyel segítségével, vagy a csap kengyelszerű meghajlításával.

A siklósín lapjainak szigorúan sagittális és frontális elhelyezésével, valamint a külső lapok csupán biztosító drótívvel való helyettesítésével elérem azt, hogy a súrlódás ad minimum redukálódik, az egyoldalúan megterhelt siklósín működési zavarai egy csapásra megszűnnek a beteg nagy megkönnyebbülésére. A kétoldalú siklósínnek e módosítását, valamint a fentiekben precizirozott indikációját az irodalomban nem találtam felemlítve.

Ezzel befejeztem fejtegetéseimet; remélem, hogy sikerült az állkapocssínezés mai állásáról némi általános, bár nem teljességre törekvő, áttekintő tájékoztatást nyújtani. E tárgy ugyan háború után sokat veszít aktualitásából, de a békében előforduló állkapocstörések szórványos esetei, valamint operációk által létesített állkapocsdefektusok mindig ébren fogják iránta tartani a fogorvosok érdeklődését.

## A harctéri sérülések.

Irta : Dr. Garai Jenő.

A harctéri sebesülések tanulmányozásában arra a tapasztalatra jutunk, hogy az utóbbi idők súlyos sebesültjeinek száma a könnyű sebesültekéhez viszonyítva határozott emelkedést mutat. Ennek természetes okát a jelenlegi hadviselésben, s újabb fegyverekben, illetve abban a körülményben találjuk, hogy a most már joggal „humánus“-nak mondott gyalogsági fegyver, egyéb fegyverekkel szemben mindinkább háttérbe szorul.

A háború első hónapjai főleg mozgó harcok; mai értelemben vett állóharczot a hadviselőfelek még nem ismertek. Az ágyú mellett elsőrangú fontosságú és csaknem egyedüli fegyver a gyalogsági, melynek használatára az ellene való védekezés tökéletlensége folytan bő alkalom nyílt. A sérülések bár nagyszámúak, nagyrészt azonban gyalogsági lövegtől eredvén, jobb prognózisúak, könnyebben gyógyulók, kivéve természetesen, ha a löveg nagyobb véredényt, vagy nemesebb szerveket ért.

A hosszú háború folyamán a küzdőfelek újabb és újabb tapasztalatokra, felfedezésekre jutnak, melyeknek következménye egyrészt a védelem tökéletesebbé, hathatósabbá tétele, másrészt vele párhuzamosan a fegyverek pusztító, romboló hatásának fokozása. A mozgó háború átalakul állóharczczá, illetve mozgóharczokkal megszakított állóharczczá, melyekben a küzdelem színtere a föld felszínéről mindinkább annak mélyébe húzódik le. Az ellenfelek több sorban futó, mély lövészárkokat ásnak, melyeket földhányásokkal, drótakadályokkal, farkas-

vermekkel, cement- s vasbetonfedezékekkel, rókalyukakkal, hatalmas oszlopokkal alátámasztott kavernákkal stb. megerősítenek. Ezen védelmi berendezések ellen a gyalogsági lövegnek semmi, vagy csak nagyon csekély hatása van, s hogy ellenük sikeresen lehessen küzdeni, oly fegyverekről kellett gondoskodni, melyek alkalmasak a földbeásott és technikailag megerősített ellenfél állásainak szétrombolására, elpusztítására. E célból az ütegek, főleg a nehéz ütegek számát fokozták s egymásután kerültek használatba a különböző gránátok: kézi-gránát, fegyvergránát, gyújtógránát, gyalogsági ágyu, aknavető, légtorpedó, ekrazitpálcza, röpülőbomba stb. Mindezek a bennük rejlő robbanó anyagoktól az explozió pillanatában számtalan kisebb-nagyobb, éles, érdes, egyenetlen felületű darabokká repednek, melyek alakjuknál s nagy átütőképességüknél fogva a legborzalmasabb sérüléseket okozzák.

Ily fegyverek és védelmi berendezések mellett a támadásnak s védelemnek, az egyes ütközetek lefolyásának, sőt magának a háború egész technikájának is át kellett alakulni. Nagy távolságból intézett rohamok már régen megszűntek, hiszen ezeket legtöbbször már gyalogsági fegyverrel is el lehet hárítani, hanem a szembenállók rajvonalaitak lehetőleg közel ássák egymáshoz, hogy hirtelen, meglepetésszerűen, minél kevesebb veszteséggel és ennek következtében a siker minél nagyobb valószínűségével rohanhassák meg ellenfeleiket.

Magát a támadást rendszerint tüzérségi előkészítés előzi meg, mely hosszabb-rövidebb ideig, esetleg napokig tart. Csak mikor már az első védelmi vonal, vagy pedig az egész első védelmi hálózat elpusztult, indulnak rohamra a csapatok, melynek pillanatában a támadó fél ágyutúze a tartalékállásokra zúdul s a rohamozók a még esetleg ellenálló védők közé egy-két kézigránátot hajítanak. Ha a roham sikerült, s a támadók az ellenség első állásába befészkeltek magukat, egészen hasonló módon támadják meg a többi állásokat is, mindaddig míg a front meg nem inog és az állóharcz át nem alakul mozgóháborúvá.

A mozgóháborúban azonban, amíg az „mozog“, s a gyalogsági fegyvert használni lehetne, ütközetre tulajdonképpen



nem is kerül a sor, s mihelyt az ellenfelek összeütköznek a mozgóháború visszaalakul állóharczczá, hol a gyalogsági fegyver alig jut szerephez.

A védekező fél szintén csak kivételesen nyúl gyalogsági fegyverhez. Az ellenfél pergőtüze alatt egynéhány legszükségesebb őrszemen kívül mindenki a fedezékekbe, kavernákba húzódik, s ha a roham megindul, a tüzérség zárótüze, akna, torpedó, kézigránát fogadják a támadókat. Gyalogsági fegyverhez legfeljebb csak akkor nyúlnak, ha a gránátok elfogytak és az utánpótlás még nem volt lehetséges.

Mindezekből láthatjuk, hogy a gyalogsági fegyvernek a modern háborúban nincs és nem is lehet nagy szerepe, s ezért az általa okozott sérülések is egyre ritkábbak, kevesebbek.

Végül néhány szót a gépfegyversérülésekről, melyek teljesen azonosak a gyalogsági fegyverrel ejtettekkel, miután a gépfegyvernek ugyanaz a municiója van, mint a gyalogsági fegyvernek.

A háború folyamán a gépfegyverek mennyiségét az összes hadviselő felek a háboru elején meglevők többszörösére emelték. Legfőbb oka ennek az emberkimélés, ember-spórolás. Egy-egy gépfegyver ugyanis pár kiszolgáló személylyel egy-két szakaszt, sőt kedvező körülmények közt, akár egy-két századot is pótolhat. Mivel azonban főleg a támadás pillanatában annak elhárítására használják s használhatósága csak egy bizonyos meghatározott területre szorítkozik, a gépfegyversérülések is csak csekély hányadát teszik ki az összes harcztéri sérüléseknek.

Minket, fogorvosokat, a harcztéri sérülések közül legelsősorban az arc-, illetve állkapocssérülések érdekelnek. S ha összehasonlítjuk a háború első évének sebesültjeit az utóbbi idők sebesültjeivel, feltűnik az utóbbi idők súlyos állkapocssebesültjeinek nagy száma. Ritkábban látunk állkapocssérülteket törés nélkül, vagy egyszerű, zárttöréseket, annál gyakoribb azonban az arc-, koponya nagyobb roncsolása, nyílt, többszörös törések, az állkapocs egyes részeinek, vagy akár mindkét állkapocs teljes szétzúzódása, leszakadása, oly borzalmas sérülések, minőkkel a háború előtt csak nagyon

kivételesen, a háború elején pedig sokkal ritkábban találkoztunk.

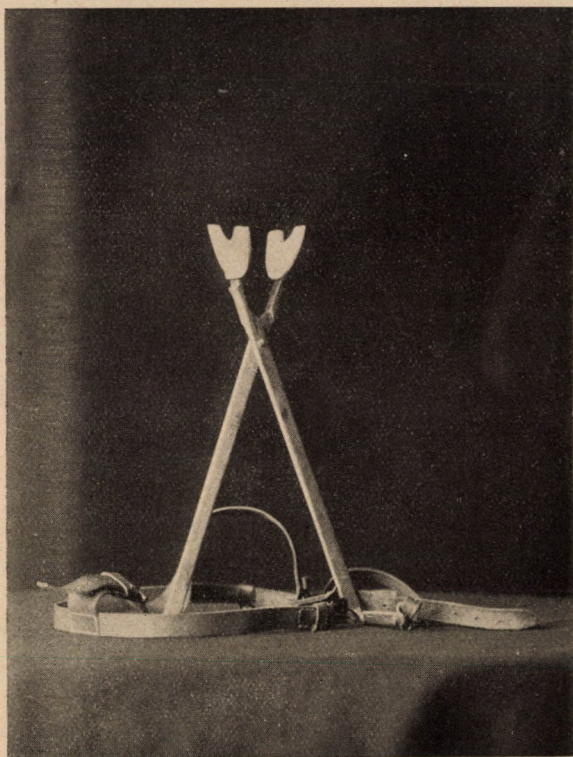
A mi pedig a jövő háborúit illeti, — amennyiben, illetve amíg még a jövőben ilyenek lesznek, — nem tudhatjuk, hogy azok hova fejlődnek. Egy azonban bizonyos: nem várhatjuk, hogy azokban a sérülések jobb indulatúak, jobb prognózisuk legyenek. Sőt ellenkezőleg! Az ipar, technika, tudomány haladásával a fegyverek, s ennek következtében a sérülések is mind borzalmasabbak lesznek, a sok ok mellett egy fontos okkal több, hogy a jövőben a különböző népek, nemzetek békés uton törekedjenek megoldani azon gazdasági, nemzetiségi stb. ellentéteket, melyeket eddig csak háborúval véltek, próbáltak s tudtak kiegyenlíteni.

## Készülék szájzár gyógyítására.

Irtva és a Magyar Fogorvosok Orsz. Egyesületének nagygyűlésén. 1918  
febr. 2.-án előadta: **Dr. Erdős Emil.**

Tisztelt Nagygyűlés!

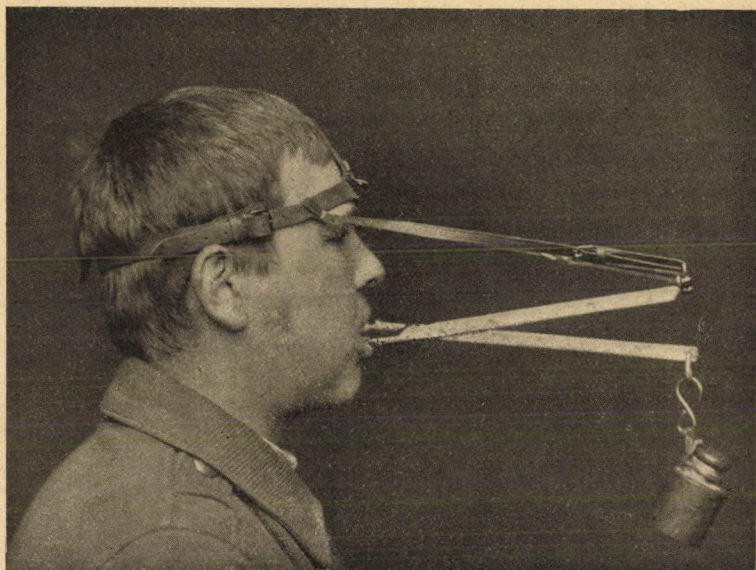
Állkapocssérültek utókezelésével foglalkozó intézetek állományának több mint felét képezik a szájzárallal gyógyult esetek. Így érthetőnek méltóztatik majd találni, hogy a szájzár kezelésének kérdésével, amidőn a Hadigondozó hivatal pozsonyi állcsontsérültjeinek osztályát két hónappal ezelőtt



1. ábra. *Erdős-féle* szájtagító.

átvettem, intensíven kezdtem foglalkozni. Az eddig megjelent közlemények között csak igen kevés foglalkozott e kérdés tárgyalásával, sőt Rumpel és Mischner tankönyve is csak az általánosan rég ismert kezelést írja le részletesen, újíjáról e téren meg sem emlékezik.

A szájár az állkapocs immobilisatiója, amely az izületi fejecs körül az izmokban végbement lobos folyamatok kö-



2. ábra. A szájtágító alkalmazásakor oldalról.

vetkezményekép, akár heg által, vagy az izominaktivitas folytán jött létre. Nem akarok itt megemlékezni az idegen test akár löveg, akár beékelt csontdarab, valamint a hibás csontadaptatio miatt mechanikus akadályok által előidézett esetekről, melyek sebési gyógykezeléséről nagy és terjedelmes közlemények láttak napvilágot.

Ha a szájár immobilisatiós, akkor a szájnnyítás, illetőleg a mi esetünkben a tágítás, mobilisatiós folyamat szükséges, tehát, hogy az erre szolgáló eszközök nem egy merev,

fixen beállított ponton működjenek, hanem mozgók és mozgathatóknak kell lenniök.

A Heister-tágító, a faék, facsavar fix ponton működnek, hatásuk nem mozgás, nem tágítás, hanem csak feszítés, nem mozgathatók, mivel a beteg száját csak szétpeczkeli,



3. ábra. A szájtágító alkalmazásakor elülről.

a beteg az eszköz alkalmazásakor száját nyitni és csukni nem tudja.

A rugóval, gummihúzással működő eszközök már tágítóknak nevezhetők, mivel itt már az eszközben magában is mozgás megy végbe, és alkalmazásakor a száj mozgatható. Hibájuk, hogy az erő, a mellyel hatnak egyrészt nem mér-

hető, másrészt, hogy működésük alatt az erő folytonosan csökken.

Szükséges volt tehát egy oly eszköz szerkesztésére, a mely a sebészi kezelés elvének, az ízület mozgathatóságának megfeleljen, és a melyen az erő hatása állandóan egyforma, könnyen mérhető. Ezen célra szolgál az általam szerkesztett egyenlőtlen kétkarú emeltyű, melynek szárai úgy viszonylanak egymáshoz, mint 1:4-hez. Szijjazat segítségével a fejre erősíthető, a rövidebb szár a fogak közé jön, a hosszabb szár végére súlyokat akasztok. A kezelést 500 gr.-al kezdem, melyet 30 perczig hagyok hatni. Beteg a készülékkel a hőlégbe megy, száját folytonosan nyitja, csukja, 4 naponként 10—20 dekával növelem a súlyt és 5·5 perczcel hosszabbítom a kezelés idejét.

Hálás köszönettel veszem, ha kartársaim ezen házilig könnyen előállítható eszközzel megpróbálkoznak, vagy pedig helyesnek tartván az utat, melyet megmutattam, azon tovább haladva előreviszik a kérdés megoldását.

## Az alveolarpyorrhoea kezelése és gyógyulása.

Előadta a „Magyar Fogorvosok Orsz. Egyesülete“ nagygyűlésén 1918  
febr. 2.-án **Dr. Sándor Samu.**

Tisztelt nagygyűlés!

Előadásom szokatlan czíme biztosan feltűnt Önöknek azért, mert én *gyógyulásról* beszélek, míg nagyon sokan önök közül ezt a betegséget gyógyíthatatlannak tartják.

