

FOGORVOSI SZEMLE

SZERKESZTI: Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN.

TARTALOMJEGYZÉK:

Eredeti közlemények:			
<i>Dr. Szabó József:</i> A harcztéri arcz- és állcsontsérülésekről	1	<i>Dr. Szabó József:</i> Az állkapocs sérüléseinek conservatív kezelése	45
<i>Dr. Szabó József:</i> A szétválasztott szájnyalkahártya összenövését megakadályozó módszerek	9	Lapszemle:	
<i>Dr. Gadány Lipót:</i> Az állkapocs töréses sérüléseinek fogászati kezeléséről	15	<i>Dr. Seligmann Emil:</i> Egy cariosus fog által okozott pyaemia halás kimenettel	57
<i>Dr. Salamon Henrik:</i> Az orr, fül és arcz nagyobb hiányainak prothesis-sel való pótlásáról	21	Hírek: A Csobáncz-utcai honvédhadikórház foggyógyászati osztálya	61
<i>Dr. Szántó Armin:</i> Az alsó állkapocs lövési sérüléseinek gyógykezelése	31	Hivatalos rész: A központi hatalmak fogorvosi testületeihez intézett felhívás	65
		Jegyzőkönyvek	67
		Hirdetések.	

A harcztéri arcz- és állcsontsérülésekről.

Szabó József dr., egyetemi magántanár előadása.

Klebensberg gróf, a m. kir. Rokkantügyi Hivatal ügyvezető alelnöke előadásában, melylyel a Szabad Lyceum ezen előadásai sorozatát megnyitotta, mondja: „Nem az ország területe, hanem népessége szenved“, t. i. ebben az iszonyú háborúban. „Kevés házat, de sok embert kell újra felépítenünk. Szerencsére korunk épp oly nagy a helyreállítás művében, mint a rombolásban. A modern orvostudománynak, gyógypaedagógiának és szociálpolitikának eszközeivel olyan sérültek és betegek egészségét és keresetképességét is vissza lehet adni, kik pár évtizeddel ezelőtt nyomorultak és koldusok maradtak voltak.“

A Szabad Lyceumnak a rokkantügygyel foglalkozó első, de a most folyó második előadás sorozata folyamán is méltóztattak hallani, hogy az államhatalom az első kezelésből bénán, belbetegséggel vagy csonkultán távozót nem engedi elveszni, gondoskodik azok czélszerű utókezeléséről; a csonkultakat mesterséges testrészszel látja el, hogy így esetleg korábbi foglalkozásuknak folytatására képessé tegye. Ha pedig

ez nem volna lehetséges, korábbi foglalkozásukkal rokon mesterségre tanítja. Méltóztattak hallani széles arányú szociálpolitikai kezdeményezésekről, melyek mindezen utóbbiak elérésére alkalmasaknak látszottak. De ezen előadásoknak során méltóztattak betekintést nyerni egész sor olyan orvosi ténykedésbe is, melyek a fent említett célok elérésére alkalmasak.

Dollinger prof. szólt azon módokról, melyekkel a sérült és működésükben korlátolt vagy működésre teljesen képtelen *izületek, csontok* újra használhatóvá tehetők.

Verebélyi tanárnak a harcztéri *ideg-sérülésekről*, azok következményeiről és ezen következmények utókezeléséről ugyanezen a helyen tartott előadásából méltóztattak látni, mikép lesz a béna kar, a béna láb, alkalmas beavatkozásra (műtét, utána masszázs, fürdő, villanyozás), a sérültnek újra használható tagja.

Mindezen előadásokból méltóztattak tehát nagyjában áttekintést nyerni nemcsak arról, hogy a béna, a csonka, tehát *rokkant* harczosainkkal szemben mily intézkedésekre érzi magát az állam, a társadalom kötelezve, de világos kép alakulhatott ki már eddig is Önök előtt arról, hogy kit tartunk és kit tartunk harcztéri sérülése, harcztéren szerzett betegsége következtében rokkantnak.

Ezt a képet óhajtanám kiegészíteni ma, mikor szíves figyelmüket fel akarom hívni arra, hogy nemcsak a csonka, a béna és a harcztéren szerzett belső betegség (szívbjaj, tüdőtuberculosis) következtében lehet a sérült rokkanttá, hanem egyéb testrészének sérülése következtében is. *Arcsérülések, különösen ha az arczot alkotó csontok szenvedték a sérülést*, végeredményükben rokkantságot okozhatnak. És hiba volna, nagy mulasztás, ha a rokkantság kézenfekvő és mindnyájunk előtt ismeretes okai mellett (bénaság, csonkultság stb.) kellő figyelmet nem fordítanánk ezen sérülésekre is.

Az *arczot* érő sérülések (legtöbb esetben lövedékhatás), különösen ha az orr vagy például csak az egyik szem, esetleg a fül elpusztulását okozták, de enélkül is, az arcz lágy-

részeinek sérülései, melyek eredményükben az arcz lágyrészeinek kiterjedtebb *hegesedéseivel torzulást* okoztak, okaivá lehetnek annak, hogy a sérült addigi munkakörét, foglalkozását kénytelen elhagyni. Ha sok esetben ez nem is szabályszerű következés, mégis gyakran az ilyen sérült előbbi pályáján előhaladásában akadályozva van, és így kétségtelenül csökkent keresetképességű. Még nagyobb mértékben fenyegeti ez a veszély a sérültet, ha az arcz lágyrészének sérülésével egyidejűen az arcz vázát alkotó csontok is sérültek, törtek, ha a felső állcsont, az állkapocs egyes részei vagy esetleg például az egész állkapocs elpusztul és elvész.

Kétségtelen kötelességünk, hogy éppen olyan irányban és mértékben, mint a béna és csonka sérülttel szemben, ily esetekben is igénybe vegyük az orvosi tudomány és szociálpolitika minden eszközét arra, hogy az arczsérült egészségét, keresetképességét lehetőleg szerint szintén visszaadjuk. Kötelességünk, hogy az orvostudomány minden eszközét felhatalmazzuk nemcsak arra, hogy az arcz sérüléseit begyógyítsuk és pedig a lehetőség szerint úgy, hogy az arcz harmoniáját zavaró torzulás ne támadjon, de kötelességünk az is, hogy a seb gyógyulása után esetleg az arcz torzulását megjavítsuk.

Kötelességünk, hogy az arcz vázát alkotó csontok sérüléseit, töréseit úgy gyógyítsuk, hogy az majdan élettani feladatát lehető tökéletesen teljesíthesse. De tovább menve, kötelességünk az elpusztult, elveszett állcsontokat mesterségesen pótolnunk. A hogyan múltat adunk a láb-amputált rokkantnak, hogy járhasson, a hogyan műkezet készítünk a kéz-amputáltnak, hogy lehetőleg dolgozhasson, éppen így pótoljuk az állcsontok elveszett részeit, esetleg például az egész állkapocsot, hogy az ilyen csonka vagy rokkant beszélőképességét javítsuk, hogy megadjuk a lehetőségét annak, hogy rághasson, hogy táplálkozása lehető tökéletes legyen.

Mindezen czélok elérésére *kellően felszerelt és specialis orvosi személyzettel* ellátott kórházak, kórházi osztályok, laboratoriumok szükségesek.

Mint a hogyan a legtöbb téren csodáljuk Németország organizáló képességét, úgy e téren is csak nagy elismeréssel kell szólnunk mindazon intézkedésekről, melyeket Németország ez irányban úgyszólván már a háború első percétől kezdve életre hívott. Legyen szabad felemlítenem, hogy a lipcsei egyetemen 90 ágyas kórház (Prof. *Pfaff*), Lipcse mellett Meöckern-ben 200 ágyas kórház; *Berlinben* különböző helyeken (egyetemen Prof. *Williger*, *Schröder*, az „*Akademie der bildenden Künste*“ épületében), *Tempelhof-on* (*Klapp*, Prof. *Warnekros* magánklinikáján) körülbelül 600 ágy; *Düsseldorfban* 500 ágy (Prof. *Bruhn*, *Hauptmeyer*, *Kühn*); *Heidelbergben* 120 ágy, de továbbá *Strassburgban*, *Freiburgban*, *Hannoverben* stb. stb. nagyszámú, minden tekintetben kifogástalanul felszerelt és szervezett kórház, kórházi osztály áll e célra rendelkezésre.

Ausztriában *Wienben* 14 különböző helyen: klinikán, polgári és katonai kórházakban, azután *Grazban*, *Prágában*, *Insbruckban*, *Krakóban*, *Brünnben*, *Olmützbén*, *Leitmeritzben* stb. történt ilyen sérültekről kellő gondoskodás. De hadseregeink is el vannak látva a mindenkori harcvezetés mögött olyan intézményekkel, melyek az annyira szükséges, első szakszerű segítséget az ilyen arcsérülteknek megadják. Például a IV. osztrák-magyar hadseregnek (József Ferdinánd főhercegnek) van úgynevezett „*Kriegszahnklinik*“-je (dr. *Zitz*), 8 mobil „*Zahnärztliche Feldambulatorium*“-a és egy stabil hasonló laboratóriuma *Rzeszowban*.

Nálunk is megvan a törekvés mindenfelé ilyen specialis felszereléseket igénylő intézetek, osztályok megteremtésére; Budapesten az egyetem stomatológiai klinikáján 30 ágy áll rendelkezésre (de itt ezenkívül nagyszámú ambulans beteget is kezelnek). A XVI. helyőrségi kórházban (*Gadányi* törzsorvos), a XVII. helyőrségi kórházban (dr. *Klinger*), a váci-utcai és hernád-utcai tartalékkórházakban (dr. *Propper*), a győri-úti Vörös Kereszt-kórházban (dr. *Wein*), az I. tartalékkórházban Timót-utca (dr. *Bányai*), továbbá *Kolozsváron* az egyetem stomatológiai klinikáján (dr. *Höncz*), *Szegeden* a

városi kórházban (dr. Ziffer) hasonló sérültek szintén kellő segítséget nyernek.

Kétségtelen, hogy az olyan intézmények — mint a minőket felsoroltam — már a harczzonal mögött is szükségesekek. Mindnyájunk előtt világos, hogy minél hamarább kerül az ilyen törött állkapcsú szakszerű orvosi kezelésbe, annál hamarább lehet reménye a helyes irányú gyógyulásra. És annál kevesebb lesz a helytelen irányban gyógyult és így többé-kevésbé rokkant, csonkult arczsérült. De kétségtelen az is, hogy a hosszabb időt — mint látni fogjuk 6—8 hónapot, esetleg több időt — igénybevevő kezelés csakis a harcztértől távolabb eső, a városi centrumokban létesített, specialisan, szakszerűen felszerelt kórházakban, osztályokon történhetik. Ilyen helyek elsősorban épp azon utókezelők, gyógyintézetek, melyeket minálunk a közelmúltban a rokkantügyet felkaroló bizottság: a „Csonkított és Béna Katonákat Gondozó Bizottság“ állított fel és a melyeket most a m. kir. Rokkantügyi Hivatal átvett. *Dollinger* prof. a (révész-utczai) székesfővárosi, vöröskeresztes hadikórház igazgatója, a mikor kórházát készséggel bocsátotta a rokkantügy szolgálatába, a sebészi és orthopaed utókezelő osztályokkal egyidőben, azok mellé egy odont-orthopaediai utókezelő osztályt is állított fel és ennek a hatáskörébe utalta az arc- és állcsontsérülések utókezelését. Hogy ez az osztály feladatának teljesen meg tudjon felelni, ellátta mindazon eszközökkel, melyek e célra szükségesekek. Az osztály mellé fogtechnikai laboratoriumot szervezett, mely laboratorium szakszerű vezetés alatt, szakmunkásokkal az állcsontsérültek foghiányait, az állcsonthiányokhoz szükséges prothesiseket, továbbá az állcsont-törött beteg kezeléséhez szükséges készülékeket, síneket stb. készíti.

Nagy köszönettel tartozom a Szabad Lyceum igen tisztelt vezetőségének az alkalomért, hogy nagy vonásokban beszámolhatok azon orvosi — és itt közbeszúrhatom: sebészi és szakorvosi — ténykedésekről, melyekkel sok esetben képesek vagyunk megakadályozni azt, hogy az arc- és állcsontsérült rokkanttá váljék, vagy legalább is elérhetünk annyit, hogy rokkantságát elviselhetővé tegyük. Mikor pedig

ezt teszem, azokra a tapasztalatokra, sikerekre és sikertelenségekre támaszkodhatom, melyeket 1914 márczius óta a fent megjelölt kórházi osztályon tettem.

Legelőször is méltóztassék megengedni, hogy néhány ilyen sérült fényképét bemutassam. Ezeken látjuk, hogy az arczsérült csökkent keresetképességű, igen sok esetben tényleg rokkant, ha arczát *kiterjedtebb hegek torzítják el*. Például az egyik képen látható fiatalember polgári foglalkozása pinceszér, a ki a jövőben bizonyára nem számíthat arra, hogy előbbi foglalkozását folytatva, előkelőbb étteremben kapjon alkalmazást. Szóval előmenetele veszélyeztetve van, keresetképessége csökkent. Még szembetűnőbb ez a következő képeken, a hol az arczsérült szemeknek és orrának egyes részei pusztultak el, vagy ezzel kapcsolatban, esetleg enélkül, az arcz lágyrészeinek alapját alkotó csontok, különösen az állkapocs is eltört vagy elpusztult.

Bizonyos mértékig rokkantnak tekinthetjük az olyan sérültet is, a kinek arczsérülése, azt mondhatnók minimalis és a sebzés minden különösebb torzító heg nélkül gyógyult. A sérült arczán, például a puska lövedék hatásából támadt ki- és bemeneti nyílást alig is vesszük észre. De lehetséges — és ez elég gyakori, — hogy az ilyen sérült csonttörése olyformán gyógyult, hogy rágóképességét csaknem teljesen elvesztette. Oly helyen érte a lövedék (például az állkapocsizületben), hogy a seb gyógyulása után a beteg száját többé éppen nem, vagy alig nyithatja. Az ilyen sérültet nemcsak úgy kell gyógyítanunk, hogy az arcz külső formáit adjuk lehetőleg vissza, vagy az arcz eltorzulásait megjavítsuk, hogy az emberi arcz szép harmoniáját helyreállítsuk, hanem az eltört arczcsontokat kell úgy gyógyítanunk vagy pótolnunk, hogy a beszéd, a rágás, a mennyire lehet, újra helyes és normalis legyen.

E gyógyításban a *sebész* és *szakfogorvos* együtt dolgozik. A sebésznek, a mikor az arcz sebeit gyógyítja, vagy az arcz torzulásait javítja, szüksége van arra, hogy a sérültnek már legyen például olyan prothesise, mely a hiányzó állcsontrészeket pótolja, mert csak azon az alapon alakít-

hatja, képezheti a lágyrészeket. A fogorvosnak pedig szüksége van sebészi beavatkozásokra, hogy a prothesiseket megcsinálhassa, a sérült szájában rögzíthesse.

Szíves engedelmmükkel főleg a *fogorvos szerepéről* fogok szólni.

A fogorvos feladata főleg két irányú: I. az eltört állcsontok gyógyítása; II. a hiányzó csontrészek, esetleg lágyrészek pótlása.

I. Ha az állcsont eltört, akkor természetesen a tört részek, izom vagy más egyéb hatásokra (például hegek húzására stb.) eltolódnak és a sérült rágása rossz vagy sokszor egyáltalán lehetetlen. Állcsonttörések kezelésében tehát, akár sérültek a lágyrészek, akár nem, a célunk az, hogy az eltört részeket újra visszategyük régi, rendes normalis helyükre úgy, hogy a két fogsor érintkezése is újra a normalis legyen. A visszahelyezett törtvégeket pedig a helyzetükben alkalmas módon meg kell tartanunk, rögzítenünk, a míg ebben a helyes helyzetben össze nem nőnek, — össze nem csontosodnak. *Ha a törtvégek még könnyen elmozdíthatók*, szóval a sérülés még elég friss, akkor a visszahelyezés még egyszerűen kéznyomással is aránylag elég könnyű. Ilyenkor csupán arra van szükségünk, hogy a jó helyzetet alkalmas módon rögzítsük hosszabb időn át. Ezt elérjük olyan sínekkel, melyek a törtvégekben levő fogakat szorosan körülfogják s azok elmozdulását megakadályozzák.

Ha a törtvégek nehezebben mozdíthatók ki helyükből, akár mechanikai okok miatt, például: a törtfelületek sajátos lefutása, izomhúzások, képződő hegek összenövése miatt, különösen akkor, ha a törés többszörös, akkor még a rendes viszonyok helyreállításához, úgynevezett redressement-hoz is különös erőhatásokra van szükségünk, mire néhány példát ime képbem mutatni szerencsém van.

Ha a törtvégek kimozdított helyzetükben összecsontosodtak (szakszerű kezelésben nem, vagy helytelenül részesült betegek, régi esetek), akkor ilyen mechanikus redressement segíteni nem fog; ott a sebészt kell segítségül hívnunk, a ki

szétvési a törtrégeket, mobilizálja, a mire mi szakorvosok a repositiót és e helyzetben a rögzítést azután elvégezzük.

II. *Ha az állcsontokból a sérülés következtében kisebb-nagyobb darab hiányzik*, akkor is első feladatunk, hogy a megmaradt tört darabokat visszahelyezzük és a rendes helyzetben rögzítve, a hiányzó részeket pótoljuk. Ha a törtrégek visszahelyezése könnyen sikerül, akkor csupán arról kell gondoskodnunk, hogy ebben a helyzetben, rögzítve, meg is tarthassuk. E célra különböző eszközeink vannak, melyeket bemutatathatok.

Máskor ez a redressement bizonyos erőhatások legyőzésével sikerül csak; ilyenkor csak az erőhatások legyőzésére alkalmas hatásokkal sikerül a csontok reponálása.

Ismét máskor, különösen ha a sérült idejekorán szakszerű helyes kezelésben nem részesült, a sebészt kell segítségül hívnunk, a ki az összezsontosodott törtrégek szétvételével, mobilizálásával tesz képessé bennünket arra, hogy a törtrégeket helyükre redressáljuk.

A hiányzó csontrészeket azután a legkülönbözőbb módon pótolhatjuk. Néhány példát itt van szerencsém bemutatni.

Hogy miképpen és mily időpontban lép azután közbe a sebészorvos, hogy kapcsolatban és párhuzamosan a mi szakorvosi működésünkkel a kisebb-nagyobb lágyszövet-sérüléseket gyógyítsa, javítsa, azt a bemutatott képeken látni méltóztatott.

Szerény véleményem szerint a rokkantügy szolgálatában, a felépítés termékeny munkájából így mi fogorvosok is kivesszük részünket.

A szétválasztott szájnyálkahártya összenövését megakadályozó módszerek.

Irta: Szabó József dr., egyetemi magántanár.

Állcsonttörés eseteiben, mikor esetleg a törés, a sebek már gyógyultak és a hiányzó fogak, vagy állcsontrészek pótlására kerül sor, de egyéb esetekben is, mikor állkapocstörések kezelésére sint vagy más készüléket kell a szájban alkalmaznunk, gyakran útban van a szájnyálkahártya, a mely a megmaradt állkapocsrészekhez hegesen odanőtt. Sokszor egyenesen lehetetlen ilyen esetekben jól illő prothesiseket, céljukat betöltő készülékeket a szájban elhelyeznünk. Sokkal ritkábban ugyan, de már a békeidőben is ismeretes volt e körülmény gátló hatása a szakemberek előtt, ma pedig mindnyájan, a kik harcztéri állcsonttörések gyógyításával foglalkozunk, ezzel a helyzettel sokszor találkozunk.

Kénytelenek vagyunk tehát, hogy prothesiseinket stb. elhelyezhessük, az útban álló lágyrészeket (heg, nyálkahártya) *leválasztanunk*, esetleg *kivágnunk*. Közvetlen utána rendszerint nem fogunk a prothesis stb. elkészítéséhez (tehát nem veszünk lenyomatot), de a prothesis elkészítése is sokszor több napig, munkatorlódás esetén esetleg egy hétig is eltart, ilyen idő után pedig már azt tapasztaljuk, hogy a sebfelületek újból összetapadtak és az akadály megint előtűnik van.

Ennek az az oka, hogy a nyálkahártya leválasztása, esetleg hegek, lágyrészek eltávolítása (kivágása) után, a sebfelületek rendszerint közvetlenül újra érintkezésbe jutnak egy-

mással, egymásra borulnak és így néha már egy nap alatt — a szájbán tudvalevőleg a sebek rendkívül gyorsan gyógyulnak — újra összetapadnak. A szájbán az ilyen sebfelületek összetapadásának megakadályozására különböző módszerekhez, fogásokhoz folyamodtak.

Úgy tetszik, a legegyszerűbb az, ha a sebfelületek közé néhány napra valami idegen testet, anyagot helyezünk, a mely aztán megakadályozza a sebfelületek érintkezését. És csakugyan az ilyen irányú próbálkozások számosak és szerfelett gyakoriak.

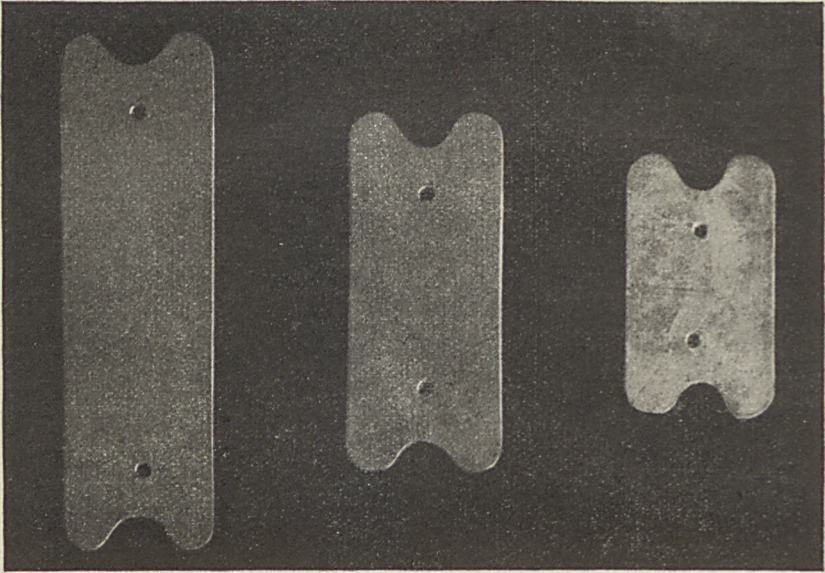
Vannak, a kik vattát, összehajtott pólyadarabkát, gummi-lapot, mások esetleg előre idomított, vulkanizált kaucsukdarabot vagy fémlémezt, igen vékony fém (például zinn, újezüst), ezüst, zinn-fóliákat stb. helyeznek a sebfelületek közé.

A gyakorlat arra tanít, hogy ezek a primitív és a *sebészeti gondolkozással ellenkező* mesterkedések nemcsak hogy az esetek többségében nem vezetnek célhoz, de sokszorosan hátrányosak is. A sebfelületek közé helyezett ilyen anyagok ugyanis nincsenek rögzítve a helyükön és így csakhamar elmozdulnak és a sebfelületek újból összetapadnak. Azok az anyagok, melyekkel néhány esetben bizonyos mesterkedésekkel sikerül relative hosszú időn át a sebfelületeket egymástól elválasztva tartani, mert vízszívók, rendszerint vatta, pólya stb., csakhamar átívódnak nyállal, vérrel, esetleg gennyel, sebváladékkal és így mobilissé válnak, mindenesetre hamarabb mozdulnak el, még ha elég gyakran váltogatjuk is azokat, mintsem hogy a sebfelületek besarjadjanak. De ezek egyenesen hátrányosak is a seb gyógyulására, mert akadályai a sebtisztulásnak és valósággal bakteriumtenyésztő kályha szerepét viszik magán a sebfelületen. Ezek, de a többi e célra használt anyag is, általában akadályozzák nemcsak a száj kellő tisztántartását, de a táplálkozást is. Az ilyen közbeiktatott idegen test, anyag, csak a legelső étkezésig marad a legjobb esetben is a helyén, szóval, célját nem tölti be, még akkor sem, ha valami módon szilárdan van rögzítve a fogakhoz, mert akkor is *alatta* megindul az összetapadás. Kétség-

telenül és bizonyosan célzott érünk el akkor, ha *sebészi* methodusokkal sikerül elérnünk azt, hogy *sebfeület sebfeülettel érintkezésben ne maradjon*. Ezt sikerül elérnünk olyformán, hogy a hegesen a csonthoz (a proc. alveolarishoz, az állcsont testéhez) odanőtt lágyrészeket, szájnyalkahártyát leválasztván, lefejtven a csonttól, mélyen felszabadítjuk az alapjáról, szóval nagyobb területen mobilizáljuk és már most szabad részét egész hosszában újból *levarrjuk* (esetleg a nyálkahártyából elegendő darabot el is távolítván), úgy, hogy az többé ne legyen akadálya a prothesisnek. Így csupán *egyetlen sebfeületünk marad*: az a terület a csonton, a honnan a nyálkahártyát le kellett választanunk. Rendszerint olyan a helyzet, hogy a felszabadított nyálkahártyát az átmeneti redő legmélyebb részén kell hosszában levárnunk. Ez a varrat néha semmi nehézséget sem okoz, például alul és felül is, ha a frontfogak területéről kellett a nyálkahártyát leválasztanunk. De nagy nehézséggel küzdünk akkor, ha nagyobb területen és az állcsontoknak hátrább eső területeiről kell ilyen leválasztást végeznünk és már ezt követőleg az esetleg még többé-kevésbé elhúzódott és még itt-ott heges kötegekkel áthúzott alaphoz hosszabb vonalban levárnunk a mobilizált nyálkahártyaszélt. Nekem legalább mint nem hivatásos sebésznek mindig nagy nehézséget okozott a szájbán nehezen hozzáférhető helyeken megbízható és a célzott biztosító ilyen varratok elhelyezése; de a mint tapasztaltam, nem kisebb nehézséget okozott ez még a gyakorlott sebésznek is. Nehézséget okoz ez még akkor is, ha e célra erős görbületű kis tűket vagy alkalmasnak tetsző tűtartókat választunk. Iparkodtam megkerülni e nehézségeket és olyan eljárást kieszelni, melylyel a jelzett nehézségek elkerülésével *rögzíthető a mobilizált nyálkahártya, illetve nyálkahártyalebény felpraeparált alapjához*. Az tisztán állott előttem, hogy ez a *lerögzítés* csakis *sebészi* módon, tehát varrattal lesz célhoz vezető; ezt a levarrást iparkodtam tehát oly módon végezni, hogy a fentemlített nehézségeit megkerüljem.

Úgy gondoltam, hogy a varratokat, illetve a fonalakat *az összes lágyrészeken át kivezetem a bőrre* és ott alkalmas

módon csomózom. Ezzel azonban igaz, hogy megkönnyítetem a varrást, de viszont, ha a nyálkahártyalebény szabad



1. ábra.

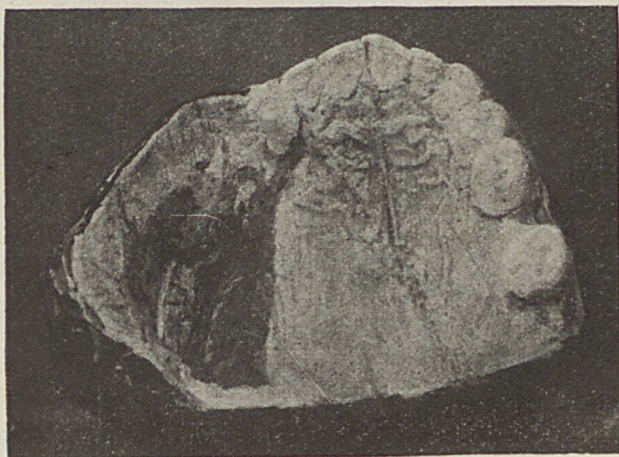
szélét egész hosszában *csomós varratokkal* vagy a folytatólagos varratok valamelyikével így levarrom, aránylag sok szűrtesatornát kapok a bőrön át.



2. ábra.

A varratok ezen szaporítása semmilyen esetre sem előny, sőt talán nem is volna indokolható, hogy ilyen a szájon belül is elvégezhető és aránylag kisebb jelentőségű beavatkozáshoz ennyi sérülést ejtsünk az ép bőrön.

Kieszeltem tehát olyan eljárást, a melylyel *kevés, legtöbbször csupán két* ilyen szúrtsatornát ejtek alkalmas helyen (például a lefejtett nyálkahártyalebeny két végpontján vagy ehhez közel) és hogy a bőrön a csomózáskor össze ne húzzam a lágyrészeket és ezzel a szájban a nyálkahártyalebenyt, a bőrre alkalmas nagy *fémlemezt* helyezek, a melynek lyukain át vezetem a fonalat és a lemez felett csomózok. Olyan lemezek ezek, melyeket arcplastikákhoz, lágyrészek, lágyrészlebenyek



3. ábra.

eltolásakor, nagyobb lágyrészdefektusok fedésének céljából a túlságos *feszülés* elkerülésére a sebészetben általánosan használnak, tudtommal azonban arra a célra, a melyről szó van, eddigelé nem használtak.

A lemezeket rendszerint ezüsből (0·45 – 0·50 vastag) vágatom ki különböző nagyságban és alkalmas helyeken átfuratom (1. ábra). Az ezüst elég puha ahhoz, hogy az alkalmazásakor kézzel alakítsam, hajlítsam, úgy hogy az arczon az arc lágyrészeinek konturjait kövesse és arra jól ráfeküdjék; de

azért elég *merev* is, hogy alakját hosszabb időn át megtartsa.

Eljárásom röviden az, hogy erősebb, mindkét végén tűvel felszerelt selyemfonal egyik végét a mobilizált nyálkahártyalebeny szélének egyik végpontján (illetve ahhoz közel) és az összes lágyrészeken áthúzom úgy, hogy a tűvel az arcz bőrére is kijutok, ugyanígy húzom át a fonál másik végét, a nyálkahártyaszél másik végpontjához közel szúrván be. A bőrön kivezetett két fonalat most az alkalmas nagyságú lemezke két átfúrt pontján vezetem át, a fonalakat erősen meghúzom és a lemezek felett csomózok. A fonál meghúzásakor a fonálnak a nyálkahártya felett való részlete erősen *megfeszül, leszorítja a lebenyt a sebalaphoz és azon kiterítve rögzíti* (2., 3., 4. ábra).



4. ábra.

Az eljárást több esetben próbáltam ki teljes megelégedésemre. Egyszer-másszor megtörtént, hogy a nyálkahártyát leszorító fonál *összehúzta* a nyálkahártyalebenyt és így az nem feküdt lapjával a sebfelületre. Ilyenkor a nyálkahártya fölé *a szájbán* is alkalmaztam egy fémlemezket, a mely már most igen jól leszorította a lebenyt.

Az állkapocs töréses sérüléseinek fogászati kezeléséről.

Előadta: **Dr. Gadány Lipót** törzsorvos, a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1916. február 12-én.

Tisztelt Orvosegyesület!

Sebesültjeink anamneasisében feltűnő momentum azoknak súlyos, megoldatlan állapotban ide-oda való vándoroltatása. Midőn ezek vándorlásuk közben kórházunkat is érintették, már akkor arra a meggyőződésre jutottam, hogy ezen eseteket tisztán fogászilag megoldani nem lehet, *hanem azt sebészeti beavatkozással kell kombinálni.*

Már a legelső így kezelt eseteinket meglepő siker koronázta, azok simán és teljesen gyógyultak. Szükségesnek tartom megjegyezni azon tényt, hogy mikor az első kombinált módszerrel kezelt eseteket mutattuk be, minden vonalon bizonyos közömbösséggel s általában jelenleg már tévesnek bizonyult nézetekkel találkoztunk, melyek szerint ezen eseteket egyáltalán nem operálni, hanem conservative, fogászati sínekkel kell kezelni. Ez volt az az elv, mely a múlt évben a mandibulát általában uralta. Akkor még nem gondoltunk arra, hogy ez a sérülési forma a modern hadviselés fősebesülésévé válik, nem is sejtettük, hogy ebből egy új tudományág fog fejlődni, mely úgy a sebészi, mint a fogászati therápia terén nagy előrehaladást fog jelenteni. Metódusunk irányelveit már a múlt év elején leközültük s egy évi serény munkálkodással a legnagyobb szorgalommal haladtunk e megjelölt utunkon. Ez nem könnyű feladat, hisz új területekre, terra inkognitára léptünk, hol tanácsot senkitől sem kaphattunk, csupán önma-

gunkra utalva törtük meg a jeget s megalapoztuk a gyógyuláshoz vezető utakat.

Eseteink nagy számán szerzett tapasztalataink annyira előrehaladtak, hogy abból a kérdés jelenlegi formája teljesen tisztázva fejlődött ki, eljárásunk nemcsak jogosulttá lett, hanem teljes elismerést aratott a külföld szakférfiai előtt is. Ma már minden fogász oly természetesnek tartja azt, a mit én legelőször állítottam, hogy ezen sérülékes formák csakis a sebész és fogász karöltött működésével gyógyíthatók meg.

A múlt évben már a bécsi Weiser és lemergi Czizinsky professoroknak referáltam az akkor még kisszámu eseteinket, és ők annyira megkapónak és helyesnek tartották az irányelveket, hogy nem áttallották meg, hogy mint az osztrák fogászati tanítás irányító szaktekintélyei Budapestre ránduljanak, hogy megnézzék a már gyógyult eseteket, és ő elöttük az operatív eljárásunkat bemutassuk. Azóta mint értesültem, hasonló uton haladnak, a legjobb eredménnyel. Ujabban a hollandus Lanz professor és egy német katonatorvoskiküldött nézte eseteinket és helyesnek mondták irányunkat.

Máskülönben is ezen óriás számu állkapocs sebesültek meggyógyításának problémája ma már annyira előtérbe nyomult, hogy immár egy igen fontos katonai s nemzeti szempontot képvisel. Ma már hazafias nemzeti érdek, hogy a harcér ezen legnyomoruságosabb rokkantjait megmentjük a kegyelem-kenyértől s mint hasznosítható egyéneket újból visszaadjuk a hadseregnek, vagy a társadalomnak.

E kérdés, hogy mily fontos problémát képvisel, mutatja a complicált esetek nagy száma; így jelenleg is a kezelt betegek sorszáma a 300-on már jóval felül van s napról-napra jobban növekedik. Ezen sebesültek mindnyájan sok kórházat jártak meg, míg ide kerültek, gyógyulást azonban nagyobb-részt sehol sem kaptak. Ez a körülmény koronatanuja s legfényesebb bizonyítéka annak, hogy a sebesültek eddigi kezelése minden kritika nélküli, vagy helytelen beállítású rendszerrel nagyobb-részt konservative vagy paliatíve történt. Ez a körülmény sokszor rosszabbodást is jelentett számukra.

Az ily, több műtéti kísérletezéseken eredmény nélkül átesett s már menthetetlen rokkantnak deklarált esetek is megkapták nálunk a definitív gyógyulást s ennek alapján minden elfogultság nélkül kijelenthetem, hogy minutiozusan kidolgozott methodusaink előtt nincs többé oly súlyos állkapocssérült, kinek rokkant állapotát megjavítani ne tudnánk. A kellő vindikatiójú s kombinált eljárásainkkal mindig czélt értünk s ellentétben az egyoldalú kezeléssel, mi nemcsak gyógyulást követeltünk magától a szervezettől, de ennek feltételeit meg is adtuk, mert az egyoldalú követelés célra sohasem vezethet.

A helyes fogászi kezelés a beavatkozások s a gyógyulási folyamatoknak szilárd keretét kell hogy képezze, mert ennek szilárdságától függ sok esetben a benne lefolyó egész reparatió. Az új sebészi eljárások, új feladatokat tűztek ki, újabb elvek mellett a fogászi technika elé, melyeket mind meg kellett oldanunk s e téren beállított rendszerünk helyességét leginkább sikeres eredményeink bizonyítják.