Talán éppen azért is találta jónak a vezetőség a czimemnek ez utolsó szavát kihagyni a programban, holott én éppen erre helyezek nagy súlyt és csak azért tartom meg előadásomat, hogy önöket meggyőzzem, hogy az alveolarpyorrhoea gyógyítható és gyógyul is.

Uj dolgokat nem fognak hallani. Tizenöt évvel azelőtt hasonló előadást tartván, a diskussiónál olyan véleményeket is hallottam, hogy az általam hangoztatott gyógyulásoknál a diagnózis nem volt helyes. Ez eszembe juttatja azt a jelenetet, mikor Younger San Franciscói fogorvos, egyike az elsők közt, kik az alveolarpyorrhoea gyógyíthatóságát állították, az 1900-ban tartott parisi kongresszuson gyógyult alveolarpyorrhoeás betegeket mutatott be.

Egy collega és én megvizsgálván egy bemutatott hölgybetegét, nem birtuk elhallgattatni ennek dicshymnusait, hogy mily rosszul volt azelőtt fogaival és mily szerencsés és boldog szájának mostani állapotával.

A collega bemutatkozik nekem: Dr. Pattow aus Cöln és folytatja: „Herr Collega, ich bin gestern Nacht aus Cöln

direct hierher gefahren, um diese Fälle zu sehen und nachdem ich diesen elenden Schwindel gesehen, fahre ich heute Nacht retour“. A szájnak nem volt szaga, az ínyhus halvány, rózsaszínű, nem duzzadt, vékony, sima, retrahált széle szorosan feküdt a többé-kevésbé denudált fognyak körül. Itt-ott sekélyebb vagy mélyebb tasak. Genyedést nem birtam konstatálni. A fogak többé-kevésbé mozogtak. Younger ezt gyógyulásnak, Dr. Pattow svindlinek nevezte és a beteg boldog volt. Azt hiszem, ha én most betegeket bemutattam volna, ez a jelenet talán megismétlődnék. Az ínyhus állapota a beteg megelégedése oly hatást tették rám, hogy Youngert megkértem, hogy párisi ordinációjában (ő évenként 3 hónapra jött át San-Franciscoból Parisba praxist folytatni) meglátogathassam és kezelési módját megismerhessem. Ő ezt szívesen megengedte. Ezen előadás szűk keretében, daczára annak, hogy iparkodtam lehetőleg rövid lenni, az általam előirányzott keretet még kissé túlhaladja, miért is előre bocsánatot kérek, nem foglalkozhatom kezelésének módszerével.

Az alveolarpyorrhoea a szó szoros fordítása szerint, olyan állapotot jelent, melynél az alveolusból geny folyik, helyesebb volna, ha a szó azt fejezné ki, hogy az ínyhustasakból folyik geny, mert ott is alveolarpyorrhoeáról beszélünk, hol a geny még nem az alveolusból, hanem a tasak szövetéből származik és folyik. A betegség még nem támadta meg az alveolust.

A betegség sokféle elnevezésére nem akarok kitérni, csak nyomatékosan akarom kiemelni, hogy véleményem szerint az alveolarpyorrhoea egy gyügytőnév, mely alatt az ínyhus, ligamentum circulare, periodontium, periosteum és alveolus különféle okokból előidézett különféle megbetegedések rejlenek, melyeknek mindnyájuknak egy közös symptomájuk van, azaz, hogy az ínyhustasakból geny folyik; remélem, hogy találkozok valamikor egy kutató, kritikus lángelme, mely e betegségnek anatómiája, pathológiája, klinikája és therapiája terén divó százféle véleménynek, egymást ellentmondó nézetnek nomenklaturájának őserdejében világos, járható csapásokat ejt.

Én önöket ez előadásban a therapiára nézve egy évek



óta, általam használt utra akarom vezetni, mely engemet, véleményem szerint, jó célhoz vitt; miről az által is meggyőződést nyertem, hogy betegeim, ha arról az utról eltértek vagy legutóbbi betegségem okozta két évi szünete által kényszerítve voltak eltérni, örömmel visszatérnek rá, legtöbbször azt hallom: Doktor ur sok-sok évi kezelése alatt nem veszítettem egy fogat se, most 2 év alatt több fogat, mert csak kihuzással tudtak gyógyítani, azaz rajtam segíteni. Uraim, mi ilyen esetekben, csakugy mint az internisták, kényszerítve volnánk és vagyunk is chronikus megbetegedéseknél az acut symptomákat visszafejlődésre birni, a beteg fájdalmait csillapítani, a beteg szervet, a mi esetünkben fogát, beteg állapota daczára, fájdalom nélküli rágásra alkalmassá és tovább használhatóvá tenni, lehetőleg konserválni és nem extrahálni. Hasonló, de sokkal mélyebb behatású therapeutikus eljárás jut eszembe. A 80-as években König sebésztanár láb- és térdizületi tuberculosis eseteknél propagálta az amputatiót, mely ellen Albert sebésztanár legmeggyőződöttebben kikelt és ezt a következő humoros mondattal fejezte ki. „Nicht amputiren, keine Königsbeine machen“. A tapasztalatok teljesen beigazolták Albert konzerváló kezelésének helyességét, ő Gradóba küldte a gyermekeket, most Lysingben fényes sikereket érnek el. Előadásom célja, önöket ama konzerváló kezelés lehetőségéről a mi eseteinkben is meggyőzni.

Igaz, hogy itt is az istenek a siker elé az izzadságot rakták.

Főkép a fiatal kollegákhoz szólok, kiknek még elég idejük van praxisukban, sok időt egy-egy betegnek szentelni. A siker nem fog kimaradni, évek multán aztán ők is módosítással Horatius szavaival élhetnek: Aere perennius praxem exegi; a fő, hogy önmaguk legyenek meggyőződve kezelésük ki nem maradható sikeréről.

A therapiának célja a száj büzét, a kellemetlen érzést, a fájdalmakat, a genyedést megszüntetni, sok esetben a fogakat meg is lehet erősíteni, az ínyhus vitalitását fokozni és abban az állapotban meg is tartani. A sok javalt therapeutikus mód, mint fény, villany, fluorsav, salvarsan, rezgőmozgás, ignipunctur-kezelés, mind azt a célt szolgálja.



Mielőtt a kezelést megkezdem, felvilágosítom a beteget a betegség mivoltáról, megmondom neki, hogy én a gyógyulást csak inaugurálhatom, az ő kezelése biztosítja csak az állandó sikert és ez az ő kezelése a szájnak nevetségességig való tisztántartásában áll.

Egy chronikus betegség chronikus kezelést kíván. A fősúlyt a száznak lefekvés előtti tisztítására helyezem.

A beteg használjon egy dezinficiáló szájvizet és egy fogport, melynek alkatrészei vízben oldódnak s. p. alumen crudum, chlorkalium, natrium bicarbonicum. Pépek, főképp creta alba használatát alveolarpyorrhoeánál legártalmasabbnak tartom. Ha már tiszta a száj, vegyen egy kis rongyocskát, mártsa vízbe, csepegtessen rá sóborszeszt és evvel masszirozza az ínyhúst, minél durvább a rongyocská, annál jobb lesz a reakció, a felépő vérzés idővel, esetleg csak egy-két hónap múlva, biztosan meg fog szünni. Csak tiszta szájban szabad masszirozni, mert ha a száj még nem tiszta, könnyen ínygyuladást kap. A masszirozást csak a kezelés harmadik hetében szabad kezdeni. Mivel a betegség, főképp az első évben könnyen recidivál, egy fél év múlva újra kell magát kezeltetni, később, ha beteg megtanulta és meggyőződött róla, hogy mily fontos szájának tisztántartása és ezt tisztán is tartja és könnyű eseteknél elég az évenkénti kezelés.

A therapia főkéllékei sine qua nonja: a fogkő eltávolítása. Itt történnek az első hibák azok részéről, kik az alveolarpyorrhoeat gyógyíthatatlannak tartják.

Láttam egy alveolarpyorrhoeában szenvedő beteget, közkedvelt orvost, kinél barátja, mindnyájunk által elsőrangúnak, legmegbízhatóbbnak, lelkiismeretesnek ismert kollega a fogkőtisztítást elvégezte. A fogak tiszták voltak ugyan, de az ínyhús alatt még nagyon sok fogkő maradt. Természetesen itt az alveolarpyorrhoea nem gyógyulhat. Ez a fogkő, mely az ínyhús alatt, azaz magasan és erősen a gyökereken tapad, tartja fenn az alveolarpyorrhoeat. Ha fogkő legcsekélyebb része is megmarad, azon a helyen meg is marad az alveolarpyorrhoea.

Ha a kezelés harmadik vagy negyedik hetében, egy helyen az ínyhús még gyuladási tüneteket mutat, ott biztosan

egy kis darabka fogkő fészkel és csak annak eltávolítása után gyógyul ez a hely is.

Egy kis mignonlámpával átvilágítom az ínyhúst, és így látom a fogkődarabocskát, mely miatt a gyulladás késik.

Azt hiszem, hogy a mignonlámpa nélkül kezelésem sikere kérdéses volna.

Az átvilágításkor azt is látom, hogy gyógyult-e a gingivitis, mert az egészséges ínyhús színe egyenletes, míg beteg ínyhúsban, vértől duzzadt véredények huzódnak végig az ínyhús felülete alatt. Nálam a fogkő eltávolítása két, sőt három hétig is tart. Soha nem törekszem egy ülés alatt a fogat fogkőtől teljesen megtisztítani, vagy kezdetben a tasak mélyébe behatolni, nehogy erősebb fájdalmas reakciót idézzek elő. A gingivitis megszűnésével lelohad az ínyhús, a fognyak szabadabb lesz, a tasak nem oly mély, az esetleg még ott maradt fogkődarabocskáknak eltávolítása egyre könnyebben sikerül.

Ha a hátsó többgyökerű fogakról nem sikerül a fogkő teljes eltávolítása, a gyulladás se teljes. De abból nem szabad azt a következtetést levonni, hogy az alveolarpyorrhoea nem gyógyítható. Ezekon a helyeken módszereink végessége miatt nem férhetünk a gyógyítandó helyhez, azért az alveolarpyorrhoea gyógyítását egy kézlegyintéssel elutasítani és azt mondani, ugyis minden hiába, nem tartom helyesnek. Sokat használhatunk a betegeknek még azokon a nem tökéletesen gyógyítható helyeken is kitartó kezeléssel, a beteg a javulást érzi és szívesen aláveti magát a neki elrendelt évenkénti, sőt félévenkénti kezelésnek.

Az ínytasak genyedését sokféle szerrel éveken át való kísérletezés után most már körülbelül tíz év óta chlorphenollal kezelem.

Egy chlorphenolba mártott vatafonalat a tasak mélyébe helyezek el, melyben bennmarad addig, míg magától ki nem esik még jobb chlorphenolba mártott jodoformkanóczot használni, de most ezt nem bírom megszerezni. Minden behelyezés után a beteg vízzel kiöblíti a száját.

Egy és ugyanazon helyen csak másodnaponként ismétlem meg a kezelést. Figyelmeztetem a kollegákat, hogy a chlor-

phenol nagyon maró, ezen tulajdonsága miatt vált be oly kitűnően, a nyálkahártya rögtön fehér lesz, de súlyosabb reakció nem lép föl. De az epidermisen hosszasan gyógyuló mart sebet okoz. Ha véletlenül mégis érintettem az arczbőrt vagy ajkat, akkor rögtön soda bicarbonával közömbösítem a chlorphenolt és így a baj nem lesz nagy. Minden kezelés után spiritus vini és creosot ana folyadékba mártott vata-darabbal törlöm végig az egész ínyhus szélét, utána egy nagy vatadarabbal jól megmasszírozom az egész ínyhust. Dacára annak, hogy a beteg azt mondja, hogy a folyadék nagyon erős, szeme könnyezik, nem engedem a szájöblítést. Másnap a beteg jelenti, hogy milyen jól érezte magát a tegnapi erős kezelés után.

A kezelés harmadik vagy negyedik hetében, súlyosabb esetekben, egy-két héttel később, megszűnnek a gingivitis összes tünetei, a genyedés, a száj bűze, megmarad a fog lazulása; most, mióta a Károlyi által javalt desarticulatiót és bizonyos esetekben, főképp éjjeli fogcsikorgatásnál a harapó-sapkát, mely éjjelen át a harapást emeli, ismerem és használom, a laza fog, ha a beteg félév után jön, meglepően megszilárdult, még czukorbetegéknél is; a beteg ezt örömmel jelenti és azt mondja, doktor úr az egész idő alatt nem voltak semmi kellemetlenségeim, úgy mint azelőtt éveken át, jól rágtam, a száj szaga teljesen eltűnt, a kezelés fényesen bevált, nagyon hálás vagyok.

Ha evvel az előadással sikerült csak egyet is önök közül rábírnai, hogy anyagi érdekek mellőzésével ezt az eljárást következetességgel kipróbálja, mert kihúzott fogak helyébe hidat vagy fogsort csinálni sokkal kevésbé fárasztó, kevesebb időt igénylő, x-szer lukratívabb, mint az alveolarpyorrhoea kezelése, akkor évek múlva látni fogja a sikereket és meg lesz győződve a kezelésnek helyességéről, tapasztalni fogja a betegek megelégedettségét, ragaszkodását, háláját, mi egyáltalában ritka és praxisának sziklaszilárd alapozását, akkor örülni fogok, hogy megtartottam ezt az előadást, mert ő tovább fogja propagálni az alveolarpyorrhoea nemcsak gyógyítását, hanem gyógyulását is saját lelki megelégedésére, szakmánk dicsőségére és mi a fő, betegeinek hasznára.

## Egy harctéri fogorvosi rendelő-intézet működéséről.

Dr. Morelli Gusztáv.\*

Egy év előtt négy megrokkant tüzerlő, két ponyvás szekeret húzott nagynehezen egy orosz falucskába a tűzvonaltól 6—8 km.-nyire, hol az elvihartzott csata nyomán sok háznak csak a pusztta helye volt meg és néhány árva gyümölcsfa jelezte egyedül a szegény paraszt feldúlt otthonát. A falu végén állt egy zsupszalmával fedett üres ház, melynek lyukas tetején az eső csurgott befelé, a szobák padlója a csupasz föld, de az is térdig érő szeméttel volt borítva. Ajtó, ablak hiányzott, a kályha összedült, a mennyezet beomlással fenyegetett. Más fedél hiányában e ház lett a fogorvosi rendelő-intézetnek kijelölve. Első dolog volt rendet csinálni és az orvos vezetésével megtörtént a helyiségek beosztása. A benyíló lett a várószoba, ettől balra a műterem, jobbra a technikai laboratorium, e mögött egy kis kamra a raktár. Az udvarban egy rozszant pajta istállónak kínálkozott és már elébe állt a két említett szekér az intézet anyagával. Ez alatt az egész személyzet, a 2 fogtechnikus, a laborans, a tisztiszolga és a 2 kocsis nekiláltak takarítani, padlót rakni, fedelet javítani, mennyezetet alátámasztani, ajtót, ablakot szerezni, kályhát felépíteni, meszolni, fűrni, faragni, a lovakat ellátni és 2—3 óra mulva kezdődhetett a műszerek elhelyezése, majd a rendelés.

\* Előadta a Magyar Fogorvosok Orsz. Egyesületének nagygyűlésén 1918 febr. 2.-án.