A fogászi beavatkozás legfőbb célja, a fixáció s tulajdonképen ez az állkapocs törések therapiájának legfőbb faktora. A fixatiót pedig csakis helyes sínrendszerek alkalmazásával érhetjük el. A helyes fixatiótól megköveteljük, hogy az

1. a törvégeket stabilan fixálja,
2. biztosítsa a rendes articulatiót,
3. a táplálkozást lehetővé tegye,
4. a lágyszöveteket ne sértse,
5. ne legyen nagy tömegű,
6. legyen economiai szempontból is megfelelő,
7. legyen könnyen kezelhető és tisztítható.

Ezeket követeljük egy jó sintől s ezeknek igyekeztünk is megfelelni a törések különféle formáinál.

Az állkapocs lövés töréseinek egy része, tisztán fogászi sínkezelésre is meggyógyul, fontos azon határ megállapítása, a meddig ezen konservatív kezeléssel czélt érhetünk. Módszerünk úgy van bevezetve, hogy először az egyszerű fissurákat, dislokatio nélküli töréseket, másodsor a nagy kontaktusos szilánkú segmenttöréseket, a melyek sokszor nagy kiterjedésűek is lehetnek, tisztán fogászi kezeléssel gyógyulnak meg.

Fogászi kezelésünkkel, miként az eredmények mutatják, ezen esetekben abszolút gyógyulást értünk el. A gyógytartam ca. 4—6 hetet vesz igénybe.

A konservatív sínkezelésnél következőképen járunk el. A beteggel először 2—3 napi szájoillettet végeztetünk, majd úgy a felső, mint az alsó fogsorról gypslenyomatot készítünk, mely után megszerkesztjük a kellő articulatiójú modellt, mely után a sín elkészítetik.

Első eseteinkben a síneket vulkanisált kautschukból csináltattam rágófelület emeléssel, még pedig oly formán, hogy a sebkezelést is lehetővé tegyem. Mindkét törvég fogaira külön álló sint applikáltam, melyeket két aczélrugóval, (zongora húr), kötöttem össze. A belső rugó egyik vége, hosszú vályuban fekszik, a melyből könnyen kiemelhető. Rugalmaságánál fogva oly nyomást gyakorol a törvégekre, hogy az izmok összehúzódását teljesen legyőzi, s így a törvégeket rendes articulatiójukban tartja, azonban ezen kautschuksíneket nem minden beteg tűrte szívesen. A sín ezen hátrányát korrigálandó, a rágó felületet szabadon hagyó aluminiumsíneket konstruáltam az előbbiek mintájára, melyek, mint az előbbiek szintén két aczélrugóval voltak felfegyverkezve.

Ezen distractiós sínek alkalmazása ilyen könnyebb eseteknél nagyon jól beváltak. Előnyük a többi massiv sínek felett az volt, hogy a rugalmas distractio folytán a kontaktusban lévő törvégekre bizonyos izgató hatást gyakorolt, minek következtében a spontán gyógyulás és a callus képződés intenzívebb volt. Ilyen kezeléssel ezen könnyebb fajtájú töréseket szinte nyomtalanul sikerült meggyógyítanom.

A súlyosabb formájú vagyis kis sequesteres segment töréseknél, vagy kisebb defektusoknál már kombinált kezelést, az osteo periostealis plastikát alkalmazzuk, melynél a törvégek abszolút immobilizált fixatiójára van szükségünk. Ezek kezelésénél tehát ezen feltételeknek kellett megfelelni. A distractiós sínek éppen ezen rugalmasságuknál fogva itt már nem váltak be, azért ezen eseteknél egy masszívabb megszakitás nélküli fémsín használtam: (ezüstből öntve) melynél ügyelnem kellett arra, hogy a törvégeket összekötő része

ne legyen nagy tömegű, hogy az osteoperiostealis plasztika utáni intraoralis kezelés ne legyen gátolva. Ezért a defektust áthidaló résznek lehetőleg subtilisnak, emellett erősnek is kellett lennie. Ezen síneknek a legfontosabb kelléke, hogy a fogsoron jól üljenek, ezért annak a fogakhoz a legminutió-zusabban kellett hozzáilleszkednie. Azon eseteknél, hol a mandibulának horizontális síkban már kisebb eltolódásai vannak, e sínekkel kellett már kisebbfokú redresszementet kifejeíteni, amit csak úgy tudunk elérni, ha a síneket annyira tudjuk a fogakhoz erősíteni, hogy azok a rágó mozgásoknál le ne essenek. Ezért ily esetekben a síneket charniros (pántos) ízülettel láttam el, s a törvégy proximális részén alkalmazott csavarral erősítettem meg.

Ha még erősebb fixatio kellett, a végső eszközhöz, az interdentalis ligaturákhoz is folyamodtam, ezeket azonban a szájbán éppen az előbb említett hátrányoknál fogva lehetőleg mellőzni igyekszem. A mandibulának szükség szerinti vertikális síkban való mozgásának biztosítására sint egy- vagy kétoldali ferde síkokkal fegyvereztem fel.

Nagyobb defektusoknál a transplantatióig terjedő időköz, az inventionális vagyis az egyéni fogkezelés szaka. Ez az a terrenum, ahol a különféle sínrendszerek kombinációit alkalmazzuk. A törvégek retraktióját leginkább *Schröder*-féle *Gleitschiene*-vel (csusztató) igyekszünk meggátolni. A már distrahált törvégeket, ha azok nincsenek kallosusan fixálva, különféle sínrendszerekkel redressáljuk. Kallosus fixatióknál már a sebész beavatkozását vesszük igénybe. Elmés szerkezetű az úgynevezett *Kreuzschiene* (*Landgraf*) és *Posta*-féle keretes sín, hol az antagonisticus erőt erős gummiszalagokkal fejtjük ki. Ez a nagydefektusu sérüléseknek az az időszaka, ahol szem előtt kell tartanunk a beteg mihamarabbi meggyógyulását. Helyesen kell megválogatnunk tehát a többnyire hosszúra nyúló odonto ortopediás eljárásunk értékét, nem szabad azt ott forsziroznunk, ahol már kisebb sebészi beavatkozással, pl. egyszerű discissióval, 5 percz alatt érhetjük el azt, amit hosszadalmas fogászi kezeléssel hónapok múlva, de akkor is feltételesen. Azért ezen kezelésnél szigorú kritikával kell eljá-

rásainkat mérlegelni s az ezen eseteket, már mint sebészi eseteket sebészi megbirálás alá kell bocsájtani.

Nagy feladatot tárt a fogász elé a transplantatióra került esetek fixatiója, ezeknél nagyobbbrészt az egyik törvég foghiányos, melynek fixatióját ennek megfelelően egész új módon sikerült megoldanom. A fogsoros törvégre egy Schröder-féle Gleitschiene-sínt applikálok, melynek distalis végére órarúgóból készült pelottát bajonetszerűen applikálok. Ez a sín tehát két főrészből áll, a Gleitschiene-ből és a rugalmas pelottából. A pelotta bajonetszerű hajlása következtében a proc. alveolaris helyére jut s a defectust áthidalja. A proc. alveolarisnak megfelelő görbülettel bír, a rúgót draincsővel vonom be, hogy decubitusokat ne idézzen elő. A pelotta vége a belső törvégre, a felhágó ágra támaszkodik, azt rugalmasságánál fogva állandóan kifelé nyomja s az egész defectusos részt rendes articulatióban fixálja. Az ily jól applikált pelotta a transplantandó csontnak jó támasztékot kell hogy nyújtson. A műtét után gypssín lesz még alkalmazva.

A sebészi kezelések befejeztével a consolidatio helyreálltával következik a fogászai kezelés utolsó phasisa, a definitív prothaesisek kiképzése, mikor is a teljesen meggyógyult szájban a foghiányt műfogakkal pótoljuk. Ez által a beteg elveszti súlyos sérülésének minden nyomát s nagyobbbrészt jó rágóképességgel mint teljesen gyógyult hagyja el a kórházat. A definitív prothaesist még az eredmény biztosítása kedvéért az egészséges oldalon ferde sikkal látjuk el.

Eljárásunk tehát röviden a következő: Fissuráknál és contact sequesterű segment lövéseknél fogászai kezeléssel érünk el gyógyulást. Kis sequesterű segment lövéseknél s állizületeknél fogászai kezelés mellett feltétlenül igénybe kell vennünk az Ertl-féle coneptióban végzendő, az általa előadott osteo periostealis plastikát. Defectusos eseteknél pedig fogászai kezelés kell, hogy támaszát képezze a transplantatio összes művi beavatkozásait. Sínek bemutatása.

Az orr, fül és az arcz nagyobb hiányainak prothesissel való pótlásáról.

Irta: **Salamon Henrik** dr., egyetemi magántanár.*

Méltóztattak hallani (*Szabó* tanár úr iménti előadásán) és a mi még többet ér: látni is, hogy az állcsont-sérülések mennyi és milyen — sokszor elég súlyos — következménnyel járnak. Továbbá azt is, hogy milyen úton-módon iparkodunk segíteni ezen sebesülteken részint sebészileg, részint prothesisekkel.

Sajnos, arczot érő lövéseknél a lövedék romboló hatása sok esetben túlterjed az állcsontokon és letépi az arcz egyéb részeit: az orrot, szemet, fület stb.

És ekkor előttünk áll a sebesültek, illetőleg a rokkantak egy sajátságos csoportja, melyben a sebesülés folytán nemcsak a testi épség szenvedett, hanem még valami más is, a mi szintén nem utolsó érték a létért való küzdelemben: a külső megjelenésnek *esztétikai formája*, az, a mit rövidesen *reprezentáló képességnek* mondunk.

Már pedig reprezentálni nemcsak a nagyköveteknek és követségi attaséknak kell. Szüksége van erre mindenkinek bizonyos fokig a maga hatáskörében, legyen az bár a legutolsó munkásember vagy napszámos. Ha igaz, hogy jaj a legyőzötteknek, akkor ezt úgy is érthetjük, hogy jaj annak, a ki reprezentálni nem tud, mert az biztosan a társadalom legyőzöttje lesz. Ne hagyjuk számitáson kívül a rokkantak ellátásánál az emberi gyöngeségeket. Most még élénk a részvét minden sebesült iránt, de idő multával ez az érzés természetszerűleg eltompul és gyengül és sajnos, eljövend az idő, mikor ezekben az emberekben már nem a hazáért és értünk vértett és szenvedett katonát fogjuk látni, hanem csupán a testi nyomorékot, a ki csökkent munkabírásán kívül azért is fog alulmaradni a versenyben, mert veszített reprezentáló képességéből.

* Előadta az orvosi továbbképzés bizottsága által rendezett tanfolyam során.

Ezért nagyon fontos dolog — úgy individualis, mint kollektív szempontból, — hogy az aprólékosságig menő gondossággal és tökéletességgel állítsuk helyre és evvel tegyük versenyképesebbé sebesültjeinket.

Az arc defectusainál: orr-, szem-, fülhiánynál elsősorban ez a sebészet feladata, melynek ez mai fejlettsége mellett sokszor teljesen sikerül is. Azonban vannak mégis esetek — különösen orrhiánynál —, a mikor ez nem sikerül. Önök nagyon jól ismerik azokat a különféle plastikus műtéteket, melyekkel a sebész az elpusztult orrot helyreállíthatja és éppen ezért tudják azt is, hogy számos esetben miért nem sikerül ez kielégítő módon, vagy ha az eredmény a műtét után jó is, miért romlik az el rövid idő múltán. Ilyenkor van jogosultsága a pótló eljárásnak, a prothesisnek, vagyis *műorr* készítésének.

Lesz szerencsém néhány ilyen esetet bemutatni. Előbb azonban röviden előrebocsátom, hogyan készül a műorr.

Régebben porcellánból égették vagy arany-, illetőleg platinformára zománczozták. Ez persze nagyon nehéz és költséges munka, de e mellett a prothesis törekeny. Ezért ezen eljárást követőleg a kaucsukot és celluloidot vették használatba, melyekből könnyebben lehet orrot formálni, az anyag is olcsó és elég tartós.

Mindezen anyagokból való műorroknek az a nagy hátrányuk, hogy merevek, kemény szélűek, az arcbőrhöz nagyon tökéletlenül simulnak, arcizmok mimikai játékában részt nem vehetnek, szóval *életnélküliek*, hideg, holt hatásúak. Az ilyen orrhiányos ember tehát mindenképpen bajban volt. Ha így járt végig az utcán, a gyerekek utánaszaladtak kiabálva: nini, az orrnélküli ember! Ha meg föltette a műorrát, hát a gyerekek persze ugyancsak utánafutottak, kiabálva: nini, ennek műorra van!

További nagy hátránya az e fajta műorrnak, hogy az arcon való megerősítéshez sokszor külön komplikált készülék szükséges.

Néhány éve egy bécsi orvos, dr. *Carl Henning*, az Allgemeines Krankenhaus moulage-osztályának vezetője szeren-

csésen olyan anyagot és eljárást talált, melylyel olyan műorrokot (fület stb.) készíthetünk, hogy életteljes benyomást keltenek, melyeknek rögzítéséhez semmiféle külön készülék nem kell, melyeknek elkészítése, technikája nagyon könnyű és végül nagyon olcsók is. Ez az anyag a *gelatin*. Persze evvel a sokféle előnyvel szemben van egy nagy hátrány is, a melyről majd később szólok.

Dollinger vezértörzsorvos úr ösztönzésére ezt az eljárást feltalálójánál a helyszínén, továbbá a bécsi „Lupusheim“-ban, a hol szintén alkalmazzák ezeket a prothesiseket, tanulmányoztam és most már ezen módon csináljuk őket rokkantjaink számára.*

A gelatin tudvalevőleg nem egyéb, mint megtisztított enyv. Ezt megolvastjuk, arcbőrszínre festjük és azután az elkészített orr-formába öntjük, végül a megszilárdulás után az arcra ragasztjuk. Az eljárás technikája a következő:

1. *Gipszmask az orrdefectusról*: a) az arcbőrt és szőreit bevaselinózni; b) az arcot vattacsíkokkal körülvenni, az orrlikakat vattával elzární, a felső ajak szélére kartonpapír-korong, hogy a gipsz ne folyjon a nyitott szájba; c) jól átkevert gipszpépet ecsettel a defectusra vinni ujnyi vastag rétegben; d) megkeményedés után a maskot az arczról leemelni; e) ezen negatív gipszmaskot sandarak-lakkal bevonni (100 r. alkohol + 30 r. sandarak), azután porcellángipszszel kiönteni; szétválasztás után megkapjuk az arc pozitív másolatát.

2. *Az orr mintázása*: plastilinnel történik a gipszpositiven az arc characterének tanulmányozásával. (Ha van fénykép a sebesülés előtti időből, ez előnyösen felhasználható.) Legjobb, ha szobrász mintázza. Fontos, hogy az orr szélei nagyon vékonyra legyenek mintázva.

3. *Az öntőforma készítése*: a mintázatot körül vesszük kartonpapírral vagy viaszlapokkal és ezt a keretet teleöntjük porcellángipszszel, melynek megkeményedése után szét vesszük a gipszpositivet a ráöntött negatívtól; a plastilin eltávolítása után megvan az orrnak ürrformája. Öntőlyukról úgy gondoskodunk, hogy vagy hozzámintázunk a plastilinorrhoz ugyancsak plastilinból egy öntőcsapot, vagy pedig utólag átfúrjuk a gipszpositivot.

* *Dollinger* vezértörzsorvos úrnak a szíves támogatásért, *Henning* dr.-nak, valamint *Ludwig Spitzer* dr.-nak, a bécsi Lupusheim vezető-főorvosának pedig a szíves készségért, melylyel az eljárást nekem demonstrálták, hálás köszönettel tartozom.

4. A *gelatinmassa készítése*: az általam összeállított massa (*Spitzer dr. receptjének némi módosításával*) a következő:

75 gr. gelatin	}	alapanyag
50 gr. víz		
30 cm ³ glycerin		
zinkfehér circa 20—25 csepp	}	festőanyag (glycerinnel keverve)
karmin „ 10—12 „		
okker „ 8—10 „		
gyanta circa 3—4 csepp	}	a massa meg- keményítésére.

Az alapanyagot vízfürdőbe helyezett zománczott bögrében megolvasztjuk, ezután hozzákeverjük a festőanyagokat és végül száraz láng felett a gyantát.

5. Az *orr öntése*: kellő mennyiségű anyagot kis bögrében vízfürdőben megolvasztunk; az orrnak két ürformáját finoman megolajozzuk



1. ábra.

és gyengén megmelegítjük; a két ürformát erősen összeszorítva, az öntőlyukon keresztül beöntjük a megolvasztott masszát.

6. *Az orr felragasztása*: az öntött massa megkeményedése után az ürformákat szétvesszük és a gelatin-orrot kiemeljük. Az orrot mastix-szal ragasztjuk az arcra (mastixnak telített alkoholos oldata); a mastixot ecsettel visszük a gelatin-orr arci felületére.



2. ábra.

7. *A műorr individualis festése*: a gelatin-műorr eddig egyszínű, tehát nem természetes, mert az ember orra különféle színárnyalatú. Ezeket a színeket a már felragasztott orra festjük. Erre a célra használnunk vízfestéket, még pedig elegendő az *Anreiter-féle* Karmin, Fleischokker, Sienna gebrannt és Ultramarin. Végül úgy az arcot, mint a műorrot bepuderezük.

Az első eset, melyet bemutatok, az éppen azon a határon van, hogy sebészileg is meg lehet csinálni, prothesis-sel is.

B. A. 392. n. sz. 1915 márcz. 2.-án srpnellszilánk-sérülés folytán egyebek között a jobb orrszárnyat is elvesztette (1. ábra).

Az orrszárny-pótlás legtökéletesebb sebészi methodusa az 1902-ben *König* ajánlotta fülkagylóporcz-átültetés. A mi esetünkben mégis a prothesis mellett döntöttünk, mert az arczon már sok heg van, melyeknek szaporítása tehát nem kívánatos.



3. ábra.

A prothesises eredmény a 2. ábrán látható.

A következő eset: Cs. J. 256. n. sz. 1915 aug. 30.-án srpnellgolyó szakította le (a palatum sérülés mellett) az orrot. A gyógyult status a 3. ábrán látható. Ez már olyan eset, mely sebészileg alig korrigálható kielégítő eredménnyel. A prothesist a 4. és 5. ábra mutatja.

Ilyen módon kezelt eset van eddig kórházunkban hat, melyeknek szemléletéből láthatják, hogy a kozmetikai hatás valóban minden tekintetben kitűnő. A prothesis szélei teljesen elsimulnak, elmozdíthatatlanok és követi az arcizmok mimikamozgásait.



4. ábra.

A következő eset: Cs. S. 407. n. sz. 1915 július 1.-én kézigránát-sérülést szenvedett, melynek folytán elvesztette a jobb szemgolyót, az orrhát és felső állcsont nagy részét a fedő lágyrészekkel egyetemben, a mint az a 6. ábrából látható.

A műszemmel kombinált arczprothesis in situ a 7. ábrán van feltüntetve. Ennek a prothesisnek a műszemet tartó és az üreget kitöltő váza kaucsukból van vulkanizálva és csak az arci felülete gelatin.

Méltóztattak az esetek szemléletéből meggyőződni, hogy élethűség és észrevehetetlenség tekintetében ezek a gelatin-prothesisek eszményieknek mondhatók, különösen, ha összehasonlítjuk őket az eddig szokásos kaucsuk- vagy celluloid-prothesisekkel. Csakhogy ezekkel szemben van egy nagyon

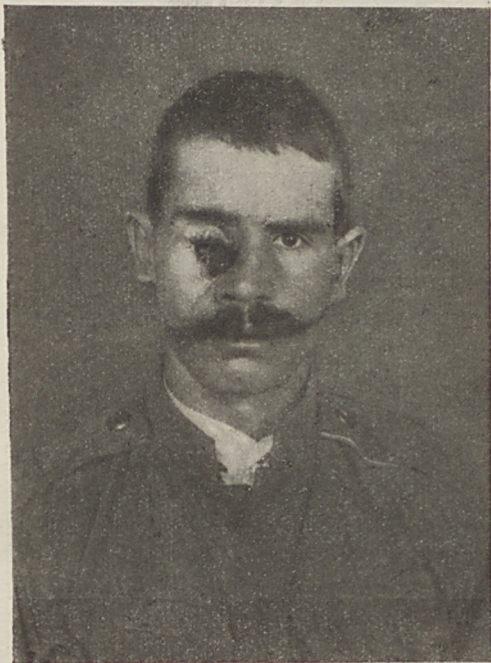


5. ábra.

nagy *hátrányuk*, még pedig az, hogy a gelatin-prothesis nem tartós, legfőlebb csak 2—3 napig szép és hatásos, ezután pedig meg kell ujtani.

Ez így első pillanatra oly nagy hátránynak látszik, mely képes az előbb említett összes kiváló előnyöket lerontani. Szerencsére a gyakorlat mást mutat. A gelatin-prothesisnek elkészítése — ha egyszer megvan az orrnak ürfarmája és a

gelatin-massa — rendkívül könnyű, 10—15 percz munkája. Tehát a rokkantnak veleadjuk az ürformát, az egy esztendőre elégséges gelatin-massát és még néhány apróságot, mint 2—3 ecsetet, 3 festéket, 1 bögrét, 1 ollót stb. és ezekkel ő akár minden nap készíthet magának új prothesist.



6. ábra.

Még csak egy, szintén látszólagos nehézséggel kell számolnunk. A rokkantak legnagyobb része az alsóbb, tehát kisműveltségű néprétegekből valók. Így az általam kezelték, egy kivételével — a ki urasági szolga — földművesek, nap-számosok. Meg tudják-e csinálni maguknak ezek az emberek a prothesist, mely daczára a technika könnyűségének, az applikálásnál és egyéni színezésnél bizonyos ügyességet és művészi érzéket kíván? Elméletileg az ilyen kérdést nem lehet

eldönteni. *A gyakorlat azt bizonyítja, hogy igenis tudják, még pedig első megmutatásra.*

Evvel esik az elméletileg súlyosnak látszó hátrány és megmarad az előnyök olyan imponáló fölénye, mely



7. ábra.

indokoltá teszi, hogy rokkantjainkat ezekkel a prothesisekkel ellássuk és békeidőben a lues és lupus szerencsétlén áldozatait is.

A nagyszebeni 22. sz. cs. és kir. helyőrségi kórházból. (Commandans: Dr. Deutsch Leopold, I. oszt. főtörzsorvos.)

Az alsó állkapocs lövési sérüléseinek gyógykezelése.

Dr. Szántó Ármintól, a fogászati ambulatorium vezetőjétől.*

Én ezen kérdéshez a fogorvos szempontjából kívánok hozzászólni s hogy ezen szempont jogos, mi sem bizonyítja jobban, mint azon körülmény, hogy a magas hadügyminiszterium tapasztalván, hogy az állkapocs lövési sérüléseinek gyógyítása a háború elején eredményeiben ki nem elégtő volt s azért felhívta a helyőrségi kórházakat, hogy ezen sérülések gyógykezelését bízzák hozzáértő fogorvosokra. Így jutottam én a nagyszebeni 22. sz. helyőrségi kórház vezetőjének, dr. Deutsch Leopold főtörzsorvos úr megtisztelő bizalma folytán azon helyzetbe, hogy ezen betegséggel behatóbban foglalkozzam. Ezen betegség békében relative ritkán fordul elő s így nem is igen nyílik alkalma a gyakorló fogorvosnak ezen sérülésekkel behatóbban foglalkozni. Hogy mindazonáltal bátor voltam a dologra vállalkozni, ezt főleg annak köszönhettem, hogy sokat foglalkoztam a fogak odontorthopädicus kezelésével s ezzel való foglalkozásom közben Angle-nak ezen tudomány nagyérdemű regeneratorának könyvében** olvastam, hogy ugyanezen elvek, melyek a fogak regulatiójánál alkalmaztatnak, mutatis mutandis alkalmazhatók az állkapocs törések gyógykezelésénél is. Itt is, ott is akadályokat kell legyőznünk, ez akadályok persze

* Előadta a nagyszebeni katonarvosok 1916. jan. 21.-i ülésén.

** Angle, The Angle System of Treating Fractures of the Maxillary Bones British Journal of Dental Science 1890.

nem azonosak, de az elvek az akadályok legyőzésére ugyanazok, valamint az erők, melyek ezen akadályok leküzdésére felhasználhatók, is nagyjában azonosak. Messze vezetne tárgyamtól, ha ezen erőkre és akadályokra kiterjeszkednék s így áttérek azon kérdésre, hogy micsoda szerepe nyílik a fogorvosnak az állkapocs lövési sérüléseinek gyógykezelésénél?

Az állkapocs lövései rendszerint csonttöréssel járnak, ezen törések protheticus kezelésénél igen hálás szerepe van a fogorvosnak. Ez tehát az első feladata a fogorvosnak! De a törések többnyire szilánkos törések, a szilánkok egy része necrotisál, sőt sokszor a projectil az állkapocs egyes részeit kiszakítja az ajkak vagy az arc lágyrészeinek kisebb vagy nagyobb részeivel együtt. Ezen csonthiányok protheticus pótlása képezi a fogorvos második s már itt hozzátehetem legnehezebb feladatát. Foglalkozunk első sorban az állkapocs-törések protheticus kezelésével.

Sebészek is mily fontosnak tartják, hogy a törvégek teljesen pontosan egyesüljenek, kitűnik Lejars következő megjegyzéseiből: „Obwohl es beinahe in allen Fällen schwer ist, die Fragmente in der richtigen Stellung zu einander zu bringen, so genügt es nicht, eine einfache Consolidation in einer relativ richtigen Lage zu erhalten; das functionelle Resultat ist nur dann ein vollkommenes, wenn die Zahnreihe ganz und gar wiederhergestellt ist und die unteren Zähne in richtige Berührung mit den Oberzähnen kommen.“ Most már az a kérdés, mely eszközökkel és eljárásokkal és eredménnyel törekedtek ezen idealis célt elérni?

Perthes „Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer“ című munkájában 6 féle gyógyeljárást különböztet meg:

1. Kölcsönös rögzítése a törvégeknek külső kötésekkal és sinekkel.

2. Kölcsönös rögzítése a törvégeknek azok fogainak összekötözése által (Interdental sinek).

3. Kölcsönös rögzítése a törvégeknek csontvarrat útján.

4. Kölcsönös rögzítése a törvégeknek külső, azonban egyidejűleg a szájbán az állkapocsot támasztó sinekkel és kötésekkel.

5. A helyzet correcturája extensio útján absolut rögzítéstől eltekintve (Extensios kötések).

6. A törvégek rögzítése az egészséges felső állkapocs fogazatán az alsó állkapocs absolut nyugalomba helyezésével. Ő maga megjegyzi, hogy legnagyobb gyakorlati jelentősége a második és harmadik methodusnak van. Ezen igen practicus beosztás szerint fogom tárgyalni a kérdést.

Az első eljárás a törvégeknek kölcsönös rögzítése külső kötésekkel és sinekkel ma már alig alkalmaztatik, legfeljebb kint a harcztéren más eljárás híján, mint első segély játszik még szerepet. Ezek közé tartozik a történeti értékű Funda et capistrum. Eltekintve attól, hogy ezeknek correct alkalmazása nagyon fáradságos és complicált, a betegnek valóságos torturájával jár, nem elég szilárd a törvégek fixatiója, a beteg táplálkozását nagyon megnehezíti és a mi a legnagyobb baj, a szájüreg oly fontos tisztántartását, desinfectióját majdnem lehetetlenné teszi. Nincs okunk tehát ezen eljárással bővebben foglalkozni.

A mi a második eljárást illeti, az állkapocs törvégeinek kölcsönös rögzítését a fogak összekötése által, tehát interdental sinekkel, ez már nagyobb jelentőségű. Nagyon hosszúra nyulna előadásom, ha ezen eljárásnak minden egyes fajtát leírnám. A hány szerző foglalkozott ezen betegséggel, annyi eljárást talált ki és írt le, elkezdve a szomszéd fogak összedrótozásától a complicált, sokszor nehezen készíthető és alkalmazható sinekig. A szomszéd fogak egyszerű kötözése, mint első segély kint a harcztéren még ma is hasznos eljárás, de sajnos, alkalmazása nem oly könnyű, mint az első pillanatban látszik. Képzeljük magunkat az orvos helyzetébe, ki a harcztér nagy betegforgalmában a vérző, fájdalmas állkapocs-töréseket első segélyben részesíteni van hivatva, úgy nehezen képzelhetjük, hogy ideje és türelme lesz ezen nagy türelmet és precizitást kívánó kötések alkalmazni. Hosszabb alkalmazásra meg éppen nem alkalmas ezen kötés, mert a foghúson exulceratiókat okoz; a fogakat hosszabb ideig való rajtahagyása mellett meglazítja, a foghús alá csúszik. Ennél már practicusabb az egyszerű guttapercha

sin, mely langyos vízben való felmelegítés után a fogsorra lesz alkalmazva s ha megkeményedett, a törvégeket elég jól összetartja, de az evést zavarja és nyálfolyást idéz elő.

Bármelyikét is alkalmazza ezen eljárásoknak az első segélyt nyújtó orvos, a legfontosabb az marad, hogy arról gondoskodjék, hogy a beteg, a mily gyorsan csak lehet, elszállíttassék, hogy megfelelően felszerelt és vezetett fogászati ambulatóriumban protheticus kezelésben részesüljön, mert ily prothesisekkel tökéletes functionalis eredmények érhetők el és a rágófelületek ideális helyreállítása áll elő. S ezt ma már a legkiválóbb sebészek is elismerik. Hogy milyen legyen ezen prothesis, arra általános feleletet adni lehetetlen, de nem is kívánatos. Ha valahol, úgy itt, minden egyes eset a legnagyobb foku individualisálást kívánja. Egyik szakember nagy előszeretettel használja a kaucsuksineket, a másik előnyt ad a fémdrót vagy lemez prothesiseknek. Ezen helyen meg kell emlékeznünk Schröderről és Willigerről, a berlini fogászati klinika vezetőinek hasznos kis könyvéről, melyet a háború elején adtak ki, ebben Angle elvének kellő módosításával igen hasznos és gyakorlati útmutatót adtak a szakemberek kezébe ezen kötések alkalmazására.* Az ő általuk készített és kereskedelmi forgalomba hozott kis készülékek nagy előnye, hogy sok fáradságtól kíméli meg a beteget és orvost azáltal, hogy raktáron tartva ezen kis készülékeket, azok hamar feltehetőek az orvos által, a beteg rögtön megszabadul fájdalmaitól és jól táplálkozik. Persze az ő eszközei nem alkalmazhatók minden esetben, ebben igaza van Szabó és Salamon m. tanároknak**, de mégis kellően fel nem szerelt orvosnak nagy hasznára vannak. Míg a kaucsuksineknél és öntött fémprothesiseknél először lenyomatot készíteni a beteg állkapocsról, azután a kiöntött gipszmodellt a törés helyén szétfűrészelni, kellően adoptálni s a felső fogsorral jó articulatióba hozva, egy ügyes fogtechnikussal a mi terveinknek megfelelő prothesist készíteni kell, a Schröder-féle ké-

* Zahnärztliche Hilfe im Felde.

** A harctéri állcsontsérülések odontorthopädicus utó kezelése (Fogorvosi Szemle I. sz. 1915.)

szülékekkel minden lenyomat nélkül az orvos rögtön abban a helyzetben van, hogy betegén segítsen s azon helyzetbe juttatja, hogy jól táplálkozzék és száját kellően tisztán tarthatja.

Kellően felszerelt fogászati laboratóriumokban azonban mégis előnyt nyújtanék direkt a betegeknek készített akár kaucsuk, akár fémprothesiseknek. Ezek ismét lehetnek olyanok, melyeket a beteg maga kivehet, tisztán tarthat s ismét feltehet, ilyen pl. Warnekross által készített kaucsuksín; továbbá olyanok, a melyek a fogakra drótkötésekkel lesznek oda-kötözve s így a beteg által el nem távolíthatók. Hogy ezek közül melyiket alkalmazhatjuk, a beteg egyéni körülményeitől fogjuk függővé tenni. Intelligens betegnek, ki a prothesis állandó hordásának fontosságát belátja, bátran adhatunk levehető készüléket; kevésbbé intelligens betegnek csak akkor, ha állandó felügyelet alatt tarthatjuk, mert ellenkező esetben kitesszük magunkat annak, hogy teljesen jól készített készülék mellett is hiányos gyógyeredményeket kapunk, mert a beteg, ha a prothesis neki alkalmatlan, azt egyszerűen eltávolítja. Ilyen eset gyakorlatomban is előfordult s kénytelen voltam a kivehető sántól a ki nem vehető sínre áttérni, mert mint meggyőződtem, a beteg csak visit alatt hordta a kivehető prothesisét.

3. Csontvarrat. A csontvarrat a mai asepticus sebészeti kezelés mellett gyakorlatilag nem ütközik nehézségbe s mégis, noha a törvégek varrat útján való egyesítésénél első pillanatra idealis adoptatio volna várható, a gyógyeredmények ki nem elégítők, úgy, hogy kiváló sebészek is előnyt adnak a protheticus kezelésnek. Ennek oka, hogy a törvégek fixatiója nem oly biztos, mint a jól készített prothesiseknél úgy, hogy a gyógyulás itt is bizonyos kis dislocatióval történik, mely bármily kicsiny is legyen, rágásnál észrevehető és zavarólag hat. A csontba vezetett drótfonál ritkán gyógyul be, hanem állandóan kis fistulákat okoz, melyek csak akkor szűnnek meg, ha a drótot eltávolítjuk, vagy az magától kigennyed.

Vannak még esetek, a midőn a csontvarrat ma sem nélkülözhető, így fognélküli állkapocsnál, vagy ha a fogak nagyon rosszak s hiányos fogazatnál, ahol az interdental készülék

nem rögzíthető; továbbá gyermekeknél, a kiknek állkapcsa még nincs kellően kifejlődve. De az esetek óriási többségében nyílt sebzésekkel komplikált töréseknél is előnyt adnék protheticus kezelésnek. Ha a csontvarratnál dislocatióval gyógyult az állkapocs, úgy előbb-utóbb mégis csak fogorvosi utókezelésnek kell a beteget alávetni, mely, ha későn történik, legtöbb esetben sajnos már nem sok reményt nyújt.

4. Külső, a szájba is benyúló sínek. Ezek komplicált szerkezetükénél fogva nem tudtak nagy elterjedésre szertenni. Ezeknek mintájuk a Kingsley-féle apparatus, ez egyszerű kaucsukvályúból áll, mely a fogakra alkalmaztatik a szájzug táján belőle két nyúlván megy az arcok külső felületére, mely külső kötésekkel a fejhez erősítetik, vagy Claude Martem-féle, a melynél az acéllemezből lévő vályura, mely a fogsorra alkalmaztatik, elöl egy rugó van reáforrasztva, mely az alsó ajkakat körülveszi és az állcsúcs (mentum) alatt rögzítődik. Nagyon helyesen jegyzi meg ezen készülékről Perthes: „Aber wozu den Patienten mit den aus dem Munde vorstehenden Flügeln belästigen, wenn eine genau gearbeitete interdendale Schiene ausreicht.“

5. Még fokozottabb mértékben áll ez az alsó állkapocs töréseknél alkalmazott extensios kötésekre. Ezek a betegeket állandóan ágyhoz kötik. Megfelelő gipszkötések segélyével egy zinkpléhlemez lesz a beteg arcán alkalmazva, melyhez a letört középső része az alsó állkapocsnak egy ezüstdrót segélyével oda lesz erősítve. A letört állkapocsrész átfúrása után az ezüstdrót ezen furási csatornán áthatolva köttetik az arcon levő pléhlemezhez. Ez a Wieting-féle eljárás; mások az ágy szélén súlyokat alkalmaznak ugyanazon elvek alapján, mint a végtagok extensios kötésénél.