A mozgósítási parancs szerint minden orvos foghúzó-készülékkel tartozott bevonulni. E készülékből, mely 4 drb u. n. általános fogóból állott, keletkezett a mai műszerkészlet, melynek magva a 2 drb rendszeresített fogorvosi műszerláda, az egyik az orvosi, a másik a technikai eszközökkel. Ezenkívül az egyes intézeti vezetők izlése és ambíciója szerint a legkitűnőbb műszerek kisebb rekeszekben vannak elhelyezve, miután némely balhit eloszlataása céljából mindjárt itt kell kiemelni, hogy úgy a hadvezetőség, mint az egyes



1. ábra. A fogorvosi rendelő-intézet.

parancsnokságok részéről a tökéletesítést célzó minden törekvés méltánylásban és támogatásban részesült. Nyugodt lélekkel mondható, hogy a rendelkezésre álló eszközökkel nemcsak a hadi-, hanem még a békeigényeknek is teljesen meg lehetett felelni.

A várószobában volt néhány pad és kályha. Az ajtóra kívül fel volt írva, hogy „csak féregtelenítve szabad belépni és a rendelés ideje délelőtt 8—12-ig, délután  $\frac{1}{2}$ 3—5-ig.“ A váróban tábla: „Fegyvert, szerelvényt, sapkát letenni.“ A rendelőben a legjobb világosságu ablak előtt, mely a falba külön e célra lett bevágva, állt a műtőszék, egy nádfonatos

karosszék a ráerősített fejtámasszal, előtte jobbra a fúrógép, balra állt egy vödör a váladék és hulladékoknak, egy asztalkán néhány bádogpohár forralt vagy szűrt vízzel szájböblítésre. Az egyik nagy műszerládán voltak a mosdótálak, egy nagyobb vízzel, egy kisebb lysoformos vízzel, mellette szappan, körömkéfe, törülköző. A széktől jobbra egy gummilepedővel leterített asztalon volt egy csésze töményebb lysoformos vízzel a kézieszközök fertőtlenítésére, egy sterilisator, azután kisebb tartályokban a tükrök, csipeszek, fogók, emelők,

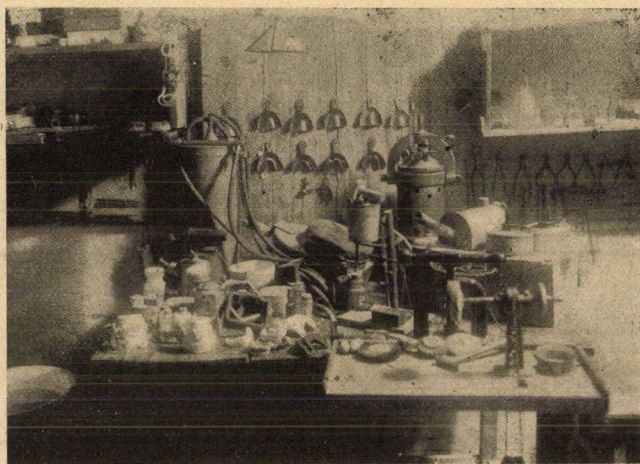


2. ábra. Az orvosi felszerelés.

exkavatorok, idegtűk, reszelők, fúrók, fecskendők kicserélhető tűkkel. E felett egy polczon az összes szükséges gyógyszerek és tömő-anyagok, valamint a ritkábban használt műszerek és kötőanyagok. A berendezés gazdagságára nézve megemlítenendő, hogy a leltár szerint a műszerek száma 230 drb volt és több száz csiszoló korong, celluloid-szalag stb. számba sem vehető apróság állt készenlétben. Ezenkívül egy teljes technikai laboratórium, vulkanizáló gép, forrasztó készülék, lenyomatkanalak, egy lábhajtásos csiszológép, az összes szükséges technikai fogók, précsavarok, melegítőlámpák, gipsz, stents, moldine, chamotte, viasz, továbbá a műdarabok

elkészítéséhez való nyerskaucsuk, Viktória-fémlemezek, sodronyok, valamint 3500 drb legkülönbözőbb színű és formájú műfog várta a munka kezdetét, mely lehetőleg reggeltől alkonyatig tartott, de ha sok volt a dolog, a hadtestparancsnokság jóvoltából az áramfejlesztő gondoskodott villamos fényről és így egy kis ügyeskedéssel a műtöszék előtt állt a minden irányban beállítható villamos reflector!

A betegek mind katonák, elvértve, ha a környék gyér polgári lakosságából tévedt be egy félénk alak és előbbi



3. ábra. A technikai berendezés.

okból fontos könyvvezetés volt szükséges. Egy nagyobb jegyzőfüzetbe napidátum alatt a folyószám, csapattest, rang, név, kezelés módja és a kezelt fog jele lett bejegyezve. Miután a kezelést nem mindig ugyanaz a személy végezte és a következő kezelésre nézve nem annyira a kórisme, mint a minden esetben pontosan megállapított kórisme után a már történt kezelés volt fontos, továbbá, minthogy a rendkívüli látogatottság folytán nem volt idő hosszas irogatásra, egy nagyon bevált eljárás szerint a beavatkozások számokkal lettek ellátva, pld. a foghúzás 1-el, az idegeltávolítás 4-el, a lenyomatvétel 16-al stb. és ezzel egy igen könnyen áttekint-



hető jegyzőkönyv jött létre. A napi forgalomból, mely átlag 40—50 között ingadozott, ugyancsak készült kimutatás, mely havonként összegezve, a felsőbb parancsnokságnak küldetett be.

Úgy az operatív, mint a technikai munkával elfoglaltak fehér orvosi köpenyben, illetve munkaköpenyben dolgoztak. A betegek mindegyike úgynevezett kezelési jegyzéket kapott, amelyen a jegyzőkönyv adatain kívül, a legközelebbi kezelés napja lett bejegyezve. Ily módon minden kérdészetés és keresés nélkül, a további kezelés azonnal volt folytatható,



4. ábra. Rendelés után.

ami tekintettel a tisztikar és legénység soknyelvűségére, rendkívüli fontos, mert pl. a leírt ambulatoriumban német, magyar, cseh, lengyel, tót, ruthén, horvát, szerb, orosz, román és olasz nyelven kellett értekezni.

A betegek az egész hadtest területéről gyalog, lóháton, kocsin, szánkán, sőt gépkocsin jöttek és különösen télen embernek, sőt még a lovaknak is fedett helyiségről kellett gondoskodni. Sokszor azonban egy ülésben nem lehetett a kérdéses feladatot befejezni, vagy súlyosabb beavatkozásra volt szükség és az amugy is kimerült embert nem lehetett naponta 24° C hidegben kétszer 3—4 órás menetelésnek

kitenni és azért az ambulatoriumnak még egy szerve volt, a melyhez hasonló egy nagyvárosi rendelő-intézetben sincsen. Ez az úgynevezett „szállás az ambulatoriumban kezelt betegek számára.“ Egy a közelben levő házban egy nagyobb szobában 16 fekhely a legénység, egy kisebb szobában 4 fekhely az altisztek részére volt berendezve. Élelmezést a hadtest törzsszázadának konyhájából kaptak, melyhez pótlékul tejes kávé és kétszersült járt. Ugyanitt kapott minden beteg hetenkint fürdőt és fehérműt. E helyen maradtak addig, míg a foghúzások és fogtömések befejeztettek, vagy míg a műfogok elkészült.

A kezelés módját és az irányító szempontokat illetőleg megemlítendő, hogy miután az egész intézmény elsősorban a háborút szolgálta, a vezéreszme, mely minden egyes esetben a beavatkozás indicióit megszabta, a beteg harczképességének helyreállítása, vagy fokozása volt. A betegek nagyrésze már koruknál fogva is a rágófelület kisebb-nagyobb mérvű hiányában szenvedett és sokan, a kik békében kényelmes élet és alig megrágandó ételekből álló bő táplálék mellett még relativ nagyfokú rágófelületehiányuk ellenére is kielégítően táplálkozhattak, egyrészt az időközben előállott újabb fogpusztulás, másrészt a nehezebben megrágható és csak kiadó megrágás után teljes tápértékű táplálék (kenyér, kétszersült stb.) mellett egyszerre csak annyira elgyöngültek, hogy teljesen harczképtelenek lettek, sőt a kellőleg meg nem rágott élelem idült gyomorbántalmakat is okozhatott. Az ily egyének erejének gyarapítása pihenés, vagy belső gyógykezelés útján nem is érhető el, hanem elsősorban a rágófelület helyreállítása szükséges. Éppen azért igen helyes és a cél elérésére okvetlenül kívánatos volt a fogászati rendelő-intézetet teljes technikai berendezéssel is ellátni. Természetes, hogy a fájós fogak, gyuladások stb. szakszerű kezelése is fontos, de ez egyedül nem járna teljes eredménnyel. A gyengélkedő a már hónapok, sőt már évek óta a harcztéren levő katona bekerült a rendelőbe. A túlnyomó rész még sohasem részesült fogkezelésben és így részben a faji sajátság és átöröklött rossz fogazat, részben az ápolás teljes hiánya, részben a

kimerült szervezetek fogsúra való nagy hajlamossága miatt igen gyakori volt a fogazat teljes vagy nagyfokú szétesése. Először a teljesen elpusztult fogak és foggyökerek távolítottak el, majd a még megtömhető fogak az egyes esetekben indikált tömőanyaggal megtömtek. Végül a foghúzási sebek teljes begyógyulása után, mely idő alatt a katona ismét csapatjánál volt, elkészült a fogpótlás. A foghúzások helybeli, vagy vezetési érzéstelenítéssel, az idegölés lege artis, rendszerint arsén-pastával, a gyökérkezelés trikresolformalin-pastával történt. A műdarabok több anyaggal való meddő próbálgatás után, csakis kaucsukba ágyazva készültek. A kozmetikus szempont a harctéren alárendelt jelentőségű és éppen azért főleg az őrlőfogakra helyeztük a súlyt és ha a rágó felület elegendő volt, úgy elől is csak a szúvas gyökerek eltávolítását végeztük.

Kivételek azonban voltak. Így a már azelőtt is szakszerűen kezeltek, vagy műfogakkal, hidakkal bírók a háború ideje alatt történt legkisebb pusztulást is teljesen kijátszhatták. Az egész kezelést *a legjobb anyagok, a legkisebb fájdalom, a leghasználhatóbb műdarabok, a leghumánusabb kezelés és a legrövidebb kezelési idő* jellemezték. És mint a kezelésre tódulók ezrei mutatják, a jó iránt a legegyszerűbb embernek is van érzéke. Katonák, kikkel alig tudtuk magunkat megértetni, azzal a kéréssel jöttek, hogy befecskendezéssel távolítsuk a fájós fogukat, jóllehet még soha azelőtt fogorvosnál nem voltak. A háború pusztításával szemben itt egy nagyjelentőségű művelődési folyamattal van dolgunk, mikor a népek tevényébe elterjed a fogorvosi működés ismerete és hozzátehetjük szeretete. Mert a ki egyszer alaposan rendbeszedett rágó szervvel eltávozott, úgy a maga, mint egész környezete számára tanítómestere lesz a fogápolás szükséges és hasznos ösmereteinek. Míg azelőtt ezer és ezer fogatlan egyén egész életét nyomorultul tengette, mert soha pénze nem volt, hogy kezeltesse magát, addig most ugyanezek teljesen ingyen részesültek a modern fogászati tudomány áldásában.

Még jobban kiderül az intézmény jelentőségű 12 hónapi működésének néhány jellegzetes számadatából.

1 év alatt az intézetet 3901 egyén 15.844 esetben kereste fel. Ezek közül volt 5738 fog- és gyökéreltávolítás, 2523 vezetési érzéstelenítés, 843 idegölés, 1153 gyökérkezelés. Gyökértömés és guttaperchatömés 961, ezüst- és réz-amalgamtömés 1629 és cement- vagy silikattömés 1709 esetben végeztetett, a tömések száma tehát 4299 volt. Múdarabok elkészítése céljából 1875 lenyomat, harpási és egyéb próba volt szükséges és 264 felső, 142 alsó, továbbá 155 javított kaucsuk-múdarab készült el összesen 4496 darab műfoggal, átlagban tehát 8 fog esik 1 múdarabra, a mi szintén azt bizonyítja, hogy mindezek tényleg a régi felület gyarapítását szolgálták. Főleg tiszték részére aranyhidak, koronák, csaposfogak, sőt néhány támasztósín is került ki a laboratóriumból. A tiszték 2010 és a legénység 13.834 esetben részesültek kezelésben, a mi 12, illetve 88 százaléknak felel meg.

Hogy mindezen kezelések, továbbá ezek elkönyvelése, az intézet vezetése elegendő munkát adott egy orvosnak és két fogtechnikusnak, az ezekután elképzeltető, de az eredményt látva, minden játszva ment, igen gyakran a fronton folyó élet-halálharcz alatt is, melyet csak a dörgő ágyúk morajjáról, a géppuskák kattogó zöreijéről, valamint a nehéz mozsarak zuhogva repesztő csattanásáról vettünk észre, a mint ablakaink és poharaink megcsörrentek. Ha pedig valamely okból indulni kellett 1 órán belül minden be volt csomagolva, a kocsikra felrakva és mindenki csak a parancsra várt. Menet! lépés! indulj!

Az elmondottak és a mellékelt képek szószólói akarnak lenni egy a fronton folyó speciális működésnek és ha meggondoljuk, hogy jelenleg több száz hasonló intézet működik legalább is hasonló eredménnyel, úgy mindnyájan kell, hogy méltányoljuk ez intézmény jelentőségét, a mely ezek szerint több millió esetben nyújt évenként hathatós segílyt katonáinknak és mindezt a hadvezetőség, még egyszer hangsúlyozandó, megértő áldozatkészségéből teljesen díjtalanul.

Úgy a betegek, mint az orvosok részéről elismerés és köszönet illeti mindazon fenkölt férfiakat, kik ez intézmény szervezésében és fejlesztésében közreműködtek.

## Az iskolai fogápolás kérdése Magyarországon.

Irta és előadta a Magyar Fogorvosok Egyesületének nagygyűlésén,  
1918 február 2.-án **Dr. Haydu Lajos** (Debreczen).

Mélyen tisztelt Nagygyűlés!

Kevéssel a hazatérésem után megkaptam a régen nélkülözött Fogorvosi Szemlének azt a számát, amely Elnök urunk székfoglaló beszédét tartalmazza. Megértettem, tudomásul vettem a programját és elfogott a vágy, hogy újra megjelenhessek az egyesület körében, személyesen is üdvözölhessem új elnökünket és biztosítsam mind őt, mind a kar-társakat tagtársi ragaszkodásomról, bizalmamról és arról a törhetetlen elhatározásomról, hogy a magyar orvosok egyesületének minden irányú munkájából én is óhajtom kivenni a magam részét és dolgos tagja akarok lenni az egyesületnek. Minden összejövetel reám nézve a tapasztalataim és ismereteim gazdagodását jelenti és minden egyes alkalommal kedves emlékek kísérik haza.

Elnök urunk székfoglaló beszédében egy régi témát és népjóléti kérdést, az iskolai fogápolás kérdését vette fel a programjába. Haladjon előttünk! Mi közös erővel fogjuk diadalra vinni a zászlóját.