6. A tört alsó állkapocs rögzítése az ép felső állcsonthoz. Bizonyos tekintetben még ma is alkalmaztatik. Hogy a dislocalt alsó állkapocsot kényszerítsük rendes articulatióra visszateretni, az alsó állkapocs tört oldalán egy ferdesík alkalmaztatik, a melyre a beteg minden harapásnál reáharapva automaticen kényszeríti a tört állkapocsot a rendes articulatióba jutni és abban megmaradni. Ugyanarra szolgál a törvégek

kényszerbeállítására az úgynevezett csúszósínek (Gleitschiene) alkalmazásával, ezeket használjuk kiterjedt szilánkos töréseknél, angulus töréseknél, az állkapocs horizontalis ágának anyagvesztéseinél és az állkapocs felhágó ágának töréseinél. Ezen sínek egyik része a felső, másik az alsó állkapocson alkalmaztatik s ha egyszer az alsó a felsőbe beillesztett, — mihez sokszor narcosis is szükséges, úgy többé pathologicus helyzetbe az alsó állkapocs vissza nem térhet. Míg a száj nyitása és csukása a csúszósínek alkalmazásánál minden nehézség és fájdalom nélkül történik.

Ugyanezen csoportba tartoznak a regulatóknál kiterjedt alkalmazásban levő intermaxillaris gummiligaturák is, melyek segítségével a dislocált törvégeket az ép felsőállcsont fogaihoz húzhatjuk.

Fix kötésekkel az alsó állkapocs tört részét az ép felső állkapocshoz rögzíteni úgy, hogy a beteg száját nyitni, csukni ne tudja, teljesen unpracticus eljárás volna, mert a beteget teljesen folyékony diétára kellene fognunk. Ezen eljárásra több szót vesztegetni kár volna.

II. *Protheticus eljárások az alsó állkapocs anyagvesztéseinek pótlására.* (Resectios prothesisek.)

Ha fontos a fogorvos szerepe az alsó állkapocs csonttöréseinél, úgy még sokkal fontosabb az anyagvesztések pótlásánál, akár ha ezen anyagvesztés lövésű sérülés által eredt, akár ha operatív úton jött létre; mert az állkapocs törései ha nem is oly jó eredménnyel, de kezelhetők más eljárással is, míg az állkapocs anyagvesztéseinek pótlása ma még nagy részben csakis protheticus úton történhetik.

Történtek ugyan már régen kísérletek, hogy ezen anyagvesztések implantációval, vagy csonplasticával gyógyíttassanak, de ezen gyógyeljárások még egyelőre általános elterjedést nem nyertek. Részletesebben ki fogok terjeszkedni ezen methodusokra is fejtegetéseim során.

Hogy micsoda következményekkel jár, ha az anyagvesztések nem pótolatnak, azt Önöknek nem kell bővebben fejtegetnem. Az anyagvesztés mértékével arányban dislocatio áll be nemcsak a csont megmaradt részein, hanem a

lágyszövetekben is (nyelv, szájfenek, ajak) még fokozottabb mértékben. A két legnagyobb factor, mely ezen deletár folyamatokat előidézi; 1. az izomzat vöngáló ereje, 2. a hegszövet contractiója. Minthogy én előadásom tárgyául ezen betegségek therapiáját választottam, nem térhetek ki részletesebben azon következményekre, melyek ezen erők folytán előállnak. A nyelv korlátolt mozgékonyasága, nyálfolvas, nyelési zavarok, a táplálkozás megnehezítése, a rágás lehetetlen voltánál fogva, az arc nagyfokú eltorzulása még nem a legsúlyosabb következmények. Hisz sajnos az inaktiv vagy nyelési pneumonia folytán beállott letalis exitusok sem ritkák.

Most már áttérve a therapia kérdésére, első és legfontosabb elvi kérdés, hogy mikor készítsük el az anyaghiány pótlására szolgáló prothesist, várjuk-e be a gyógyfolyamat lefolyását, a sebek elhegesedését és csak akkor készítsük el a prothesis, (secundär prothesis) vagy rögtön az operatio után, vagy mihelyt az anyagvesztéssel megsebesült beteg kezelés alá kerül készítettessék el a prothesis? (Immediat prothesisek.) Az előbbi a régebbi s tegyük mindjárt hozzá a tökéletlenebb eljárás; az utóbbi már általánosan elfogadott és minden nevesebb szerző által ajánlott methodus. Mióta Inerssen berlini fogorvos 1871-ben leelőször rögtön az állkapocs resectiója után törekedett a sebgyógyulás folyamán biztosan beálló dislocatio megelőzésére rögzítő készüléket alkalmazni; ő nem alkalmazott prothesist, hanem a felső s alsó fogsor megfelelő fogaira ezüst tokokat helyezett, és azokat összeforrasztotta, természetesen a gyógyfolyamat alatt a száj nyitása lehetetlen volt. Suerssen óta mindinkább hódított ezen irány s nem is tudnók megérteni, hogy miért hagynók előbb a dislocatiót kifejlődni s azután nagy kinnal, bajjal azt gyógyítani, ha módunkban van a rögtön alkalmazott prothesissel a csonkok dislocatióját elkerülni és a hegszövet zsugorodását, vöngálását meggátolni!

Claude Martin 1878-ban először alkalmazott s 1889-ben közölt immediat prothesise óta ezen téren óriási haladás mutatkozik ugyan, de azért a kérdés ma sincs még végleg megoldva. Ma is még vita tárgyát képezi, hogy czélszerűbb

eljárás-e az operáció alkalmával a prothesist a csontokra reávarrni, avagy a meglevő fogakra lehetőleg alkalmazni? Az is kérdés, hogy fém avagy kaucsuk alkalmaztatik-e az immediat prothesis anyagául? De ezen vitás kérdések nem döntenek meg azon legfontosabb elvet, hogy a prothesis minél előbb alkalmaztassék. Sauer egy egyszerű drótsínnel pótolja a hiányzó csontrészt, mások, így Hahl és Partsch, egy a resecalt állkapocs darab szélességének megfelelő victoria fémlemez fixál a csontokra s ezáltal gátolja meg a dislocatiót. Nagy haladás volt az úgynevezett ferde síkok alkalmazása, melyek lehetővé teszik, hogy a visszamaradt csont a helyes posztíóban maradjon, vagy abba visszatérjen, ha az izomzat vagy a hegszövet vongálása ebből már eltérítette. Az eddig közölt eljárások nem voltak azonban tekintettel a lágyrészek eltorzulására, mert nem törekedtek az állkapocs rendes alakját utánózni, hanem csak a csontok dislocatióját törekedtek meggátolni. Hahl volt az első, a ki ezen bajt meggátolni törekedett az által, hogy a prothesissal az állkapocs alakját utánózta s azt fogakkal ellátta s ez által az arc és ajkak beesését meggátolni törekedett. Claude Martin kaucsukból az elveszett csont alakját és nagyságát utánózva, pótlást készített s ezt az operatio alkalmával rögtön behelyezte. A sebészek először nagy aggálllyal fogadták az eszmét, hogy a friss sebre egy ily nagy idegen testet helyezzenek, mely a seb áttekintését és kezelését nagyban megnehezítette. Ezen aggályok leküzdése képezte most már a stomatologusok fő törekvését s ma már nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk, hogy a sebészek ezen jogos aggályát sikerült legyőzni. Az aluminiumból és a kemény, vulkanizált kaucsukból készített műállkapcsok jól sterilizálhatók, a sebeket nem izgatják, a sebváladékok azokat nem támadják meg.

Ilyen állkapcsokat hozott Schröder forgalomba, melyekből a megfelelő darabot kivágjuk s koronákkal, kapcsokkal s más a fogászatban alkalmazott eljárásokkal alkalmazzuk a hiányzó csont rész pótlására. Tisztán gyakorlati kérdés s az eset egyéni mérlegelésétől függ, hogy rögtön az operatio, vagy a beteg kezelésének elején végleges prothesist alkal-

mazunk-e vagy elégedjünk meg előbb egy provisoricus immediat prothesissel, melyet csak később, a sebgyógyulás előrehaladásával vagy befejezésével cseréljünk fel egy végleges prothesissel? Én előnyt adok utóbbi eljárásnak, mert egész más követelményekkel állunk szemben az operatio pillanatában, mint később, midőn a sebgyógyulás befejeztével a hegek contractiója már befejeződött. A provisoricus prothesis főczélja az, hogy az állkapocscsontokat jól rögzítse, a sebgyógyulást, sebkezelést ne zavarja, azért czélszerű, ha kevés helyet foglal el, fix rögzítve van, hogy a beteg ki ne vehesse, míg az állandó prothesis, körülbelül ugyanolyan, mint a többi fogorvosi prothesis, mely törekedik a hiányzó szövet lehetőleg pótolni s ennél fogva fontos, hogy a beteg tisztítás céljából azt maga ki- és betenni tudja.

Billig ezen kérdésben azon álláspontot foglalja el, hogy a primär prothesis egy egyszerű „U“ alakú pléhdarab csontvarrat útján varrassék be bőr és nyálkahártya közé, a berlini iskola ezen eljárást perhorrescálja,* ők rögtön egy levehető, a fogakhoz rögzítő prothesist alkalmaznak, mely a hiányzó csont rész alakját lehetőleg utánozza s ezáltal a lágyrészeknek egy támaszt adnak, mely azokat normális helyzetükben és alakjukban megtartja; a hegzsugorodásnak elég ellentállást nyújt s így az eltorzulást meggátolja.

Az immediat prothesisek különböző alakjairól itt nem akarok beszélni, ez annyira szakkérdés, hogy ez csak direct szakorvosokat érdekli, ezen tárgyról más helyen fogok referálni.

Most áttérek az anyaghiány pótlására szolgáló más eljárásokra; az implantatiókra és a csontplastikákra.

Az implantationál a főelv az, hogy egy idegen anyagot törekednek begyógyítani a hiányzó csontdefectus helyére. Először aranydrótot (Gluck), majd a celluloidot (Berndt) választottak e célra, mely anyagokat megfelelő asepticus cantelákkal vonták be. Az eredmények kevéssé biztatók, hosszas gyógyulások és fistula képződések voltak a követ-

* Zur Indication und Technik der Unterkiefer-Resection von Bruno Möhring.

kezmény. Jobb eredményekről referálnak azon szerzők, a kik organicus, a csont chemiai összetételével megfelelő anyagot, az elefántcsontot választották. König Roloff altonai fogorvos-sal együtt próbálta ezen eljárást úgy, hogy a kihegyesített elefántcsontdarabot beszúrta az állcsont velőüregébe. Ők, valamint Sudeck, kedvező eredményekről referáltak.

Még kedvezőbb eredményekkel járt az anyagihiány pótlása élő csontanyaggal, vagyis a *csontplastica*. Ez a legmodernebb sebészeti eljárás, mely nagy jövőre van hivatva. Egyelőre azonban még a kísérlet stadiumában van.

Az eleven csont vagy egy nyeles csont izom-bőr lebeny alakjában vétetik az állkapocs megmaradt részéből, tulajdonképpen plasticai uton, vagy a test egy távolabbi alkalmas csontját transzplantálják az aranyhiány helyére. E czélra legalkalmasabbak alakjuknál fogva a clavicula és a bordák, továbbá a tibia. Dr. Gadány törzsorvos s Ertl dr. referálnak a budapesti 16. sz. helyőrségi kórházban végzett transzplantációkról az Oester.-Ung. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde 1915. 2. füzetében. Ők igen sok esetben a tibiából kivésett csontperiost lebennyel pótolták az állcsont nagyobb csontdefectusait s jó eredményekről referálnak. Mint a sebészet sok más terén, úgy bizonyára e téren is a jelen háború sok tapasztalatot és a tudomány és sebészi technika nagy haladását fogja magával hozni.

A nagyszebeni 22. számú cs. és k. helyőrségi kórházban 1915. febr. 1.-től 1916. jan. 21.-ig kezelt felső és alsó állkapocstörésekről következő érdekesebb statisztikai adatokat jegyeztem fel :

I. Felső állkapocs lövési sérülés volt	--- ---	14
Alsó „ „ „ „	--- ---	40
Felső és alsó állkapocs lövési sérülés volt		5
	Összesen	59.
II. Egyoldali törés volt	--- --- --- ---	48
Többszörös „ „	--- --- --- ---	5
Nagyobb csontdefectussal complicált	---	6
	Összesen	59.

III. Sérülés utáni hónapban került kórházunkba	12
Három hónapon belül	13
Három hónapon túl	34
Összesen	59.

IV. Kezelés

Csontvarrat utána proth. kezelés	2
Csonttörések prothetikus utón kezelve	14
Jelenleg kezelés alatt	18
Definitiv prothesis	25
Összesen	59.

Betegbemutatók:

1. B. J., 32 é. honvéd 1914. decz. 16. Galicziában kapta sérülését. Az alsó állkapocs j. o. fegyvergolyó által előidézett complicált törése. A golyó az alsó állkapocs összes meglevő fogait is fracturálta. A beteg sérülése után 1 héttel már kórházunkba jött s két nappal később a laza csontszilánkok eltávolítása után csontvarrattal a törvégek egyesítettek. Ezen időben kórházunk még nem volt fogtechnikai laboratóriummal felszerelve. Minthogy az articulatio nem volt jó, 1915. febr. 4.-én egy kaucsuksínt csináltam a betegnek a baloldali fogak körülfogásával, folytatással a beteg jobboldalra, hogy a heg vonaglását meggátoljam. A sin labialis oldalán kis horgok alkalmaztattak, a felső fogsorra erősített horgokkal ezen horgokra alkalmazott gummigyűrűk az állkapocsot normalis articulatióba hozták. V/28. A beteg egy definitiv prothesist kap kaucsukból műfogakkal, ferde sikkal az ép oldalon, mely az állkapocs kitérését a helyes articulatióból meggátolja. A beteg a prothesissel jól tud enni. 1915. VI/7.-én bocsátatik el a kórházból.

2. C. N., 28 éves inf., 1915. V. 15. Varsónál szenvedett lövés folytán alsó állkapocstörést. Semmiféle szakorvosi kezelésbe kórházunkba jövetelig (XI. 12.) nem részesült. Felvételtkor az alsó ajk és áll bőrén egy kb. függélyes hegvonal a középvonalban, mely varrat által egyesített seb maradványa, az állkapocs szintén középvonalba fracturálva a törvégek mozognak, a 4 elülső metszőfog a megfelelő mandi-

bula résszel együtt hiányzik, a törvégek érintkeznek, úgy hogy elől a két szemfog van, ezáltal az alsó megrövidült állkapocs V alakú. Az artikulatio csak a jobb old. hátsó molarisokon van, melyek a felső mol. palat. szélét érintik. A b. o. semmi articulatio.

Gyógykezelésünk abból állott, hogy a két törvégre kaucsuksíneket alkalmaztunk, melyekbe kis csöveket vulcanisáltunk s ezekbe alkalmazott zongoradrót 1 hét alatt a törvégeket normalis articulatióba hozta. Most fixálva lesz a normális helyzetbe s végleges prothesissal el lesz bocsátva.

3. K. Gy. 28 é. honv. huszár Doboroucnál Galiciában 1915. VI. 25. kapott lövést, mely az alsó állkapocs j. o. törését idézte elő. Kórházunkba való felvételig (XI. 9.) nem részesült szakorvosi kezelésben.

Jel. állapot felvételkor: Bőrseb egy kis fistulától eltekintve gyógyult. A nagy törvég hátra és j. o. felé dislocálva; a kis törvég, melyen csak a $\overline{8}$ van lefelé és befelé húzva. A törvégek még erősen mozognak a $\overline{8}$ még külön is mozog. Articulatio teljesen megszűnt. Schröder-féle sint alkalmaztam ferde síkkal a bal oldalon; ezáltal a nagy törvég norm. articulatióba jut, a kis törvég felemelésére és kihúzására pedig egy kaucsuksínt alkalmaztam, mely az alsó állkapocs $\overline{1, 2}$ re van kötve (a többi fog b. o. hiányzik.)

4. Cs. I. 26 éves inf. Oroszlengyelországban 1915. VII. 24. kézi gránáttól sérült meg.

Sérülése alsó állkapocstörés nagy csonthiánnyal. Kórházunkba XI. 12-én jutott, ez ideig nem részesült szakorvosi kezelésben. Jel. állapot. Az állcsúcs alatt félkör alakú heg kiindulva a j. o. szájúgtól a bal szájúgig helyenkint genyed.

A két törvég vertical mozog, horizontal fixálva. A j. o. törvég, mely $\overline{8, 7, 6, 5, 4, 3}$ foglalja magában balra és hátra húzódott; a b. o. törvég, mely csak $\overline{6, 7}$ foglalja magában mélyen hátra és lefelé húzva. A két törvég a szájban hegyes szög alatt találkozik. Articulationnak nyoma sincs.

XI. 20. Operatív átvésése a törvégek érintkezési helyének, miáltal a törvégek ismét mobilokká válnak és rögtön egy Schröder sint helyezek be. Minthogy operatio alkalmával a

törvégek még nem jutottak teljesen normalis articulatióba 1896. I. 2. további expansió zongora drótokkal, mint a 2. sz. esetben. Egy hét múlva a normális articulatió helyreállt. Most a törvégek fixálva lesznek s a beteg megkapja végleges prothesisét.

Az állkapocs sérüléseinek conservatív kezelése.

Irták: Szabó József dr. és Salamon Henrik dr. egyetemi magántanárok.*

Ugy gondoljuk, helyén való, ha ezúttal bevezetésképp néhány szót szólunk arról az elbánásról, melyben az állkapocstörést szenvedett sérülése után közvetlenül részesül.

Tapasztalataink szerint az úgynevezett első segély *módja* esetleg lényeges hatással lehet a további gyógyulásra.

A sérült még a rajvonalba, esetleg pedig hátrább a kötözöhelyen *kötést* kap. Ezzel a kötéssel kerül már most még hátrább, a stabilabb egészségügyi intézetekbe. A kötés nemcsak fedi a sebeket, de rendszerint olyan, hogy a *beteg állát* a koponyatető, az áll és homlok körül vezetett pólyával *rögzíti* is, sőt volt alkalmunk olyan kötést is látni, a mely gipsz vagy keményítőt tartalmazó pólyával készült, a mely tehát nyilvánvalóan azzal a czéllal applikáltatott, hogy hosszabb időn át, esetleg a törés gyógyulásáig maradjon helyén. Az ilyen kötés, különösen, ha napokon, esetleg több héten át helyén marad, vagy a mi ezzel egyenlő, hogyha hosszabb időn át újra meg újra hasonló kötéssel cseréltetik, még inkább persze, ha gipszszel készült vagy úgynevezett Blaue Bindevel, keményítőt tartalmazó pólyával, több tekintetben hátrányos. Hátrányos, mert a törési végeket többé-kevésbé *rossz helyzetben rögzíti*. Később, a szakszerű kezelés megindításakor lényegesen nehezebb feladat előtt áll így az orvos,

* Előadták az orvosi továbbképzés központi bizottsága által rendezett tanfolyam során.

kinek többé-kevésbé rossz helyzetben levő törési végeket, melyeket az ilyen kötés alatt esetleg már hegek is rögzítenek, előbb mobilizálnia és aztán *reponálnia kell*.

De hátrányos az ilyen feszes, rögzítő kötés, *a seb gyógyulása szempontjából is*. A több-kevesebb vattát, gazet magában foglaló kötés, a nyílt komminutív törések eseteiben, — már pedig a harcztéri állcsontsérülések túlnyomó többsége ilyen — igen hamar beivódik nyállal, vérrel, tápanyagokkal, genynyel és így nemcsak hogy akadályozza a sebfelületek, löcsatorna tisztulását, hanem az ilyen kötés bacteriumtenyésztő teleppé válik a sebfelületen, még ha viszonylag elég rövid időközökben cseréltetik is. Természetesen még inkább, ha órákig, napokig helyén marad. Hátrányos az ilyen rögzítő kötés azért is, mert megakadályozza a száj természetes tisztulását, lehetetlenné teszi a sokszoros öblítést, de csaknem lehetetlenné teszi a beteg kielégítő táplálkozását is. Hátrányos továbbá az ilyen, különösen hosszabb időn át alkalmazott kötés azért is, mert a lágyrészek sokszor egyébként szükségtelen eltolódásait, sebfelületek czélszerűtlen összetapadását, továbbá zsugorodását okozhatja.

Természetesen a seb sebészi ellátását, tehát elsősorban a sérült bekötését állcsonttörött betegeinken sem nélkülözhetjük. A fent részletezettek figyelembevételével már az első időben azonban elláthatjuk olyan kötéssel sebesültjeinket, a mely *lehetőleg csupán azt a célt szolgálja, melyet az ilyen kötésnek szolgálnia kell*, t. i. a seb fedését és esetleg a vérzés csillapítását. A kötés tehát, melyet a szakszerű kezelés megindításáig *szükségkötésnek* mondhatunk, lehetőleg *ne rögzítse a tört állcsontot*, legyen könnyű (sok esetben ú. n. parittyakötés); helyben maradására használjunk inkább ragtapaszt vagy mastisolt; lehetőleg *tegye lehetővé a kötésünk a beteg szájöblítését és táplálkozását*. Még az ilyen, lehetőleg kevés kötszeranyagot magában foglaló kötetést is igen gyakran változtassuk. Nem hangsúlyozhatjuk elegendé éppén a sérülést követő első időben, *a száj gyakori öblítésének* fontosságát, naponta többször és bőségesen mossuk át langyos hydrogenhydroxyd-oldattal a száját. Szemmel láthatóan javul így

a beteg közérzete, erőbeli állapota és bámulatosan gyorsan tisztulnak fel az eddig bűzös genynyel fedett sebek.

Néhány szót kell még szólnunk egyes sebészi beavatkozásokról, melyeket a szenvedett sérülés után szinte sietve, alkalmazni szokás, még pedig a szakszerű kezelés előtt, melyeket, fájdalom, még mindig van alkalmunk elég gyakran kárhozthatni. Nem is olyan ritkán látjuk azt, hogy az állkapocs törvégeit *csontvarratokkal egyesítik*. Minthogy a harctéri állkapocstörések túlnyomó többségben nem complicatio nélküli subcutan, hanem a lágyrészek kisebb-nagyobb sérüléseivel komplikált comminutiv törések, a varratok sikerének főfeltétele: az aseptikus terület hiányzik. Így van az, hogy az ilyen varratok csakhamar kihullanak, kisebb-nagyobb necrosisokat okoznak. Az ilyen varratok elhelyezésekor különben is és rendszerint a fogsorok egymáshoz való viszonya (articulatio), illetőleg ennek helyreállítása kellő figyelemben nem részesül és az állkapocs íve ilyenkor rendszerint szűkítetik, úgy hogy ha még eredményes is és sikeres is lenne a varrat és a törvégeket tartósan rögzítené, úgy hogy a kívánt csontcallus megképződne, a fogsorok találkozásában támad zavar. Az állkapocs íve nem lesz a felsőhöz illő, a fogak találkozásainak módja (articulatio) nem lesz olyan, hogy a beteg rágása, táplálkozása zavartalan lenne. De egyébként is a harctéri állkapocstörések alakja nem egyszerűen vonalas, de legtöbbször darabos és a kisebb-nagyobb letört darabok dróttal való rögzítése teljesen lehetetlen, úgy hogy az ilyen legtöbbször a lágyrészekhez tapadt darabokat műtét közben eltávolítják és csak a két törvéget drótozzák össze. Ennek az a következménye, hogy, a mint már fentebb említettük, az állkapocs íve így tetemesen szűkül, mi viszont az articulatio (rágás) hátrányos még sikeres varrat esetén is; de továbbbi hátránya az is, hogy a kisebb-nagyobb csontdarabok így elvesznek, ezek pedig czélszerű szakkezelés mellett, mint látni fogjuk, bőséges forrásai a csontcallus támadásához szükséges periostnak.

Ugyanez a véleményünk a szenvedett sérülés után állkapocshiányok esetén alkalmazott *immediát prothesisekről*,

sínekről is, melyek rendszerint kaucsukból vagy fémből készülnek. Ezeket is legtöbbször drótvarrat vagy csavar rögzíti a törvégekhez és így olyan elbírálás alá kerülnek, mint fontosabb láttuk, a drótvarratok.

Néhány szóval még szeretnénk rámutatni arra, mennyire nem helyeseljük (egyestől eltekintve, melyekben más orvosi szempontok követelik) a szenvedett sérülést követő időben történő primaer *varratokat*, melyek a lágyrészeket összehúzzák. Általában azt tapasztaljuk, hogy az ilyen varratok septikus műtéti téren nem tartanak, de főleg azért tartjuk hátrányosnak, mert rendszerint a szakkezelést, a törvégekhez a hozzáférést nehezítik meg.

Végül a figyelmet arra kívánjuk felhívni, hogy az állcsontok törései esetén minden egyes kis tört darabnak a gyógyulásra nagy fontosságot tulajdonítunk, azokat, még ha az első időben szabadon mozognak is, de a lágyrészekhez odatapadtak, szükség nélkül el ne távolítsuk.

Az eddig előadottakat összefoglalva, röviden az a nézetünk, hogy az állcsonttörést szenvedettet a sebet fedő és célirányos (a törvégeket nem rögzítő) kötéssel lássuk el, kerüljünk minden nem okvetlen szükséges sebészi beavatkozást és lehető gyorsan stabil intézetekbe szállítva, tegyük lehetővé, hogy a beteg *minél gyorsabban szakkezelésbe kerüljön*. Nem kell külön hangsúlyoznunk, hogy *a beteg gyógyulása annál gyorsabb és tökéletesebb, minél kevesebb idő telik el a sérülés és a szakkezelés kezdete között*.

Ezek előrebocsátása után méltóztassék megengedni, hogy néhány szót szóljunk azokról az *elvekről*, melyek bennünket az állcsonttörések kezelésében vezetnek.

Az állkapocstörések kezelésében célunk egyezik mindabban, a mire a modern chirurgus törekszik csonttörések kezelése közben. A sebész célja meggyógyítani az eltört csontot úgy, hogy gyógyulás közben a törési végek el ne tolódjanak; hogy az izomzat, az ízületek ne szenvedjenek és végeredményben a lehető legtökéletesebben helyreálljon a functio. E célok elérésére az idők folyamán különösen négy irány, négy methodus alakult ki a therapiában. Elsőbben kell

kiemelnünk az *immobilizáló* eljárást. Ez arra fordít főleg gondot, hogy a közeli ízületeket kötésekkel, sínekkel (gipsz stb.) rögzíti addig, a míg a törés meg nem gyógyul s főleg arra ügyel, hogy a törvégeket jó helyzetben tartsa. Figyelmen kívül hagy azonban több mellékkörülményt, így nem számol a tört csontot ellátó izomzattal, annak elváltozásaival (atrophia), sem az ízületekben beálló változásokkal (merev ízületek). A második methodus a *functionalis* kezelés, mely nem törekszik elsősorban az anatomikus formák, alakok lehető legtökéletesebb helyreállítására, hanem főcélja a functio helyreállítása. A szigorú rögzítés mellékes momentum és már korán iparkodik a töréssel szomszédos ízületek mozgatására. E törések kezelése során egy harmadik irányt jelöl meg *Bardenheuer extensió*s módszere, mely methodus a két előbb említett előnyeit törekszik egyesíteni. Eszköze a célirányos húzás, nyújtás. Végül említenünk kell a csont-*variatokat* (ezüst vagy aluminium bronzdrót).

Ha azt nézzük, hogy különböző időben miképpen gyógyították az eltört állkapcsokat az orvosok, akkor azt látjuk, hogy minden időben követték az általános sebészetben elfogadott vagy esetleg divatos eljárásokat. E pillanatban még inkább, mint bármikor elég határozott kritikát mondhatunk az eljárásokról.

Elmondhatjuk, hogy az *immobilizáló* eljárás egymagában bennünket célhoz nem juttat. Ha a gyógyulás tartamára a fogsorokat valamely módon (mondjuk normalis articulatiós helyzetben) egymáshoz rögzítjük, avagy rögzíthetjük, ezzel egyszersmind az állkapocsizületet helyezük función kívül és pedig legtöbbször hosszabb időn át. Ennek szomorú eredményei ma már mindenfelé ismeretesek; a beteg száját nem nyithatja, tisztán nem tarthatja, csupán folyékony táplálékkal élhet. Ma elmondhatjuk, hogy lomtárba kerültek már azok a kitalálások, melyek az ilyen immobilizáló methodusok eszközei voltak. Így azok a sínek, kötések, melyek Hippokratés idejétől kezdve ismeretesek: a funda maxillae, a capistrumok és a többi hasonló célú, újból és újból ajánlott eszközök.

A *functionalis* methodus szintén csaknem teljesen hasznavehetetlen az állkapocstörések therapiájában. Ma az esetek túlnyomó többségében nem mondhatunk le az állkapocs normalis, anatomikus helyreállításáról, mert e nélkül a legtöbb esetben az arcz eltorzul. De nem mondhatunk le a legtöbb esetben azért sem, mert a beteg fogsorainak találkozása zavarodik meg, s ilyenformán rágóképessége szenved erősen.

Hausmann a saarbrückeri Knappschaft-Verein gyógyházában tett kísérletet oly methodussal, mely a *Bardenhauer*-féle extenziós elveket tartja szem előtt: a tört állkapocsban ülő fogakra erős fonalat hurkol, a fonalat csigára vezeti és végére súlyt akaszt. Az ilyen berendezés alkalmas lehet ugyan arra, hogy kellő erő alkalmazására, a frissen tört végeket a normalis helyzetbe hozza és tartsa és a helytelen irányban elmozdító izomcsoportok hatását ellensúlyozza, de rendszerint olyan körülményes, sőt oly sok hátránnyal jár, hogy ez az eljárás szélesebb körben követőre alig akadt. A beteg gyógyulása tartamára ágyhoz van kötve, a túlságosan megterhelte fogak elmozdulnak, meginognak a túlságos megterhelés következtében.

A *csontvarratok* sem mondhatók állkapocstörés esetén ideális gyógykezelésnek. Ennek az eljárásnak egyik hátránya már az, hogy a törvégeket rögzítő callus nagyon kicsiny. Leginkább ott van helyén, a hol a műtéti teret biztosan aseptikusan tarthatjuk. Már ez a körülmény csaknem kizárja az állkapocstörések túlnyomó nagy részét, t. i. azokat, melyek komplikált törések, a hol csonttöréssel együtt kisebb-nagyobb mértékben lágyrészek is sérültek. Helyén való lesz talán a methodus olyankor, a mikor a tört állkapocsrészekben fogak nincsenek. Bár sok esetben a varrat reactio-tünetek nélkül helyén marad, nem ritkák azok az esetek sem, a mikor lobosodások, elhalások támadnak. De mindezekon kívül számolnunk kell éppen állkapocsvarratok alkalmazásakor a törvégek dislocatiójára is.

Ezen methodusok egymagukban állkapocstörések kezelésére nem alkalmasak. Ma azt kell hogy mondjuk, hogy az

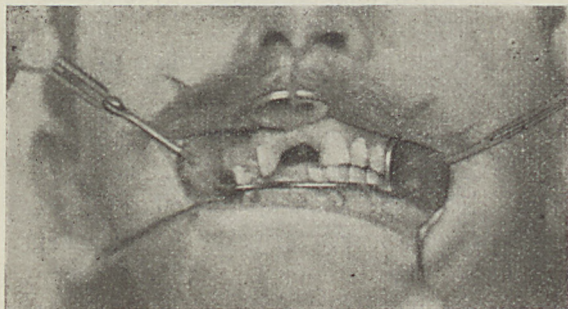
olyan eljárás, mely a törvégeket immobilizálja ugyan (értem természetesen a helyes irányban és tartásban), de a mellett a funkcióra is gondot fordít, nyújtja egyes-egyedül a jó gyógyulás biztos garantiáját.

Harcztéri állcsonttörések gyógyításában első igyekeztünk a törvégeket *normalis* vagy *lehetőleg normalis helyzetbe* hoznunk (reponálás). E célra állanak rendelkezésünkre különböző rendszerű fogászati sinek, melyeket a törvégeken ülő fogakhoz rögzíthetünk. Ez a reponálás könnyű akkor, ha a törvégek *kézzel* és könnyen *elmozdíthatók* és helyükre tehetőek. Már nehezebb és hosszabb időt igénybevevő a repositio, ha a törvégek *nehezen elmozdíthatók*, ha azokat hegek vagy különböző izomhatások rögzítik. Ilyenkor különleges készülékekre, sinekre van szükségünk. Ha rossz helyzetben *csontos callus rögzíti* a törvégeket, akkor ehhez a repositióhoz már előbb sebészi ténykedésre van szükségünk. A már reponált törvégeket alkalmas készülékekkel, sinekkel *rögzítjük* és így lehetővé tesszük, hogy a nyugalomba tett törvégek közt csontos callus támadjon.

Ezen sinek és készülékek megítélésére nem az a lényeges szempont, milyen anyagból készültek, milyen technikai rafinementtel vannak megcsinálva és mennyiben „modern” szerkezetűek; ezek mind mellékes szempontok. Lényeges kizárólag az apparatus abbéli képessége, hogy a gyógyulást mennyiben teszi lehetővé?

Ezt ki kellett emelnünk, mert éppen az állcsonttörések gyógyítási tanában, a jelen háborúban kialakult olyan irány, mely a „modern” jelszóval a legújabban konstruált és bevezetett apparátusokra esküszik, a régebbi bevált jónak bizonyult módszerek háttérbe szorításával. Ezeknek a „modern” apparátusoknak is meg van a jogosultságuk, de csak ha kellő orvosi indicatio alapján alkalmaztatnak.

Bennünket ezek megválasztásában, készítésében az a szempont vezet, hogy lehetőleg *egyszerű constructióban érjük el a kívánt hatást*. Nekünk az apparatus sohasem *önczél*, hanem eszköz a gyógy sikerhez.



1. ábra.

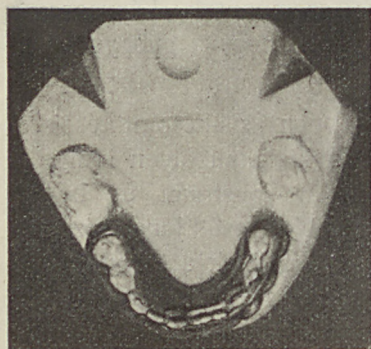


2. ábra.

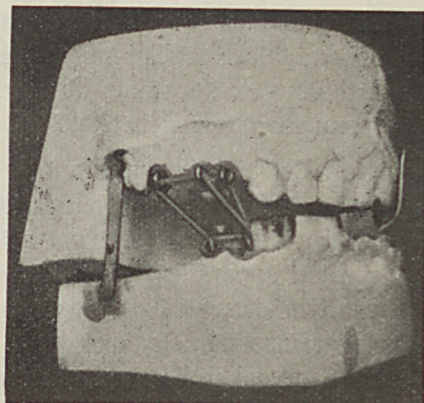
1. ábra. Egyszerű fémív; állkapocs könnyen reponálható törvégeinek beállítására; bal oldalon ferde sík van az ívre forrasztva, mely megakadályozza a szájba beforduló tördarab elmozdulását. — 2. ábra. Fémferdesík (öntött fémgyűrűvel a fogakra erősítve) a szájban.

Néhány ilyen sint, eszközt (egyszerű fémsin, fémív, ferdesík, aczélrúgós-tágító, csavar és intermaxillaris ligatura) alkalmazási módjával együtt mutatunk be ábránkon.

* * *



3. ábra.

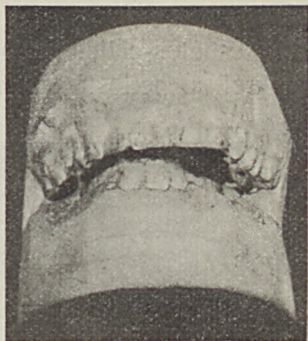


4. ábra.

3. ábra. Öntött fémsin; törés a középvonalban (dislocatio minimalis).
4. ábra. Intermaxillaris gummiligatura a tört állkapocs-darab felemelésére; baloldalt a baloldali törvég helybentartására fém ferde sík.



5. ábra.



6. ábra.

5. ábra. Horzsolásos lövés nyoma az állon. — 6. ábra. Rosszul gyógyult törés után a fogsorok találkozásása (lásd 5. ábrán feltüntetett beteg esete).

Az a tapasztalatunk, hogy törések, melyek elég frissek, nem elhanyagoltak, az esetek túlnyomó többségében ilyen, úgy mondhatjuk, *prothesises kezelésre* gyógyulnak, a törvégek összezsontosodnak még akkor is, ha a törvégek között kisebb-nagyobb csonthiányok támadtak.

Vannak azonban esetek, a mikor a törés ilyen *prothesises kezelésre* nem gyógyul; a törési végek össze nem cson-



7. ábra.



8. ábra.

7. ábra. Az 5. ábrán feltüntetett beteg állkapcsa; a törvégeket hegek rossz helyzetben rögzítik. — 8. ábra. Ugyanaz; fogakra öntött sínek czementezve, ezeken acél tágitó rúgó.

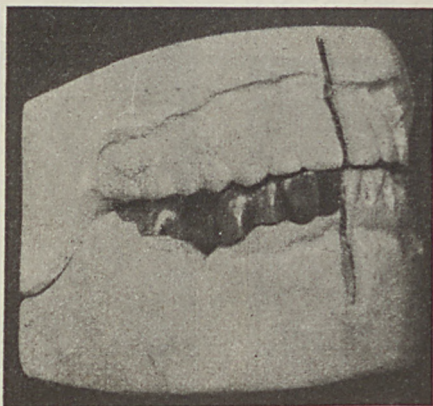
tosodnak. Ilyen esetekben fel kell vennünk, hogy a törési végek közt csontos-callus nem támad, vagy azért, mert a tört darabokról a periost élettani működése nem indul meg



9. ábra.

Ugyanazon beteg, törvégek reponálva;
az így támadt hiány helyén prothesis.

olyan kóros elváltozások támadtak például a törési végeken), vagy azért, mert esetleg a törési végek közé idegen test (lövedék-darabok, fog vagy fogrész), esetleg a környi lágyrészek, hegek mint interpositiumok kerültek és a csontos-

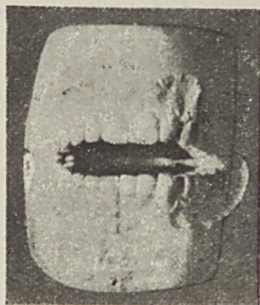


10. ábra.

Törvégekre cementezett öntött fémkoronák; ezek közé iktatott csavar, mely a nehezen reponálható törvégeket szétolja.

callus képződését akadályozzák; ilyen esetekben egyszerűbb operatív beavatkozás, idegen testek eltávolítása, a törvégek felrúszítása, a löcsatorna kicanalizása a legtöbbször célhoz vezet.

Egészen más lapra tartoznak már most az olyan esetek, melyekben már tulajdonképpen nem állkapocstörések gyógyításáról van szó, hanem bizonyos olyan állapotok javításáról, a mely állapotokat a *rossz gyógyulások* eredményeztek. Ilyen



11. ábra.

Fogsorok helyzete *szájcsukás-kor* kétoldali állkapocstörés esetében (törés helye: az állkapocs-szögletek előtt).



12. ábra.



13. ábra.

12. ábra. A 11. ábrán feltüntetett esetben alkalmazott fémívek a fogsorokon és azok között kifeszített intermaxillaris gummiligatura a kö-zépső tört darab felemelésére. — 13. ábra. Ugyanaz az eset gyógyu-lás után.

állapotok rendszerint a legtöbbször akkor támadnak, ha az állkapocs törése kellő időben szakkezelésre nem jutott.

Olyankor, a mikor a sérültnek heteken, hónapokon át esetleg csupán külső lágyrész sérülései részesültek kezelésben és az állcsonttörésre figyelemmel nem voltak; vagy olyankor, mikor kényszerítő körülmények nélkül a tört állkapocs kisebb-nagyobb darabjait, mint sequestereket eltávolították és még ezután sem gondoskodtak a tört darabok kellő nyugalomba helyezéséről, rögzítéséről. Így támadnak az esetek túlnyomó többségében állizületek, kisebb-nagyobb maradé defectusok, vagy így csontosodnak össze rossz helyzetben a törési végek. Ezen állapotok javítása, gyógyítása már csakis sebészi.

Ilyen esetekben csonttransplantációs műtétek nyújtják egyedül a definitív gyógyulás lehetőségét. Bár voltak eseteink, melyekben nagyobb ilyen defectusok dacára is az állkapocs funkciója kielégítő és habár definitive az ilyen beteget gyógyultnak nem tekinthetjük, gyakorlatilag mégis az állapotot kielégítőnek mondhatjuk.

LAPSZEMLE.

„Egy cariosus fog által okozott pyaemia halálos ki-
menettel“ címmel cikket közöl egy német tábori kórház-
ból *Eduard Schalit* dr. segédorvos a „Zahnärztliche Rund-
schau“-ban.

Egy 22 éves Landwehr-gyalogosról van szó, ki a front-
ról a tábori kórházba járt, a jobb alsó állkapocsban heves
fájdalmakról panaszkodott. Általános bágyadtság, rossz köz-
érzet, láz és időközönként fellépő rázóhideg is jelentkezett
nála. A rögtön megejtett vizsgálatnál található volt egy tömör
tapintatú, nem fluctuáló, de nagyon fájdalmas és kiterjedt
daganat, mely az állkapocs alsó részén túl a nyakig ter-
jedt. A bőr fölötte feszült, erősen piros, forró és fényes.
Egy súlyos beteg kinézését keltette, a pulsus kicsiny és
gyors, hőmérséke valamivel 39^o-on felül emelkedett. A rágó
izomzat beszűrődése által oly nagyfokú állkapocszár támadt,
hogy a majdnem teljesen zárt fogsoron keresztül csak egy
igen vékony eszközt lehetett bevezetni. Csupán egy Heister-
tágító segítségével lehetett valamelyest a beteg góczot meg-
közelíteni. A heves fájdalmak enyhítésére a beteg morphi-
um-injectiót kapott, mire kissé megnyugodott és így az objec-
tive-vizsgálat könnyebben volt keresztülvihető. A szájfénéken
semmi különös pathologikus változás, a fogazat meglehetősen
jó karban, csak a második (ez esetben utolsó) jobb alsó
molaris mélyen cariosus, nyomásra nagy fokban érzékeny és
a beteg is ezen fogat jelölte bajának okozójául.

Tekintettel a beteg fenyegető állapotára, azonnali be-
avatkozás vált szükségessé. A fennállott állkapocszár miatt

egyrészt, az esetleges fogfracturálást elkerülendő másrészt, a fog a *Berten*-féle emelővel sikeresen el lett távolítva. Az extractio után az alveolusból bőséges mennyiségű bűzös geny ömlött ki. A sebüreg hyperol-oldattal lett kifecskendezve, a betegnek antiseptikus szájöblögetések és a beteg arczfélre egy forró vízzel megtöltött tábori kulacs segítségével forró száraz borogatások lettek rendelve. Ezek után a beteg subjectiv közérzete valamivel javult, a fájdalmak is jóval enyhültek és az éjszakája is nyugodtan telt el. Másnap a remélt javulás, sajnos, nem volt észlelhető. Óráról-óra egyre aggasztóbb lett az állapot: a hőmérsék, mely az extractio után valamivel lejjebb szállt, ismét a magasba szökött és estefelé egy hirtelen hőeséssel beállott a halál! Tekintettel az eset tanulságos voltára, megejtették a halott felboncolását. Lelet: Ezen tájék valamennyi nyirokmirigyének elgenyvedése, a nyaki izmok mentén a kulcscsontárok és mellcsonttájékig terjedő genysülyedés; genyes mellhártyalob, illetve empyema és egy septikus általános infectioval fellépő veselob, infectio a lépben és szívizom elfajulás. *Schalit* dr. fejtegeti továbbá, hogy a tragikus eset, melynek egy fiatal emberélet esett áldozatul, némi reflexiót kelt fel bennünk. Vajjon a korai kellő beavatkozás által nem tudtuk-e volna ezen tragikus esetet elhárítani s így egy elhanyagolt esettel állunk szemben. A betegnek beszállításánál tett kijelentései és ellenkezése mindennemű beavatkozás iránt, sajnos, újból — nagyon sok, különösen idősebb orvosoknál is fennálló — azon előítélettel állunk szemben, mely szerint a már fennálló daganatnál fogat nem szabad húzni. Mi ime ellenkezőleg azon állásponton vagyunk, hogy egy fognak gyors eltávolításánál a beteget minden súlyos következménytől meg kell óvni. *Hilliger* szerint is: „óvakodjunk minden ily esetben expectative eljárni!“ Ha a korai stadiumban a fog extractiója által a geny a szájöregen keresztül kellően kiürülhet, úgy minden súlyos tünet visszafejlődhetik még. Igaz ugyan, hogy a praxisban ily fogak gyakran conservative is kezelhetők, csak hogy a harcztéren más fontosabb tényezők és körülmények szerepelnek, mint egy fognak ily esetben való

megmentése. Hogy ezen esetek nem véletlenül mulnak, hanem bizonyos határozott szabályokon alapulnak, elsősorban *Partsch*, utána pedig *de Smitt* és *Smelhaus* bizonyították. Az anatómiai viszonyokban is rejlik, hogy az alsó molarisok genyes folyamata gyakrabban alkalmat nyújt pyaemiára, mint a felső fogaké.

E tény magyarázata az alsó állkapocs rendkívül resistent labialis alveolaris falában keresendő és pedig az alsó állkapocs ama helyén, a hol az a *linea obliqua* mentén mint *proc. coronoideus* folytatódik. Ezen anatómiai viszonyok sokkal inkább megnehezítik, illetve késleltetik az abscessus át-törését, mint a felső állkapocsban. Az ezen mód a tályog-ürben visszatartott geny állandó veszedelmet jelent az egész szervezetre nézve. Bár *de Smitt* ezen magyarázatot *hypothesis*nek tartja, a cikk írója viszont nagy jogosultságot tulajdonít neki.

Mayerhofer szerint, mint egyebütt a testben, úgy az állkapocstól kiindulólag is a *vivőerek* útján általános *pyogen infectio* támad, a mely esetekben a *thrombusok* genyes szét-esése fejlődik ki. A fent leírt eset tehát bizonyítja, hogy magában a fogban székelő *infectio* forrás egyedül is képes a legsúlyosabb következményeket is előidézni.

Ref.: *Seligmann Emil* dr.

„Rotax” centrifugalis öntőkészülék

betétek, csaposfogak, hidak és lemezek részére.

A Rotax-készülékkel való kezelés a lehető legegyszerűbb, mivel a rotatio egy szalag meghúzása által eszközöltetik.

Az oldócsésze elhelyezése az öntőregformához horizontális, úgy, hogy az öntőcsatorna eldugulása teljesen ki van zárva.

A centrifuga körül egy 8 cm. magas védősáncz van, úgy hogy az arany kipattanása által a kezelőre háramló veszélytől tartani nem kell.

A Rotax-készülékből körülbelül **1000 darab van használatban**, melyek valamennyien a legjobb megelégedésre működnek.

Következőkben adunk néhány referenciát:

Dr. S. Bauer, dr. Bermann, dr. Berger, dr. Breuer, dr. Drahorad, dr. Fink, dr. Fleischmann egyet. m.-tanár, dr. Frey, dr. Friedmann, dr. Grossmann, dr. Herzog, dr. S. Herz, dr. Jarisch, dr. Kaas, dr. H. Kantz, dr. Károlyi, dr. Klinger, dr. Kränzl, dr. Kulka, dr. Latzer, dr. Loos egyet. tanár, dr. Löffler, dr. Pichler, dr. Placzek, dr. Pollak, dr. Praetzl, dr. Rieger, Riegner tanár, dr. Rothmann egyet. m.-tanár, dr. Schreier, dr. Schulz, dr. Nik. Schwarz, dr. Sborowitz, dr. Spitzer, egyet. m.-tanár, dr. Turnowsky, dr. Vierthaler, dr. Werner, dr. Ziffer stb. fogorvos urak.

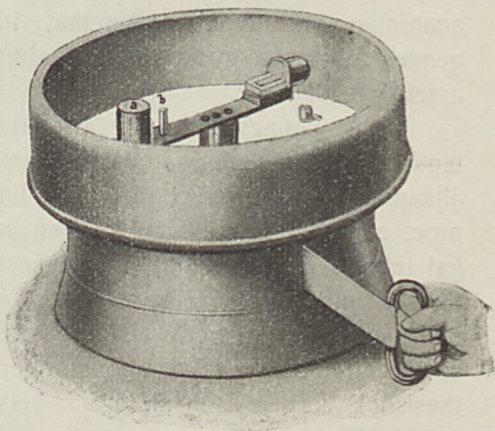
Gromann, Höffer, Jungwirth, Kaufmann, Löbl, Scheidler, H. Schmidt, Woditschka stb. fogtechnikus urak.

A készülék 4 cylindrikus küvettet, 2 kúpot, 12 csapot, 1 doboz mintázóviaszot, 1 doboz beágyazóanyagot, 1 fogót, 1 Bunsen-égőt drótállvánnyal és 1 tartaléktégelyt tartalmaz, ára 140 K.

A hajlítókár ára, nagy küvettel lemezöntésre 24 K.

WEISS & SCHWARZ

WIEN, I., Petersplatz 7.



HIREK.

Valamennyi honvéd kerületi-, honvéd pótzászlóalj-, huszár pót század-, tüzér pótüteg-, honvéd kiegészítő-, valamint népfőlkelő parancsnokságoknak (a zagrebi honvéd kerületi parancsnokság területén lévők kivételével) valamennyi honvéd intézet-, a budapesti honvéd helyőrségi kórház és valamennyi honvéd hadikórház parancsnokságának.

Állomáshelyeiken.

Budapest, 1916. évi április hó 7-én.

A budapesti csobáncz-utcai honvéd hadikórházban az állcsonti sérülések együttes sebészi és fogorvosi gyógykezelése, valamint honvéd egyéneknek a harcztéri szolgálat alatt megbetegedett vagy elpusztult fogzatának szakszerű gyógykezelése, illetve pótlása céljából foggyógyászati osztály felállítását rendelttem el.

Ezen osztály a „*Csobáncz-utcai honvéd hadi-kórház foggyógyászati osztálya*“ címet viseli.

A foggyógyászati osztály feladata:

- A) az állcsonti törések gyógykezelése;
- B) a harcztéri szolgálat következtében elpusztult vagy megbetegedett fogak szakszerű gyógykezelése és pótlása;
- C) azon egyének foghiányainak pótlása, kiknek egyébkénti alkalmasságuk mellett ezáltal az arcvonalbeli szolgálatra való alkalmasságuk várható;

D) az előbbi pontokban nem említett honvéd havidíjasok fogainak gyógykezelése és pótlása, s az ugyanilyen legénységi egyének fogainak gyógykezelése ;

E) honvéd egyének (havidíjasok és továbbszolgáló altisztek) családtagjai fogainak gyógykezelése és pótlása.

Az A) B) C) pontokban említettek feltétlenül és első sorban felveendők s azok gyógykezelése, valamint a műdarabok mindenkor a kincstár terhére eszközlendők.

A D) pont alatt említett havidíjasok gyógykezelése és ezek számára a műdarabok előállítására, a szükséghez képest és a rendelkezésre álló időhöz mérten és mindenkor az illetők költségeire, az esetenként megállapított díjszabás szerint eszközlendők. A D) pont alatt megjelölt legénységi egyének fogainak gyógykezelése, valamint a továbbszolgáló altisztek fogainak műdarabokkal való pótlása, orvosi javaslat és előzetes engedély alapján, díjtalan. Ez mindenkor innen lesz kérelmezendő.

Az E) pontban említettek gyógykezelése a háború tartama alatt nem tervezetlik.

Az A) B) C) pont alattiak *csak* valamely parancsnokság rendeletére juthatnak az osztály gyógykezelésébe. Gyógykezelés, esetleg a kórház állományába való felvétel iránt a foggyógyászati osztály rövid uton az illető parancsnokság részéről mindenkor előzetesen megkérzendő.

A B) és C) pont alatti havidíjasok szükség esetén, amennyiben azt az illetők maguk is óhajtják és hely van, a kórház állományába is felvehetők. A D) pont alattiak azonban a kórház állományába semmiesetre sem veendők fel.

A B) és C) pontban említett legénységi egyének, amennyiben kórházi kezelést egyébként nem igényelnek és a Budapesten állomásozó póttestekhez tartoznak, a foggyógyászati osztállyal egyetértőleg megállapított időben szolgálati jeggyel küldendők be gyógykezelés végett a kórházba.

Akik nem Budapesten állomásozó pótzászlóaljához tartoznak, de speciális gyógykezelést igényelnek, azokra nézve a póttestek a 2 példányban kiállított névjegyzékkel gyógykezelés végett megkeresik a kórházat. Ezekben a névjegyzékekben feltüntetendő, hogy milyen kezelésre és milyen alapon

(B és C) van az illetőnek igénye és milyen annak egyébkénti testi alkalmassága. A foggyógyászati osztály ezen jegyzék egyik példányát, a kezelési javaslattal ellátva, az illető póttestnek visszaküldi, amelynek alapján a kijelölt legénység a foggyógyászati osztály által meghatározott időre az első honvéd pótzászlóalj élelmezési állományába adandó és az első honvéd pótzászlóalj lábadozó osztagánál helyezendő el, honnan lehetőleg csoportokban vezetendő elő gyógykezelésre.

A C) pontban említett legénységi egyéneknél a szolgálati jegyen az orvosfőnökök, — felelősség terhe mellett — mindenkor tüntessék fel azt a minősítést, hogy az illetők milyen szolgálatra alkalmasak, illetve a gyógykezelésük után szolgálatképesek lesznek-e vagy sem, mert különben a foggyógyászati osztály a gyógykezelést megtagadja.

Fő elv, hogy olyan legénységi egyének, kik jól tápláltak, tekintet nélkül a foghiányra, egyébkénti testi alkalmasságuk mellett, szolgálatképeseknek tekintendők.

Miután a nagyfoku kautsukhiányra való tekintettel a fogpótló darabok csak azok számára állíthatók elő, akiknek ilyenekre föltétlenül szükségük van, ennél fogva fogorvosi gyógykezelés alá csak azon legénységi egyének vonandók, akiknek táplálkozási viszonyai a foghiány által láthatóan szenvednek. A csapat orvosfőnökök által tehát fogpótló darabokkal leendő ellátás céljából, — feltéve, hogy a fogpótló darab elkészítésével és használatbavételével az arcvonalbeli szolgálatra való alkalmasság feltétlenül bekövetkezik, csakis olyan egyének hozandók javaslatba, a kik különbeni egészségük mellett csak a foghiányaik miatt látszanak harcztéri szolgálatra alkalmatlanoknak.

Azon legénységi egyéneknek, akik csak segéd- vagy őrszolgálatra alkalmasak, fogpótlásoknak a kincstár terhére leendő előállítására nincsen igényük. Olyan legénységi egyéneknek, kiknek a foggyógyászati osztályon történt szakorvosi megállapítás szerint fogpótlásra nincs feltétlenül szükségük, a fogpótló darab nem állíttatik elő.

A foggyógyászati osztály vezetőjének kötelességévé tétetik, hogy a rendelkezésre álló kautsukot lehetőleg első

sorban az állcsonti sérültek részére tartsa fenn és hogy abból a többi fogpótló darabok csak a rendelkezésre álló mennyiséghez képest készíttessenek, vagyis a rendelkezésre bocsátott kautsuk csak az A) B) C) pontok szerinti fogpótlásoknál használtassék fel; míg a D) pont alattiak részére a fogpótló darabok regenerált kautsukból állítandók elő.

Az A) B) C) pontoknál mindenkor szigorú elbírálás tárgyát képezze, hogy az illetőknek fogai milyen anyagból pótoltassanak. Amennyiben lehetséges, a pótlások nem nemes fémek és ötvözetekből is eszközölhetők.

A D) pont alattiak közül azok részére, kik a gyógykezelési költségeket megtéríteni tartoznak, azt a következőkben állapítom meg:

Foghúzás érzéstelenítéssel	K.	1.—
Cement Guttapercha-tömés	„	1.—
Amalgan-tömés	„	2.—
Zománcz-tömés	„	3.—
Gyökér-tömés	„	1.—
Kautsukba foglalt műfog arany kramponnal	„	6.—
„ „ „ platin „	„	8.—
Kautsuk javítás	„	5.—

A nemes fémekből és ötvözetekből készült munkáknál a fémek a napi árfolyamok szerint térítendőek meg, és pedig azok súlyai szerint, mindenkor a munkánál elhasznált legmagasabb karat minőségű fém árát véve alapul. Ezenkívül fizetendő aranykoronáért, hézagfogakért és csapfogakért foganként, lemezekért pedig az egész darabért 10 korona, továbbá a csapfogaknál és porcellán hézagfogaknál még az elhasznált műfog napi árfolyam értéke. Ugyanez áll a javításokra is.

Visszaélések elkerülése, illetve ellenőrzés céljából elrendelem, hogy a foggyógyászati osztály mindazon egyének neveit, kik a C) pont szerint fogpótló darabokkal láttattak el, ezt a körülményt a fogpótló darab közelebbi megjelölése mellett az illető póttest parancsnokságával szolgálati jegyen közölje.

Az osztály kis befogadóképességének ellensúlyozásául elrendelem, hogy a bejáró betegek részére az ambuláns gyógykezelés d.-e. 8—1-ig és d.-u. 2—7-ig eszközöltessék.

Miután a gyógykezelés meghatározott időpontban történik, nem volna helyénvaló, ha az orvosi működés szerint megszabott gyógykezelési idő a berendelték által nem tartatnék be, és esetleges indokolatlan elmaradások által a gyógykezelésre megszabott határidő kitolatnék. Az osztályvezető orvosnak tehát szigorú kötelességévé teszem, hogy amennyiben ez figyelmeztetés dacára megismétlődnek, a gyógykezelés folytatását tagadja meg és erről az illetékes parancsnokságot értesítse. Ezen rendelkezés a kezelő helyiségben kifüggesztendő és az a kezelés megkezdésekor a betegekkel is közlendő.

Együttal utasítom a parancsnokságot, hogy amennyiben állcsonti sérültek állományukban vannak és azok még további kezelést igényelnek, az illetőket ennek a kórháznak mielőbb adassa át.

Jelen rendelet, a mely a zagrebi honvédkerületi parancsnokságnál fordítandó és adandó ki az alárendelt parancsnokságoknak, valamennyi a czimben felsorolt parancsnokságoknak kiadatik és a honvédfőparancsnoksággal közöltetik.

HIVATALOS RÉSZ.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Választmánya 1916. szept. havában tartott ülésén az elnök indítványa értelmében a „Stomat. Orsz. Egyesülete“, a „Centralverein Deutscher Zahnärzte“, a „Zentralverband der Oest. Stomatologen“ és a „Verein oest. Zahnärzte“ Egyesületek vezetőségeihez a következő átirat ment:

T. Testvéregyesület!

A világháború bennünket közép-európai államokat nemcsak fegyverbarátságba olvasztott össze, de ezenfelül minden kulturális téren is szorosan egybefűzött és pedig nemcsak a háború idejére, de előreláthatólag az elkövetkezendő békeidőre is.

Ezen egyesülés és közös munkálkodás több kulturális téren már magvalósult.

Alulirott egyesület elérkezettnek látja az időt, hogy a fogorvoslás terén is Magyarország, Ausztria, Németország, Bulgária és Törökország között minél hamarabb bizonyos értelemben közös munkálkodás támadjon. Tárgyműködési térényilik számunkra így: megszervezhetjük egyrészt a fogorvosi működést a hadseregben háborúban és békében, de másrészt lehetőleg egyöntetűen megoldhatnók az állcsontsérültek rokkantságának kérdését. E gyakorlati és kétségen kívül nagyfontosságú kérdéseken kívül, nem kevésbé fontos tudományos kérdések is előtérbe lépnek: nézzük pld. állcsontsérültek statisztikája, azok gyógymódjai, eredményei stb.

Mindezen okoknál fogva a „Magyar Fogorvosok Egyesülete“ elhatározza:

„hogy a fenti értelemben és indokolással megkeresi a felsorolt országok (középeurópai hatalmasságok) fogorvos és stomatologus testületeit, azokat a fent kifejtett közös célokra és közös munkára felhívja.“

Mikor ezen határozatunknak eleget téve T. Egyesületet a fentiekkel megkeresem, kérem ez ügyben elhatározásukat velem mielőbb tudatni kegyeskedjenek.

Budapest, 1916. szeptember hó. Kartársi üdvözléssel:

Dr. Szabó
e. i. elnök

A Stomat. Orsz. Egyesülete elnöke 1916. nov. 14.-én levelet küldött Egyesületünknek, melyben a „jelenleg egybe-hívhatlan“ Stomat O. E. nevében a szándékolt akciót korainak, maga részéről — továbbá — a kezdeményezést sikerre vezetőnek nem tartja. — A Centralverein D. Z. elnöksége örömmel üdvözlí az akciót, húsvéti nagygyűlésén a nagygyűlése elé erjeszti; az osztrák szakegyesületek lelkesedéssel csatlakoztak. a kezdeményezéshez.

Közgyűlés 1916. január 19.-én.

Elnök: *Dr. Szabó József.* Jegyző: *Dr. Frommer Zsigmond*

Elnök: fájdalommal jelenti *Dr. Schwartz Samu* és *dr. Omaszta Sándor* elhalálózását. Sajnálattal közli, hogy *dr. Gobbi Károly* és *Dr. Balogh László* fogságba jutottak.

Titkárhelyettes jelentést tesz azon intézkedésekről, melyet a háboru alatt felmerült kari ügyekben a vezetőség teljesített. Elismerően tudomásul vétetik.

A lelépő tisztviselők és választmányi tagok újból megválasztatnak.

Választmányi ülés 1916. szeptember hó 16.-án.

Tárgya: A központi hatalmak fogorvosi testületeihez intézett megkeresés. (Égész terjedelmében közöljük.)

Tudományos ülés 1916. június hó 3.-án.

Dr. Salamon Henrik: Orr- és arczprothesisek. (Közöljük.)

Dr. Szabó József: A szétválasztott szájnyalakahártya összenövését megakadályozó módszerek. (Közöljük.)

OVOMALTINE

magas diastase-tartalmú maláta-kivonat,
tej, tojás és kakaóból álló száraz készítmény.

Tartalmazza:

a tápanyagok mindhárom csoportját: **fehér-
:: jét, zsírt és szénhidratokat. ::**

Kitünő ízű, rendkívül könnyen emészthető,
:: :: tökéletesen asszimilálódó roborans. :: ::

FOGORVOSI

gyakorlatban különösen olyankor ajánlható,
midőn rachitikus, chlorotikus, anaemiás vagy
lueses paciensek fogkezeléséről van szó, to-
:: :: :: vábbá súlyos caries eseteiben. :: :: ::
Kisérleti anyag és irodalom díjmentes.

Dr. WANDER
részvénytársaság Budapest 100
Keresztúri-út 30.

Novocain-Suprarenin Inj.

Dr. Egger

Legeredményesebb anaestheticum fogászati célokra.

Dr. Egger fog- és szájpoló szerel:

Egleo-fogpép

Orvosi körökben kedvelt, erős mechanikus tisztító
képességű, jó kosmetikus hatású és igen olcsó ké-
szítmény.

Egleo-szájvíz

Kiváló kosmetikum: prophylaktikum a fogak és a
szájür infectiós megbetegedései ellen.

Dioxyn-szájvíz

Erős desinficiális hatású, állandó összetételű, oxy-
gént fejlesztő oldat. Orvosilag indikált szájkosme-
tikum.

Dioxyn-fogpor

Calcium superoxyd-tartalmánál fogva száj- és fog-
ápolásra igen alkalmas. A szájürt hathatósan
desinficiálja.

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J., BUDAPEST.

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 cm³
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.

Vegytiszta, 30%-os Hydrogenium peroxydatum.

Hydrogenium peroxydatum medicinale

RICHTER 3% = 12 Vol. %

Tiszta gyógyászati készítmény.

PEROXYD-SZÁJVIZ

Hydrogen peroxydatumból 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.

TARTALOMJEGYZÉK.

Eredeti közlemények.		Évfolyam.	Oldal.
Dr. Szabó József: A fog szöveteinek pótlása betétekkel		1914	1
Dr. Csernel Jenő: Desinfectio a fogászatban		"	49
Dr. Salamon Henrik és Dr. Szabó József: A harcztéri állcsontsérülések odontorthopädikus utókezelése		1915	121
Dr. Gadány Lipót és Dr. Ertl János: Az alsó állkapocs lövéses töréseinek sebészeti és fogászati kezeléséről		"	129
Dr. László Mór: A felső szemfog „bodily“ való elmozdítása		"	139
Dr. Bilaskó György: Fémtömések között támadó elektromos jelenségek			142
Dr. Szabó József: A harcztéri állcsontsérülésekről		1916	1
Dr. Szabó József: A szétválasztott szájnyalvok hártlya összenövését megakadályozó módszerek		"	9
Dr. Gadány Lipót: Az állkapocs töréses sérüléseinek fogászati kezeléséről		"	15
Dr. Salamon Henrik: Az orr, fül és arc nagyobb hiányainak prothesissal való pótlásáról		"	21
Dr. Szántó Armin: Az alsó állkapocs lövésű sérüléseinek gyógykezelése		"	31
Dr. Szabó József: Az állkapocs sérüléseinek conservatív kezelése		"	45

Lapszemle.

J. M. Saum: A gyökércsatornák kezelése és törése. Ref.: Dr. Radnai		1914	71
A. Milton Nodine: A pyorrhoea alveolaris systematicus hatása. Ref.: Dr. Radnai		"	71
C. G. Duwte: Az érvekek visszaállítása a bölcsességfog eltávolítása és egy abscessus kezelése által. Ref.: Dr. Radnai		"	72
Feiler: Érzéstelenítés a szájüregbeli operatióknál		1915	145
Colger: Állatok fogainak rendellenessége. Ref.: Dr. Bányai		"	178
Wloczewsky: Tápszerek alkalmazása a fogászatban. Ref.: Dr. Bányai		"	149
Cariousus fog által okozott halálos pyaemia. Ref.: Dr. Seligmann		1916	57

Könyvismertetések.

Gyakorlati fogászat (Dr. Szabó József) Ref.: Dr. Körmőczy Zoltán		1914	73
A fogak és azok ápolása (Dr. Ság Sándor) Ref.: Dr. Körmőczy Zoltán		"	74
Orvosképzés.		"	74
Lehrbuch und Atlas der zahnärztlich-stomatologischen Chirurgie. (Dr. P. Preiswerk.) Ref.: Dr. Körmőczy Zoltán		1915	151
Orvosképzés		"	154

Kari érdek.

	Évfolyam.	Oldal.
Dr. Schmidt Sándor: A fogtechnikusok jogállása a legújabb rendezés szerint	1914	75
Dr. Schächter Miksa: Uj beosztás	"	82

Egyesületi hírek.

Háborus esztendő. Dr. Körmöczy Zoltán.....	1915	119
Tiszteletbeli tagok választása	1914	85
Robert Gorel demonstrációja	"	85
Dr. Csernel Jenő előadása.....	"	86
Közgyűlési határozat a laboratóriumosok dolgában.....	"	86
Salamon Henrik dr. kilépése	"	86
Deputatio a tiszti főorvosnál	"	87
A bpesti kir. Orvosegyesület stomatologiai szakosztálya	"	87
Pro Patria!	1915	155
Felhívás (Marienbadi orvosi üdülő-otthon)	"	155
Poliklinikai főorvos változás	"	156
Stomatologusok orsz. egyesületének nagygyűlése	"	156
A csobáncz-utczai hadikórház foggyógyászati osztálya	1916	61

Hivatalos rész.

Elnöki megnyitó 1914. jan. 6.	1914	89
Figyelmeztetés (Lakásváltozás)	"	92
Titkári jelentés	"	93
Elvi döntés a segéd tartás tárgyában	"	98

Jegyzőkönyvek.

Választmányi ülés 1913. november 18.	1914	101
" " " " 1913. január 6.	"	103
Közgyűlés 1914. január 6.	"	104
Választmányi ülés 1914. május 18.	1915	167
" " " " 1914. aug. 13.	"	169
Tudományos ülés 1915. II. 27., 28., 29.	"	170
Választmányi ülés 1915. május 17.	"	170
Közgyűlés 1916. január 19.	1916	67
Választmányi ülés 1916. szeptember 16.	"	67
Tudományos ülés 1916. június 3.	"	67
Vezetőség és tagnévsor	1914	108
Czímkérdés	1915	159
Egyesületi könyvtár	"	160
Uj tagok	"	161
Fogorvosi fogtechnikai laboratóriumok	"	162
Pályázati hirdetés	"	163
Tiltott feliratu táblák ügye	"	164
Miniszteri döntvény a segéd tartás ügyében	"	165
A megszűnt sajtóper	"	167
A központi hatalmak fogorvosi testületeihez intézett felhívás	1916	65
Tartalomjegyzék	"	68

X. évfolyam.

1917. 2—4. szám.

November 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**.

KIADÓ ÉS LAPTULAJDONOS:

A MAGYAR FOGORVOSOK EGYESÜLETE.

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL:

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

— Megjelenik évenként négyszer. —

Tagsági díj évi 10 korona, melynek fejében a lap is díjtalanul jár.

Előfizetési díj nem tagok részére
évi 6 korona.

BUDAPEST, 1917.

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, köszörrülés 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 laboratóriumok 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:		Jelentés hadikórházak állkapocs-	
<i>Dr. Salamon Henrik:</i> Elnöki szék-		osztályairól	53
foglaló	1	A Középeurópai Fogorvos-Szövetség	
<i>Dr. Höncz Kálmán:</i> A prosopalgia		ügye	67
kór- és gyógytana	21	Könyvismertetések:	
<i>Dr. Fried Samu:</i> A nervus mandib.		Die Kriegerverletzungen der Kiefer- und	
érzéstelenítésének kérdéséhez	31	der angrenzenden Teile	45
<i>Dr. Hoff Móricz:</i> A kalium-natrium-		<i>G. V. Black:</i> Konservierende Zahnheil-	
kezelés	36	Kunde	48
<i>Dr. Landgraf Lőrincz:</i> Casuisticus		Hírek: <i>Dr. Zsigmondy Ottó</i>	74
közlemények	41	<i>Dr. Henning Károly</i>	76
Szemelvények:	50	Hivatalos rész:	77
		Hirdetések.	

Elnöki székfoglaló.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete 1917 szept. 22-én tartott rendkívüli közgyűlésén elmondotta *dr. Salamon Henrik*, egyetemi magántanár.

Tisztelt Közgyűlés!

Ez emelvényre lépve, első szavam természetesen a köszönet szava bizalmukért, mellyel e mindenkit megtisztelő díszes helyre hívtak és melynek elfoglalása kell, hogy mind-egyikünknek ambícióját képezze. Ha nem is szószerint és úgy értve, hogy mindenki, a ki egyesületünk tagja, sorrendben és személy szerint e polczot elfoglalja, hanem annál inkább abban a nemes altruistikus értelemben, hogy mind-egyikőjük abban a férfiúban, a kit szabad elhatározásból e helyre hívnak, a maga törekvéseinek, tudományos és kari céljainak, szóval eszményeinek kifejezőjét és megszemélyesítőjét lássa.