Elnök úr megtisztelt azzal a megbizással, hogy a kérdést illetőleg a mai összejövetelen előadást tartsak. Örömmel, megtisztelten vettem tudomásul a megbizást és hozzáfogtam ennek a részletes végrehajtásához. Eredeti célom a kérdés fontosságának a méltatásán kívül, az eddig ismert angol

és német ilyenmű intézményeinek a megismertetése az eddig elért, üdvös, meggyőző eredmények statisztikai kimutatása és a sociologiai fontosságának különös figyelembe ajánlása lett volna. Sajnos e tervem végrehajtásában, katonai elfoglaltságom és közbejött betegségem meggátolt. Jelenleg a fenti okok miatt csak a kérdés megvilágításával, népjóléti és nemzeti érdeki fontosságával foglalkozhatok, megígérve azt, hogy a tervezett, most elmaradt részleteket a közgyűlés engedelmeivel szemlényben ismertetni fogom.

Uraim! A tapasztalat azt bizonyítja, hogy minden emberi beavatkozás a szervezet fejlődésébe csak akkor helyes, ha ennél a ténykedésünkénél a természet törvényeire támaszkodunk. Ne a mi jobbat alkotni akaró fantáziánk legyen a vezetőnk, hanem azok a látható és csak a jelenségeikben megnyilvánuló láthatatlan változások a természetben, a melyeknek a helyességét maga a természet alkotta lény tükrözi a legjobban vissza.

Ha beavatkozunk is, azért, mert a természet munkája valami ok miatt akadályozott, beavatkozhatunk, be kell avatkozunk, de ténykedésünk ne lépjen túl a természet szabta határokon, hanem csak az elmaradás, az akadálnak a megszüntetésére irányuljék. Igaza van a közmondásnak Uram „a ki sokat fog, keveset markol“.

Miben áll a mi tudásunk? A természet kikutatható munkásságának az ismeretéből. Miben nyilvánul meg a segélynyújtásunk?

Annak a munkának az előbbreviteléből, elvégzéséből, a mit a természet valamely akadály miatt elmulasztott, vagy éppen ennek az akadálnak az elhárításából.

A természet úgy alkotja meg teremtményeit, hogy ezekben minden egyes részecske nemcsak a közvetlen környezetével, hanem az egész lényben egymással szoros összefüggésben van. Egymástól elválasztva, vagy nem él meg, vagy csak tengődik. Mi orvosok, akkor, a mikor embertársaink egészségének a szolgálatába szegődünk, nem csinálunk mást, mint kutatjuk a természet törvényeinek az útjába került betegség alakjában mutatkozó akadályokat és ezeknek

az elhárításával újból megindítjuk a természet óriás gépezetének megakadt, parányi kerekét.

A természet következetesen, összhangzólag dolgozik. Nekünk is így kell tennünk. Mi orvosok csak akkor fogunk hivatásunk magaslatán állani, ha eljutunk a természet megismerkedésének a legmélyebb pontjáig és minden egyes akadály esetén ennek megszüntetését fennakadás nélkül eszközölhetjük.

Uraim! A célunkhoz közeledünk. Az orvosi tudomány, napról-napra tökéletesebb. Ma már belátunk az atomok közé, láthatjuk ezek mozgását, képesek vagyunk az élet útjába gördülő olyan akadályok eltávolítására, a melyek ellen ezelőtt nekünk gyarló embereknek nem volt hatalmunkban a természet segítségére lenni.

Birtokunkban van a kincs, a tudás ereje. Használjuk is. Használjuk és hasznosítsuk, uraim!

Ébredjen fel bennünk a tudás kízó szomjúságán kívül a felebaráti szeretet is teljes mértékben, nyujtsuk segítő kezeinket oda a felénk kiáltó, szemeiket kérve reánk függesztő gyermekeknek.

A gyermekeknek, sajnos a régi szokású, emberalkotta, helyesnek tartott, tulajdonképpen hibás testi nevelés miatt, fejlődésükben nem követhetik a természet útjait, betegek lesznek.

Védelem van. Ez eredményes is, de mennyivel többet használnánk a fejlődő szervezetnek, ha az őt fenyegető, reálopva leső vést idejében távoltagejuk tőle. Uraim, legyünk emberek, ne csak természetbúvárok. Ne csak a tudásvágy sarkaljon munkára, hanem tudásunknak embertársaink javára való felhasználásának a vágya is. Karoljuk fel testületeleg a gyermekek ügyét, testi nevelését és ezzel kapcsolatban a fogak rendszeres ápolásának a kérdését is.

Nem kell ecsetelnem a fogazat fontosságát a maga összességében és különböző vonatkozásaiban összes testrészeinkkel. Nem kell felhívnom az Önök figyelmét azokra az ismert ártalmakra, a melyek a fogazat elhanyagolásakor a szervezet természetes, szép, életre való összhangjában zavart

idéznek elő. Meg vagyok győződve arról, hogy elnökünk vezetése alatt, közös erővel veszünk részt mindnyájan abban a munkában, a melyre elnökünk a figyelmünket felhívta és a mely a gyermekek fogai ápolásának, különösen az iskolai fogápolásnak a kötelezővé tételét és rendszeresítését czélozza.

Uraim! Elismerem, minden kezdet nehéz. Összetartás, megingathatatlan elhatározás legyőzi ezt a nehézséget. Meg vagyok győződve, hogy ha a munkánkban az összetartás vezet bennünket, a mely az egyesületünknek a mai nivóját elérhetővé tette, áldásos siker koronázta fáradozásainkat.

Mik a teendőink a nehéz kérdés megoldására? A nép, a szülők, a gyermekek lelki oktatásával foglalkozó tanítók, a kormány és más illetékes köröknek a dolog népjóléti fontossága felől való felvilágosítása, meggyőzése és velünk való együttes munkára szólítása. A megoldás szervezése, mind finansiális, mind gyakorlati könnyebbség szempontjából.

Ezekre a dolgokra a megígért közleményemben fogok kiterjeszkedni.

Munkára fel, kartársak! A tudomány bölcsessége erőt, kitartásunk szépsége ad a munkánknak, hogy azt majd jutalom fejében a teljes, csillogó siker ékesítse.

---



## Érdekes apróságok a fogorvoslásból.

Irta és a „Magyar Fogorvosok Orsz. Egyesületének“ nagygyűlésén, 1918, febr. 2.-án előadta **Dr. Haydu Lajos** (Debreczen).

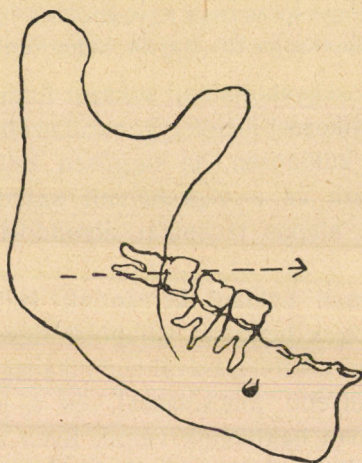
1. A fogorvosi gyakorlatban sokszor fordulnak elő esetek, a melyek a beavatkozást illetőleg gondolkozóba ejtik az orvost. Ilyen esetekben, különösen, ha sürgősen kell beavatkoznunk, gyors elhatározásra és a végrehajtani szándékolt ténykedéseink kivitelének alapos technikai átgondolására van szükségünk.

Foghuzásoknál például keresnünk kell azt a módot, a melyet — a fogak helyzetét, állapotát figyelembe véve — a kiválasztott fogó alkalmazásával technikailag legkönnyebben, a lehető legcsekélyebb roncsolással, és a lehető legkisebb ellenállás irányában hajthatunk végre. Ilyen módon, sokszor nehéznek látszó foghuzásokat is szinte játszva és a könnyű sikerrel csodálkozva, végezzünk.

1917 december hó 22.-én este  $1\frac{1}{2}$  12 órakor az ajtómon zörget valaki és nyöszörgő, fojtott hangon kéri a segítséget. A belépő 30 – 34 év körüli, bedagadt jobbszemű férfi. Jobb arczfélét zsebkendőjével betakarva tartja. Zsebébe nyúl és az átnyujtott cédulán kéri a már négy nap óta fájó jobb oldali alsó harmadik őrlőfogának az eltávolítását, mert a kinokat tovább nem bírja.

A beteg szájába betekinteni a nagyfokú rágóizomgörcs miatt nem lehet. A jobb arczfél az alsó állcsont szegletétől kezdve a foramen mentáléig és kétujjnyira a horizontális állcsontág széle alatt dagadt, lüktet.

A hőmérséklet 39·4 fok Celsius. Minthogy az alsó állcsontszöglet mögötti területek nincsenek megduzzadva, a beteg nyelni jól tud. Végrehajtom az alsó állcsontidegnek az érzéstelenítését, az állcsontcsatornába való belépési helyére (foramen mandibulare) befecskendezve 4 köbcentiméter 2 $\frac{0}{6}$  Hoechsti novocain-suprarenin-oldatot. A befecskendezés a maszeternek a mesialis tapadási szélénél történt. A beszúrás után a vékony, 5 cm. hosszú Feierstein-tűvel, amelyet az állcsont belső felületére fektetve az állcsont felhágó ágának a hossz-tengelye irányában vezettem folytonos fecskendezés közben,



elárasztottam az érzéstelenítő folyadékkal a foramen mandibulare környékét.

A beteg a 20 percz alatt bekövetkezett érzéstelenségre a száját felnyitja.

A kérdéses fogat az öt elborító pofanyálkahártyatályog megnyitása után gyökereivel a felhágó szárból kinőve, rágó felületével az előtte lévő zápfog hátsó felületéhez támaszkodva látjuk. A fognak az inyen fekvő mellső felszine szuvas.

Az eset huzástechnikai szempontból való mérlegelése a következő módon keresztülvitt, jól sikerült kivételt tette indokoltá :

Hogy a fentebbi húzási feltételeknek megfelelhessenek, vagyis, hogy a fogat a legkisebb ellenállás irányában távolíthassam el (a rajzon a nyíl mutatja), az ily irányú foghúzás utjából az akadályként szereplő szuvas koronát a második zápfog rágófelületének a magasságáig korundkövecskékkel rézsutos síkló-sikká alakítottam át (i. ábrát). A húzás a sima fogóvégű felső zápfogfogóval könnyen sikerült.

\* \* \*

## **2. Prof. Dr. Walkhoff-féle Chlorphenol használhatósága különösen mellső fogak gyökérsipolyának a kezelésénél.**

A Chlorphenol apró 100 grammos üvegekben kerül forgalomba. Használatra néhány csepp tiszta szesz hozzáöntésével és az üvegnek 60—70 fok meleg vízbe való beállításával folyékonyra tesszük. A szer, a mely folyékonyan marad, mohón szívja be magába a nedvességet és éppen ezért száraz bőrfelületen mélyebb roncsolást idéz elő, míg a nedvdúsabb nyálkahártyákon nem. Ez teszi alkalmassá a fogorvoslásban való használhatóságára. Erősen bakteriumölő. A nyálkahártyán, a melyet nedvszívó hatása következtében erősen zsugorít, a bekövetkező, de nem soká tartó vértelenségen kívül az érzékenység is jelentékenyen csökken, úgy, hogy a befecskendezések végzésénél nagyon jó fertőtlenítő és érzéstelenítő szernek bizonyult. A chlorphenollal kezelt nyálkahártyán a chlorphenol érintésére fehér, hamar leváló pörk keletkezik. Ezt hosszantartó vérbőség követi. Ez a vérbőség hasznos, az érintett területre bő táplálékot szállító tényezőként tekinthető. A chlorphenol minden nyálkahártya-íny kezelésére ajánlható. Kiválóan alkalmasnak bizonyult gyökérkezeléseknél és a mellső fogak gyökérsipolyának a gyógyítására. Az utóbbi esetben a gyökércsatorna előzetes tisztítása és tágítása után, megkíséreljük steril élettani konyhasóoldattal a gyökéren keresztül az apikalis, genyes granuláló üreget átfecskendezni. Ha ez nem sikerül, kézi Beutelrock-furókkal átfurjuk a csúcsot.

Ha a konyhasóoldat átfecskendezése sikerül, akkor úgyancsak fecskendővel annyi chlorphenolt juttatunk a fisztulás

üregbe, amennyi azt éppen kitölti és a sipolynyláson kibugygyan. Ezt a nyálkahártya elfehéredése jelzi. Ezután a gyökérbe chlorphenolos vattát teszünk és légmentesen elzárjuk.

Az átfecskendezést néhány nap múlva megismételjük, megvárva a kisérték fellépő reakciónak a lefolyását. Rendszerint már az első befecskendezésre lényeges javulás mutatkozik. A nyálkahártya duzzadtsága csökken. A sipolynylás összeesik. Genyedés megszűnik, vagy csak nagyon kis mennyiségben mutatkozik. Többnyire savós váladék szivárog ki a sipolynyláson. Sok esetben egyszeri chlorphenol-átfecskendezés elegendő a folyamat tartós meggyógyulásához. Helyesebb, illetőleg tanácsosabb azonban a fecskendezést még másodszor, esetleg harmadszor is megismételni. A végleges gyökértömést akkor végezzük, a mikor a sipoly meggyógyulásáról néhány nap múlva megbizonyosodtunk. Erre a célra thymol- vagy sublimátparaffint használhatunk. Célyszerűnek bizonyult a thymol-chlorphenol-paszta is. Ezt a gyökér megtömése után olyan erővel nyomjuk bele a gyökérbe, hogy belőle a sipoly üregébe is jusson annyi, a mennyi azt kitölti. A gyökér a gyökértömés felett guttaperchéval zárjuk. Az átfecskendezésre használt, tompa Feisterstein-tűket használunk. A tűre reá húzzunk egy a közepén átlukasztott, Germania- vagy Viktoria-fém-ből készült korongocskát, a melynek e fecskendő felé fordított oldalára kis acél, vagy kemény rézből készült rugó van erősítve. A rugó fecskendő felé néző része a fecskendő fejére illő foglalattal van egybeforrasztva. A fecskendezésnél szükséges, hogy a tűt légmentesen elzárva vezessük be a gyökérüregbe. Ezért a tű végére és a kis korongnak a gyökér felé néző felszínére megpuhított, guttaperché helyezünk orsóalakban, a tű hegye felé megvékonyítva.

A láng felett áthúzzuk és a tűt bevezetjük a gyökércsatornába. A guttapercha a tű előretolásakor a rugós fémkorongnak a nyomására légmentesen elzárja a gyökér nyílását. A befecskendezés végrehajtható.

Javalva van az eljárás minden egygyökerű sipolyos fognál, ha az alveolusban létrejött roncsolás még nem nagy, és a gyökér elég szilárdul áll.

A befecskendezések után csak nyitott sipolyoknál szabad a gyökeret légmentesen elzárunk.

Az eddigi tapasztalat csak igen kevés számú esetre támaszkodik. A rövid idei ellenőrizés azonban annyira jó eredményeket tüntetett fel, hogy ez eljárásnak a fogorvosi gyakorlatban való általános használati jogosultságát el kell ismernünk. A legjobb reménységgel nézhetünk a módszer eredményének a tartóssága elé és bizván tekinthetjük a gyökércsúcsresectiót helyettesítendő eljárásnak. A jövő megmond mindent. Ne törjünk pálczát az eljárás gyakorlati használhatósága felett addig, még akkor sem, ha netalán ez a gyógykezelési mód, hébe-hóba nem járna is a kívánt sikerrel. A mi a gyógyszer farmakodynamikai hatását illeti, ez erős edző, víztelenítő hatáson kívül valószínűleg a kis mértékben, a szerves anyaggal érintkezés alkalmával, in statu nascendi felszabaduló chlorhatására vezethető vissza. Az eljárást a kartársaknak szíves figyelmébe ajánlom.