A mai választással annak a hitnek adtak kifejezést, hogy ezidőszert bennem látják ezt a férfiút. A megtisztelés nagyságának mértékét azon férfiak tudományos és karakterbeli kvalitásaiban találom, akik előttem foglalták el ezt a helyet és ha példa kedvéért e sorból csak az utolsó kettőt, *Rothmann* és *Szabó* kartársakat emelem ki, máris elem tor-

nyosúl a vállalt feladat nagysága. Ilyen kitűnő elődök után vajmi nehéz lesz bizalmuknak megfelelnem, de másrészt serkent a tudat, hogy az ő nyomdokaikba lépnem, már maga érdemes vállalkozás. Evvel összefüggésben azonban és a történelmi igazság meg hűség kedvéért, sietek megállapítani: hogy a mai elnökválasztás — ha külsőségeiben talán nem —, de előzményeiben lényegesen eltér a szokásos formáktól. Mert amíg máskor a leendő vezér kiemelése a tagok sorából egy, az egyesületi életben kifejtett buzgó és eredményes tevékenység elismerése és jutalma és a kiszemelt primus önmagának becsületére való és a paresek iránt köteles szerénységgel a megtiszteltetés elől kitérni és nála méltóbbnak vélt férfiúra iparkodik áthárítani, addig a jelen esetben — noha az Egyesületben teljesen érdemtelenül állok — én magam voltam az, a ki az utat kerestem az elnöki székhez. Én magam kértem az imént lelépett kiválóan érdemes Elnököt, hogy mondjon le tisztségéről és hasson oda az Egyesület vezetőembereinél, hogy engem válasszanak utódjává.

Nem félek ez őszinte vallomás után attól, hogy bárki Önök közül azt fogja mondani vagy akárcsak gondolni: mi-csoda perverz szerénytelenség vagy mértéktelen elbizakodottság vett erőt rajtam, hogy így ráoktroylom magamat az Egyesületre és tetejébe evvel a több, mint szokatlan eljárással itt most nyíltan eldicsekszem. Bármiként gondolkodjanak munkásságom, képességeim, egyéni tulajdonságaim felől: azt senki sem vetheti szememre, hogy valaha szereplési viselkedésben szenvedtem volna. Elég hosszú közpályámon — erre szerénytelenség nélkül szabadjon ma hivatkoznom —, nem egyszer fordult felém a tisztelt kartársak bizalma, noha soha sem kerestem és ki is tértem előle, még ha vezető állásról volt is szó. És ime most én magam kértem ezt. Még pedig olyan időben, mikor az Egyesület ügymenete szerint elnökválasztás nincs is napirenden és olyan Elnökkel szemben, a kire az Egyesület mindenkor bizalommal és büszkeséggel tekinthetett, a ki mindenkor biztos, bátor, okos vezetője volt. De ha elődömön keresztül az Egyesület vezetősége reagált erre az impulsusra és ha a tisztelt Közgyűlés a mai

választással szankcionálta e szokatlan modus procedendit, akkor bizonyára az események láncolatában az összefüggések magasan felette keresendőek személyes hiúságokon vagy privát ambíciókon!

Tisztelt Kartársaim! Engedjék most már meg, hogy részletesen rátérjek az említettem események és összefüggések vázolására, a belőlük levonandó konzekvenciák ismeretetésére és végül, hogy ezekből folyólag milyen irányban kell Egyesületünknek a jövőben haladnia és végül miből meríttem azt a bátorságot, hogy saját személyemet állítsam előtérbe ezen újabb irány inaugurálásánál.

Szakmánk fejlődése hazánkban nagy vonatkozásaiban szakegyesületeink sorsához kapcsolódik. A meddig fogászáttal csak olyan kevés orvos foglalkozott, hogy nem érezték szükségét a csatlakozásnak, a tömörülésnek, közös tudományos és kari érdekek ápolásának, addig ugyan beszélhettünk hazánkban élő és működő fogorvosokról, de fogászátról, mint önálló orvosi szakmáról nem. Első megfontolásra talán helyesebbnek látszik, hogy valamelyik orvosi szakma önállósodásának kritériumául inkább annak felvételét az egyetemi tanítási rendbe vegyük, semmint gyakorló orvosainak egyesületi tömörülését. De a történelem tanúsága azt mutatja, hogy ez nem így van, mert pl. a fogászátnak volt már hazánkban 1844-ben egyetemi rendkívüli tanára *Nedelkó Döme* személyében, de magyar fogászátról abban az időben és még jóval később sem beszélhetünk. Csak attól az időtől kezdve mikor az első ilyen tömörülés testet öltött, a mikor megalakult a Budapesti Fogorvosok Egyesülete, a mely első kereteül szolgált a fogorvosok és evvel implicate a fogászat tudományos fejlesztésének és bizonyos felmerült kari érdekek megállapításának, ezért onnét datálódik a magyar fogászat és a magyar fogorvosi rend. A múlt század hetvenes éveibe esik ez a nagyjelentőségű mozgalom, amely — noha csak helyi jelentőségű volt — mégis mindjárt kiemelkedett a helyhezkötttség szűk korlátaiból, egyszerűen azért, mert amaz időben Budapesten kívül alig volt az országban fogorvos, tehát a Budapesti Fogorvosok Egyesülete ilyenformán az egész ország fogor-

vosi karát képviselte. Célja volt pedig egyrészt a szaktudomány ápolása és előbbrevitele, másrészt bizonyos kari érdekek védelme. Ezen egyesület működésének tudható be jórészt, ha a fogászat nálunk a 80-as évek elején úgy is mint tudomány és úgy is mint gyakorlat hatalmas lendületet vett, mely abban is találja egyik és minket itt közelebről érdeklő kifejezését, hogy 1889-ben megalakul a második Fogtani Társulat címen, mely teritorialis terjedelmére vonatkozólag az alapszabályok szerint ugyan már kifejezetten országos jellegű, ámbátor tevékenységében csak a fővárosra szorítkozott, működési körére nézve pedig tisztán csak a szaktudomány fejlesztésére helyezett súlyt, a kari érdekek teljes kizárásával.

Itt felvetődik az a kérdés: szükséges volt-e ez a második egyesület, továbbá keletkezett-e közte és a régebbi egyesület között valami ellentét? Az első kérdésre — elméletileg tekintve a dolgot —, azt mondhatnók, hogy nem volt szükség rá, hiszen a régi egyesület is foglalkozott a szaktudomány ápolásával. Ámde, ha tekintetbe vesszük, hogy a szakorvosok száma egyre szaporodott, ha továbbá tekintetbe vesszük az emberi hiúságokat és ambíciókat, melyek igen is — helyes mederben — szükségesek és nélkülözhetetlenek a fejlődéshez, mert különben minden a réginél maradna: azt mondhatjuk, hogy a Fogtani Társulat megfelelt az idő követelményeinek és ha most, midőn e társulat már a múlté, visszatekintünk egész működésére, azt is megállapíthatjuk, hogy közte és a régebbi egyesület között nem volt érdekellentét, nem volt súrlódási felület, annyira nem, hogy egy későbbi időben a kettő simán egymásbaolvadt.

A magyar fogászat tehát a 80-as évektől kezdődőleg erős lendületet vett, melynek megindítója a Budapesti Fogorvosok Egyesülete volt, továbbtáplálója és fejlesztője pedig egyrészt az a körülmény, hogy egyetemünkön ekkor egyszerre két kitünően előképzett és a tudomány fejlesztésére minden tekintetben képes fogorvos nyert docenturát a fogászatból, a kik megteremtették a fejlődés tudományos lehetőségeit; másrészt az a körülmény, hogy a 70-es évek végén megindult gazdasági fellendülése az országnak ekkor már

abban az irányban is éreztette hatását, hogy a kultúrigények szélesebb néprétegekbe szivárogtak.

A fogászat fellendülésének biztos mutatója a szakorvosok számbeli és minőségbeli gyarapodása, mely a 90-es években már oly fokú, hogy meg volt a jogosultsága annak a mozgalomnak, mely az eddigi lokális tömörülés mellett országos szervezkedés szükségét elérkezettnek látta. Ebből a gondolatkörből fogamzott meg 1893-ban az „Országos Magyar Fogorvos Egyesület” eszméje, mely 1897-ben mint „Stomatologusok (Fogorvosok) Országos Egyesülete” öltött testet.

Itt meg kell állanunk pár percre, mert novummal állunk szemben. Szakmánk eddig a tanításban, az orvosi műnyelvben és a laikus nyelvjárásban mindig mint „Fogászat” szerepelt, a szakma gyakorlói pedig, mint „Fogorvosok.” Honnét származik az idegen műszó, melyet addig nálunk senki sem használt? Az 1896-ik évben az Orvosegyesületben a különböző szaktudományok számára ú. n. szakosztályok keletkeztek és ezek között egy a fogászat számára is. Ez a szakosztály viseli címében elsőnek a „stomatologia” szót a következő indokolással: „Régen érzett visszásságnak helyreigazítására történt a szakosztály címének megválasztása, mert míg a többi szak neve egész testrészek vagy topogr. anatomikus regiok nevét viselik — milyenek gynekologia, laryngologiai otologia stb. — addig a fogászati szak az illető anatómiai tájék egy szervéről, a fogról nyert elnevezést, a mi úgy az orvosok, mint a nagyközönség körében azon tévhítre vezetett, mintha a fogászati gyakorlat a fogakon nem terjedhetne túl, holott természetszerűleg az egész szájra vonatkozik, inclusive összes részeivel. Csak oly országokban, a hol nem orvosok űzik a fogászati gyakorlatot — és a hol tényleg a fogak kezelésén túl nem szabad terjeszkedniök, mert csak ezekre volt korlátozva a fogorvosok kiképzése — lehetett indokolt ezen inclusiv szakcím használata; nálunk ellenben csupán orvosdoktorok lévén gyakorlatra jogosítva, teljesen értelmetlen volna a fogászat elnevezés továbbra való fenntartása a helyesebb stomatologia és stomatologus elnevezés helyett.”

Evvel az argumentációval nem akarok vitába bocsájt-
kozni, csak egyet jegyzek meg: nem hiszem, hogy van orvosi
facultás vagy orvos a világon, a ki approbálná azt a tételt,
hogy a fogászati gyakorlat körébe tartozik „az egész száj,
inclusive összes részeivel“ — nem hiszik azt maguk a sto-
matologusok sem!

Ezen szakosztály címe után kapta az 1897-ben alakult
Országos Egyesület a „stomatologus“ elnevezést. Kérdezem
most helyes volt-e ennek az új címnek bevezetése? Egy
megjegyzést már tettem az imént reá vonatkozólag. Mielőtt
részletesebben felelek reá, közbevetőleg megjegyzem — noha
elvi szempontpól nem fontos az általam adandó válaszra —
de mégis a dolog megvilágítására szolgál, hogy az Országos
Egyesület megalakulásánál a címkérdésnél a többség a „Sto-
matologus“ szó ellen volt és csak a kisebbség azon argu-
mentációja előtt hajolt meg, hogy miként a közönség más
idegen szavakat megszokott, úgy lassanként ezt is meg fogja
szokni. Azóta 27 év múlt el: orvosi fakultásunk ma sem
ismeri el ennek a műszónak értékét, az orvosi világ moso-
lyog rajta, a szakorvosok a maguk jelzésére nem használják,
a nagyközönség pedig teljesen értelmetlenül áll vele szemben.
Az idő tehát nem szentesítette használatát! De mondom,
mindezt nem tartom nagyon fontosnak, noha mindenesetre
furcsa fényt vet az idéztem szakosztályi indokolás ama állítá-
sára: „Régen érzett vizzásságnak helyreigazítására történt a
szakosztály czimének megválasztása . . .“ ama kérdés elbírá-
lásánál helyes volt-e ennek az új elnevezésnek bevezetése?
Az én felfogásom szerint 1896-ban elvileg a helyesség ellen
nem szólt semmi lényeges argumentum, hogy úgy mondjam
a szó becsületessége ellen nem lehet semmit sem felhozni.
Hogy nem honosodott meg a gyakorlatban, az legfőlebb csak
azt bizonyítja, hogy ama bizonyos „régén érzett vizzásság“
nem állott fenn.

Azonban ezen elvi elbírálás mellett reá kell mutatnom
egy nagyon sajtószerű jelenségre, melynek azután messzire
kiterjedő hatása volt és van szakmánkra és ez az: hogy las-
sanként e cím suggestiójaként, de ki nem mondva, hanem

lappangva, alattomban, de azért mindenkire érezhetőleg csak azon vettük észre magunkat, hogy a „stomatologia“ illetve a „stomatologus“ többre tartotta magát nálunk, mit a „fogászat“ és a „fogorvos“, amaz mintegy magasabbrendű tudomány és lény volt emennél. Ez az ellentét idővel mindig kifejezettebb lett és legérezhetőbb azóta, a mióta 1906-ban a Budapesti Fogorvosok Egyesülete egybeolvadt a Fogtani Társulattal és mint „Magyar Fogorvosok Egyesülete“ országosan szervezkedett ugyanazon programmal, mint a Stomatologusok — a zárjeles fogorvosok Egyesülete: a szaktudomány és a kari érdekek ápolására.

Azóta tehát két szakegyesület működik nálunk azonos céllal, melyek közül az idősebb: a stomatologusoké mintegy fölülről néz le az ifjabbra, a fogorvosokéra, de nem az anciennitásából folyólag, hanem mert szaktudásra és kari standardra nézve magát többnek tartja.

Összefoglalva eddigi fejtegetéseimet azt mondhatom: ha „stomatologia“ és „stomatologus“ csak *névcserét* jelent „fogászat“ és „fogorvos“ helyett, jelezni akarván azt, hogy a működési terrénum nem strikte a fogakra szorítkozik, akkor elvileg ez ellen nem lehet semmi kifogást sem tenni, mert a szakma elnevezésének joga kétségtelenül a szakorvosoké. Az idő képezi majd a csere helyességének avagy czélszerűségének próbakövét. Tudjuk az idő ebben ítél — nem a stomatologia javára! Ha pedig *értékkülönbözetest* jelentsen a magyar szakorvosok között, akkor a próbakő nem lehet más, mint annak a világos kimutatása, meg van-e és miért az a bizonyos értékföllet a valóságban, nem pedig csak állításokban, szavakban! A stomatologusok ezen hite és házi felfogása eleinte csak óvatosan lanciroztatott, minthogy azonban nyilvánosan senki ellent nem mondott neki, egyre bátrabban merészkedett tanításban, nevelésben, irodalmi dolgozatokban a viszonyt úgy beállítani, hogy a fogászat a stomatologia mellett valami alárendelt szerepet játszik, mellyel a stomatologus éppen csak hogy foglalkozik. A nagy tudományú stomatologia szinte szégyenkezik a régi szegényes fogászati rokonság miatt!

Ez a felfogás már valóságos válaszfal stomatologia és fogászat között, a mely hova-tovább — ha ellenmondatlanul hagyatik — annak megerősítéseül szolgálhat, hogy jogosan állítottatott fel. Azoknak, a kik magukat magyar fogorvosoknak nevezik, kötelességük, hogy ezt a kialakult helyzetet szemügyre vegyék és a vizsgálat eredménye szerint az egyik vagy másik irányban a konzekvenciákat levonják.

Tisztelt Közgyűlés! Mielőtt e témához hozzáfogunk, engedjék meg, hogy egynémely személyes dologra kitérjek. Én nagyon jól tudom, hogy ez a messziről látható, díszes hely, ahol az Önök bizalmából állok, nem személyes ügyek elintézésére való és mégis úgy érzem, hogy helyesen cselekszem, még pedig azon tiszta meggyőződésben, hogy ez esetben a személyes ügy fejlődése megvilágítja a szőnyegen levő közügyet, vagyis a stomatologia és fogászat egymáshoz való viszonyát.

Tisztelt Közgyűlés! Nyíltan és őszintén vallomást teszek róla, hogy hosszú időn keresztül a magyar stomatologia lelkes, meggyőződéses híve voltam. Én bizalommal hittem abban, a mit a stomatologusok folyton mondtak, hogy ők szájszabászok, hogy biochemia, serologia, chemo-therapia, a belső secretiók taná fundamentumai a mi szakmánknak. Közvetlenül meggyőződni róla ugyan nem volt alkalmam, de nem volt különösebb okom sem kételkedni benne, sőt annyira hittem a szavaknak, hogy irodalmi emléket állítottam ennek az iránynak és felfogásnak. Jól tudom, hogy Önök közül sokan, ha ugyan nem valamennyien: soha sem hittek benne. Nem restellem ma elismerni: Önök voltak az okosak, az élesenlátók, a kik a szavak hangzásából kiérezték az üresség kongását, én pedig hívő bizalmamban voltam az együgyű, a rosszullátó.

Amíg Önök ab ovo tisztában voltak a szavak és tények közötti viszonyal, addig számomra a nagy világháborúnak kellett jönnie, hogy ez bennem tudatossá váljék. Már 1914 szeptemberében, de még inkább októberben nagy számmal küldték haza a csataterokról a száj- és állcsontsebesülteket és elhelyezték őket — minthogy a békében erre vonatkozólag

nálunk nem történt előrelátó gondoskodás — belgyógyászati, szemészeti, sebészeti osztályokon, ahol természetesen nem volt hozzáértő szakorvos. Ha valaha volt idő, amikor a stomatologia megmutathatta volna, hogy van létjogosultsága, hogy a szakmának a fogászaton túl csakugyan van szájsebészeti terrénuma is, mely nem tartozik az általános sebészethez, hanem specialis ismereteket feltételező módszereinél fogva a stomatologusoké; mondom, ha volt valaha idő ennek a bizonyítására, hát ez a háború volt az. Ebből a szempontból tehát az ígélet ideje a stomatológiának és a stomatologusoknak kiknek minden idejükkel és tudásukkal rá kellett volna vetniök magukat erre a beteganyagra, hogy urbi et orbe megmutassák, ime ezt mi tudjuk. A magyar stomatologusoknak — ha már nem voltak előrelátók ebben a tekintetben a béke hosszú éveiben, mikéért pl. a német Zahnarztok —, hát most kellett volna illetékes helyen nyomatékosan fellépniök, mondván: hozzánk ne küldjetez lábsérülteket, meg karlövéseket stb., hanem adjátok nekünk a száj- és állcsontsérülteket, mert ezeket el tudjuk szakszerűen látni és meggyógyítani. De az organizálóképesség teljes hiánya miatt, az idő követelményei iránt való tökéletes érzéketlenség folytán a stomatologusok engedték zülleni ezeket a szegény sebesülteket azokon a kórházi osztályokon, a hová a véletlen sodorta őket és a hol akármeddig lézenghetek volna szakkezelés nélkül, ha a magyar fogorvosok nem lépnek közbe és nem organizálták volna a háborús fogászati és szájsebészeti szolgálatot. Hogy ez még idejében megtörtént, ez a magyar fogorvosi kar örök dicsősége és e kar kötelessége most már, hogy ezt nyíltan és hangosan megmondja és ott és amikor kell erre reámutasson. Nem azért, hogy dicsekedjék vele, hiszen csupán kötelességét teljesítette a hazával és önmagával szemben, hanem azért, hogy éppen a stomatológiával szemben megállapítsa, hogy a kellő pillanatban, a helyzet és a tudomány magaslatán állott és úgy szakorvosi, mint általános orvosi szolgálataival méltóan sorakozik a többi orvosi szakmákhoz.

Ha a stomatologusok, mint organizátorok nem váltak be, ez még nem szól az általuk hirdetett új és magasabb tudo-

mány: a stomatologia ellen, amely bizonyos hányadban tehát fogászat, de nagyobb részében és lényegében sebészet, mely „az egész szájra vonatkozik, inclusive összes részeivel“. A fogorvosok organizáló tevékenysége végre a stomatologusokat is kényszerítette a száj- és állcsontsérültek kezelésére és ekkor derült ki a szomorú és szégyenletes tény: a stomatologusok teljes szájszabészeti járatlansága! Akik békeidőben, amikor ennek a tudásnak szélesebbkörű bebizonyítására alig kínálkozik alkalom, folyton és önhittén hivatkoztak szájszabészeti tudásukra, azok szájszabészeti tájékozatlanságuk folytán most képteleneknek bizonyultak a rájuk háramló hadszabészeti feladat megoldására, ellenben a fogorvosok — és ez a sors iróniája —, akikre a stomatologusok éppen szájszabészeti voltakra támaszkodólag félvállról szerettek nézni, ők egy-kettőre jó szájszabészek lettek, aminek pszichológiai magyarázata nagyon egyszerű; a fogorvosok, akik a békeidő követelményeihez képest valóban nem rendelkeztek tüzetesebb szájszabészeti ismeretekkel, most a háború igényeihez idomulva siettek megtanulni azt, amire szükség volt; a stomatologusok ellenben, hogy járatlanságukat le ne leplezzék, ezt nem teheték meg.

A „stomatologia“ elnevezés fölött az idő már régebben mondott ítéletet. Végre eljött az idő, mely a „stomatologia“-ról mint tudományról is ítélt: megmérgetett és könnyűnek találtatott.

Ha ehhez most még hozzáveszem a stomatológiai eszme *hódító képességének* jellemzésére, hogy Magyarországon, melyet a magyar stomatologusok a külföld elé, mint a stomatologia klasszikus hazáját szerettek állítani, a háború alatt a hadikórházakban, a Vöröskereszt intézeteiben, az Országos Hádígondozó Hivatal gyógyintézeteiben egyetlen egy „stomatológiai“ osztály sem keletkezett, hanem csupa fogászati, illetőleg állcsont-osztály; ha megemlítem a magyar stomatologia *eszmetérjesztő képességére* vonatkozólag, hogy a Stomatologusok Országos Egyesülete — mintha ösztönösen érezte volna munkásságának meddőségét — a háborúnak immár több mint három éves tartama alatt egyetlen egyszer sem tartott gyűlést

a tudományos és gyógytapasztalatok megbeszélésére; ha végül megemlítem *kari kötelességérzetének* jellemzésére, hogy szellemi elernyedtségénél fogva még a mások tapasztalatait sem tartotta szükségesnek számon tartani, illetőleg tagjaival közölni, azaz a Stomatologiai Közlöny négy év óta egyetlen egyszer sem jelent meg; akkor azt hiszem Tisztelt Közgyűlés, hogy ítéletem sem nem elfogult, sem nem túlszigorú, ha abban foglalom össze: *a magyar stomatologia az egész vonalon csődöt mondott!*

Tisztelt Közgyűlés! A magyar fogorvosi karnak a viszonyok ilyenén alakulásából többféle megismerést kell merítenie, a melyeknek azután irányítólag kell hatniok egyesületünk jövőbeli működésére.

A világháborúból a magyar fogorvosi kar szolgáltatmányai alapján tekintélyben megnövekedve, tudásban meggyarapodva kerül ki. Ezt a szellemi és presztizsbeli tökenyereséget nemcsak nem szabad többé elveszítenie, de inkább szaporítania kell és ezért nem szabad többé passiv magatartással a stomatologusok terjesztette felfogást elősegítenie, mely szerint szakmánknak a fogászat csak jelentéktelenebb ága volna, lényegesebb, magasabb, tudományosabb része pedig szájbélszét és még valamiféle, de eddig pontosabban soha körül nem írt szájgyógyászat volna. Nem szabad engcdnünk, hogy a fogászat mellékvágányra tereltessek egy békeidőben hozzánk nem tartozó tárgy köréért. Minden adandó alkalmalással és minden kompetens fórum előtt nyomatékosan kell azt a bátor meggyőződésünket vallani és hirdetni, hogy szakmánk alapja és gerincze a fogak és környezetüknek általuk okozott betegségeinek gyógyítása, szóval az, amit egyenesen, cikornya-nélkül és mindenkinek érthetőleg fogászatnak neveznek. Mint orvosdoktorok szaktevékenységünkben természetesen mindig tekintettel vagyunk nemcsak az egész szájrüregre, hanem az egész emberi szervezetre is, sőt vannak határterületeink a sebészettel, laryngológiával, ideggyógyászattal, de azért mégsem akarunk többnek látszani, mint vagyunk és lenni akarunk. Sem a fogászatnak, sem a fogorvosoknak nincsen szükségük rá, hogy idegen tollakkal ékeskedjenek.

Tisztelt Közgyűlés! A háború elején a nemzet élete egyszerre megbénult minden vonatkozásában, kivéve természetesen a katonait. Úgy gazdasági, mint szellemi életünk borzasztó kríziseken ment keresztül. Sajnos a háborút azóta szinte intézményesen meg kellett szoknunk és ezért létünk fentartása végett ezt a tespedést, bénulást le kellett ráznunk magunkról. A gazdasági moratorium bilincsei már régen lehullottak, ipar és kereskedelem lélekzik és él. Szellem téren is sok történt már ebben az irányban. Egyesületünk is daczára annak, hogy tagjainak jó része kint van a frontokon lassanként éledezett. Elérkezett azonban az idő, hogy most már intenzívebben lássunk hozzá a munkához.

Tudományos életrendünknek eszközei a havi és évi gyűlések. Ezeket ismét rendszeresen meg kell tartanunk. Nincs ennek most már semmi akadálya sem: hiszen mi itthonmaradtok egyrészt folytatjuk régi gyakorlatunkat, másrészt hadi sebészeti munkákat végzünk, tehát látunk, hallunk tapasztalunk. A kartársak a fronton vagy a frontmögötti egészségügyi intézményekben szak- és általános orvosi dolgokkal foglalkoznak, mindezekről most már élőszóval vagy írásban beszámolhatnak. Már gyűjtenünk kell a háboru szolgáltatata anyag tudományos adatait és tapasztalatait, hogy azok el ne vesszenek. Szóval csak akarat és nekilendülés kell és ismét a régi kerékvágásba kerülünk.

Tudományos tevékenységünknek további és nem kevésbé fontos szerve szakfolyóiratunk. Én még a havi gyűléseknél is fontosabb eszköznek tartom, mert ezeken a helybeli tagok is mindig csak korlátolt számban lehetnek jelen, a vidékiek egyáltalán csak kivételesen; a folyóirat ellenben — ha pontosan jelenik meg — rendszeresen és mindenkinek házába viszi szellemi életünk termékeit. Nagyon jól ismerem azokat a nehézségeket, melyekkel folyóiratunknak küzdenie kellett a háború alatt, de bizonyos energia latbavetésével ezeket is le kell tudnunk küzdeni. E tekintetben két utat látok: minthogy eddigi jeles szerkesztőnk, *Körmöczi* kartársunk, polgári elfoglaltságán túl, sok időt lekötő katonai szolgálattal is meg van terhelve, nagyon is érthető, hogy fizikailag és szel-

lemileg kevesebb erőt szentelhetett a lapnak, mely azonkívü nem egy munkatársát is elvesztette. Ezért szükséges, hogy valaki melléje álljon, aki a szerkesztés munkájában támogatja, illetőleg a teher egy részét a maga vállaira veszi. Örömmel jelentem és hiszem, hogy Önök hasonló érzélemmel hallják a hírt, hogy erre a feladatra *Szabó* kartársunk vállalkozott, kinél erre a feladatra rátermettebb embert keresve sem találhatnánk. A másik út: anyagi létének biztosítása. Erre nincs más mód, mint hogy a tagok ismét és lelkiismeretesen tegyenek eleget az egyesülettel szemben anyagi kötelezettségeiknek, még pedig úgy az itthoniak, mint a fronton lévők. De mivel az egyesület pénztartalékai jóformán kimerültek a háború alatt, ez a pénzforrás egyelőre nem elég a folyóirat pontos, havi megjelentetéséhez, illetőleg nagyon lassan folyik be, ezért appellálnom kell a tisztelt kartársak áldozatkészségére és felkérek mindenkit, hogy tehetségéhez képest jegyezzen bizonyos összeget a lap fentartási költségeinek fedezésére. Hiszem, hogy felszólításom nem hangzik el hiába, hogy mindannyian értjük és érezzük, mit jelent a lap egyesületi életünkben és milyen értékes javunkat kell benne megtartanunk.

T. Közgyűlés! Karunknak az általános orvostudományi és orvostársadalmi érdekeken kívül tudvalevőleg vannak még specialis: a szakma történelmi fejlődésével és gyakorlatával összefüggő ú. n. kari érdekei: Engedjék meg, hogy ezeknek is szenteljek néhány szót. Mindig és változatlanul azon fel fogás mellett kardoskodtam, hogy a legelső és legfőbb kari érdekünk egy tudásban alapos, jellemben erős fogorvosi kar és ennek succrestentiájáról való gondoskodás, vagyis a fogorvosképzés ügye.

Méltóztatnak tudni, hogy orvosegyetemünk nem képez ki szakorvosokat (kivéve operateuröket). Az az orvostudor tehát, aki fogorvos akar lenni magának és privát úton kell szakképzéséről gondoskodnia. Ha ilyenformán nem találja meg mindig, illetőleg sokszor nem is keresi a legjobb helyet a szaktudás megszerzésére, az könnyen elképzelhető. Ez pedig nagy baja fogorvosi rendünknek. Ezért ezt a rendszert nem helyeselhetjük és míg az állam, illetőleg az egyetem maga nem

oldja meg a specialistaképzést, nekünk magunknak — mint karnak — kell azt kezünkbe vennünk. Csak szakbelileg alaposan és jól képzett fogorvosok nyújtanak garanciát arra, hogy orvosthikái tekintetben is megbízható tagjai lesznek karunknak.

Ezért elsőrendű elodázhatatlan szükségletnek tartom, hogy a Magyar Fogorvosok Egyesületének patronatusa alatt fogorvosképző intézmény létesüljön, melyben orvosdoktorok, illetékes tanerők vezetése mellett, megfelelő tanterv alapján, megszabott időben fogorvosokká képeztesse ki. Erre vonatkozólag már vannak terveink, amennyiben *Szabó* kartársammal együtt elhatároztuk, hogy a Poliklinika fogászati osztályán ilyen tanfolyamot szervezünk. A részletekről nem sokára beszámolunk és hisszük, hogy helyeslésükkel fogunk találkozni. Csak egy körülményről akarok már most megemlékezni: a tanfolyamot nem üzleti alapon fogjuk szervezni. Mi vezetők a befolyó és ránk eső tandíjjövedelemről egyelőre lemondunk és azt az intézmény fejlesztésére fogjuk fordítani.

Egy másik, szintén végtelenül fontos kari érdekünk, hogy közegészségügyünk ama hiányait, melynek orvoslására mi fogorvosok vagyunk hivatottak, a kellő időben és a kellő helyen feltárjuk és a köz- és népegészségügy közeljövőbeli szervezési munkálataiban a minket megillető részt kivegyük. E tekintetben legégetőbb feladatunk kimutatni az iskolásgyermek kötelező fogászati kezelésének fontosságát, továbbá fogászati osztályok létesítését a közkórházakban.

Az Orvosegyesület október hó végére „Népegészségi Országos Nagygyűlést“ hívott össze. Ha a meghívóban azt mondja: „Most, az előkészületek, tervezgetések napjaiban itt az ideje, hogy az arra hivatott szakemberek felemeljék sürgető szavukat és tudásuk és tapasztalataik érvényesítésével adják elő nézeteiket és követeléseiket a közegészségügyünk jobb jövője érdekében szükséges teendőkről“... akkor ez reánk fogorvosokra is vonatkozik. Jelzem a tisztelt Közgyűlésnek, hogy erre vonatkozólag is *Szabó* kartárssal folytatott megbeszéléseimből folyólag intézkedtünk már, hogy a részletes tárgysorozatba ez az ügy is felvétessék, és e tekintetben a legkompetensebb helyről ígéretet kaptunk.

És végül pár szó még egy kari érdekről: ama bizonyos fogtechnikus-kérdésről. Ezt az ügyet a 112,026/1911. B. M. szabályrendelet véglegesen megoldotta és nincs más teendőnk, mint arra felügyelni, hogy visszaélések elő ne forduljanak. Az ügy, mint ilyen tehát be van fejezve. Ha mégis megemlékezem ma róla, azt más megfontolásból folyólag teszem és azért a következőkben nem is a tisztelt Közgyűlést, mint olyant apostrofálok, hanem inkább azt mondom: Kedves Barátaim! A fogtechnikus ügyet nem a mi intencióink szerint rendezték. Akik orvosi részről ebben közreműködtek, azok velünk szembehelyezkedtek és mi ebből megfelelő konzekvenciákat vontunk le, illetőleg velük szemben orvostársadalmi retorsióval éltünk. De azóta nagyot fordult a világ! Maga az ügy: res judicata, tehát ma már meddő dolog azon okoskodni, jól rendezték-e vagy sem. De meg a világháboru kataklysmája átformálta mindnyájunk kedély- és gondolatvilágát. A jövő nagy feladatainak megoldásánál, úgyis mint Testület mindenben azt kell keresnünk, ami összetart bennünket, nem pedig azt ami elválaszt. Miként mi sem vagyunk má már ugyanazok, kik voltunk a háboru előtt, úgy azok, akik egykor velünk szembehelyezkedtek, szintén mások lettek. A békülékenység szellemének győzedelmeskednie kell mindenütt, azért az én érzésem szerint — de nem akarok vele prejudikálni az Egyesület felfogásának — a multakra a feledés fátyolát kellene borítanunk és ebből a felfogásból aztán szintén a megfelelő konzekvenciákat levonni. Ha kedves barátaim felfogása e kérdésben találkozik az enyémmel, akkor lesz rá mód a megoldást a megfelelő merdebe terelni.

Tisztelt Közgyűlés! Az imént célzást tettem arra, hogy a háboru előidézte érzelmi és eszmei átalakulásunk az egykori ellenfelekhez is lehetővé teszi a közeledést, mennyivel inkább áll ez akkor, ha arról van szó, hogy barátainkkal keressük a szorosabb érintkezést.

A háboru szülte fegyverbarátság, mely monarchiánk népei és Németország, Bulgária meg Törökország között fennáll, nem szoritkozik csupán a harctéri cselekményekre, hanem

kiterjed a nemzeti élet egyéb megnyilvánulásaira is, gazdaságra, kereskedelemre, iparra, tudományra stb. Nagyon feltehető, hogy miként az 1871-iki háboru után — noha csak két népre szorítkozott, úgy most — mikor majdnem az összes népek ellenségként állanak egymással szemben — valószínűleg még jóval tovább fog tartani, — mindenesetre évekig amíg a kölcsönös ellenszenvék és gyűlöletek annyira letompulnak, hogy nemzetközi tudományos összeműködés lehetővé váljék. Márpedig tudjuk, hogy kongressusok, habár nem egyedüli és nem is legfontosabb tényezői tudományos haladásunknak, mégis sok tekintetben szükségesek. Minthogy politikai ellenfeleinkkel tehát nyilvánvalólag a közvetlen tudományos érintkezés hosszú időre megszakadt, annál inkább kell azon iparkodnunk, hogy ez a szövetséges népek között történjék. Miként a gazdasági, kereskedelmi, ipari sőt tudományos élet más mezőin már megtörtént, úgy szükséges, hogy mi magyar fogorvosok osztrák társainkkal karöltve, szorosabb kapcsolatot keressünk első sorban a német fogorvosokkal és amennyire a viszonyok lehetővé teszik, bolgár és török kartársainkkal is. Ebből a tömörülésből alakulna az u. n. »*Bund mitteleuropäischer Zahnärzte*«, mely kérdéssel a t. Egyesület a tél folyamán már foglalkozott, azért most programjának, céljának csak rövid vázlatát adom:

1. Az időszakos rendszeres, tudományos, közvetlen érintkezés, miként az kongressusi keretekben lefolyni szokott.

2. A háborus tapasztalatok revideálása, összegegyeztetése és kicserélése, még pedig:

a) szaktudományos tekintetben (tehát az újabb gyógy-módok kiritikája, sebesülési- és gyógystatistika megállapítása, stb.);

b) a fogorvosi kar helyzete a katonai egészségügyi szervezetben.

3. Az arc-, állcsont- és fogsérültek rokkantsági kérdése. Ez rendkívül fontos ügy, melynek keretébe tartozik:

a) elvek a rokkantság fokának megállapításánál;

b) ehhez mérten a rokkantsági anyagi segélyeknek mértéke;

c) a rokkantaknak protézisekkel való ellátása békében.

Méltóztatnak tehát látni, hogy sok és fontos tudományos és társadalmi probléma vár megoldásra, melyek közös munkálkodással bizonyára eredményesebben szabályozhatók, mint elszigetelt tevékenység mellett.

4. És utolsó programpontnak hagytam e tömörülésnél azt, amit e Szövetség — Bund — érzelmi alépitményének tartok és amely főképpen a magyar és német fogorvosok saját külön ügye, melyet egyszer szintén már dűlőre kell vinnünk.

A hivatalos viszony magyar és német fogorvosok között a lehető legrosszabb és ezt a felette sajnálatos körülményt a magyar stomatologusok fenhéjázó tapintatlanságának köszönhetjük. E tekintetben röviden csak ennyit: az 1909-iki nemzetközi orvosi kongressus idejében, mely Budapesten tartatott oly sértő módon viselkedtek a német fogorvosokkal szemben — azért mert ezek nem orvosdoktorok, hanem csak szakorvosok, Zahnarztok —, a magyar stomatologusok olyan gögös szót vágtek a németek fejéhez a magyar stomatologusok és a német Zahnarztok egymáshoz való viszonyának jellemzésére, amely mint nemrég személyesen volt alkalmam tapasztalni németországi utamon, még most is — és méltán — fáj a német fogorvosi karnak.

Valóban nemcsak illiberalis, hanem egyenesen hippokrita eljárásnak mondható a német Zahnheilkundéhoz és a német Zahnarztokhoz elmenni tanulni — és van-e köztünk valaki, aki tőlük nem tanult volna akár közvetlenül, akár közvetve gazdag szakirodalmuk révén — és azután, mikor ők jelentkeznek nemzetközi orvosi kongressus szakosztályában való részvételre: gögösen magasra tartott orral kijelenteni, már pedig nektek itt nincsen helyetek! Ez pedig megtörtént a stomatologusok részéről.

Tisztelt Közgyűlés! Minden hitem és érzésem szerint ezt a botrányos taktikai és tudományos hibát végre jóvá kell tennünk, még pedig nekünk magyar fogorvosoknak. A magyar stomatologia azóta leromlott, a német fogászat pedig súlyos háborús feladatait példászerűen és fényesen oldotta meg, tehát az érzelmi motívumokon túl meg van a reparationak tárgyi

jogosultsága is. Tehetjük ezt annál inkább, mert ezen létesítendő Bund egyik alaptétele: *Kari érdekek ki vannak zárva!* Nekünk nincsenek közös kari érdekeink: a magyar (és osztrák) törvényhozás a fogorvosi gyakorlatot bölcsen az általános orvosi diploma megszerzéséhez köti; a német törvényhozás ugyancsak bölcsen — mert ez az ő viszonyainak megfelelőbb — megelégszik szakdiplomával. Ez minden államnak sajátlagos belügye, melybe semmi beleszólásunk nincsen. Mi egymással mint szakorvosok akarunk érintkezni és mint ilyenek egyformák és egyenrangúak vagyunk.

A nyáron Szabó kartárssal osztrák és németországi hivatalos tanulmányúton voltunk és felhasználtuk az alkalmat, hogy a Magyar Fogorvosok Egyesülete által kezdeményezett mozgalmat az eddigi írásos érintkezésen túl, élőszóval is előmozdítsuk. Beszéltünk hosszasan és részletesen Prof. Walkhoffal Münchenben, a német Zentralverein elnökével és Prof. Weiserrel Bécsben, az osztrák Zentralverband elnökével. Mindketten rokonszenveznek ez eszmével és elő fogják azt mozditani. Újabb levélbeli értesítés alapján Walkhoff részéről tudathatom, hogy máris megindulnak az első lépések a gyakorlati megoldás felé. Ezekről természetesen idejében be fogok számolni a t. Egyesületnek.

Tisztelt Közgyűlés! Ezekben volt szerencsém nagy vonásokban előadni mindazt, amiről hiszem, hogy érdemes arra, hogy Egyesületünk jövőbeli munkásságának alapjául szolgáljon. Tudom, hogy alig vettem fel olyan új eszmét, mellyel akár csirájában, akár előhaladottabb fejlődésében az Egyesület nem foglalkozott volna a múltban. Én ezt nem tartom programom hibájának, ellenkezőleg hiszem, hogy ezáltal a vezetés folytonosságában nem várható hirtelen átmenet vagy káros zökkenő. Egyesületünk az eddigi vezetés mellett is a legjobb úton haladt, a jövőre csak azt kell kívánnunk és elérnünk, hogy a háború okozta bénulatot fokozottabb mértékben legyőzzük és azután tudományos, közegészségügyi és kari feladatainkat a régi lendülettel folytatólagosan ápoljuk.

Egy kérdésre azonban, melyet a bevezetésben érintettem, még nem válaszoltam: miért tartottam az én saját szemé-

lyemet alkalmasnak arra, hogy Egyesületünk életében ezt az átmeneti regimet a háborúból a békéhez megindítsam?

Tisztelt Közgyűlés! Mint tudják és említettem is, én voltam a stomatologiai irány és eszme egyik leglelkesebb híve és ennél fogva a magyar stomatologusok psychéjének megfelelőleg a fogászzattal szemben eltogult és igazságtalan. Elkövetkezett a háború és általa elég hosszú ideig és közelről — jobban mint Önök közül akárki —, tanúja voltam a magyar stomatologia alkonyának és hála istennek vele egyidejűleg a magyar fogászzat fellendülésének. Lelkemen végigviharzott az előbbi megismerés minden fájdalmassága és végigujjongott az utóbbinak diadalmassága. Mindkét irány munkása voltam, láttam fejiődésüket le- és felmenőleg és ezért hiszem, hogy tudok közremunkálkodni a viszonyok kivánta ama átalakulásban is, melyet az elmondottakban iparkodtam megrajzolni.

De az én iparkodásom egymagában gyenge és erőtlen. Az erőt csak az Önök támogatása adhatja meg. Kérem azért első sorban a régi tisztviselői kart, segítsen engem oly szeretettel, mint elődömet; kérem továbbá mindnyájukat: a jelenlévőkön túl a távollevőket is, hogy a mi bennem akarat és elszántság, azt segítsék nekem Egyesületünk javára tetté átalakítani.

OVOMALTINE

magas diastase-tartalmú maláta-kivonat, tej, tojás és kakaóból álló száraz készítmény.

Tartalmazza :

a tápanyagok mindhárom csoportját: **fehér-
:: jét, zsírt és szénhidratokat. ::**

Kitűnő ízű, rendkívül könnyen emészthető,
:: :: tökéletesen assimilálódó roborans. :: ::

FOGORVOSI

gyakorlatban különösen olyankor ajánlható,
midőn rachitikus, chlorotikus, anaemiás vagy
lueses betegek fogkezeléséről van szó, to-
:: :: :: vábbá súlyos caries eseteiben. :: :: ::

Kísérleti anyag és irodalom díjmentés.

Dr. WANDER
résxvényfarsaság Budapest 100
Kereszturi-út 30.

Novocain-Suprarenin Inj.

Dr. Egger

Legeredményesebb anaestheticum fogászati célokra.

Dr. Egger fog- és szájjápoló szereit :

Egleo-fogpép

Orvosi körökben kedvelt, erős mechanikus tisztító
képességű, jó kosmetikus hatású és igen olcsó ké-
szítmény.

Egleo-szájvíz

Kiváló kosmetikum: prophylaktikum a fogak és a
szájür infectiós megbetegedései ellen.

Dioxyn-szájvíz

Erős desinfiációs hatású, állandó összetételű, oxy-
gént fejlesztő oldat. Orvosiilag indikált szájkosme-
tikum.

Dioxyn-fogpor

Calcium superoxyd-tartalmánál fogva száj- és fog-
ápolásra igen alkalmas. A szájürt hathatósan
desinfiálja.

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J., BUDAPEST.

A prosopalgiák kór- és gyógytana.

[Höncz Kálmán dr., rk. egyetemi tanár.

Az ideggyógyászat viszonya a stomatológiához egy-két évtized előtt még nagyon szűkre volt szabva. E két tudományág közötti kapocs csupán a különböző fogbántalmakból eredő prosopalgiák, a rendellenes fogállás, mint elfajulási tünet és a tabesnél előforduló fogmedernyujtvány sorvadás által volt jelölve. Ma — hála az intenzivebb orvoscépzésnek, de különösen annak, hogy a legtöbb kultur-államban stomatologus csak orvos lehet, — e két disciplina között is olyan összefüggés jött létre, a mely e két tudományágat egymással szintén szorosán összefűzi. Kitűzött céloimtól nagyon eltérnék, ha az állításomat részletezném, igazolásomra szabadon csupán e két tudományág közötti szoros viszonyt a következő csoportosítással bizonyítani:

1. A fogak és állcsontok rendellenességei sokszor részjelenségei ideges vagy psychikus elfajulási állapotoknak (idiotismus, microcephalia, kretinismus, myxoedema, hydrocephalus, akromegalia).

2. Az ideg- és elmebántalmak egész sorozata a száj képleteiben is visszatükröződik; így találunk a) motoricus zavarokat, hypoglossus, facialis laesioknál, intercranialis dagok és izzadmányoknál, beszéd zavart a medulla oblongata betegségéinél és előhaladó izomsorvnál.

b) Trophicus eltéréseket tabesnél, syringo-myeliánál, atrophia és hypertrophia facieinél.

c) Secretoricus anomaliákat elmebetegeknél, hysteriánál xerostomiánál.

d) Sensoricus eltérések mutatkozhatnak a szájképletek, különösen a nyelv érzéstelenségében (hysteria, agyi bulbosis és plexus timpanicus bántalmaknál) de mutatkozhatnak az érzési sphaerában is, midőn egyenesen idegbajok előidézői lehetnek (dentitio difficilis, neuralgia).

Igazat adok Windscheidnak¹, a ki azt állítja, hogy a trigeminus neuralgiák által előidézett kínzó fájdalom méltán vetekedik a kolika fájdalmával és Partschnak², a ki azt mondja: „Unter allen Schmerzen, welche bei den verschiedenartigsten Leiden vorkommen, ist von jeher der Zahnschmerz einer der gefürchtesten gewesen“.

Az arczon előforduló fájdalom lehetnek tiszta neuralgiák és neuralgiaszerűek. Tekintettel arra, hogy a neuralgia szó igen gyakran és helytelenül lesz alkalmazva, másfelől a neuralgiaszerű elnevezés még mindig nincsen általánosan elfogadva és elterjedve, szükségesnek tartom mindenek előtt e két fogalmat tisztázni.

„Neuralgia valamely érző idegnek területén rohamokban keletkező, többnyire igen heves, szúráshoz, nyilaláshoz hasonló intermittáló fájdalom“³, kimutatható boncztoni elváltozás nélkül. A neuralgia egy önálló betegség, amely heveny-és idült alakban léphet fel.

A heveny-neuralgia rohamokban lép fel, többnyire dél-élelt és az illető ideg nyomásra érzékeny, nemkülönben a szomszédságában levő bőrterület is.

(Valleix-féle nyomási pontok, Head-féle zónák és maximal pontok⁴ és¹¹. Herpes zosterrel gyakran szövődik a borda közötti idegek neuralgiája, de észlelték már ilyenmő megbetegedést a trigeminus III. ágának megbetegedésénél is (Zilz⁵).

Az idült neuralgia — eltekintve az ischiastól — csak a trigeminuson fordul elő, más idegeken mutatkozó neuralgiaszerű fájdalom rendszerint csak neuralgiform, vagyis „symptomás“ neuralgia. A fájdalom rendszerint csak egy idegágra vonatkozik (supraorbitalis, infraorbitalis és mandibularis), de gyakran áterjed az egész ideg területére is. Perczektől órákig tart a fájdalom, de utána teljesen fájdalommentes szünetek is vannak. A fájdalom igen heves, néha a napnak

ugyanazon időszakában ismétlődik és nemcsak nappal, de éjjel is beállhat. Jendrassik *neurastheniás idegzsábájánál* a fájdalom állandó, de nem olyan heves. Az idült trigeminus neuralgia egy önálló betegség, az acut neuralgiával nem függ össze s abból nem fejlődik ki, rendszerint az öregebb korban lép fel. Ezen igazi neuralgiákon kívül megkülönböztetjük még az ú. n. symptomás neuralgiákat, azaz mindazon neuralgiaszerű arcfájdalmakat, a melyek ugyan tünetileg a valódi trigeminus neuralgiákhoz hasonlítanak, de a melyeknél a fájdalom oka az idegek másodlagos izgatásában rejlik és a fogak, csontok és lágyrészek megbetegedése által van feltételezve, a szem-, orr- és fülbajokat nem érintve. Az igazi neuralgia a neurologushoz tartozik, azzal ezért behatóbban nem kívánok foglalkozni, hanem csak a symptomás neuralgiákkal, a melyeket Weski⁶ és⁷ idiopathikusoknak, Partsch² pedig neuralgiformnak nevez. Az állcsontok, az azokat fedő lágyrészek és a fogak trigeminus II. és III. ága által idegeztetnek be. Betegségek e részeken fájdalmakat válthatnak ki, de viszont a központból eredő fájdalmak oda is lehetnek localisálva. A fogaktól kiinduló ú. n. dentalis neuralgiák aránylag igen gyakoriak, ezek lehetnek elsődlegesek és másodlagosak. Az elsődleges dentalis neuralgiáknál a fogakban található betegségeket, még pedig vagy *a)* nagy fájdalommal járó elváltozásokat (pulpitis, periodontitis), vagy *b)* fájdalom nélküli elváltozásokat (idült foghártyalob, pericoronitis áttörő bölcsességfogaknál). A másodlagos dentalis neuralgiáknál egy különben beteg (belső odontoma, dentikel exostosis), de nem fájó fog a szomszédos terület bántalmazása által (lobok a sinus maxillariban vagy trauma az illető fog szomszédságában) olyan abnormis izgalomba kerülhet, hogy igen erős fájdalom kútforrásává válhatik.

A dentalis eredetű neuralgiákat Weski⁶ a következő csoportokba osztotta:

A) Pulpa-betegségek: 1. Pulpa irritatio vasomotoricus zavarok következtében. (Akár lobos, akár congestiv természetű ez a vérbőség, ha bizonyos fokot elér, feltétlenül fogfájást eredményez, mert a merev falú pulpaürben az idegvég-

zódések nyomás alá kerülnek). 2. Pulpitis caries után (a bacteriumok invasioja a fogbélbe, de a savi erjedés is már képes vérbőséget, majd lobot előidézni). 3. Dentikel és erős másodlagos dentin (nyomást fejt ki a pulpa idegelemeire). 4. A pulpa légnemű szétesési terményei zárt pulpaürben, élő pulpacsonkok mellett. (A pulpalob további lefolyásában tályog, majd gangraena képződik, az ebből fejlődő putrescin, neuridin, leucin, tyrosin, indol scatol és cadaverint tartalmazó gázok, ptomainok és toxinok a gyökerekben élő pulpacsonkokban igen nagy nyomást és izgatást fejtenek ki.)

B) Gyökérhártya betegségek: 1. Heveny- és gyökérhártyalob (erőművi, vegyi okok, fertőzések idézik elő és részint már e lob, részint pedig a lob átterjedése a csonthártyára, csontvelőre és magára a csontra neuralgiaszerű fájdalmakat idézhet elő). 2. Idült gyökérhártyalob (egymagában is, de különösen a periostalis epithelialcysták keletkezése által teljesen utánozhatja a valódi trigeminus- zsábákat). 3. Cement- hypertrophiák (a gyökérhártya idegeinek nyomása által a csontfalhoz, jönnek létre a fájdalmak, sokszor paroxysmusok alakjában).

C) Rendellenes fogállások: 1. Dentitio difficilis (különösen a III. molaris megnehezített áttörése idézhet elő nagy fájdalmakat a szomszédos fog gyökérhártyájának nyomása által, de a félig áttört fogkorona körül infectio nyomán keletkező pericoronitis is nagy fájdalmakat válthat ki). 2. Retinált fogak a rendellenes növés következtében más fog gyökerére, az állcsont öböl falára, foghús- papillára, vagy egyenesen az idegre nyomást fejtven ki*, a leghevesebb neuralgikus fájdalmak kiinduló pontját képezte.

Ebbe a csoportba soroznám 3. a számfeletti fogakat (Zilz l. c.) és 4. az igen sűrű fogakat, mint a melyek a rendellenes nyomás miatt néha fájdalmakat válthatnak ki.

D) Erős nyomás az interdentalis papillára (rossz tömés, idegen test).

E) Gyökérrészletek (foghussal teljesen takart gyökér-

* Röse, Witzel, Scheff, Skjär és Becker leírtak eseteket, melyeknél a canalis mandibularis a harmadik molarissal összefüggött.

részletek) néha különösen arra direct történő nyomás által neuralgikus rohamok okozói lehetnek.

Máskor egy formalis csontládában vannak eltokolva és tipikus neuralgiákat tartanak fenn. (2. l. c.)*

F) Foghúzás után (a lágy és csontos részletek sérülése és lobosodása miatt. Előrerúgó csontrészek, alveoslusról letört darabkák, sőt igen éles alveoslusszél is képes neuralgiaszerű fájdalmakat kiváltani. Becker⁸ említ egy esetet, melynél a $\overline{8}$ extractiójánál a canalis mandibularis megnyilt, minek következtében egy neuritis fejlődött).

G) Műfogak, (ha igen szorosan ülnek és a szomszédos fogakra erős nyomást fejtenek ki, vagy ha lazán állva, a foghúson sérüléseket idéznek elő, új fogsorok ulcus traumaticumokhoz vezethetnek).

A felsorolt fogbántalmakon kívül az egész arcra kisu-gárzó fájdalmakat előidézhethetnek még a fognyakon előforduló hypersensibilis dentin¹², továbbá kóros elváltozások a felső és alsó állcsonton és azokat környező lágyrészeken; ilyenek az alveoluson kiálló élesszélű csontrészek, az alveolusban betokolt letört csont- és fogdarabkák, csonthártya- és csontlobok, lobosan megnagyobbodott áll alatti mirigyek, nem ritkán a ganglion submaxillaret és ennek útján a chorda tympanit izgatva, a fülorvosok által jól ismert neuralgia tympanicát idézik elő.

Az állcsontok jó- és rosszindulat az ujdjon képletei, az állcsont- öből hevenyes (ide tartozik a neuralgia catarch. antri Highmori (Árkövy¹³) is) és idősült lobja szintén neuralgiaszerű arcfájdalmakkal járhat. A nyelvben fellépő zsába, az ú. n. glossodynia, mindig gyanús carcinomára. Az arthrorheumatismus maxillaris (Árkövy¹³) szintén heves féloldal arcfájdalmakat válthat ki.

*E napokban szabadítottunk meg egy betegünket $\frac{1}{2}$ év óta fennálló nagyfokú fájdalmaitól, egy jól sikerült Skiagram után történt extractióval és egy másik beteget alveolotomiával, a kinél híres neurologusok neuralgiát vettek fel és a fájdalom kiindulási pontja egy alig 4 mm. hosszú, mélyen a csontban székelő gyökérrészlet által volt feltételezve. Műtét után a $2\frac{1}{2}$ év óta fennálló fájdalmak teljesen megszűntek és azóta nem jelentkeztek.

A felsoroltakból kitűnik, hogy a neuralgiaszerű arcfájdalmak igen nagyszámú száj- és fogbetegség által lehetnek előidézve és fenntartva; ha gyógybeavatkozásunkkal sikert akarunk elérni, akkor elsősorban is a baj kútforrása után kell kutatni.

Egy mély fogcariest és a hozzá csatlakozó pulpistit könnyű felismerni és a vele járó nagy intenzitású inter- vagy remittáló fájdalmakat megszüntetni. Egy kimosás langyos natrium bicarbonicumos vízzel, egy-két csepp Cocain-Eugenol-Carbolsav oldatból és a patiens Hippokrates szavaival élve, elmondhatja: *divinum opus est dolorem sedare* — legalább egy időre. A betegség végleges megszüntetését elérjük a pulpának vegyi szerekkel való tönkretevésével vagy sebészi eltávolításával. Előbbit arsensavval, arsennel* vagy nervopleginnel érjük el, utóbbinál először érzéstelenítve a pulpát,

*Rendkívül érdekesek azon kísérletek, melyeket dr. B. Spitzer végzett és az *Österreichische Zeitschrift für Stomatologie* 1912. évfolyamában közzétett. E kísérletek azon elváltozásokról számolnak be, melyek a Ganglion Gasseriban található a pulpának devitalisatioja után.

A nevezett szerző, a ki jelenleg tanársegéde a bécsi stomatológiai klinikának, de úgy látszik jó neurologus is, már 1910-ben irt egy idevágó cikket: „Die Veränderungen des Ganglion Gasseri nach Zahnverlust“¹⁵ címén. E dolgozatban kimutatja, hogy a fogvesztés alkalmával a Ganglion Gasseriben sejteljfajulások jönnek létre, melyekből végül az idegsejtek tönkretétele után kötőszöveti plaqueok jönnek létre. Ezen érdekes lelet ösztönözte aztán arra, hogy vizsgálatokat végezzen azon irányban, hogy a pulpa toxicus vagy infectiosus változásai nyomot hagynak-e a hozzá vezető idegekben és a ganglionban? Homén és Laitiner¹⁶ különböző bacteriumfajokat és azok toxinjait befecskendezve kimutatták ezen kórhatányok tovavándorlását és egy ascendáló neuritis keletkezését.

Spitzer 50%-os Abru-spraecatorius (Jequirity) maceratum alkalmazásával kutyáknál mesterségesen idézett elő lobot a pulpában és azokat 6, 8, 14 és 21 nap mulva megölvén, mindkét oldali nerv. mandibularis és Gangl. Gasseri ki lett véve és szövettanilag megvizsgálva. A bántalmazott pulpák pépes, nem bűzös anyaggá változtak át. Vizsgálataiból megtudjuk, 1. hogy a pulpalobok az ideg mentén tovább haladnak a Gangl. Gasseribe, 2. hogy ezen tovaahaladás az ideghüvelyben történik és súlyos elfajulási tüneteket idéz elő úgy az idegben, mint a Gasserdúcban. Ezen vizsgálati eredményekből hataimas támaszt nyer az az oly gyakran hangoztatott nézet is, hogy fogbántalmak valódi neuralgia előidézői lehetnek.

(nyomási, localis vagy vezetési érzéstelenítéssel), vagy bódítva magát a beteget (chloraethyl, narcoform vagy somnoformmal), távolítjuk el azt.

Az esetek többségében a heveny gyökérhártya-lobot könnyű kórismézni, tekintettel arra, hogy a gyökérhártyában tactilis idegrostok vannak, melyek segítségével az illető fog helyi és tájékozódó képességgel bír, a fájdalmakat is tudja localisálni. Ertérést ettől csakis a roham tetőpontján találunk, a midőn a beteg a helyi érzést összezavarja, mert a paroxis-mus alatt tényleg más fog is lehet túlérzékeny. Az ilyen be-
tegségből kifolyó nagy fájdalmakat szintén hamar meg tudjuk szüntetni a fog egyszerű trepanatiója által, a melyhez még esetleg a szétesett gangraenosus pulpa eltávolítása is társul. Az ilyen heveny esetekben injectio alakjában alkalmazott és sokak által nagyon feldicsért (Fenchel, Köhler, Zilz, Hippel, Zimmermann, Halász⁹) gyógyeredményeokről a Deutschmann-serummal a kísérletek 8 hónap óta folynak intézetemben, de az elért eredményről részemről nem tudok olyan lelkesen nyilatkozni. A neuralgiaszerű fájdalmakat fenntartó száj- és fogbetegségek felismerése nem megy ám mindig olyan simán, az egyszerű megtekintés, tükör és kutatóval való vizsgálaton kívül e kritikus góczpontok felismerésére hideg- és melegvizet használunk (a pulpitis első szakában a melegvíz nyugtatólag hat, míg a hideg a fájdalmat kiváltja; tályogképződésnél pulpitis ulcerosusnál és gangraenánál a meleg idéz elő fájdalmakat). Metz¹⁰ egy súlyos neuralgiát fenntartó gyökereken levő carioticus fészket csak a foghús felmetszése után tudott megtalálni. Preiswerk¹⁸ a pulpa meglobosodását 50/0 formaldehyd-oldattal állapítja meg, mely pulpa vérbőségnél múló, lobnál folyton fokozódó fájdalmat idéz elő. Kétes és nehezen kórismézhető esetekben a fogakat a Schröder által meghonosított bevezetési árammal kell megvizsgálni, mert a lobos pulpa a vérbőség és transudatio időszakában már aránylag igen gyenge áramra reagál, fokozódó és egy ideig tartó fájdalommal, tályogképződésnél a normálisnál erősebb áram vált ki csak fájdalmakat, a fájdalmak csak egy idő múlva állanak be és még egy ideig megmaradnak azután is.

Ha legerősebb áramra sem válik fájdalmassá az illető fog, akkor annak pulpája már nem él és a fennálló foghártyalob előidézője lehet. A fogak átvilágítása erősebb villanylámpávat szintén tájékoztat, hogy az illető fogban élő vagy elhalt pulpa van-e.

Említett vizsgálati módokon kívül gondosan végig kell tapintani a csontok felületét, minden nagyobb elődudorodás vagy érzékenység gyanús és kiindulási pontját képezheti a neuralgiaszerű fájdalmaknak. Rendkívül fontos szolgálatot tesz nekünk ilyenkor a Röntgen-sugár, segítségével felismerjük az összes említett neuralgiaszerű fájdalmakat előidéző és fenntartó fog- és csontbetegségeket és nem egy valódi neuralgiának tartott betegség változott symptomás neuralgiává az odontodiagnostographia által. Feleslegessé vált a neurectomia- vagy alkohol- befecskendés, mert aránylag sokkal enyhébb beavatkozással érheti el a stomatologus a végleges és gyökeres gyógyulást.

Dolgozatom végéhez érve, az egyöntetűség kedvéért még a valódi trigeminus neuralgiákra vonatkozó ismertetőjeleket akarom felsorolni. Segítségemre szolgál e tekintetben Alexander¹⁹ berlini ideggyógyász ez év elején megjelent dolgozata, melyből a következő tanulságokat szűrhetjük le: valódi trigeminus zsábánál a fájdalom tipikus rohamokban jelenik meg, a mely rövid néhány másodperczig, vagy legfeljebb perczekig tart; e fájdalom szaggató, szúró, égető villamszerű, kezdetben rendszerint csak egy ágra, ha tovább tart, két, sőt ritkán mind a három ágra átterjed. Rendesen egyoldalú, kisugárzások a fejbe ritkán, a tarkó és karokba majdnem sohasem fordul elő. A roham magától vagy mechanikai ingerekre (beszéd, evés, mosdás, az ajak vagy bajusz érintése, fejmozdítás stb.) keletkezik és súlyos esetekben az ugyanazon oldali facialis reflectorikus összehúzódása által kísért. Roham alatt az arcz és a szem kötőhártyája kipirul, a könny- és nyál- elválasztás fokozódik, gyakran izzad, jajgat a beteg. A nyelv a beteg oldalon be van vonva. — 30 éven túl lép csak fel az idiopathikus (önálló) idősuült trigeminus neuralgia, leggyakrabban fogbetegségek, genyedések az orr mellék-

üregében, fertőző betegségek (influenza, lues, malaria), mérgek (higany, ólom, arsen) koponyasérülések, anyagcsere-bántalmak (diabetes) és obstipatio által lehet előidézve és fenntartva. Minél idősebb a beteg, annál nagyobb a valószínűség, hogy valóságos trigeminus- zsába áll fenn. (Arteriosclerosis, nicotin, neurasthenia, tabes, tumorok, osteomyelitis a koponyaalapon, lueses meningitis, tbc., fracturák utáni callus, aneurysmák stb. idézhetik még elő). — Az ily alapon fejlődő neuralgiáknál érzészavarokat és atrophákat találunk a musc. masseter és temporalisban. A kórisme pontos felállításánál fontos a pontos kórelőzmény (részletes, tüzetes kikérdezés) alapos vizsgálat és az egész embernek észlelése, mert van hysteriás és neurastheniás trigeminus-neuralgia is.

Felhasznált irodalom.

1. Windscheid: Über Zahnschmerz und seine Berichtungen zur Neuralgie des Trigemini. Deutsche M. F. Z. 1904.
2. Partsch: Über neuralgieforme Gesichtsschmerzen, deren Ursachen und Behandlung.
3. Herzog: A neuralgiák kórjelzéséről és gyógyításáról. Orvosképzés, 1913, február 15.
4. Kron: Nervenkrankheiten in ihrer Beziehung zu Zahn- und Mundkrankheiten.
5. Zilz: Hesper-zoster mentalis auf neuritische Basis, 1912.
6. Weski: Kritische Bemerkungen zur Aetiologie u. Diagnostik der dentalen Trigemini-Neuralgie. Correspondenz-Blatt für Zahnärzte 1910. 2. füzet.
7. Weski: Kasuistischer Beitrag zur dentalen Trigemini-Neuralgie. Correspondenzblatt f. Zahnärzte, 1910. 3. füzet.
8. Becker: Neuralgieforme Erkrankungen, ausgehend von Zahn, cysten. Correspondenzblatt f. Zahnärzte, 1913. 4. füzet.
9. Halász: Deutschmann-serummal elért gyógyeredmények. Fogorvosi szemle, 1913. decemberi szám.
10. Metz: Pathologie und Therapie des Trigemini. Odontol Blätter 1907/8.
11. Kron: Nervenkrankheiten in ihrer Beziehung zu Zahn- und Mundleiden.
12. Davis: Neuralgie und sensitives Dentin. Deutsche Zahnärztliche Zeitung 1914. 2. sz.
13. Árkövy: Über Winterkrankheiten in der stomatologischen Praxis. Öst.-ungarische Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde, 1897.

14. Dr. B. Spitzer: Experimentale Studie zur Pathogenese der Trigemini neuralgie. Österr. Zeitschrift f. Stomatologie, 1912. 259. old.

15. Dr. B. Spitzer: Die Veränderungen des Ganglion Gasseri nach Zahnverlust. Arbeiten aus dem neurolog. Institut. XVIII. kötet 1910.

16. Homén: Die Wirkung einiger anaeroben Bakterien, sowie ihrer Toxinen auf periphere Nerven, Spinal Ganglion u. des Rückenmark. Berlin, Karger 1905.

17. Dr. Alexander: Was muss der Zahnarzt von der Trigemini-Neuralgie wissen? Correspondenzblatt für Zahnärzte 1914. 1. füzet.

18. Preiswerk G.: Lehrbuch und Atlas der konservierender Zahnheilkunde. 270. oldal.

Az Ascher-féle mesterséges fogzománcz



egy oly fogcement, mely az operateur valamennyi kívánságainak és a betegek összes követelményeinek megfelel. Teljes foghasonlat. **Legnagyobb** ellenállóképesség vegyi és mechanikai igénybevétel ellen. Könnyű megdolgozás. Teljesen **mentes** tisztátalanságtól. A pulpát illetőleg teljesen ártalmatlan **Ascher-féle plombalakk.**

Kapható az összes

DENTAL-DEPOT
által.

Tudósításokat, mintákat küld:

Ascher-Gesellschaft m. b. H. Berlin, W. 8. Jägerstrasse 61.

A nervus mandib. érzéstelenítésének kérdéséhez.

(Módosított eljárás.)

A magyar fogorvosok egyesületének 1917 február hó 11.-én tartott tudományos ülésén előadta **Dr. Fried Samu**, magy. kir. népfelkelő ezredorvos.

A nervus mandibularis érzéstelenítésének fontosságáról szakkörök előtt felesleges értekezni. Ha becses idejüket és türelmüket e tárgyról szólva, rövid időre igénybe veszem, teszem ezt azért, mert a mostan divó eljárásnak tán lényegtelennek látszó módosításával sikerült a 6-os számú tartalékkórház fogászati osztályának oly utat mutatni, mely nézetem szerint hivatva lesz a vezetéssel érzéstelenítést oly kollegáknál is, a kik ezt eddig nem végezték meghonosítani és közkincsé tenni.

Mindannyian tudjuk, hogy a helyi érzéstelenítés, főképp alsó molarisoknál, gyakran cserben hagy bennünket; különösen áll ez az idősebb egyéneknél, mikor a már különben is vastagabb corticalis-réteg annyira sclerotizált, hogy érzéstelenítő folyadékunkat nem tudjuk, ha bármily nagy nyomást fejtünk is ki, a fogakhoz menő idegszálakba juttatni.

De ellenjavaltnak tartom a helyi érzéstelenítést gyenes periostitiseknél is, ilyenkor a vezetéssel anaesthesia áll rendelkezésünkre, mikor is a lobos és gennyel infiltrált helytől távol tudjuk az érzéstelenítő-szert aplicálni. Azon esetekben, mikor nagyobb fokú szájjár miatt ez nem lehetséges, az aetilchlorid-bódításhoz folyamodunk; úgy hiszem, hogy ezen szerrel való bódításnak még nagy szerepe lesz a fogászatban, mert rövid ideig tartó műtéteknek végzéséhez par excellence alkalmasnak tartom.

A mandibularis érzéstelenítésnek óriási előnyei mellett, hátrányai is vannak. E hátrányok lényege a technikában rejlik. Az érzéstelenítést ugyanis hosszú tűkkel szoktuk végezni. E hosszú tűk: 1. igen könnyen törnek, 2. másrészt alkalmasak arra, hogy nagyobb véredényeket és idegeket megsértsünk. ad 1. A befecskendezések alkalmával elégséges, hogy a beteg a fejét kissé elmozdítsa, máris eltörhet a tű; de megtörténhetik ez a beteg legnagyobb nyugodtsága mellett is, ha az állcsont érdes, izomtapadási felületén a tűvel megakadunk és forszírozzuk a tű előretolását. Az így letört tű eltávolítása, különösen ha a törvéig még a nyákhártyából kilátszik, pár pillanat műve, a beteget felkérjük, hogy nyugodtan maradjon, száját nyitva tartsa, a nyelvét ne mozgassa és csipeszszel sikerül a tűt eltávolítani. Kellemetlenebb és sajnos, nem is ritka azon esetek száma, mikor már csak a sebészi beavatkozás útján sikerül a tűt eltávolítani, sőt nem kicsiny azon esetek száma sem, mikor a tűt a sebész — dacára a jó röntgen-képnek — sem tudja megtalálni. A mi az ideg- és véredény-sérüléseket illeti, meg kell hogy említsem, hogy a nervus mandibularisnak tűvel való megsértése igen fájdalmas és gyakran paresisekkel jár.

A véredények sérülésének kisebb jelentőségű következményei a haematomák, de idesorozhatók nézetem szerint a gyakran fellépő általános rosszullétek, ajulások és mérgezési tünetek is. Úgy vélem, hogy eltekintve az idiosyncrasiától, e rosszullétek az által is jönnek létre, hogy az érzéstelenítő szerek nagyobb vénák megsértésével directe a vérkeringésbe jutnak, miáltal úgy az agyra, mint a szívre is nagyobb hatást fejtenek ki, s a gyógyszerünkben levő adrenalin e kellemetlen hatásokat fejti ki. E szerény nézetem helyességének támogatására idézem Bünte és Moral művét „Die Leitungsanaesthesie im Ober- und Unterkiefer“ (Sammlung Neusser Abhandlungen aus dem Gebiete der klinischen Zahnheilkunde).

„... ich muss hier einen Fall näher beschreiben, bei dem es sich um die Verletzung einer Vene handelt, woraus also mit Sicherheit hervorgeht, dass eine Gefässverletzung bei der Mandibularanaesthesie immer mitberücksichtigt wer-

den muss. In diesem Falle wurde die Injection auf die übliche Art hergestellt, und bei der nun folgenden Präparation fiel sofort auf, dass am vorderen und hinteren Rande des Ligamentums keine Gelatine sichtbar wurde. Bei der weiteren Freilegung ergab sich dann, dass die Injectionsmasse in der Vene gedrungen war und diese nach allen Seiten hin ausfüllte. Fast der gesamte Spritzeninhalt war in die Vene entleert worden und nur ganz wenig Gelatine fand sich ausserhalb dieser, sie lag lateral der Gefässe.“ — Vagyis a szerzők egy oly esetről számolnak be, mikor kísérletezés céljából hullákon végzett injectiók alkalmával a befecskendezett gelatinszerű anyagot nem találták a rendes helyen az ideg mellett, hanem a fecskendő tartalma a véna meningea media megsértésével e véredénybe ömlött.