## Előzetes jelentés.

A Budapesti kir. Orvosegyesület f. é. május 18-án tartott ülésén *Manninger*, *Farkas*, *Mátéfy* és *Vészi* doktorok kimerítő referáló előadást tartottak egy új antiszeptikumról, a *Groh Gyula* (állatorvosi főiskolán a kémia ny. r. tanár) által előállított „*magnosterin*“-ről (főlös magnesium hydroxydot tartalmazó magnesium hypochlorit).

Ezen előadás hatása alatt a VI. sz. cs. és k. tartalékkórház (parancsnok Dr. *Gadány*, törzssorvos) vezetésem alatt álló fogászati osztályon a magnosterinnek a pulpa (különösen a gangrénás pulpa) valamint a különféle szájbántalmak eseteiben (stomatitis purulenta, ulcerosa stb., pyorrhoea alveolaris) kezelésénél jelenleg kísérletek tárgya és pedig miként már most jelezhetem, nagyon biztató eredményekkel. Tapasztalatainkról és eljárásunkról e helyen később fogunk részletesen beszámolni.

*Dr. Fried Samu*

m. kir. népfelkelő ezredorvos.

## Szemelvények.

**Az állcsontsérülésekről a balesetban, különös tekintettel a világháboru okozta sérültek ellátására és rokkantjáradékokra.** *Dr. Hoffmann E.*, a düsseldorfi Rajna-jobbparti betegsegélyző pénztár fogászati osztályának igazgatója fenti czimen tartott egy rövid, de minket is igen közelről érdeklő előadást a Zentral-Verein Deutscher Zahnärzte f. évi április hó 17.-én tartott tudományos ülésén. A fogorvosok lesznek hivatva eldönteni azt a lényeges kérdést: mi lesz az állcsontsérültek sorsa? mennyiben csökkent ezek keresőképessége? A prognózis felállítása képezi majd felelőségteljes feladatunkat, mikor az állcsont-nyomorékok sorsa felett kell döntenünk.

A világháboru előtt az állcsontsérülések száma elenyészően csekély volt. E sérülések nem jártak anyaghiánnyal, az eltört csontrészek, ha dislokálva is, de megvoltak. A háboru alatt szerzett tapasztalataink az állcsonttörések therapiájában lényegesen gyarapodtak, transzplantációkkal pótolhatjuk a csonthiányokat, megfelelő prohezisekkel lényegesen javíthatjuk a sérültek megélhetési és keresetképességi viszonyait, mi által sokkal nagyobb előnyöket nyújtunk e sérülteknek, mintha még oly magas járadékot nyújtunk nekik. Mert a mig a keresni nem képes rokkant a társadalom hasznavehetetlen tagjának érzi magát, a megfelelő gyógyeljárás mellett a sérültek nagy részére a produktív munka tág mezeje nyilik meg, mely körülmény nemzetgazdasági szempontból nem kicsinylendő körülmény.

De nem mindig leszünk azon szerencsés helyzetben, hogy kedvező prognoszt állíthassunk fel, különösen nem, ha az alsó állcsonti álizülettel (pseudoarthrosissal) leszen dolgunk. Az osztrák-magyar hadsereg sérülteinél ily esetekben 50—70% járadékot szoktak megállapítani (Wunschheim).

A baleset okozta sérültnek, ha pl. egy munkás ütés következtében két metszőfogát elveszíti, a szakegyesület (Berufs-Genossenschaften) fogpótlást nyújt a sérültnek. Ha a baleset következtében több fogát veszíti el az illető, hogy rágási képessége csökken, úgy nemcsak egy fogsort is kap a beteg, hanem később is gondoskodik a szakegyesület, hogy esetleges reparaturák stb. az ő költségén eszközöltessenek. Abból a helyes szempontból indulnak ki, hogy egy jól ülő prothesis rágóképessége által az egész szervezet fenntartása, a munkás keresetképessége biztosított és az illető kevésbé szorul betegsegélyre. (Emésztési zavarok stb.)

Állcsonttöréseknél a szakszervezetek csak a sérülés időpontjától számított 13-ik héten túl terjedő gyógyítási költségeket fedezik. Csakis oly kis községekben, hol szakorvosi kezelés nem áll a beteg rendelkezésére, hol a betegsegélyző pénztárak önként nem vállalkoznak a költségek viselésére nyújtanak a szakszervezetek előbb is segélyt és fedezik a prothesisek, obturatorok költségeit.

A járadék kiszámítása következőkép történik:

Súlyos sérüléseknél, illetőleg míg a kezelés tart és a beteg keresetképtelen, teljes járadékot kap a sérült. Teljes járadék alatt a sérült számításba vehető egész évi keresetének  $66\frac{2}{3}\%$  érték. Az 1800 márkát meghaladó összegnek csak  $\frac{1}{3}$  része jön tekintetbe (pl.  $2400\text{ m} = 180 \times \frac{600}{3} = 2000$ ). A sérült felesége és minden 15 éven aluli gyermeke a számításba vehető évi összjövedelem  $\frac{1}{5}$  részét kapják, de legfeljebb  $\frac{3}{5}$  részig.

A részjárulék, pl. a 40%-al csökkent keresetképtelenség, nem az évi kereset 40%, hanem csakis a teljes járadék 40% képezi. Ez utóbbi a könnyebb állcsonttöréseknek felelne meg, ezt ítélik meg, de az állcsonttörés teljes meggyógyulása és a betegnek esetleg szükségprothesissal való el-



látása után, a segély megszűnik. E határozat elleni fellebbezéseket a választott bíróságok, valamint az országos munkásbiztosító hivatal avval a megindokolással utasította el, hogy a protezisek viselése által a keresetképeség nem csökkent. S ha az előadó szintén e véleményt osztja, csekélységem nem járulhat fenti nézethez. Mindenki, a ki nem a zöld asztal mellől, hanem a szomorú élet tapasztalataiból ismeri e sérülteket, be fogja látni, hogy az esetek egy igen nagy részében a legjobban készült és a legjobb protezisek is igen problematikus értékűek. A sérültek rágóképesége protezisekkel is tetemesen csökkent, csakis híg pépes, vagy csak igen apróra vagdalt ételeket képesek enni, amit nem tudnak mindig beszerezni és így hiányosabb táplálkozásuknál fogva testi erejük, keresetképeségük természetesen csökkent.

Fontos kérdés a járadékot megállapító szakorvosra nézve, hogy miáltal és mennyiben csökkent a keresetképeség?

Komplikált állcsonttöréseknél, különösen a pseudoarthrosiseknél, hol a törvégek csontos consolidációjára már nincs kilátás és így a rágási és nyelési képesség lényegesen korlátozott, feltétlenül a teljes járadékot kell megállapítanunk, a prognózis ily esetekben majdnem mindig kedvezőtlen, s ha a sérült későbbi állapotában lényeges javulás látható, úgy a teljes járadékot még mindig ráérünk leszállítani.

Még nehezebb elbírálás alá esnek a felső állcsont, a kemény és puha szájpad sérülései, melyek mindig beszédzavarokkal járnak.

Minden esetben, de különösen az utóbbiaknál az egyéni elbírálásnak van helye.

Mert nem kell bővebben indokolni, hogy egy orvos, ügyvéd, tanár, színész, kereskedő stb. sérültnél a beszédzavarok a keresetképeség lényeges részét képezik, míg egy földmives, iparos stb. ily sérüléssel is nagyon jól tud boldogulni. Minden esetben a sérült foglalkozását szem előtt kell tartanunk, nem schematizálunk, hanem mindig az egyént kell elbírálnunk. Nem szabad megfélemlenünk, hogy ezen sérülteknél az arc néha annyira elrutul, a fellépő hegek annyira eltorzítják a sérültet, hogy az régi foglalkozását nem üzheti és kénytelen lehet új foglalkozás után nézni.

A német katonai kincstár a teljes és részjáradékot szintén elfogadja, nincs tekintettel arra, hogy a legénységi vagy tisztii állományba tartozó sérültek mekkora a polgári keresete, hanem a járadék a sérült katonai rangjától függ. Az altiszt részére a legmagasabb megállapítható összeg 600 márka, a legénységi állományban levők részére legfeljebb 400 márka állapítható meg.

A háboruban megsérülteket a katonai kincstár a békében nem igen fogja prothezisekkel ellátni, sem az esetleg szükséges javítások kiadásait fedezni. A háboru okozta komplikált állcsonttöréseknél, tehát főképp az állzületeknél 75% járulékot állapít meg. Wunschheim a sérült társadalmi viszonyaira is tekintettel van. Szerinte a tisztek anyagi helyzete kedvezőbb (?!), a szükséges puha táplálékkal könnyebben láthatják el magukat, a legénységi konyhára utalt beteget, mindennemű szolgálatra képtelennek minősíti és 50—75% keresetképtelennek nyilvánítja.

Ezt a véleményt szintén nem fogadhatom el. Vajjon oly kedvező-e a szegény néptanító, kishivatalnok anyagi helyzete, ha az jelenleg a hadnagy vagy főhadnagy cifra uniformisát viseli is, vagy oly kedvezőtlen-e a mindennemű fegyveres szolgálatra alkalmatlan, tehát a katonaságtól elbocsátott iparos vagy földmives helyzete. Itt nem lehet felállítani sablonokat. Lehet valaki főhadnagy és a polgári életben szegény ördög, ki a polgári életben szükös keresetéből él, és lehet valaki ezerholdos földbirtokos, gyártulajdonos, kereskedő, a katonáéknál pedig a legénységi állományban van. Tehát a sérülés nagyságán kívül a sérült egyéni viszonyait kell tekintetbe vennünk, azt pontosan, hitelesen megállapítanunk, nem pedig, hogy milyen katonai rangja volt.

Gondoskodni kell természetesen arról, hogy a kedvezőtlen vagyoni viszonyok között élő rokkant fogait (a műfogakat is), sinjét stb. minden anyagi költség nélkül állandóan jó karban tarthassa. E célból a háboru után a most fennálló hadifogászati rendelők továbbra is fentartandók, ahol a szükséges utókezelések is eszközölhetők lesznek.

*Fried.*

**Die Behandlung der Pseudarthrosen mit Vorstellung von Patienten, die Goldschienen unter dem losgelösten Periost tragen** von Geh. Med. Rat Prof. *dr. Warnekros, Berlin.* Az állzülettel gyógyult sérültek a háboru lezajlása után még hosszú ideig fogják foglalkoztatni a szakorvosokat. Szükséges tehát, hogy az idevonatkozó tapasztalatok összegyűjtessenek, hogy azok közkinccsé váljanak. Ezáltal a szerencsés lefolyású csontátültetések szaporodni fognak, a balsikerű műtétek táplálkozási viszonyait lehetővé alakíthatjuk és végül még azon szerencsétlenek életviszonyait is megjavíthatjuk, kik nem tudták magukat annakidején elhatározni, hogy rajtuk a műtetet végrehajtsák, vagy pedig a sebész és fogorvos véleménye szerint náluk a transplantatio nem volt végezhető.

E pontok illusztrálására több, a gyakorlatból vett esetet közöl, a melyekben a csontplasztika nem vezetett a várt eredményhez. Ezen a periost alá helyezett sinek a transplantatum és az állcsont érintkezési helyén képződő porccallusnak módot adnak arra (?!), hogy az megcsontosodjék és miután az applicálás helyén minden izgató hatás nélkül teljesen begyógyulnak, az ujonnan képződő vékony csontnak megfelelő támaszul szolgálnak, úgy hogy az nagyobb megterhelést is elvisel.

*Fried.*

**Die Behandlung der granulierenden Periostitis an Molaren** von Med. Dr. *Konrad Cohn.* A periapicalis granulomáknak és cystáknak gyógyszerekkel való kezelése kevés eredménnyel kecsegtet, miért is ezen esetekben a replantatio, vagy a gyökércsucsok resectiója azon eljárások, melyeknek indicatiója kézenfekvő. Az antrum közelségénél fogva a molarisok gyökércsúcsainak resectiójánál mindig számításba kell venni, mint kellemetlen, nem kívánatos complicatiót, ezen üreg megnyitását, de nehézséget okoz a buccalis gyökerek lege artis való ellátása, minthogy állandó eredményt csakis azon esetekben várhatunk, ha a teljes aseptikusra tisztított gyökércsatornát a gyökér végén teljesen el tudtuk zárni. Bármily jól sikerült is a resectio, ha fentemlített követelmény-

nek nem tudtunk eleget tenni, úgy majdnem biztonsággal recidivákra számíthatunk.

Ezen nehézségeknél fogva Cohn ilyen esetekben a már mások által is régebben ajánlott eljárást végzi, hogy a granulomát vagy cystát viselő gyökeret, miután ezt a fog koronájánál (a nyákhártya ivszerű átvágása után) finom fogóval átvágta, extrahálja. Eljárását a következőkben írja le: Röntgennel megállapított, hogy a felső első molaris mesio-buccalis gyökér csucsán granuloma van jelen, a másik két gyökér periapicalis szövetei épek, mind a három gyökér gangránás-putrid bennéket tartalmaz. A palatinalis gyökeret kitisztítás után megtömi, hasonlóképp a disto-buccalis gyökeret, miután a medio-buccalis gyökércsatorna bemenetét desinficiálta, cementtel elzárta, a pulpa-kamarát és majd a korona kerítését is megtömi. Félkör alakban átvágja a nyákhártyát és visszahajtja, a medialis gyökeret a koronától elválasztja (átvágja) és eltávolítja. A molaris csak két gyökérre, a palatinatisra és a bucco-distalisra támaszkodik.

Magam is végeztem már évekkal ezelőtt ezen eljárást. Több kartársam, kikkel e tárgyról beszéltem, gyakorlatukban több ízben végezték és szintén jó eredményekről referáltak. Csak annyit akarok még hozzáfűzni, hogy bár a fennmaradó két gyökéren erősen áll a fog, czélszerűnek tartom az eltávolított gyökérnek megfelelő részt a koronából is elcsiszolni. Különösen áll ez, ha a palatinális gyökeret távolítottuk el. A korona rágási (megterheltetési) felületének ilyenét való kisebbitése csak hozzájárul, hogy az elért eredmény még kedvezőbb legyen.

*Fried.*

**Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzungen.** Von Oberstabsarzt Dr. *Juljan Zilz*. Különlenyomat Oesterr.-ung. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde, 1917, Heft 3.

Szerző hasonló című ugyanazon folyóirat előző számában megjelent tanulmányának folytatását illetőleg kiegészítését nyújtja *körbonczi leletek* alapján. Ez utóbbi körülmény adja meg különleges értékét, mert mások vajmi ritkán

vannak abban a helyzetben, hogy állcsontsérülteknél a bonczolat által győződjenek meg diagnosisuk és gyógyeljárásuk eredményéről.

A tanulmány tizenkilencz kórtörténetről, illetőleg bonczolatról számol be és ezen keretben számos kérdéshez szolgáltat becses adalékokat.

Igy az *utóvérdések* tekintetében megállapítja annak a régebbi nézetnek tarthatatlanságát, hogy a véredények kitérnek a lövedék elől. Nem fogadja el általánosságban azt a nézetet sem, hogy a sebben fekvő lövedék vagy csontszilánk arodálná az arteria falát. Rendszerint a sebesülés pillanatában maga a lövedék vagy másodrendű lövedékként szereplő csontszilánk megsebzti a véredényt.

A *gázphlegmone* eminenter háborús betegség és kórokozó tekintetében csatlakozik *Hopkes* véleményéhez, ki szerint egységes kórokozó mikroorganizmust eddig még nem sikerült megállapítani.

A *késői abscessusok* kérdésével és a vele összefüggő ú. n. nyugvó infectióval tüzetesen foglalkozik nemcsak kórbonczotani szempontból, hanem a hozzátartozó socialis problémával is, mely azon nagyfontosságú kérdés megoldása elé állítja az államot, hogy béke idejére olyan *állcsontállomásokról* gondoskodjék, melyekben a hadirokkantak majdan szakszerű kezelésben részesüljenek. Evvel együtt kemény lándzsát tör az *állcsontsebészet önállósítása* mellett.

A betokolt lövedékeknek a *testbenhagyása* vagy eltávolításának indicatiója tekintetében csatlakozik *Witzel* nézetéhez, mely szerint a testben hagyott lövedékek majdnem mindig staphylo- vagy streptococcusokat visznek magukkal, melyeknek virulentiája bármikor feléledhet és szintén késői zavarok forrása lehet.

Több esetben állapította meg, hogy *fertőzött csontszilánkok* az abscessus megnyitása, illetőleg a geny lecsapolása után tökéletesen begyógyulnak.

A *contrecoup-törések* keletkezési módját néhány nagyon tanulságos kórbonczotani állcsont-készítménnyel világítja meg.

Az *erysipelas többszörös fellépését* ugyanazon sebesült-

nél szintén a kórokozónak nyugvó állapotba való kerülésével magyarázza. Megfigyelte azt is, hogy erysipelas után a sebgógyulás gyorsabb tempóban folyik le.

Végül visszatér előbbi tanulmányának azon részére, melyben foglalkozik *csontképződés* lehetőségével lágyrészekben *csonthártya részvétele* nélkül (izom és hegcsontosodás). Két újabb esetében határozottan bebizonyítva látja ezt a lehetőséget.

Minden tekintetben kiválóan értékes dolgozat.

*Salamon.*

---

## Könyvismertetés.

**Die Unterkieferschussbrüche und ihre Behandlung.** Von Prof. Dr. *R. Klapp* und Prof. Dr. *H. Schröder*. Berlin, *Meusser*, 1917.

Az első részben *Schröder* meglehetősen tüzetesen tárgyalja az általános fogászati vonatkozásokat és evvel valóban egy jó tankönyv mértékét üti meg. 139 oldal szűk keretében minden lényegeset elmond, sőt technikai utasításokat is ad, melyek pontosságukkal vezérfonalul szolgálhatnak. Az elméleti rész jól átgondolt és evvel bizonyára lényegesen előmozdítja e fontos anyag finomabb megértését. Szerző alig terjeszkedik ki idegen véleményekre és módszerekre, hanem főleg csak az általa kedvelt és szerkesztett apparatusokat írja le. Ez nem hiba. A gyakorlati tanító nagyon jól teszi, ha a tanításban leginkább arra szorítkozik, a miben maga a legbiztosabb. Elég, ha a többit csak megemlíti és a tanulónak megmutatja az utat a forrásokhoz. A referens annál bátrabban elismerheti ezt, mert ő maga a gyakorlatban legtöbbször nem *Schröder* útjain jár és az állcsonttörések legtöbb esetében a *Schröder*-féle szilárdan rögzített gyűrűk és ívek helyett levehető készülékeket használ, melyek inkább prothesisekhez hasonlítanak, mert ezeket célravezetőbbeknek és hygienikusabbaknak tartja. Az „önmagukban szilárd sinkészülékekről“, tehát főleg a *Kersting*-féle sarnéros sínekről azt mondja szerző „ezek csak akkor vannak indikálva, ha a törvégek már eleve tökéletesen reponálhatók, illetőleg előzetes kezeléssel eléretett, úgy hogy ezek a sínek tulajdonképpen csak rög-

zítőkészülékek.“ Evvel azonban az is meg van mondva, hogy majdnem minden friss törés esetén vannak javalva, illetőleg, ha az eset, a mint kellene hogy legyen, a sérülés utáni 2. vagy 3. héten kerül szakszerű kezelésbe, mert hiszen ilyenkor csakugyan a sínnek nincs más feladata, mint rögzíteni, mert a repositionának rendszerint még nincsenek akadályai. Ennélfogva mégis helyes lett volna ennek a módszernek több teret szentelni, mint egyetlen egy oldalt.

Referens véleménye szerint úgy *Schröder*, mint általában a legtöbb szerző nem értékeli kellően természetes fogak híjján a műfogsorokra való harapás fontosságát, illetőleg az okklusio reponáló és retináló erejét. Ez különben az egyedüli elvi kifogás. A részletekre vonatkozólag kiemeljük azt a figyelmeztetést, melyet nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a lágyrész-sebeket csak akkor szabad összevarrni, ha a csontsebek teljesen el vannak látva. Nagyon üdvös ujtásnak vehető az a — különben nemrég *Weiser*-től is leírt eljárás, mellyel a condylusok táján extraoralisan sarnérszerű ízületet teremtünk, mely egyrészt a felső állcsonton talál támaszt, másrészt pedig a kiizesített alsó állcsonttörvéggel a szájból kinyuló drótkarral van összekötve és ezáltal ezt minden mozgásnál a kellő pályára kényszeríti. Ez lényegében nem más, mint artikulátor olyan alsó fogsor beállítására, mely a sérülés folytán egy vagy mindkét oldalon a fogatlan hátsó törvégtől el van választva. Tehát ugyanazt a célt szolgálja, mint a Gleitschiene, de mert támadó karja jóval hosszabb, olyan esetekben is beválik, a hol amaz már felmondja a szolgálatot. Előszeretettel csontplasztika esetén alkalmazzák immobilisatióra és gyakran kombinálva szegextenzióval, mely utóbbi is arra van hivatva, hogy a hátsó törvéget rögzítse. Nagyon kitűnő továbbá egy hasonló célt szolgáló és *Schröder* tanítványától *Ernst*-től származó második intraoralis készülék, mely állandó prothesiseknél akarja a hiányzó ízületet pótolni. Hasonlít a *Herbst*-féle okklusziós sarnérhoz, avval a különbséggel, hogy nemcsak zárt fogsorok mellett akadályozza meg a prothesis, illetőleg a törvég hátracsúszását, hanem szájnyitáskor is, anélkül, hogy akadályozná a rágó-



mozgásokat. Referens, ki e szellemes készüléket a szerző szívességéből már két év előtt megismerte, örömmel jelenti ki, hogy azóta számos esetben állcsontresectióknál a legjobb eredménnyel használta. Bővebb adatokat e készülékre vonatkozólag az eredetiben kell keresni.

A második részt Prof. Dr. R. Klapp írta és „az első állcsonttörések sebészi kezelése“ címet viseli. A lágyrészek ellátására vonatkozó legtöbb problema csak érintőleg tárgyalatik és csak egyes példákkal vannak megvilágítva. Olyan arczbeli besüppedések számára, melyeknek fenekén a bőr a csonttal hegesen össze van nőve, Klapp ajánlja az apró bevágások útján való alagutazást és 1—4—5 cm. hosszú fascia-csíkoknak beültetését.

Elfogadhatónak látszik a tanács, sequestereket „fiziológikus műtéttel“ eltávolítani, vagyis az ürben lévő sarjadzások lehetőség szerinti kimélésével. A munka javarésze a csontos defektusok befedésével foglalkozik. Történeti áttekintés után szerző óva int elefántcsont-implantációval való kísérletezéstől, melyek szerző kezében egyszer sem sikerültek. Ezt követi a sürgető figyelmeztetés, hogy begyógyuló transplantatum számára előbb a fiziológikus feltételeket kell megteremteni. Beékelő és hasonló mechanikus rögzítésre szerző nem helyez súlyt, inkább arra fordít gondot, hogy a transplantatumot gyorsan és kiméletesen vigye a helyére, mielőtt az kiszárad vagy lehül. A transplantatum polusait előszeretettel a törvégről lefejtett periosttasakba helyezi. Különösen gazdag callusképződést akkor tapasztalt, ha a periostcsontlebenyt úgy választotta le „miként a faszobrász a forgácsokat levési.“ Az éles vésővel körülhatárolt és óvatos ütésekkel leválasztott, fiatal egyénektől származó csont úgy hajlik, mint a faforgács és nem repedezik meg szálkásan. A periosttal borított homorú felületet a szájüreg felé fordítja. Az ilyen vésett forgácsoknak könnyű szerrel adhatjuk meg a kívánt alakot. Körülbelül 100 műtett esetben négyszer az implantatum genyedés útján teljesen kiküszöbölődött. A consolidatio százalékszámát azonban szerző nem említi meg. Az „izületplasztika a felhágó ág defektusainál“ című utolsó

fejezetet szerző különös szeretettel tárgyalja. Több esetben sikerült neki pótolni az elvesztett felhágó ágat, illetőleg az izületi fejecset a negyedik metatarsus vagy a crista ilei egy darabjának implantációjával. Azonban az indicatio felállításával szerző egész határozottan túllő a célon, a mikor azt ajánlja, hogy a felhágó ág defektusainál, ha transplantatio szükséges, akkor a még meglévő izületi csonkot eltávolítsák és transplantatummal pótolják. Erre vonatkozólag referens reámutat egy válaszra, mely nemrég a Wiener klin. Wochenschriftben megjelent. A közölt kórtörténetekben feltűnő sok sajtóhiba, sőt több ellentmondás is van, melyek megnehezítik a különben érdekes esetek tanulmányozását.

*Hans Pichler (Wien).*

## Hirek.

**Meghalt:** *Unghvári Péter*, Szeged.

dr. *Feles Adolf*, Budapest.

A következő számban megemlékezünk róluk.

**Kitüntetés:** dr. *Láng Ignác* kartársunkat Őfelsége a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül kitüntette a III. oszt. vaskoronarenddel. Köszöntjük.

**Ötödéves medikus  
fogorvos mellé ajánlkozik  
Budapestre.**

Fogászatban jártas. Valamennyi konservatív munkában önálló. Prothesisekhez és ortodontiához is ért. Csakis délutánra ér rá. Szives megkereséseket a kiadóhivatalba kér „**Vidéki medikus**” jeligére.

## Hivatalos rész.

### A „Magyar Fogorvosok Orsz. Egyesületének“ köz- és nagygyűlése (1918 február 2.-án és 3.-án).

Jegyzőkönyv az 1918. évi február hó 2.-án tartott közgyűlésről.

Elnök: *Salamon* Henrik dr.

Jegyző: *Major* Emil.

Titkár: *Frommer* József.

*Jelen vannak:* dr. *Szilágyi* József vezérfőtörzsorvos, dr. *Sinkovich* Aurél, *Ertl* János törzsorvosok mint vendégek; továbbá: *Fuchs* Sándor, *Haasz* Tekla, *Gadányi* Lipót, *Morelli* Gusztáv, *Láng* Ignác, *Telegdi*, *Forgách* Aladár, *Seligmann* Emil, *Vajna* Vilmos, *Zólyomi* Adolf, *Szántó* Ármin, *Bonyhárd* Mór, *Klinger* Zsigmond, *Bilasko* György, *Fejjes* Béla, *Pótor* Sándor, *Oppenheimer* Zsigmond, *Siklós* Armand, *Marikovszky* György, *Pláner* József, B. *Hajdu* Lajos, *Csilléry* András, *Hálloy* Károly, *Lippe* Mór, *Müller* Károly, *Balassa* Béla, *Propper* Miksa, *Lichtmann* Samu, *Krausz* Oszkár, *Halász* Margit, *Klinger* István, *Garai* Jenő, *Szabó* József, *Fried* Samu, *Hoff* Móricz, *Berger* Ferencz, *Bruszt* Lázár, *Erdős* Emil, *Dietzl* Ferencz, *Wallheim* Béla, *Thébusz* Béla, *Dalnoky* Viktor, *Máthé* Dénes, *Simon* Béla, *Majunke* Egon, *Vágó*, tagok.

*Elnök:* Köszönti a vidéki vendégeket és *Csilléry* dr. ezredorvost, mint a honvédelmi minister által kiküldött képviselőt, és megnyitva az ülést, jelenti, hogy pénztáros és titkár megbetegedése folytán maga terjeszti elő a jelentéseket.

Rátérve a választmányi határozatokra bejelenti, hogy a választmány indítványozza, 1. hogy a tagsági díjat csak az 1918. évre 20 koronára emeli fel. Közgyűlés elfogadja.

2. *Fogorvosképző*-tanfolyam alapítását 1 évre terjedő tartammal. A választmány ajánlja e célra, hogy a fogorvos-alapból 3000 kor. kölcsön vétessék fel. A közgyűlés egyhangúan hozzájárul az indítványhoz.

*Uj tagoknak felvételtek*: dr. *Herenfeld* Pál, Pozsony; dr. *Pótor* Sándor, Baja; dr. *Kellner* Hermann, Feldpost 412; dr. *Simon* Béla, Budapest; dr. *Vágó* Jakab, Budapest.

*Elnök* bejelenti, hogy *Frommer* dr., egyesületünk titkára sok hivatalos teendőire hivatkozva, kisegítőt és helyettest kér. Ajánlatára *Pécsi István* dr. bízatik meg e tisztséggel.

*Pénztári jelentés*. 3 tagú bizottságnak kiadott megvizsgálás végett.

*Elnök* felolvastatja a szabadságolási rendeletet, majd az osztrák kartársak, *Weiser* prof. és *Höncz* prof. távirati üdvözlét, a melyet a közgyűlés örömmel vesz tudomásul. *Elnök* jelenti továbbá, hogy *Szabó József* megkezdte működését a „Szemle“ szerkesztőségében. A „Szemle“ mostani megjelenését a munkássztrájk akadályozta meg, azonban ezentúl pontosan, évenként négyszer jelenik meg.

A titkári jelentés felolvasása után még külön köszönetet szavaz a közgyűlés *Lenhossék* professornak értékes előadásáért.

*Haydu* kartárs (*Debreczen*) nem tartja elegendőnek a „Szemlét“, hogy népjóléti és népegészségügyi feladatunknak teljesen megfeleljünk. „Népies Szemle“ alapítását ajánlja.

*Siklós* helyesli ezen eszmét, azonban szerinte ez ily módon keresztülvihetetlen. Ajánlja, hogy a közegészségügyi egyesülettel lépünk érintkezésbe, a mely hivatalos lapjában állandó fogorvosi rovatot nyisson.

*Bilaskó* tagtárs azt ajánlja, hogy az iskolákban az iskolaorvosok útján terjesszük ezen eszméket.

*Haydu* e célra vándormúzeum létesítését is ajánlja.

*Elnök* helyesli *Haydu* dr. indítványát azonban csatlakozik *Siklós*-hoz. Az egyesület egy hasonló mozgalomban is

résztvett. *Szabó* kartárs útján kaptuk az első meghívót a népjóléti miniszterium osztályától, a mely a tuberculosis elleni küzdelemmel foglalkozik.