Hogy ily véredénysérülés és az érzéstelenítő-szernek, vagy esetleg levegőnek a vérkeringésbe való jutása in vivo katasztrofális is lehet, úgy hiszem, nem kell bővebben kifejtenem.

A hosszú tüffel való érzéstelenítés egyik hátránya, hogy nem ritkán nyelési nehézségek is lépnek fel, minek okát abban kell keresnünk, hogy a tût pharyngealis irányban nagyon hátra toltuk és a glosso-pharyngeus szálait érzéstelenítettük. Ha tekintetbe vesszük, hogy ily nyelési nehézségek esetleg 2—3 óráig is eltarthatnak, úgy nem fogjuk e tünetet lekicsinyelni. Cs. és kir. 6. tartalék-kórház fogászati osztályát vezetve, nem ritkán volt alkalmam a felsorolt tünetek egyikét vagy másikat észlelni s ezért ez a helyzet kényszerített arra, hogy gondolkodjam a fölött, vajjon nem lehetne ezen eljárást oly módon módosítani, hogy a vezetéssel anaesthesia előnyeit élvezhessük, anélkül, hogy annak hátrányai fenyegetőleg állanának mögöttünk. Kísérletet tettem tehát, hogy nem lehetne-e vezetéssel anaesthesiát létrehozni anélkül, hogy a nervus mandibularis közvetlen közelébe jussunk, hanem elégedjünk meg, hogy az érzéstelenítő-szert az idegnek a csontba való belépési helyétől a foramen-mandibulare-től kissé távolabb deponáljuk és az osmosis útján indirecte fejtjük ki a hatást az idegre. Közönséges befecskendezésnél is láthatjuk, hogy az injiciált folyadék a befecskendezési ponttól félkörszerűleg terjed, mely kör

radiusa nagyobbodik, ha nagyobb nyomást fejtünk ki s a befecskendezés felületén a nyálkahártya alatt laza kötszövetek vannak.

Kísérleteink folyamán arra a tapasztalatra jutottunk, hogy a Bünthe-Moral, — de mások által is ajánlott befecskendezési mód nemcsak felesleges és zavaró, de határozottan oka a rossz érzéstelenítésnek. Ők ugyanis azt tanácsolják, hogy a jobboldali befecskendezésnél a bal kéz mutatóujjával, a bal oldalon pedig a jobb mutatóujjal jelöljük meg magunknak a *linea obliqua internán* azon pontot, hol befecskendezni szándékozunk, vagyis, hogy a jobboldali érzéstelenítésnél a befecskendezést a jobb kézzel, a bal oldalon pedig a bal kézzel végezzük. A tapasztalat azt mutatta, hogy a bal kéz a meg nem szokott innervációra sohasem tud oly *precise* reagálni, mint a hogy szükséges lenne, másrészt a jobb kézzel mindkét oldalon könnyen elvégezhető az *injectio*, a bal kézzel csak a befecskendezés helyét rögzítjük, bármelyik oldalon végzendő is az érzéstelenítés.

Ellenben jónak bizonyult a jobb oldalon végzendő érzéstelenítésnél kissé a beteg elé állva végezni a befecskendezést, a baloldali műtétnél a beteg jobb oldalán rendes, megszokott helyünkön álljunk.

Rövid szavakkal összefoglalva, tehát eljárásunk a következő: A *fovea retro molaris* jodtincturával beecseteljük. A bal kéz mutatóujjának hegyét a *linea obliqua interna* azon pontjára nyomjuk, a hol a befecskendezést végezni akarjuk, miáltal e vonal *conturja* élesebben kiugrik. A rövid, megszokott, *localis* érzéstelenítéshez is használt tüvel ellátott Fischer-fecskendőt olyképpen helyezük a beteg erősen kinyitott szájába, hogy míg a tű hegye a *linea obliquának* bal kezünk mutatóujjával megjelölt helyét érje, a fecskendő-henger másik vége az ellenkező oldal *caninusa* és *I. praemolarisa* között nyugodjék. Miután még egyszer gyorsan meggyőződünk, hogy (minden rendben van Levegő-hólyagok!), a tűt beszúrjuk és előretoljuk, míg a *mandibula* felszálló ágának *medialis* részéhez jutunk. A fecskendőt óvatosan előretoljuk úgy, hogy a tű hegye mindig a csontfelületet érintse; ha a tűt annyira előre-

toltuk, hogy a nyákhártyából már csak 1—2 milliméter látszik ki, úgy megállunk és a fecskendő tartalmát meglehetősen erős nyomás alatt kiürítjük.

Az elért érzéstelenítési eredmények százaléka legalább is oly kedvezőek, mint a hosszú tüvel való érzéstelenítésnél.

Lényeges a különbség azonban a fentemlített hátrányok tekintetében; míg 1. a hosszú tüvel végzett befecskendezéseknél 5 tű eltörött (ezek közül négyet az osztályon kivettünk, egyet a sebészeti osztályra kellett utalnunk), a módosított eljárásnál egy tű sem törött el; 2. az általános rosszullétek, ájulások száma százalékokban alig kifejezhető.

A tapasztalat azt is mutatta, hogy nem célszerű ugyanazon betegnél egyszerre mindkét oldali mandibularis érzéstelenítést végezni (különösen nem a hosszú tüvel, az esetleg fellépő nyelési nehézségek miatt, melyek természetesen fokozódnak, ha mindkét oldalon végeztük a befecskendezést). A beteget már a befecskendezés alkalmával figyelmeztetjük, hogy mily tünetek fognak fellépni (nyelv és ajak elzsibbadása, hangyamászás, duzzanat érzése stb.). Magánygyakorlatomban egy idősebb úr, ki erre előre nem lett figyelmessé téve, igen izgatott lett, mert attól félt, hogy ismét apoplexiát kapott, csak nehezen sikerült őt megnyugtatnom, hogy e tünetek a befecskendezés következményei és rövid időn belül elmulnak. Ezen idő óta sohasem mulasztom el már jó előre a beteg figyelmét ily irányban felkelteni.

Az egész eljárás tehát sokkal egyszerűbb, mint azt az ember leírás után képzelet. Itt is áll azonban a nagy költő örökéletű mondása: „Grau ist alle Theorie, grün ist nur des Lebens gold'ner Baum.“ Ha egy-kétszeri figyelmes nézés után a t. kartárs urak maguk megkísérlik az eljárást, csodálkozva fogják látni, mily gyorsan lehet ezt elsajátítani.

Ha sikerült a t. collegák körében a mandibularis érzéstelenítés iránt a megérdemelt figyelmet fokozni és az eljárást nagyobb mérvben, mint eddig történt, közkinccsá tenni, úgy eme felszólalásom eredményével nagyon is meg lennék elégedve.

A kalium-natrium-kezelés.

Előadta a Magyar Fogorvosok Egyesületének 1917 február hó 11-én tartott ülésén: *dr. Hoff Móricz.*

Kórházunk (a cs. és kir. VI. sz. tartalékkórház) fogorvosi ambulatóriumában a betegforgalom oly nagy, hogy lehetetlen minden gangraenás fogat konservatív kezelésben részesíteni. Ha azonban a gangraenás fog a fennforgó körülményeknél fogva a beteg további sorsára jelentőséggel bírt akkor természetesen nem zárkozunk el kezelése elől, hanem mindent elkövetünk, hogy a súlyosan megbetegedett fogat megtartsuk.

Első sorban az állcsonttöréses betegeink szolgáztatják azokat az eseteket, melyekben egy-egy gangraenás fog megtartása a beteg további kezelésére fontossággal bír. Az állcsonttörést okozó sérülés rendszeren a fogakat sem kiméli meg, sőt néha nagy pusztítást visz véghez közöttük. Így könnyen megeshetik, hogy az egyik vagy másik törvégen csak egy-két gangraenás fog marad meg. Ha szem előtt tartjuk, hogy a törvégek szabályozásánál, vagyis helyes artikulációba való helyezésénél a meglévő fogak képezik a támadási pontot, akkor nyilvánvaló, hogy ezeknek a gangraenás fogaknak a megmentése elsőrendű érdekünk. Épp oly fontos lehet egy gangraenás fog vagy gyökér megtartása, ha arról van szó, hogy betegünknek a végleges fogpótlást híd munka alakjában szolgáltassuk. Ha a pillérekkül kiválasztott fogak gangraenásak, akkor természetesen nem fogjuk elmulasztani a gangraena kezelését. Végül fennállhat a gangraena kezelésének szükségessége akkor, ha a beteg fognak megtartása

által a katona rágó-képességét annyira javíthatjuk, hogy az a 2341/1916. számú hadügyministeri rendeletnek megfelelően miáltal a fogpótlást elkerülhetjük.

Az eseteknek ez a három csoportja elég alkalmat szolgáltatott nekünk a gangraena kezelésére. Tudom, hogy sok út vezet Rómába. Háborúban azonban nekünk katona-fogorvosoknak azt az utat kell választanunk, mely leggyorsabban és legbiztosabban vezet a célhoz. A számomra fenntartott rövid időn belül nem lehet feladatomban a gangraena különböző kezelési módszereinek részletes tárgyalása. Kizárólag a kalium-natrium-kezeléssel akarok foglalkozni, mely nézetem szerint a legjobb.

Amint az urak tudják, a kalium-natrium-kezelés nem új, sőt nagyon régi. Dr. Emil Schreiernek köszönhetjük, ki 1892-ben hozta nyilvánosságra. Egy év után a kolumbiai kiállítás alkalmával tartott kongresszusnak szenzációját képezte.

Breuer, ki 1894-ben az elektromos áram desinficiáló hatását kimutatta, elismerte, hogy a kalium-natrium-kezelés egyszerűbb és biztosabb és azt magáévá tette. Callahan, a kénsav-kezelés megalapítója, elragadtatással nyilatkozott a Schreier-féle módszerről, melyre maga is áttért. Buckley, a trikresolformalin-kezelés atyja, 1912-ben Grove által megtámadtatva, kénytelen volt elismerni, hogy kémiai szempontból a kalium-natrium-kezelés felülmúlhatatlan.

Ezeket az adatokat azért soroltam fel, hogy rámutassak arra a tényre, hogy a gangraena-kezelés különböző módszereinek megalapítói és hívei mind elismerik a kalium-natrium felülmúlhatatlan hatását.

Mit látunk ezzel az általános elismeréssel szemben? A Schreier-féle kezelést Európában nem tanítják, csak kevesen ismerik és még kevesebben alkalmazzák. Mi ennek az oka? Erre a kérdésre nem tudok megfelelni. Az ellene felhozott érvek nem állják meg helyüket. Ellenségei azt állítják, hogy nem való az átlag-fogorvos kezébe, mert nagyobb ügyességet követel, heves reakcióképessége folytán veszélyes és gyakran okoz gyökhártyalobot.

Nyolcz év óta kezelek kalium-natriummal és mondhatom,

hogy az eljárás épp oly egyszerű, mint a savkezelés, vagy natrium-superoxyd-kezelés, Cofferdam alkalmazása mellett teljesen veszélytelen, gyökhártyalobot pedig csak kivételesen tapasztaltam.

A kalium-natrium hatása szigorúan kémiai. A gangraenás gyökér-csatornában levő tömeg vízből, fehérje és zsírnak bomlástermékeiből és a legkülönbözőbb mikroorganizmusokból áll. Ha kalium-natriumot viszünk be ebbe a tömegbe, akkor a víz nagy hőképződés közben felbomlik. Szabad hydrogen keletkezik, mely levegőn elég és kali-nátron-lúg, mely a zsírokat elszappanosítja, a fehérjéket vízben oldható állapotba viszi át. A mikro-organizmusok pedig a lúgban való főzés következtében szintén tönkremennek.

Az eljárás maga a következő: Cofferdam-alkalmazás, a pulpa-üreg széles feltárása és a gyökér-csatorna bemenetének könnyen hozzáférhetővé való tétele. A fogat és a pulpa-üreget híg káli-lúggal desinficiáljuk. A kalium-natriumot tartalmazó üvegben a parafin-réteget hegyes, kevésbé melegített műszerrel keresztül-bökjük és az így támadt lyukon keresztül mártjuk a száraz Miller-féle tűt az üveg tartalmába. A kihúzott tűre leheletszerűen tapad rá a kalium-natrium. Így visszük be a gyökércsatornába és pedig először csak annak elejébe. A kihúzott tűt letöröljük, ismét kalium-natriumba mártjuk és újból a csatornába vezetjük, de most már egy kicsit magasabbra. Ha a gyökércsatorna bemenetét a heves reakció következtében kibugyogó tartalom ellepné, akkor az tisztára kell törölni. Ezt a procedurát addig folytatjuk, a még a gyökércsatorna körülbelül két harmadát el nem értük Gyenge hydrogen-hyperoxid-oldattal a gyökércsatornának kezelt részét kimossuk. Ha a csatorna tág, akkor a Miller-tűre egy szál vattát tekerünk, melyet gyenge káli-lúg-oldattal desinficiálunk. Ha a gyökércsatorna szűk, akkor czélszerűbb, ha a Miller-tűt vatta nélkül használjuk. A gyökércsatorna kimosott részét kiszárítjuk és áttérünk a gyökércsatorna utolsó harmadának kezelésére, mely éppen úgy történik, mint fentebb leírtam. Végül egy alcoholos vattát zárunk el a csatornában és pár nap múlva, ha a fog nyugodt és a vattaszál száraz, kezelésünket a gyökértöméssel befejezzük.

Durva hiba volna, ha a kalium-natriumot vattás Miller-féle tűvel akarnók felvenni; ez úgy sem sikerülne, mert a vatta elégsé. Nem szabad a kalium-natriumos tűvel mindjárt első ízben kiméletlenül a gyökércsúcsig hatolni, mert ily módon könnyen tolhatunk még szeptikus anyagot az apikális nyíláson keresztül.

Dr. Rhein New-Yorkban azt mondja, hogy kalium-natrium nélkül nincsen gyökérkezelés. Én is a legkiterjedtebb mértékben használok, nemcsak gangraenánál, hanem pulpitis esetén is. Az egyedüli szernek tartom, mellyel a gyökércsatornában lévő véralvadékokat ki lehet takarítani. Gyökérpulpa maradványokat, a melyekhez Donaldson-tűkkel hozzá nem férhetünk, kalium-natriummal elroncsolhatunk, feltéve, hogy egy vékony Miller-tűvel bejuthatunk.

Mint minden lúgnak, a kalium-natriumnak is van tágító hatása a gyökércsatornára. Állítótag az organikus részét roncsolja el, mire a sók kihullanak belőle. Nem hiszem, hogy ez a hatása valami nagy volna. Mindazonáltal a gyökértágításnál nagy hasznát vesszük, mert a szűk csatornában lévő finom pulpa-szálat, a melyhez Donaldson-tűvel egyáltalán nem férünk hozzá, kalium-natriummal elfolyósíthatjuk és így a további tágítást savval lehetségessé tesszük.

Éppen 25 éve annak, hogy dr. Schreier nyilvánosságra hozta a kalium-natrium-kezelést. Nem mulaszthatom el ezt az alkalmat, hogy a feltalálónak a fogorvosok és fogbetegek nevében köszönetet mondjak azért a szerért, mely a gyökérkezelést hatalmas lépéssel előbbre vitte.

„Rotax” centrifugalis öntökészülék

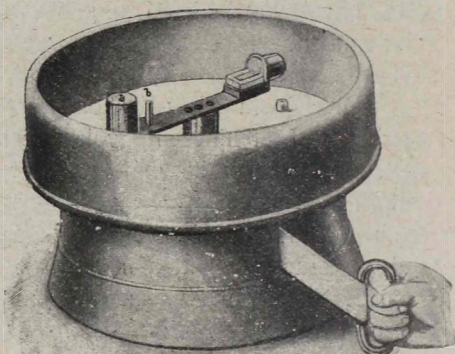
betétek, csaposfogak, hidak és lemezek részére.

A Rotax-készülékkel való kezelés a lehető legegyszerűbb, mivel a rotatio egy szalag meghúzása által eszközöltetik.

Az oldócsésze elhelyezése az öntőüregformához horizontális, úgy, hogy az öntőcsatorna eldugulása teljesen ki van zárva.

A centrifuga körül egy 8 cm. magas védősáncz van, úgy hogy az arany kipattánása által a kezelőre háramló veszélytől tartani nem kell.

A rotax-készülékből körülbelül **1000 darab van használatban**, melyek valamennyien a legjobb megelégedésre működnek.



Következőkben adunk néhány referenciát:

Dr. S. Bauer, dr. Bermann, dr. Berger, dr. Breuer, dr. Drahorad, dr. Fink, dr. Fleischmann egyet. m.-tanár, dr. Frey, dr. Friedmann, dr. Grossmann, dr. Herzog, dr. S. Herz, dr. Jarisch, dr. Kaas, dr. H. Kantz, dr. Károlyi, dr. Klinger, dr. Kränzl, dr. Kulka, dr. Latzer dr. Loos egyet. tanár, dr. Löffler, dr. Pichler, dr. Placzek, dr. Pollak, dr. Praetzl, dr. Rieger, Riegner tanár, dr. Rothmann egyet. m.-tanár, dr. Schreier, dr. Schulz, dr. Nik. Schwarz, dr. Sborowitz, dr. Spitzer egyet. m.-tanár, dr. Turnowsky, dr. Vierthaler, dr. Werner, dr. Ziffer stb. fogorvos urak.

Gromann, Höffer, Jungwirth, Kaufmann, Löbl, Scheidler, H. Schmidt, Woditschka stb. fogtechnikus urak.

A készülék 4 cylindrikus küvettet, 2 kúpot, 12 csapot, 1 doboz mintázóviaszot, 1 doboz beágyazóanyagot, 1 fogót, 1 Bunsen-égőt drótállvánnyal és 1 tartaléktégelyt tartalmaz, ára 140 K.

A hajlítókár ára, nagy küvettel lemezöntésre 24 K.

WEISS & SCHWARZ

WIEN, I., Petersplatz 7.

CASUISTICUS KÖZLEMÉNYEK.

Dr. Landgraf Lőrincz ezredorvos bemutatásai a Magyar Fogorvosok Egyesületének 1917 febr. hó 11-én tartott tudományos ülésén.

1. eset. A felső állcsont többszöri törése, mely bizonyítja, hogy az állcsontok súlyos törései is aránylag könnyen gyógyíthatók, ha friss állapotban jutnak kezelés alá. Ebben az esetben a kemény szájpaddás haránttörésével állunk szemben az 5] — 6]-ig. Ezenkívül a középvonalban egy hosszanti törés van jelen, melynél a jobboldali felső törvég a 4—1] fogakkal együtt befelé húzódott és lesüllyedt. Ez a törvég csak nehezen reponálható, nagy fájdalmak közepette. A 4] mögötti egész fogmedernyúlvány szétroncsolva, 5] luxálva, harántúl fekszik, mögötte az állcsonttör, egy 3 cm. hosszú és 1 cm.-nyire tátongó seb által meg van nyitva. 6] szétroncsolva, az itt beszájadzó hasadék a bal állcsonttörrel közlekedik. A beteget sebesülése rendkívül megviselte. Gyógyítás: Az összes gyökerek és fogmaradványok eltávolítása. A jobb felső törvég narcosisban való erőszakos szabályozása egy már előzőleg elkészített ezüst rögzítőpánt útján, mely a baloldali törvéget is fixálja. A jobb állcsonttörbe vezető hiánynak intraoralis plastikával való zárása. Gyógyulás körülbelül 4 hét alatt. Baloldalt később antrumgennyedés lépett föl. Az állcsonttört a fogmederen keresztül megnyitom, kimosom és egy obturatort készíttetek, mely egyszersmind a hiányzó fogakat is pótolja. További 4 hét után az empyema is meggyógyul. A beteg mint harczképes bevonul.

2. eset. A jobb arczon mélyen behúzódott sipolynylás, melyből zavaros nyál ürül. Egy második sipolynylás a szájban a fogmedernyúlvány magasságában a régen eltávolított $\underline{6}$ helyén. Ezen sipolynylásból szakálszőrök nőnek ki melyek a behúzott külső sipolyszájából erednek és bizonyítják, hogy a két sipolynylás egymással közlekedik. A folyamat már tíz év óta áll fenn és $\underline{6}$ -ból kiinduló csonthártyalob következménye, mely kifelé áttört. Azóta az arcz külső oldalán nyálfolyás van jelen, különösen rágás közben. A stononianus-fele vezeték vizsgálatnál obliterálnak mutatkozik.

Gyógyítás: A külső heget a sipoly-úttal együtt kiirtom és a sebet bevarrom. A belső sipolyszáját kikaparom. Utóbbi pár nap alatt begyógyul, míg a klüső varrat alatt már következő nap egy daganat támad, melyből a varrat eltávolítása után tiszta nyál ürül. A nyál ezentúl is kifelé folyik. Mivel a nyálmirigy kivezető csöve obliterálva van, arra törekszem, hogy a külső nyálsipolyt egy belsővé alakítsam át és ezáltal egy mesterséges stononianust teremtsék. E célból az arczot a külső sipoly-szájon keresztül átbököm és egy tollszár-vastagságú drain-csövet helyezek be, mely naponkénti tisztogatás mellett körülbelül három hétig marad benn. Ez idő alatt a sipolyjárt behámosodott. A külső sipolyszáját ismét kikaparom és bevarrom, a belsőt ellenben nyitva hagyom. A gyógyulás a kívánt értelemben bekövetkezett, a nyál csak befelé ürül.

3—5. eset. Következő 3 eset a keresztező sín hatását mutatják be az alsó állcsont középső részének hiányainál. Ilyen esetekben tudvalevőleg mindkét oldaltörvég erősen befelé van húzva, úgy, hogy melső végei tetemesen közelednek egymáshoz, miáltal ékalakú állásba jutnak. E három eset közül az elsőben $\overline{2 \cdot 1 | 1}$ tönkrementek, a két törvég érintkezésig közeledik egymáshoz; a keresztező-sín alkalmazása által, melynek karjait tudvalevőleg gummi-ligaturák távolítják el egymástól, 14 nap alatt sikerült az eredeti közt ismét helyreállítani.

A második esetben $\overline{3 - | - 4}$ mentek tönkre, a két törvég elől másfél cm.-nyire hátul 3 cm.-nyire állanak távol egymástól;

ebben az esetben a keresztező sín hatását egy transversális csavar által fokoztuk, mely a törvégek hátulso végére hatott. Így csakhamar sikerült rendes viszonyokat teremteni.

A *harmadik esetben* 2-|3 hiányoznak. A törvégek érintkezésig közeledtek és csontosan összenöttek; ebben az esetben az összenövési hely erőszakos elválasztása által a törvégeket mobilizáltuk és azután a keresztező-sint és transversális csavart alkalmaztuk, melyek két hónap alatt normális viszonyokat eredményeztek.

Végül előadó 14 esetről referál, melyekben injectió anaesthesia következtében kiterjedt nekrosis állott be. Az injectió folyadékot egy egész friss, éppen közvetlenül előtte a gyógyszerhárból hozott oldatból vették. Miután a betegeknek egy része még kezelés alatt áll, előadó más alkalommal fog ezekről bővebben referálni.

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 cm³ 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.

Vegytiszta, 30%-os Hydrogenium peroxydatum.

Hydrogenium peroxydatum medicinale

RICHTER 3% = 12 Vol. %

Tiszta gyógyászati készítmény.

PEROXYD-SZÁJVIZ

Hydrogen peroxydatumból készül.

Mint szájöblítőszer megöli a szájürben levő pathogen coelákat.

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

Eredeti 100 és 1000 grammos üvegekben van forgalomban.

KÖNYVISMERTETÉSEK.

Die Kriegsverletzungen der Kiefer und der angrenzenden Teile.

Von Dr. **Julius Misch** und Dr. **Carl Rumpel**, in Verbindung mit Dr. **Adolf Gutmann**, Dr. **J. Joseph** und Dr. **Gustav Lennhoff** Herausgegeben von Dr. **Julius Misch**. Verlag **Hermann Meusser**, Berlin 1916.
Ára kötve 36 márka.

Miként az egész háború minden vonatkozásában sohasem sejtett szertelen méreteket öltött, úgy a hozzája kapcsolódó orvosi irodalom is olyan terjedelművé fejlődött, hogy ennek egészben való áttekintése szinte lehetetlen. De maguk az egyes orvosi szakmák irodalma is olyan nagy arányú, hogy pontos követése nem csekély feladat az orvos részére. Nagy dicsőségére válik az orvosi karnak, hogy a sebesültek és betegek kezelése mellett, még pedig nemcsak a frontmögötti állandó kórházakban, hanem már az első segélyhelyeken, tehát közvetlenül a lövészárkok mögött, időt és kedvet talál a tapasztalatok irodalmi feldolgozására. Csak ezáltal válik lehetővé, hogy az eredményes gyógykezelések rögtön az egész orvosi kár közkincsévé lesznek és további folyamánként, hogy a gyógyulások arányszáma oly kedvező, mint sohasem azelőtt. Hogy ez pedig mit jelent a hadsereg harci készségére, az nagyon könnyen elgondolható.

A fogorvosi kar e feladatból nemcsak kötelees részét vette ki, hanem azt megbővítve állcsont-, száj- és arcsebészettel méltóan sorakozott a többi orvosi szakmák mellé és a gya-

korlati kezelésben, valamint irodalmi munkásság tekintetében egyenrangú helyet foglal a többi orvosi szakmák mellett. Azonban ez a fényes eredmény nem önmagától hullott a fogorvosi kar ölébe, hanem csak ott mutatkozott, a hol már a békében legalább nagy vonásokban megszervezték a háborús fogorvosi szolgálatot, miként Németországban, vagy a hol legalább a háború kitörésekor a fogorvosi kar megértően mindjárt a helyzet magaslatára emelkedett, miként Ausztriában.

Sajnos, Magyarországon — a stomatologia hazájában — ez utóbbi sem történt meg az arra legelső sorban hivatottak részéről. Ellenben dicsőségére válik a magyar *fogorvosi* kar-
nak, hogy a mit a stomatologusok mulasztottak, azt erélyes agitációval és munkássággal kipótolták, úgy, hogy csakhamar keletkeztek mindenfelé *fogászati* osztályok, és ezért a magyar fogorvosok ma nemcsak méltó helyet foglalnak el német és osztrák kartársaik mellett, hanem némely tekintetben vezető helyet is!

Nem tudjuk ezidőszerint még, mit produkáltak ellenfeleink, nevezetesen francziák és angolok az állcsontkezelések tekintetében, azonban alig tételezhető föl, hogy jelentősebb dolgot, mint a németek, az osztrákok és magyarok. A mi pedig az anyag irodalmi feldolgozását illeti, biztosra vehető, hogy a németek az összes nemzetek között vezető helyen fognak állni.

Eddig is oly nagy tömegű egyes czikk és monografia jelent meg, hogy áttekintésük óriási munka. Ezeken túl már ott tartanak a németek, hogy az állcsontkezelésekre vonatkozó egész tant összefoglaló tan- és kézikönyvekben adják közre és ezek között egyike az elsőnek az előttünk fekvő *Misch-Rumpel*-féle mű.

Szerzők huszonnyolcz fejezetben tárgyalják le az állcsonttörések és kezelések elméletét és gyakorlatát, úgy, a mint az a mostani világháborúban kialakult. A vezéreszmék kifejtése után áttérnek a fegyvertani részre, majd a sebkezelési eljárásokra, a fertőzési tanra, a sebesültek ellátására az első kötőhelytől az állandó egészségügyi állomásig, a táplálkozásra, majd pedig a vizsgálat és kezelés rendszeres keresztülvitelére.

Elsősorban természetesen saját tapasztalataikat dolgozzák fel és emellett azután mindenütt reá térnek más szerzőknek módszereire és tapasztalataira. E pontnál merül fel első kritikai megjegyzésünk; a németországi szerzők mind kimerítően tárgyaltnak, de az osztrákok (kivéve Czieszynski röntgenológiai methodikája) és magyarok (noha utóbbiak legtöbb dolgozata szintén német nyelven is megjelent) feltűnően szerényen vannak képviselve. Felemlítem például e tekintetben, hogy a pseudarthrosisok fejezetében az *Ertl-Gadányi-féle* transplantációs kísérletekről és eredményekről szó sem esik, pedig bátran állíthatjuk, hogy ez az oly nagy fontosságú műtét — úgy elméletében, mint eredményeiben — sehol sem talált kitünőbb feldolgozást az említettem magyar szerzőknél. Hasonlót mondhatunk a *Szabó-féle* nyálkahártya-varrásokról és talán a szerénység megsértése nélkül e sorok írójának *Szabó-val* közösen véghezvitt röntgenológiai vizsgálatairól, különösen a *szájzár* diagnostikájában és operatív kezelésében. A megfelelő fejezetben *Misch-Rumpel* ézt a fontos vizsgálati segédeszközt teljesen tekinteten kívül hagyja, nem kevésbé a szájzárnak műtéti kezelését a processus condyleodeus, illetőleg a processus coronoideus átvésésével.

Az arc lágyrészeinek sebészete részletesen és kitűnően van letárgyalva. Azonban nélkülözzük a vestibulum oris képzésére vonatkozó részletesebb leírást, pl. az *Esser-féle* idetartozó műtéteket.

A szöveget minden fejezetben sok, szép, világos ábra kíséri, úgy, hogy a műtéti és technikai eljárások minden mozzanata pontosan követhető és megítélhető.

A munka, melyet szerzők végeztek, tehát minden tekintetben sikerült és semmi kétség sincsen benne, hogy nagy elterjedést fog nyerni.

Függelékül három fejezetben szakorvosok letárgyalják az állcsont- és arczsebesülésekkel kapcsolatosan fellépő orr-, fül- és szemsérüléseket.

Az orrplastikák fejezete után mindenestre szeretnünk volna találni egy kiegészítő fejezetet azon esetekre vonatkozólag, a mikor az orrdefektus már nem gyógyítható műtétileg

(ilyen eset elég sok van!), hanem csak protézis útján. Ezen a téren is történt e háború folyamán lényeges haladás és mert ez a ténykedés a fogászat körébe esik, szükséges lett volna ennek tárgyalása is.

A mű intenzivebb tanulmányozásánál egy szerző-regiszter is nagyon jó szolgálatot tenne.

Mindent összefoglalva, mondhatjuk, hogy a szerzők kitűnően oldották meg a kitzűzött feladatot és munkájukkal lényegesen gyarapították az irodalmat.

Az irodalmi értéknek megfelelő a mű nyomdatechnikai kiállítása is. A *Meusser* cég ezidőszert fogászati munkák kiadásában vezérszerepet visz és a jelen munkánál is mindent elkövetett, hogy a könyv belbecséhez annak külső megjelenése méltó legyen.

Salamon.

G. V. Black, Konservierende Zahnheil-Kunde. Auto-rierte deutsche Übersetzung von Dr. *Hans Pichler* in Wien. Verlag *Meusser*, Berlin, 1914. két kötet, ára kötve 48 márka.

Közvetlenül a világháború kitörése előtt jelent meg német fordításban *Black* chikagói fogorvos-tanár híres műve a konserváló fogászatról. Fordításban is irodalmi esemény, ha a háborús szaktevékenység és irodalom ki nem szorítja az érdeklődés homlokteréből. Szerencsére már a háborús ideológia leszerelésénél tartunk, illetőleg a békés idők előkészítésénél, azért talán nem alkalmatlan a pillanat, ha most — noha még a háborús irodalom árjában — a *tanuló ifjúság* figyelmét reá, illetve visszatereljük erre a monumentalis alkotásra.

Black a modern fogászati tudomány mester-tekintélye: egyaránt erős elméletben és gyakorlatban, a kinek évtizedes tanítói működését betegre nem halványította a stomatologiai gondolat. Művét tankönyvnek szánta a tanuló kezébe, ezért mentes minden kritikai nagyképűskötéstől, de annál nagyobb lelkiismeretességgel hatol be a legapróbb részletekbe, hogy az anyagot a tanulóknak mintegy vérébe vigye át. Ki nem merülő lelkesedés és szinte filozófiailag elmélyült tárgyszeretet vonul végig az egész művön: egy őszinte, kutató, becsületes élet munkája.

Nehéz a mű tartalmi gazdagságáról ismertetésben fogalmat nyújtani, dacára annak, hogy a két hatalmas kötet tulajdonképpen a konservatív fogászat csak egy fejezetének van szentelve: a *caries gyógyításának*, és ennél is főképpen a gyógyításnak csak utolsó momentuma: a tömés elkészítése a mű tulajdonképpeni gerince. De a ki tömni akar tudni, vagyis a ki a karitást előkészíteni és a tömőanyagot úgy akarja elhelyezni, hogy általa a gyógyeljárás hosszú időre sikert ígérően legyen befejezve, annak el kell mélyednie *Black* könyvének tanulmányozásába. Talán semilyen más irodalmi műben nem kap olyan megbízható, minden aprolékosságra kiterjedő útmutatást, mint ebben. A ki ezt írta, az nem bön-gészte össze az anyagot más könyvekből, hanem önmaga végigkinlódott rajta, amíg azon próbálkozásokon fölül álló biztonsághoz elérkezett, hogy másokat tanítson. Az út szer-zőnek bizonyára nem volt könnyű, de bizvást mondhatjuk az eredmény fölér a küzdelemmel, mert nemcsak akart nagyot hanem ilyent teremtett is. A tanuló kevés olyan könyvet fog találni, melynek tanulmányozása annyi haszonnal — még pénzszerző értelemben és a gyakorlatban — fog járni, mint *Black* könyve.

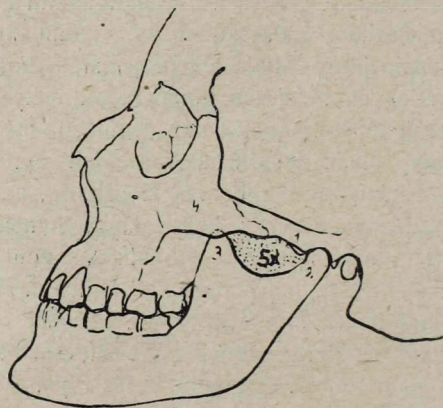
Tanuló fiatalságunknak a legmelegebben ajánlhatjuk megszerzését, annál inkább, mert a fordítás teljesen pótolja az eredeti művet. *Pichler*, a *Black*-tanítvány, jól megértette mesterét és úgy nyelvileg, mint eszmeileg tökéletesen oldotta meg nem könnyű feladatát.

A könyvkiadó mindent elkövetett, hogy a munka szö-vegében és számos képeiben nyomdatechnikai szempontból is élvezetet nyújtson az olvasónak.

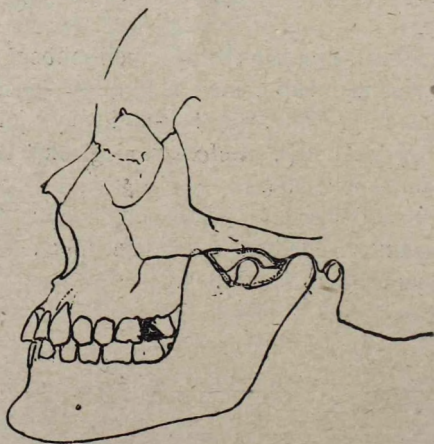
Salamon.

Szemelvények.

Dr. Fr. Pordes: Röntgenaufnahme des Kiefergelenkes in rein frontaler Richtung. (Oester. Zeitschr. f. St. 1916 Sept.)
Közismertek azok a nehézségek, melyek elének tornyosulnak



1. ábra.



2. ábra.

akkor, ha tiszta képet akarunk kapni az állkapocsizületről. Eddigelé úgy iparkodtunk a zavaró és az ízületet fedő ár-

nyékokat elkerülni, hogy a fősugarat a másik oldalról ferdén alúlról irányítottuk. Az ilyen beállítások esetén a fősugár mindig legalább is 60° -os szöget alkot a két ízületet összekötő egyenesre, az ízületi résen tehát belülről-alulról, kifelé és felfelé halad át. Az ízületi fej, de az izfelszínek alakja miatt is pontos konturokat így nem kaphatunk. Szerző gyakorlatilag igen jó methodust ír le, melyre tisztán deduktív módon — kézbe vévén a koponyát — jutott.