*Szabó* ismerteti a meghívó célját és kilátásba helyezi ennek az ügynek bővebb ismertetését.

*Elnök* bezárja a közgyűlést és megnyitja a nagygyűlést.

1. **Vajna Vilmos dr.** A fogak állandó separálása és egy új védőkészülék bemutatása. (Következő számunkban közöljük. Szerk.)

*Hozzászól Fried.* Szerinte a separálásnál úgy történhetnek bajok, ha a villamos fűrőgépet úgy kapcsolják, hogy állandóan fusson. A kollega, a kivel ily alkalomból szerencsétlenség történt, tudomása szerint szintén úgy kapcsolt és mikor a separator kiszaladt, kereste az emeltyűt, s ezalatt megtörtént a baj. Soha separálásnál a fűrőgépet ne állítsuk úgy be, hogy állandóan szaladjon.

*Klinger* figyelmeztet, hogy separálásnál a tükör a nyelv felé, az ujj a pofa felé védje a lágyrészeket. Inkább az ujjba szaladjon a separator.

*Elnök* köszöni az előadást és kéri az előadót, hogy ha az ipari viszonyok megengedik, hozassa forgalomba védőkészülékét.

2. **Bilaskó** előadása a fogplantációkról. Előadó továbbá egy 3 csapú mol. csaposfogat mutat be betegen.

*Hajdu* fogreplantáció után celluloid-lemezt alkalmaz rögzítésre.

*Sándor* referál egy implantációról, a melyet pyorrhéas fagon alkalmazott. A fog 16 év óta még mindig áll, míg a beteg a többi fogait már elvesztette.

3. **Berger** előadása rögzítő sínekről.

*Hozzászól Kovács dr.* Kifogásolja a bemutatott sínek vastag és masszív voltát, a melyek az artikulációt bizonyára erősen akadályozzák.

*Lippe* ajánl egy kivehető lemezt a fogak rögzítésére (*Kozma* után).

4. **Klinger Zsigmond** előadása: a fogszabályozásról. (A következő számunkban közöljük. Szerk.)

*Hozzászól Gadány:* Mindig az *Angle*-féle anyagot használta, mert *Grünberg* szerint éppen ez az anyag összetételénél fogva a fogakat caries ellen óvja. Egy esetben használt platinát és akkor cariest kapott.

*Klinger* csak platinát használt és eddig cariest nem kapott. Talán nem is az anyagban volt az ok, hanem a kezelésben és a hiányos tisztántartásban.

5. **Sándor** előadása a pyorrhéáról. (L. ebben a számban. Szerk.)

*Hozzászól Haydu* (Debreczen). Szintén a chlorphenolt használja pyorrhéánál jó eredménnyel. Harmadfokú pyorrhéánál a külső-belső oldalon az ínyt felvágja és így tisztítja a fogkövet. A gyógyszeres kezelést maga a beteg végzi, a ki e célból csipeszt és tükröt kap. Csatlakozik a gyógyíthatóság szempontjából *Sándor* véleményéhez.

*Bilaskó Younger*-eszközökkel próbálta nagy türelemmel a fogköveket eltávolítani, és azt hiszi, hogyha sikerül a fogkövet pontosan letisztítani, akkor egyéb therapia behatására nincs is szükség. Neki is volt egy sikeres esete, a melyhez könnyen tudott hozzáférni. Nem csinált egyebet, mint acid. lact.-os *Miller*-tüvel kitörölte a tasakokat és sikert tudott elérni. Ajánlja a Bisskappe helyett egyszerűen a vattát.

*Hozzászól Kovács* (Nagyvárad). 7 év óta visel *Károlyi*-féle Aufbisskappet, a mely jó szolgálatot tesz neki. Kérdezi előadót, vajjon a sokféle kezelés a túlterhelés kikapcsolása nélkül is használ-e.

*Haydu* a mai táplálkozási módnak] tulajdonítja a fogak könnyű romlékonyságát. Ezért azáltal iparkodik vérbőséget teremteni, hogy a fogazatot a táplálkozással is hathatósan foglalkoztatja.

*Szabó* szerint ott állunk e kérdéssel szemben, aho 1863-ban, t. i. fogköeltávolításnál. Az eszközök változtak ugyan, de a lényeg megmaradt. Ez tisztán tüneti therapia. *Römer* hiába csinálta sok pathologiái kísérletét. Ma is csak tüneti a kezelés. *Szabó* a serológiára tereli a figyelmet, és az idegen fehérjék bevitelére a szervezetbe, a mely téren sok sikert értek el.

*Sándor* utal *Bilaskó* eljárására, hogy a fogat kivesszi, kitisztítja és visszateszi. Előadja egy esetét, a melyet 14 évvel ezelőtt kezelt és ma is szilárd az a fog, pedig az akkor úgy mozgott, hogy máshol ki akarták húzni. Példának említi, hogy 20 évvel ezelőtt egy hölgy erős szájbúzzal jött hozzá, 16 évig kezelte, egy fogát sem veszítette el.

A teinjectio nagy lázat idéz elő, ezért nem meri ajánlani. A *Károlyi*-féle desarticulatio előtt azt észlelte, hogy kezelésre a genyedés kimaradt és a fog tovább mozgott, desarticulatiónál a fog meg is szilárdult.

### Délutáni ülés.

1. **Höncz** (Kolozsvár): a havi tisztulás szerepe a fogászatban. (Előadó távollétében felolvastatott; l. a következő számunkban. Szerk.)

*Hozzászól Szabó.* Alkalom van ily kérdésnél hallani, hogy a fog kemény állományában lerakott mészsók onnan képesek felszívódni. Ez szerinte nem áll, mert az egyszer lerakódott mészsók onnan semmi körülmények között el nem tűnhetnek.

2. **Láng Ignác.** Előadás a fogorvos hygienejéről. (L. a következő számunkban. Szerk.)

*Hozzászól Haydu.* Az egyfolytában való rendelést tartja helyesnek. Ő délelőtt 8—2-ig rendelt és a betegeket csak egyszer hetenként rendelte be. Délután 2—3-ig új jelentkezőket fogadott, foghúzást végzett, stb. Ezáltal az időt jobban tudta kihasználni.

*Madzsar* szerint hiba, hogy a főétkezést a nap közepébe tesszük és a munkaenergia nagy részét az emésztésre pazaroljuk. Rendes ebéd emésztési ideje 3—4 óra, úgy hogy 2 órai pihenő nem elég. Egységes munkaidőt ajánl, közben könnyű löncsöt és a főétkezést estére teszi, a munka után.

*Elnök* pótlólag a pénztári jelentést terjeszti elő.

3. **Madzsar** dr. előadása: A fogszerű népegészségügyi fontosságáról.

*Hozzászól Haydu.* Alkalma volt *von Pirquet* wieni prof. intézetében a gyermekek táplálkozása terén néhány érdekes

tapasztalatot tenni. *Pirquet* arra ügyel, hogy a táplálkozással ne terhelje túl a szervezetet, nagy súlyt helyez a fogak ápolására. A táplálkozásból kizárja a zsírokat és azokat cukorral és szénhidrátokkal pótolja.

*Hozzászól Brust Lázár dr.* (Baja). Újabban mindinkább tért hódít a mesterséges táplálkozás és feltűnő, hogy a parasztnép gyermekeinek tejfogazatát hogyan pusztítja a caries, olyanokon, akik kultiválják a mesterséges táplálkozást. Ezért a mesterséges táplálkozást csak akkor tartja megengedhetőnek, ha az anya beteges és dajka nem kapható. A gyermekgyógyászokat kell e körülményre figyelmeztetni.

*Madzsar:* von *Pirquet* wieni professor tuberkulotikus gyermekeken nagyon jó eredményeket ér el. Egyszer hetenkint húst kapnak és főleg növényi táplálékkal tartja és mégis jó színben vannak a gyermekek. Éppen nekünk fogorvosoknak kellene a táplálkozási reformot ismernünk és azza bővebben foglalkoznunk.

**4. Haydu dr.** előadása: „Érdekes apróságok a fogorvoslásról (I. e számunkban. Szerk.). Előadásában beszél egy ferdén nőtt mol. II. cariese következtében fellépett abscessus kezeléséről és a ferdén nőtt fog extractiójáról. Utána a Pyorrhoea alv. kezeléséről. Chlorphenol-kezelés előtt zsíros anyaggal vonja be az ajkakát.

*Hozzászól Bilaskó* a ferdén nőtt III. mol. extractiójához. Ily esetekben kettéfúrja a fogat és a felső gyökeret külön és az alsót is külön, — emelővel emeli ki.

A fistulás fogagnál a csatornát gondosan kitisztítja és betömi, majd érzéstelenítve a gyökér fölötti üreget kikaparja.

**5. Salamon** előadásai: *a)* Hibaforrások fogszabályozásnál; *b)* Zselatin protézisek.

*Hozzászól Berger*, aki a mindinkább érezhetővé váló gummihiányra figyelmeztet. Megjegyzi, hogy a mol. kifordulásának elkerülése végett *Körbitz* a „Band“ belső oldalára sarkantyút forraszt.

Retencio céljából *Körbitz* ugyancsak alsó molarisra felfelé álló, — felső molarisra pedig lefelé álló sarkantyút forraszt.



Retencióra gummiretenciót használ, caninustól caninusig.

Hypertrophiáknál az ajak is rendszeresen rövid. Ezért a beteget figyelmezteti, hogy az ajkat gyakrabban lehúzza, miáltal ezen állapotot sikeresen szünteti meg.

*Bilaskó* is tapasztalta, hogy az ívek a zománczon zománczfoltokat idéznek elő. Ezért ő nem a nyakra, hanem valamivel feljebb, ahol a zománcz vastagabb, fekteti az ívet.

6. **Siklós:** Alumínium - protézisek (demonstráció).

### Második nap.

*Elnök* megnyitja az ülést és köszönti *Szilágyi József* vezérfőtörzsorvost, kiemelve a Csobáncz-utcai hadikórház fogászati osztályának példás működését és berendezését.

*Szilágyi* vezérfőtörzsorvos megköszöni az elnök szavait.

**Erdős** bemutatja szájjárnál alkalmazható tágitó készüléket. (L. e számunkban. Szerk.)

1. **Walheim** előadásában ismerteti a Csobáncz-utcai honv. hadikórház fogászati osztályán alkalmazott fogászati methodusokat.

*Hozzászól Bilaskó:* Kérdi, hogy a gangrenás fogakkal mit csinálnak. Ajánlja ily esetekben az extractiót, plombálást és replantációt. Az alveotomiára megjegyzi, hogy 4—6 hét múlva anélkül is tud protezist alkalmazni.

*Walheim:* Régebben, 100 replantatio alapján nem szerzett oly jó tapasztalatokat, hogy ott, — ahol nem kísérletezés a cél, — is alkalmazza.

A proc. alv. resekciója fiatal egyéneken, ahol nagy gyökerek és ép proc. alv. van, elkerülhetetlen.

2. **Forgách:** előadásában az állkapocssérülések és a velük kapcsolatos arczsérülések sebészi kezeléséről szól. (Következő számunkban közöljük. Szerk.)

Előadás közben *Ertl* kifejti nézeteit a reconstructiv plastikáról.

3. **Gadány:** a csontátültetés késői eredményeiről referál.

Előadás közben *Ertl* kifejti nézeteit a *Nagel*-extenzióról, drótvarratokról. Biológiai szempontból károsnak tartja ezeket.

*Hozzászól Forgách.* Kérdi, vajjon nem lehetne-e a transplantációt a kötelező operációk közé sorolni.

*Gadány:* Javasolja egy specialis kórház megteremtését.

*Szilágyi* vezér főtörzsorvos véleménye szerint ez tulajdonképpen az utókezelés ügye, ezért ott kellene megpróbálni ez irányban befolyást gyakorolni.

*Szabó* is csatlakozik a véleményekhez. Utókezelés megvan, de a betegek megtagadják az operációt, mert rokkantak akarnak maradni. Nagyon üdvös volna egy módot találni, mellyel ezen az állapoton változtatni lehet.

*Gadány* abban a szobában helyezi el a betegeket, ahol már transzplantált betegek vannak és ezek rábeszélrik a betegeket az operációra.

4. *Ertl:* Ujabb biológiai tapasztalataink a csontátültetés terén. (Következő számunkban közöljük. Szerk.)

*Botor* dr. kéri a hajlítható transplantatum bemutatását.

*Ertl* dr. elmagyarázza a hajlítható transplantatumot.

*Erdős* dr. kéri a kozmetikás varrat bemutatását.

*Ertl* bemutatja.

*Hozzászól Simon:* Kérdezi, vajjon a transplantációs eljárásokat lehetne-e phosphornecrosisoknál állcsontexstirpatiók-nál alkalmazni.

*Ertl:* Ezek az esetek még kedvezőbbek transplantatióra, mint a hadi sérülések, mert nem kell hozzájuk plastika. A szövetek már így is alkalmasak transplantatióra.

5. *Szabó:* Támasztókészülékek arczplasztikai műtéteknél (betegbemutatással).

*Hozzászól Erdős.* Szerinte *Bakay* tanár úr (Pozsony) azoknál az eseteknél, a melyeknél gerincoszloptartó fűzőket alkalmazott és a mely tartók az alsó állcsontra támaszkodtak, azt látta, hogy a tartó előretolta az alsó állcsontot.

*Hozzászól Máthé.* Véleménye szerint a cavitas glenoidalis elváltozása a *Bakay* által megfigyelt eseteknek oka, tehát ezek mesterségesen újból javíthatók.

*Szabó* szerint e körülményre fel kell hívni az orthopaedusok figyelmét.

**6. Müller:** Állkapocstörések sinkezeléséről.

*Hozzászól Gadány dr.*, elve, hogy a siklósín csapját magasabbra csinálja, úgy hogy ez a csap ne tudjon nagyobb szájtátásnál sem kicsúszni. A corpus defektusokat széthúzó sínek helyett inkább a véres beavatkozást és utána a fixáló sánt ajánlja.

*Müller* szerint ezek a sínek nála is csak rövid ideig szerepelnek; ha nem hatnak 14 napon belül, ők is a véres reponálást végzik.

**4. Máthé:** Csontdefektussal járó állcsonttörések sinkezelése és prothetikus ellátása.

*Hozzászól Gadány dr.* Indítványozza, hogy azokat a szép musealis mintákat ajánlják fel a magyar fogorvosok egyesülete által alapítandó fogorvosképző intézetnek. Ő a maga részéről elhatározta, hogy saját gyűjteményét felajánlja. Ha pedig majd sikerül a magyar honvédorvosi akadémia létesítése, akkor a gyűjtemény ott végezné rendeltetését: a jövő katonarvosi generatio előkészítését és tanítását a hadi sebészetről.

**Morelli:** Egy harcztéri fogorvosi intézet működéséről.

*Szilágyi* vezér főtörzsorvos elismerő szavakkal emlékezik meg a nagygyűlésen tapasztaltakról és hangsúlyozza, hogy a harmónla, a melyet *Ertl* törzsorvos transplantációinak alapelveül állított fel, nemcsak ott, hanem általában a polgári és katonarvos együttműködésének is főkelléke. Annak a reményének ad kifejezést, hogy ezen harmonikus együttműködés, a mely eddig is oly szép gyümölcsöket hajtott, nemcsak a háború alatt, hanem továbbra is fenn fog maradni. Végül *Ertl* törzsorvos eredményeit és előadását meleg szavakban emelte ki, azon óhajának adva kifejezést, hogy *Ertl* törzsorvos áldásos működését a honvédség a háború után is igénybe vegye.

Elnök bezárja a nagygyűlést.

## Magyar fogorvosi iskola.

A fogorvosi szakképzés eddig nálunk nagyon fogyatékos rendszer szerint folyt. Nem kell külön részletezni, miért és hogyan, tudja azt minden szakember. Azok előtt, akik a kari érdekeket magasabb szempontból nézték, mindig világos volt, hogy a legfontosabb kari érdekünk egy jól képzett fogorvosi kar. Elnöki székfoglalómnak egyik legkimagaslóbb programpontja volt ezért a magyar fogorvosi iskola létesítése.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete lelkesedéssel magáévá tette ezt a javaslatot. Alulírott *Szabó Józseffel* karöltve rögtön hozzáfogott a tanfolyam szervezéséhez, miután a poliklinika igazgatósága egyrészt átengedte a kebelében levő fogászati osztály helyiségeit és beteganyagát, egyesületünk másrészt pedig a felszerelés költségeire egyelőre 3000 koronát folyósított.

A tanfolyam vezetői *Dr. Salamon Henrik* és *Dr. Szabó József* egyetemi magántanárok, akik mellett egy assistens és segédszemélyzet működik.

*Tananyag:* Konzervatív fogászat és extrakció mütéttana; fogbetegségekkel összefüggő szájsebészet; fogtechnika; fogszabályozás.

*Tanterv:* Hetenként 12 óra elméleti előadás; naponta 4 órai konzervatív gyakorlati kezelés; hetenként 6 órai technikai gyakorlatok; hetenként 2 órai fogszabályozási gyakorlatok.

*Tanidő:* Két szemeszter; beiratkozás januárban és szeptemberben.

*Tandíj:* 1000 korona; a növendékek maguk gondoskodnak a konzervatív és technikai kezeléshez szükséges műszerekről és szerszámokról.

*Elfoglaltság:* Elméleti tanítás hetenként háromszor; gyakorlati tanítás ezidőszertint főleg a délelőtti órákban; szeptembertől kezdődőleg a délutáni és esti órákban is.

*Tanszemélyzet:* Az említett két magántanár és segédszemélyzet.

A főtanfolyam mellett minden szemeszterben *egy-egy fontosabb fejezetek tüzetesebb gyakorlati ismertetésére* (pl. inlay-

munkák ; gyökresekció ; arany kontúrtömések ; Logan-koronák ; stb.) kéthetes külön kurzusok tartatnak a vezetőség által felkérendő gyakorló fogorvosok által. Ezekért külön díjazás nem jár, azonban csak a főtanfolyam hallgatói vehetnek részt bennök.

A vezető tanárok díjtalanul végzik a tanítást. A kurzusdíj részben a segédzemélyzet díjazására szolgál, részben pedig az intézeti felszerelés bővítésére.

A tanfolyam a Magyar Fogorvosok Egyesülete fenhatósága alatt áll. Felvétetnek orvosdoktorok és szigorlók.

Az első tanfolyamon résztvesz két orvosdoktor és egy szigorló.

A tanfolyam elvégzését a vezetőség látogatási bizonyítvánnyal elismeri.

*Salamon.*

### **Beadvány a tuberculosis elleni küzdelem tárgyában.**

A tuberculosis elleni küzdelemben a tuberculosis megelőzésére, de leküzdésére is, hatalmas fegyverünk a *fog- és szájhigiénia*.

*Amily joggal mondhatjuk, hogy a tuberculosis lakásbetegség, épp oly joggal állíthatjuk táplálkozási betegségnek is.* Különösen áll ez a gyermekkorban, a szervezet fejlődésének korszakában, a gyermek iskoláskorában. Elhanyagolt száj, szúvas és fájós fogak okai főleg annak, hogy a szervezet rosszul táplált, különféle betegségekre hajlamos, minők anaemia, chlorosis, gyomor- és bélbántalmak, de továbbá közvetve vagy közvetlenül a tuberculosis. A piszkos lepedékekben a fogakon, a nem gondozott szájban, a szúvas fogak üregeiben a tuberculosis okozói meggyűlnek és szaporodnak, az ilyen szájból aztán e kórokozó bacillusok alkalmas pillanatban utat nyerhetnek és nyernek a gyermek szervezetébe.

A fogsúvasodás közismerten nagyon elterjedt betegség, bátran sorozhatjuk a népbetegségek közé.

E tételek igazságát évtizedes orvosi tapasztalatok bizonyítják. Mindezekhez hozzá kell vennünk továbbá a tapasztalatot, melyet *Kirchner* vizsgálódásai Németországban igazoltak, amelyek szerint 5—10 éves iskolásgyerekek között a halálokot tekintve, a harmadik helyen van a tuberculosis, míg a 10—15 életévben elhalt gyermekekre nézve a tuberculosis már az első helyet foglalja el. Kétségen kívül e tapasztalatok hazai viszonyainkra nézve is igazak.

Ha azt tekintjük, hogy mily nagy számban pusztulnak el iskoláskorukban gyermekek tuberculosisban, ha továbbá mérlegeljük a fog- és szájhygiene fontosságát a tuberculosis megelőzésében és leküzdésében, azt kell hogy következtessük, hogy a tuberculosis elleni küzdelemben az *iskoláskor* az, mely preventív intézkedések egész sorát köteleességévé teszi mindazoknak, akik e betegség leküzdésére hivatottak, akik ily hivatásra vállalkoztak.

Amiképpen a tuberculosist e helyen nem tárgyalható okokból, de közismerten „lakásbetegségnek“, „táplálkozási betegségnek“, „a szegények betegségének“ nevezik, mondhatjuk továbbá „tudatlansági“ betegségnek is. E betegség leküzdésére tehát bizonyos tudnivalók terjesztése is hatalmas fegyverünk a preventív intézkedések során. Itt is sokat segíthet az iskola.

Az iskola tehát felvilágosítás, hygienikus intézkedések, a szervezet ellenőrzése, az általános egészségi, erőbeni állapot emelése, különösen a gyermek szájállapotának rendezése és karbantartása útján a tuberculosis veszélyeit lényegesen csökkenteni képes.

Nem kevésbé fontosak a szájállapotok a felnőttre is a tuberculosis leküzdésében.

Hazánkban azt látjuk, hogy alig egynehány kórház kivételével (2 fogászati klinika, 1 poliklinika, továbbá 1—2 privat alapítású rendelés) sehol e tekintetben a szegénysorsú nép szükségleteiről gondoskodás nincs. A szegénysorsú minden bajában: sebészi, belbetegségeiben, de más speciális orvoslást igénylő betegségeiben is (orr-, torok-, gége-, fülstb.) közkórházainkban segílyt kaphat, de fogbetegségeiben

legfeljebb ahhoz juthat el, hogy beteg szervét, a fogát eltávolíttathatja, de meg nem gyógyíttathatja.

Tisztelettel alulírott egyesület kötelességének ismeri, hogy a felsoroltak világos átlátásával és mérlegelésével Méltóságodnak figyelmét e körülményekre felhívja. Bár részletes indítvánnyal elő nem léphetünk, mert a tárgy messze kiható és széleskörű intézkedések egész sorát involválja, mégis fontosnak tartjuk, hogy e ténykörülményekkel Méltóságod és a megnevezett bizottság foglalkozzék és különösen az iskolás gyermekek fog- és szájhygienéjét szolgáló intézmények szervezését, de közkórházainkban fogászati osztályok szervezését is a tuberculosis elleni küzdelemben alkalmazandó preventív intézkedések közé besorozza. Egyesületünk e tekintetben Méltóságodnak és a Bizottságnak rendelkezésére áll, s mindenirányú segélyét tisztelettel felajánlja.

---

# ANACOT PASTILLA D'WANDER

IDEÁLIS FORMALDEHYD  
KÉSZÍTMÉNY  
BELSŐ HASZNÁLATRA

A  
SZÁJÜREG, GARAT  
ÉS TOROK  
DESINFICÁLÁSÁRA  
A LEGALKALMASABB.

ELSZOPOGATVA A SZABADDÁ  
VÁLÓ FORMALDEHYD HUZAMO  
SABB IDŐN ÁT FEJTI KI  
BACTERICID HATÁSÁT.

EGY PASTILLA  
TARTALMAZ:  
0'01 FORMALDEHYD,  
0'005 ACID. CITRIC,  
0'001 MENTHOL.



EGY PHIOLA  
(30 PASTILLA)  
GYÓGYSZERTÁRAKBAN  
ARA.-K.1'80

## D'WANDER

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG · BUDAPEST · X ·



**Damman**  
**aranyamalgámja**

beszerezhető

**Kollarz Károly-tól**

**Budapest, VIII., Baross-u. 73.**



**C. A. Lorenz, Leipzig.**

képviselője.

Sürgőnycim :

**Ashdep.**

Telefonszám :

**1-56.**

Postatakarék-számla száma :

**6455.**

# **C. Ash & Sons**

**Dental-Depot**

**Budapest, Ferencziek-tere 4.**

**Alapítva 1820.**



---

Legelső és legrégebb gyár  
műfogak, fogorvosi és fog-  
technikai anyagok és be-  
rendezések részére. ≡≡

---



**== Kivánságra képes árjegyzék! ==**

# Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapest, X.

## Hyperol,

szilárd Hydrogen peroxydatum-készítmény, 35 súlyszázalék  $H_2O_2$ -t tartalmaz. Anorganikus savaktól és sóktól mentes. 1 gramm (1 tablettá) 10 gramm vízben oldva 11 gramm 3%-os Hydrogen peroxydatum-oldatot ad. A Hyperol por- és tablettáalakban kerül forgalomba.

1 fiola: 10 Hyperol-tabletta 1·0 gramm 1.60 K.

1 fiola: 20 Hyperol-tabletta 1·0 gramm 2.60 K.

## Hyperol szájviz-tabletta

Ezen tabletták oldata kitűnő szolgálatot tesz a száj és torok fertőtlenítésére, amidőn járványoknál a fertőzés ellen védekezünk. 1 üveg, 50 tabletta ára 3.— K.

## Peroxyd szájviz.

Kiváló szájviz, amely megfelel a modern szájápolás követelményeinek és mivel Hydrogen hyperoxydatumot tartalmaz, részben bactericid hatású, részben meggyógyítja a szájban levő erosiókat és ulcusokat.

1 üveg Peroxyd szájviz ára 2.50 korona.

## Tonogen Suprarenale,

a mellékvese hatóanyaga 1 : 1000 oldatban. — 1 üveg 15 gr. ára 3.30 K. — 1 üveg 30 gr. ára 5.50 K.

## Novocain-Tonogen-tabletta Nr. I., II., III.

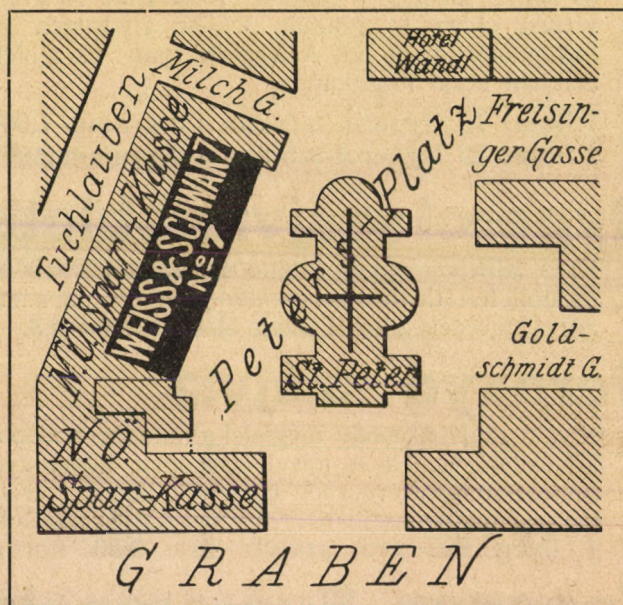
Fogászati célokra különösen a **Tonogen Novocain-tabletta III.** nyer alkalmazást, amelyből 1 fiola 20 tablettát tartalmaz és eladási ára 2.50 K.

# WEISS ÉS SCHWARZ

DENTAL-DEPOT

WIEN, I., PETERSPLATZ 7.

TELEFON 18299 ÉS 13068.



A KÖZÖS HADSEREG, A M. KIR. HONVÉD ÉS A FOGÁSZATI EGYETEMI INTÉZETEK SZÁLLITÓI.

Képviseelő Budapesten:

**Alpár Jakab, VI., Eötvös-u. 27.**

TELEFON 39—90.

Pápai Ernő műintézete, Budapest.





# INJECTIONES ERI



Az injectiós therápia céljait szolgáló  
használatra kész steril oldatok.

## Saját eljárásom szerint készült fogászati érzéstelenítők.

Ezen saját eljárásom szerint különösen a fogászat cél-  
jaira készült injectiós érzéstelenítő készítményeim a leg-  
tisztább anyagból, az asepsis és sterilitás összes sza-  
bályainak szigorú figyelembe vétele mellett állítanak  
elő. E készítmények csodálatos mély hatást idéznek elő,  
elkerülük a félelmetes utófájdalmat és utóvérzést és így  
a teljes fájdalommentes fogkezelést való ténnyé váltják.

## Novogen dentale ERI

2% Novocain-Tonogennel.

**Biztos, hosszantartó és ártalmatlan érzéstelenítő.**

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

Minden egyéb összetételű használatra kész  
steril fogászati érzéstelenítők raktáron vannak!

## Speciallaboratorium „ERI“

RÓZSAVÖLGYI IMRE GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, VI., Aréna-ut 124. szám.

Telefon 24—18.

**Ismertetés és kísérleti anyag ingyen!**

**Orvosilag elismert specialis gyógyszerkészítmények:**

**Clykomaltin.** Száraz maláta, kola és glycerophosphat-  
tal. Ideg- és testi gyengeségnél ajánlatos.

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

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében: intravenás  
vagy intramusculáris befecskendezésre.

**Piperazin Marberger.** Szemcsés vagy 10% oldat  
formában, injectióknak:  
húgsavas diathaeasis, diabetesben.

**Terimenth.** Methylsalicylat, menthollal, neuralgiák,  
izomrheumánál tubusban.

**Placatol.** Oxydimethylchinisin, morphinnal. Tubercu-  
losisnál a lázt, köhögést, hurutot csökkenti.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak:

**MARBERGER GYULA** orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, **UJPEST.**

**Novocain-Metanephrin Inj. 1½/0.**

**Dr. Egger.**

Legeredményesebb anaestheticum fogászati célokra.

**Dr. Egger fog- és szájápoló szereit:**

**Egleo-fogpép**

Orvosi körökben kedvelt, erős mechanikus tisztító  
képességű, jó kosmetikus hatású és igen olcsó ké-  
szítmény.

**Dioxyn-szájvíz**

Erős desinficiális hatású, állandó összetételű, oxy-  
gént fejlesztő oldat. Orvosilag indikált szájkosmeti-  
tikum.

**Dioxyn-fogpor**

Calcium superoxyd-tartalmánál fogva száj- és fog-  
ápolásra igen alkalmas. A szájürt hathatósan  
desinficiálja.

**Dr. EGGER LEÓ és EGGER J., BUDAPEST**