A koponya figyelmes szemlélete alapján sikerült oly beállítást találnia, melynél az állkapocsizület *tisztán frontális* felvételét nyerhetjük, a nélkül, hogy zavaró árnyékok fednék a képet.

Ha a koponyát csukott, helyesen artikuláló fogsorok mellett oldalról nézzük, akkor az ízületi fejecs elülső felszíne, a processus condyloideus mellső kerülete, a processus coronoideus hátsó széle (a boncztanból ismert incisura semilunaris) és a processus zygomaticus ossis temporalis *alsó* széle *félellipszis alakú hasadékok* képeznek (1. ábra). Ezen hasadékon keresztül észlelhetjük az *ellenoldali állcsontizületet*. Az arcvonal ugyan némileg eltér a tisztán frontálistól, de a szöglet gyakorlatilag elhanyagolható. Az állcsontizület azonban *tisztán frontális* nézetben áll előttünk (2. ábra).

Ha a száját kinyitattjuk, akkor a processus zygomaticus ossis temporalis és incisura semilunaris képezte félelliptikus hasadék megnagyobbodik és a kilátás tisztább és szabadabb lesz.

A csontvázról a röntgenezendő betegre vonatkoztatva, ez a következőt jelenti:

A beteget a tisztán oldali vagy sella turcica-felvételnek megfelelőleg a leképezendő állcsontizület oldalára fektetjük, de nagyon figyelve arra, hogy a lemez lehetőleg *pontosan a sagittális síkban* fekdjék. Minthogy kizárólag csak az állcsontizületet akarjuk felvenni, elegendő a 13×18 nagyságú lemez. A beteget *Robinsohn*-féle hasított kötélekkel fixáljuk.

A „*félelliptikus*“ *hasadék helyzetét* most *kitapintjuk*. Az *izületi fejecset* könnyen megtaláljuk, a processus zygomaticus ossis temporalis alatt pedig a izülettől mellfelé húzódó csontlécz tapintható.

A felhágó ág mellső széle is nem nagyon feszes arc-
falak mellett jó irányító támpont.



3. ábra.



4. ábra.

A félellipszis középpontját (1 ábra — kereszt 5 mellett)
a bőrön czeruzával megjelöljük. Ez a pont képezi a főszögár

talppontját, melyet a felveendő ellenoldali állcsontizületre beállítunk. A fősugár tehát nagyon *kevésbé* (5⁰) hátra és fölfelé mutat.

Az állcsontizület ekkor a félelliptikus hasadéokban mintegy keretben mutatkozik olyan tisztán, mintha csontvázon történnék a felvétel, sőt még pharyngealis részében is nagyon szépen (3. ábra).

Maximális szájnýtás mellett a rés erősen nagyobbodik és a *centralis pont* — *fősugártalppont* — valamivel előbbre kerül (4. ábra).

Jelentések hadikórkázak állkapocs-osztályairól.

Dr. Lorenz Landgraf. Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Zahn- und Kieferkranke (Oester.-ung. Vrjsschrift. f. Z., 1916, 319 lap). 1915-ben *Gadányi* törzsorvos belátta annak szükségét, hogy állkapocstörések eredményes gyógyítására sebész- és fogorvosnak kell összeállania, és így létesített a Reservespítal Nr. 6-ban, a mely akkor még a Garnisonsspítal Nr. 16 filiáléja volt, egy fogászati ambulatóriumot. Később a beteganyag oly mértékben nőtt, hogy többé a helyiségekben el nem fért; a Garnisonsspítal Nr. 16 első és második filiáléja ekkor egybeolvasztatott és a kettőből támadt a különálló *Reservespítal Nr. 6*. Ez ma két különálló teremsorozatot foglal magában: az egyik sorozatban a konzervatív-prothetikus munkák, a másokban az állkapocstörések kezelése, műtétei folynak. Egy fogtechnikai laboratórium 15-20 fogtechnikussal, továbbá 150 betegágy áll rendelkezésre.

1916 augusztus végéig kezelt állkapocs betegek-száma 590; e számból 122 gyógyultan és szolgálatképesen bocsájtatott el; 56 felülvizsgálatra küldetett. A sérülések minősége szerint 103 felső állcsonttörés, 369 állkapocstörés és 52 mindkét állcsontot érintő törés volt kezelés alatt.

A jelentésből kiemeljük, hogy a kezelési módokat illetőleg a kórház egyoldalúan egyetlen irányhoz sem csatlakozott; egyszer az egyik, egyszer a másik helyzethez mért sin-

rendszerrel dolgozott. Általában friss esetekben, ha a törvégek eltolódása inkább a horizontális síkban volt feltűnő, ezüst (Nr. 4) „Band“-síneket (ferde síkkal, vagy e nélkül) alkalmazott. Drótsíneket inkább olyan esetben használ, ha egyidejűleg intermaxilláris húzásokra (gummival) van szükség, rendszerint a *Schröder*-féle csúsztatóval. De jó hasznát vették állkapocstörések eseteiben a kereszteződő síneknek is.

Rendkívül nagy a kórház forgalma a konzervatív-prothetikus téren; ezen az osztályon 4 orvos 15—22 technikussal alig győzi a munkát. Naponta 80—150 ambulans keresi fel a kórházat. Havonta 3—4 ezer fogextrakció történik átlag; eddigelé készült 5424 prothesez 41,129 műfoggal.

Dr. S. Schaar: Statistischer Bericht aus dem k. u. k. Reservespital Nr. 17 in Wien. (Oester. Z. f. St. 1917, 3. Heft.)

Wienben a háború elején 5 olyan kórházi osztály volt, a hol állkapocstörött katonákat kezeltek kórházszerűen; és pedig az 1. és 2. Garnisonsspítálok, továbbá az 1. és 2. Reservespítálok, végül Eiselsberg Prof. klinikája. Kezeltek persze állkapocstöréseket Wienben több helyen is, de e helyeken, pusztán ambuiatorikusan, mert vagy nem volt ágy számukra, vagy esetleg műtőszoba hiányzott.

Az ilyen beosztás, illetve elhelyezés semmiképpen sem volt az állkapocstörést szenvedett sérültnek előnyére. Ezért Prof. dr. *Weiser* 1915 júliusában, de még előbb Prof. *Wunschheim* memorandummal fordultak az akkori egészségügyi felügyelőhöz, dr. Sal. *Schwarz* vezértörzsorvoshoz, és kifejtették annak szükségességét, hogy külön e célra berendezett kórháztól várható csak eredményes szakgyógyítás. Ennek eredményeképp létesült 1915 novemberben egy eddigelé tisztán sebészeti célokat szolgáló kórháznak átalakításából a tisztán állcsonttörötték gyógyítását célzó Reservespital Nr. 17. Ez ma a XVIII. kerületben (Leitermayergasse 45) egy átalakított népiskola épületében van; parancsnoka dr. Arthur Ritter v. *Wagner*, vezértörzsorvos. Három osztályra oszlik: az egyik a sebészi prothetikus-osztály.

Ennek vezetője Prof. *Weiser*; sebésze dr. *Forametti*. A másik osztály súlyosan sebesülteké. Ennek vezetője dr. *Steinschneider*. A harmadik osztály vezetője: Prof. *Wunschheim*. Jelenben a kórháznak 440 betegágya van.

Működésének első évében a kórháznak 1190 betege volt; e számból elbocsájtott 771; állományban maradt 419. Az elbocsájtottak 70·98%-a lett harcztéri szolgálatra alkalmas; 12·50% segédszolgálatos és 16·52% vált rokkanttá.

Stabsarzt Doz. Dr. J. Zilz: Ein Jahr klinischer Tätigkeit im Felde. (Oester.-ung. Vrij. f. Z. 1916, Heft 1.)

1914. december 1.-ével a 4/2 Földspital „Kriegszahnklinik“-ká alakult. A IV. hadseregnek ez a fogászati centruma a harcztéren. A klinikának *Zilz* vezérlete alatt 3 szakaszisztense és 4 gyakornoka van; a klinika maga két részre oszlik: sebészi és konzervatív-prothetikus osztályra. Mivel a klinika mobil, így összes berendezése improvizált jellegű. Röntgen-berendezése 14 ládába pakkolt. A klinikának, mint mobil intézménynek, nem az a célja, hogy állcsontsérülteket egészen addig kötelékében tartson, a míg szolgálatképességüket visszanyerik, hanem az, hogy minél hamarabb — és ez igen sok esetben már néhány órával a sérülés után sikerül is — az állcsont és arczsérült szakszerű kórházi jellegű segélyben részesüljön. Azonban a klinika nem provizorius síneket, szükségkötéseket alkalmaz, hanem mintegy a *szakszerű kezelés* megindítója, tehát a helyzethez mért definitív síneket.

A jelentés elsősorban a különböző fegyverek hatásaival foglalkozik. Ebből elsősorban kiemeljük az összeállítást, melyek a különböző országok fegyvereiről, azok lövedékeiről szóllanak.

Németország: 98-as minta; 7·9 mm. kaliber, hegyes lövedék kemény ólomból, köpenye nikkelrézfémlemez; hossza 28 mm., súlya 10 gr., kezdő sebessége 885 mdpméter, hordképessége 4500 m.

Ausztria: Mannlicher 8 mm. kaliber, kezdősebessége 850 mdpméter.

Franciaország: 86/93-as Lebel minta; 8 mm. kaliber. A legrosszabb fegyver az összes nagyhatalmak fegyverei közül, mert minden egyes golyót külön kell a fegyvermagazinba behelyezni. Hegyes lövedék, tömör rézből galvanizált rézburkolattal (fémmérgezés a testben kizárt dolog), hossza 39·2 mm., súlya 12·8 gr., kezdősebessége 720 msdperc.

Oroszország 91-es Morsim minta; 7·6 mm. kaliber, a lövedék hegyes, 25 mm. hosszú, 9 gr. nehéz, kezdősebessége 860 msdperc.

Anglia: Lee Enfield, 7·7 mm. kaliberű, burkolt lövedék cilindrikus gömbölyű fejjel, réz és nikkel keverékű burkolatban, hossza 31·5 mm., súlya 14 gr., kezdősebessége 713 msdperc.

Belgium 89-es Mauser minta; 7·6 mm. kaliber. A lövedék cilindrikusan gömbölyű fejű, nikkel és réz keverékből előállított burkolatban, hossza 30 mm., súlya 14 gr.

A hegyes lövedékek átlag könnyebbek, nagyobb a kezdősebességük, úgyszintén a hordképességük, erősebben rotálódnak. A lövedékek hamarabb deformálódnak.

A golyó lágyrészeken és csontos részeken áthaladva, legtöbb esetben nem deformálódik; sok esetben egész szűk löcsatornát hagy maga után; sőt találtak olyan eseteket is, a hol kemény részekben megakadt a lövedék és ennek dacára nem vesztette el eredeti formáját. Érdekesebb esetek közé tartozik az, a mikor az orosz lövedéket a löcsatornában megfordított helyzetben találták és pedig a lövedék hegyes fejrészlete a behatolás felé fordulva feküdt. Ezen esetek úgy magyarázhatók, hogy a lövedék repülése alatt pályája vége felé fordul és pedig, mert súlypontja a lövedék bázisa felé esik, a hegye fordul lefelé és bázisa kerül előre a lövés irányában.

Igen gyakran találtak a sebben olyan lövedékdarabokat is, a melyhez a lövedéket burkoló hüvelydarab is mellékerült, és pedig azért, mert az oroszok nagymennyiségű harmadrendű lövedéket használnak, japán gyártmányut, melyek előállítására oly silány, hogy a lövedék rossz ólomanyaga magával rántja a hüvelynek kisebb-nagyobb fal-

részeit; kevesebb esetben fordul ez elő a francia jól gyártott ólom lövedékeknél.

Közeljövő lövésből eredő löcsatorna bemeneteli helye rendszerint gömbölyű nyílást mutat, ellenben a kimeneteli nyílás sokszor egy 10—15 cm. hosszú tátongó seb-helyet alkot.

A legkellemetlenebb meglepetésekhez tartozik az állkapocssérülést szenvedett betegeken az úgynevezett *késői vérzés*, vagyis *utóvérzés* a mely minden előzetes fájdalom vagy tünet nélkül egyszerre, legtöbbször az éjjeli erős alvás alatt jelentkezik oly erővel és oly nagy mértékben, hogy gyakran az azonnali orvosi beavatkozás is majdnem hiábavaló volt, mert nem volt megállapítható, hogy a sérülés mily forrásból származik.

Prof. Ch. Bruhn: Bericht über eine zweijährige Tätigkeit des Düsseldorfer Lazarettes für Kieferverletzte (15. August, 1914.—15. August 1916).

Németországban igen hamar felismerték, hogy állkapocstörötteket eredményesen csakis e célra különlegesen felkészült helyeken lehet eredményesen gyógyítani. Németországban is egyike a legelsőeknek volt Prof. *Bruhn*, a ki Düsseldorfban előrelátó bölcsességgel már 1914 augusztus közepe táján saját privátklinikáján összegyűjti az állkapocstörött sérülteket. *Bruhn* Prof.-nak sikerült lépésről-lépésre meggyőzni a katonai köröket a különleges és egyes-egyedül állkapocstöröttek, arc-sérültek részére szervezendő kórházak szükségességéről, sikerült neki továbbá a düsseldorfi polgárság, társulatok figyelmét e szerencsétlen hadisérültekre felhívni. Így aztán ezen utóbbiak bőkezősége lehetővé tette, hogy *Düsseldorfban* az idők folyamán mintaszerűen rendezett, minden szükséges eszközzel, berendezéssel, személyzettel ellátott kórházak állanak ma szakavatott sebészek, fogorvosok vezetése alatt rendelkezésre állkapocstöröttek részére. A lazarette katonailag a kir. Reservelazarette I. (Düsseldorf)-hoz tartozik, és a Feldsanitätsschef 1914. szept. 14-iki intézkedésével éppen olyformán, mint a berlini tudomány egyetem

fogászati intézete, állkapocstörött katonák kezelésére gyűjtőhelynek jelöltetett ki.

Az előttünk levő jelentés a lazarette elhelyezéséről, felszereléséről, adminisztrációjáról ad számot első két évi működésében. A lazarette tulajdonképpen öt kórházat foglal magában. 1. Az anyaintézet, Prof. *Bruhn* privátklinikája a Sternstrasseban van, melyhez még a szomszédos két ház is csatoltatott. Itt 14 betegszobában 80 betegágy, 2 fürdőszoba áll a betegek rendelkezésére; azonkívül két műtő teljes sebészi felszereléssel, 3 fogorvosi rendelő 5 fogászati székkal, 2 technikai laboratórium, Röntgenszoba. 2. a „*Mannesmann*“-házban (a Mannesmann-féle csövek gyártására 1912-ben épült monumentális gyárépület déli szárnya) 141 betegágy, 2 műtőszoba, 1 fogorvosi rendelő 4 székkal, 1 fogtechnikai laboratórium, Röntgenszoba stb. szolgálja a betegeket; 3. a „*Rheinlust*“ (a „*Rheinische Bahngesellschaft*“ nyári szórakozóhelye a Rajna baloldalán (Oberkassel), 200 betegágya, 4. az „*Abteilung Frauenklub*“ (a rheinische Frauenklub otthona) úgy mondhatnánk állkapocstörött katonák üdülőhelye 46 betegágyal; végre 5. a „*Waldesheim*“ (a „*Verein für Säuglingsfürsorge*“ tulajdona), 106 legénységi és 30 tisztii ágya áll rendelkezésre a betegeknek.

A lazarettben működik 22 fogorvos és 6 orvos. A Sternstrasse-ban levő klinika vezető fogorvosa: Zahnarzt *Kühl*; a Mannesmannhaus-ban Z. *Hauptmeyer*; Rheinlust-ban Z. *Scholtz*; Waldesheim-ben Z. dr. *Lehrell*; Frauenklub-ban Z. *Ahrend*. Mint sebészek ténykednek Oberarzt dr. *Lindemann*, dr. *Knolle*. Az egyes osztályokon a kezelő fogorvosok száma úgy van elosztva, hogy 30—40 beteg jusson egy fogorvosra.

E két év alatt a lazarette 1081 beteget bocsájtott ki az intézetből; e számból harctéri szolgálatra alkalmassá vált 210 beteg, helyi szolgálatra 481, hadi munkára 12, szolgálatképtelen maradt 7; másfajta betegség miatt továbbított 360; kihelyeztetett más állkapocsosztályra 41; bejáró kezelésre, esetleg orr-, szem- stb. kezelésre helyezettetett 250 beteg.

A lazarette gyógyító methodusait külön füzetekben bo-

csájtja közre (Die heutigen Behandlungswege der Kiefer-schussverletzungen. Herausgegeben von Prof. Bruhn. Verlag von J. Bergmann, Wiesbaden); ezekről külön rovatunkban fogunk megemlékezni.

Beobachtungen aus dem „Service de Stomatologie du Centre de Lyon“. Hellmüller, Langenthal és Reutlinger előadásai nyomán melyeket a „Schweizerische Odontologische Gesellschaft“ Lausanne-ban tartottak. (Schweiz. Viertelj. f. Z. 1916, Heft 2.)

Franciaország katonailag kerületekre oszlik; e kerületek békében egy-egy hadtest területének felelnek meg. E kerületek mindegyikében a háború kezdete óta katonai kórházakat állítottak fel és a legtöbb kerületben speciális kórházakba központosították az állkapocstörött sebesülteket. Lyon és környéke a 14. kerület, ehhez tartoznak még Vienne, Bourgoin, Valence, Grenoble, Chambéry. Lyonban vannak összpontosítva a 14. továbbá a 7. katonai kerület területéről az állkapocstöröttek; vezetője e szolgálatnak Prof. Ponut, a ki az „Aide major de 2-e classe“ katonai rangot kapta. Az állkapocstöröttek több kórházban vannak elhelyezve; rendelkezésre állanak e célra: 1. a *Hôpital complémentaire Nr. 19*, 250 ágygyal; 2. a *Hôpital complémentaire Nr. 9*, a melynek 1000 ágya közül 200 áll állcsonttöröttek rendelkezésére; 3. a *Hôpital complémentaire Nr. 44*, 400 ágygyal; 4. az *Hôpital auxiliaire Nr. 57*, 100 ágygyal; 5. az *Hôpital St. Pathin* 175 ágygyal oly állkapocstöröttek számára, kik egyuttal szemsérültek is; továbbá 6. a *Hôpital 26—16 bis 28 bis* három lazarette egyesítve 30—40 betegre; 7. „*Hôpital Desgenettes*“, „*Hôpital de la Charité*“ oly állkapocssérültek részére, kik egyuttal orr-, fül- vagy gégesérüléseket is szenvedtek. De vannak állkapocstörött sebesültek a *Hôtel Dieu* ben, Lyon legnagyobb kórházában is, továbbá az „*Hôpital complémentaire Nr. 21*, az „*Hôpital de Villemenzy*“-ben is. 1916 márcziusában e kórházakban összesen 866 állkapocssérültet kezeltek.

Az *Hôpital complémentaire Nr. 19* csupán az állcsonttöröttekké; iskolaépületben van elhelyezve körülbelül 250

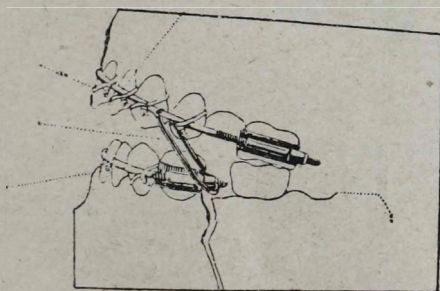
ágyas. Vezetője Prof. *Pont*; alá van rendelve két rendelőorvos (dr. *Reboulet* és dr. *Fléchet*), a kik osztályos orvosok és a kisebb sebészi műtéteket elvégzik, a nagyobb műtéteket végzi *Pont*, a ki egyszersmind az administratív teendőket is ellátja. A kórház „Dentisterie“-jében 4 „chirurgien-dentistens“ dolgozik. Éjszaka katonai ápolószemélyzet van, nappal e szolgálatot önkéntes női személyzet végzi. A különböző síneket, protheziseket nem a kórházban, hanem az összes kórházak részére az *Ecole dentairban* készítik; e célra ott 15 fogtechnikus dolgozik egy főnöktechnikus vezetése alatt.

A sebesültek ellátása a kórházba szállítás előtt. Tulajdonképpen csupán könnyen kitapintható lövedékek és lövedék-részletek eltávolítására és esetleg szükséges alakötésekre szorítkozik. Nagyobb sebészek esetén a sebesült a fronton tetanusantitoxin injekciót kap. A jelentéstevők kiemelik, hogy ma már az állkapocssérülést szenvedett sérült közvetlenül e célra berendezett specialis kórházba kerül és pedig aránylagosan elég gyorsan és ma már nem fordul elő, hogy az ilyen beteg hónapokig elheverjen sebészi kórházakban, korodákban.

A sebkezelés a lyoni specialis kórházban. A sebkezelés nyitott. Naponta kétszer sebitoilette; erősebben secernáló sebészeknél 2 óránként. A járnai tudó betegek a kötözőbe (salle de pansement) mennek, a hol a kezelést ápolók (!?) végzik. A kötés levétele hydrogen peroxyd segítségével történik; a sebet, annak minden részletét, erős nyomással bíró, $\frac{1}{2} \frac{0}{10}$ -os meleg kaliumpermanganát-oldattal mossák ki. Ilyen erős nyomást úgy érnek el, hogy a mosóoldatot fémedénybe (benzinedény) öntik, az edénybe aztán nagy Velopumpával levegőt nyomnak, sajtolnak és így helyezik a folyadékot elég erős nyomás alá. Az erős sugár előnye: mechanikusan tisztít, a sebet drénezi. A seb átmosása után a seb széleit benzinnel törlik le (olcsóbb és legalább oly jó, mint az éther); szabad nekrotikus szekveszttereket, szövettarabokat eltávolítják. Mélyebb sebrészeket vagy a seb széleit jodtinktúra (1 rész) és benzoëtinktúra (9 rész) elegyével törlik át.

Azt a bőrrészletet, melyre napközben nyál szivárog, porral hintik be. A por jodoform, talcum, zincoxyd, magnesia $\bar{a}\bar{a}$ 5 gr.; eucalyptol 4 csepp keverékéből áll. Tiszta sarjadzó sebfelületekre, melyre a kötés különben letapadna, ennek megakadályozására 1 vagy legfeljebb 2 sor gyengén joddal és vazelinnal átitatott gaze darabkát („gaze grasse“) helyeznek és csak e fölé kerül a rendes kötés.

A gaze grasse-t úgy csinálják, hogy fémdobozt jodtinktúrába és benzoétinktúrába mártott és gyengén kinyomott gaze-el töltenek meg; a legfelső gaze-rétegre vazelint tesznek és az egészet autoklaveban sterilizálják. Ezután a gaze

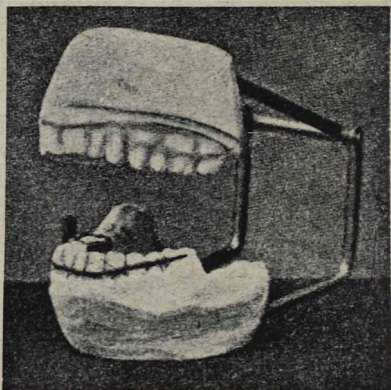


1. ábra.

egyenletesen zsíros lesz és ezért nem tapad a sebre, de át-ereszti a sebváladékot, mert nagyon vékony a zsírrétege.

Sebfertőzések. E kórházak eddigé (1916 márczius). 4300 beteget kezeltek. Ezek között tetanus, gázphlegmone, kórházi üszök egyáltalában nem fordult elő. 15 *erysipelas* esetüket *Pont* autoserumtherapiával gyógyította.

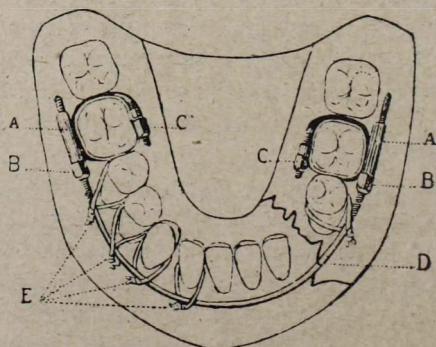
Frakturák kezelése. A „dentisterie“-ben folyik; 4 fogorvos 4 fogorvosi széken. A míg a sebesült erősen genyed, nem síneznek, a referensek az ujonnan beszállítottak közül csupán egyetlenegyét láttak olyant, a ki állkapocs tört részeinek rögzítésére már az első napon drótkötést kapott. *Általában több napig, 8 naptól 3 hétig tart, a míg a seb gennyedése szűnik és sínezik a beteget.* Legtöbb esetben drótkötést alkalmaznak (l. 1.—5. ábra) ritkábban kaucsuk-



2. ábra.



3. ábra.

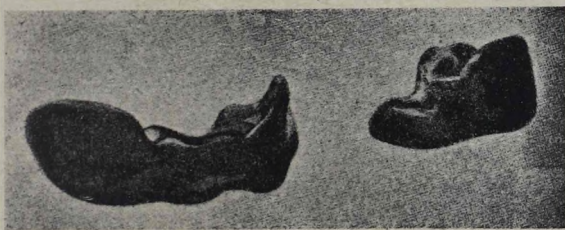


4. ábra.

síneket ferde sikkal kombinálva („goutière d'engrainement“) (6. ábra) néha öntött fémsíneket is (7.—8. ábra). Ha drótkötéssel nem tudják rögzíteni a törvégeket, például: az állkapocs fel-



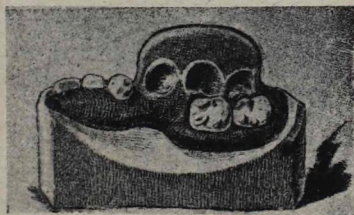
5. ábra.



6. ábra.



7. ábra.



8. ábra.

hágó ágának töréseinél: az angulusz töréseknél, úgy általában a „bloquage“-hoz fordulnak: immobilizálják az egész állkapcsot a felső és alsó állcsontra kötött drótsínekkal, melyeket azután egymással is összekötöznek.

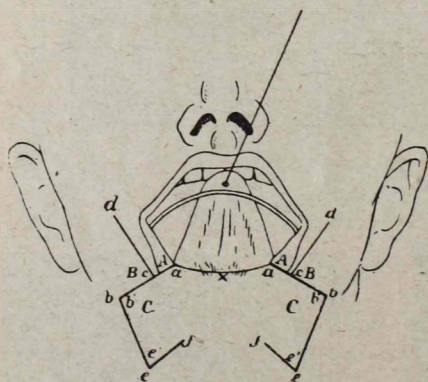
Sebészi beavatkozások. Lyonban a sebkezelés két ab-

solut elkülönített etappra osztható: 1. a trauma okozta sérülés gyógyítása a *sebfelületek hámosodásáig*. Ez a szeptikus stadium. 2. A *plasztikus műtétek* stadiuma. Az első időben állítják a szájba a síneket, távolítják el a lövedéket, azok maradványait, a demarkálódott sekvesztereket. E műtétekhez jó a *Röntgen*. A felvételek nem a kórházban magában történnek, de más helyen; a kórház nem is kapja az eredeti felvételt meg, hanem csupán arról egy rajzot.

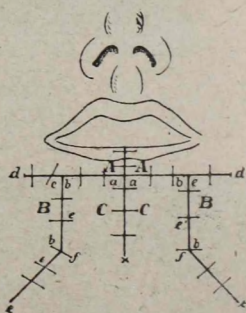
Ugy ezen kisebb műtétekhez, mint a később tárgyalandó nagyobbakhoz, mindig *narkotizálnak*. (Athylchlorid és utána chloroform.)

Arcplasztikai műtétek közül itt egynek a menetét sematikus bemutatjuk.

Alsó ajakképzés: lásd 9. és 10. ábrák. *a b* átható met-



9. ábra.



10. ábra.

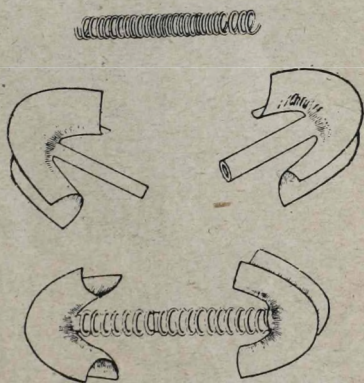
szés bőrön, izmon, nyálkahártyán át, *b* és *e*, *e f*-el csupán bőrön és a platyzmán át; *c d* metszések bőrön és izomzaton át (nyálkahártyát kimélve). *B* lebenyeket lefejtjük a nyálkahártyáról, így *A* lebenyek mobilok lesznek és egyesíthetők. Így az ajkpir helyreállított. A nyálkahártyarészt, a melyről előbb a *B* lebenyt lefejtettük és a mely még *A* lebennyel összefüggésben volt, a középvonalban egyesíthetjük; így körülbelül *C C* pontok nivójáig a képzett alsó ajknak nyálka-

hártyabélése is van; *a a* pontok közt a szájnyalkahártya és a bőr határán ejtett metszés után *C C* lebenyeket alapjukról leválasztjuk, felfelé egymáshoz fordítjuk és a 10. ábrán adott betűk szerint egyesítjük.

Szabad csonttransplantáció. Különösen kisebb állkapocshiányok esetén (pseudarthrozisok). Metszés a submentalis vagy submaxillaris területen az állkapocsszél alatt. A törvégek felkeresése, azokról a csonthártya letolása; a törvégekbe egymással párhuzamosan futó árok bevágása, ezekbe azután egyik bordából (legtöbbször a 9.-ből) vagy a tibiából beillő rész bevezetése (l. 11. ábra). Általában éppen nem



11. ábra.



12. ábra.

helyeznek súlyt arra, hogy a transplantált csontdarab csonthártyával el van-e látva vagy sem. A lyoni iskola legtöbbször még nem is csontot, hanem *porcot* (bordaporcz) transzplantál; felvételük szerint begyógyulás után metaplazia útján ebből csont lenne.

A szájnylás tágítására cheiloplastikák után, a mikor a szájnylás környékén hegesedések támadtak és ezek rugalmatlansága miatt a szájnylás mind kisebb és kisebb lesz, tágítókat (écarteur) használnak. Ilyent mutatunk be a 12. ábránkon.

Szájzár oldására különböző tágitók közül a leghasználatosabbak az egyszerű *ruhaszáritókapcsok* (l. 13. ábra), a *kettős spirális rugó* (l. 14. ábra), a *Spatzenfalle*; továbbá a szintén rugó hatáson alapuló *Rattenfalle* (l. 15. ábra).



13. ábra.



14. ábra.



15. ábra.

A Középeurópai Fogorvos-Szövetség ügye.

Lapunk utolsó számában (1916—1917, I. sz. 66. oldal) hírt adtunk egy mozgalomról, melyet a Magyar Fogorvosok Egyesülete az 1916. év folyamán indított. E mozgalom célja a középeurópai államokban (Magyarország, Ausztria, Németország, Bulgária és Törökország) *egy tisztán tudományos kérdésekkel foglalkozó fogorvosi szövetség megeremtése*. A Magyar Fogorvosok Egyesülete 1916 szept. hó 16.-án tartott választmányi ülésének határozatából folyóan az Egyesület elnöksége a „Stomatologusok Országos Egyesületének elnökségéhez“ (Budapest), továbbá több német és osztrák szakegyesülethez felhívást küldött, melynek szószerinti szövegét lapunk utolsó számában (1916—17, I. sz., 66. oldal) közöltük.

E felhívásunkra beérkezett válaszokról számolunk be első sorban.

A „*Stomat. Orsz. Egyesülete*“ elnöke 1916 nov. 14.-én kelt levelében a „jelenleg egybehívhatlan“ St. O. E. nevében a szándékolt akciót korainak, maga részéről — továbbá — a kezdeményezést sikerre vezetőnek nem tartja.

Prof. *Walkhoff* a „Centralverein d. Zahnärzte“ elnöke Egyesületünk elnökéhez a következő levelet intézte:

Hochgeehrter Herr Kollege!

Anbei empfangen Sie das Rundschreiben in Sachen des Mitteleuropäischen Zahnärztebundes, welches ich an die ca. 30 hervorragendsten Kollegen Deutschlands gesandt habe. Bisher habe ich nur zustimmende Antworten bekommen. Vielleicht erlassen Sie für Ungarn ähnliche Schreiben an die dortigen Kollegen. An Kollegen *Weiser*, Wien habe ich ebenfalls einen derartigen Abzug meines Rundschreibens geschickt. Ich glaube, dass wir nach Gründung der Landescomités uns dann weiter über die Sache unterhalten können.

Mit besten collegialen Grüßen an Sie und Kollegen Salamon bin ich

Ihr sehr ergebener

Walkhoff.

A körlevél szövege:

Sehr geehrter Herr Kollege!

In Folgendem unterbreite ich Ihnen wie auch einer Anzahl anderer hervorragender Kollegen eine wichtige Angelegenheit des deutschen zahnärztlichen Standes und bitte ergebenst um eine baldige Mitteilung Ihrer Ansicht über dieselbe.

Von Seiten der ungarischen Kollegen Dr. Szabó und Dr. Salamon in Budapest wurde mehrfach angeregt, dass die Zahnärzte der verbündeten Länder — Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Bulgarien und Türkei — für die Zukunft in einen *gemeinsamen* Austausch ihrer *wissenschaftlichen* und *praktischen Erfahrungen* des *zahnärztlichen* Faches treten. Man kann diesen Gedanken meines Erachtens nur warm begrüßen. Auch Prof. Weiser, Wien hat nach einer Mitteilung der ungarischen Kollegen die Idee freundlich aufgenommen und stimmt ihr im Prinzip vollkommen zu. Wenngleich dabei naturgemäss zunächst die Kriegserfahrungen der Zahnärzte in den betreffenden Staaten in den Vordergrund treten würden, so erscheint es mir doch höchst wahrscheinlich, dass der Austausch wissenschaftlicher und praktischer Leistungen der Zahnärzte in diesen Ländern auch fernerhin und auf anderen Gebieten unseres Faches äusserst fruchtbringend zu werden verspricht. Dieser Austausch könnte natürlich hauptsächlich in Form von *wissenschaftlichen Kongressen* stattfinden, auf welchen die Erörterung jeglicher zahnärztlicher Standesangelegenheit von vornherein ausgeschlossen sein müsste. Möglicherweise schliessen sich auch Fachgenossen der neutralen umliegenden Länder einer solchen Vereinigung der Zahnärzte der heute verbündeten Völker an. Von Seiten der Aerzte sind für die *Medizin schon längst gleiche* Bestrebungen vorhanden. Die ärztliche Abteilung der Reichsdeutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung fordert z. B. schon jetzt zum Beitritt „zu einer besonderen Gruppe für medizinische Kongresse und Konferenzen“ auf. Diese Vereinigung „erstrebt den kulturellen Zusammenschluss der jetzt verbündeten Völker ohne den späteren

Zutritt anderer sich zu verschliessen“, und wendet sich jetzt vor allem an die Vertreter der Reichsbehörden, der Fakultäten, Akademien und der grossen medizinischen Gesellschaften. Für den zahnärztlichen Stand muss ein auf gleichen Grundsätzen beruhendes Unternehmen rein wissenschaftlicher Natur ebenfalls von grossem Werte sein. Auch er kann dadurch ein Stück Kulturarbeit leisten und—zu einem noch engeren Zusammenschluss unserer verbündeten Völker in kultureller Hinsicht führen. Dabei sei eines bemerkt: Es ist nicht beabsichtigt durch diese neue Institution der Fédération Dentaire Internationale Abbruch zu tun. Da sich aber in verschiedenen uns feindlichen Ländern prinzipiell selbst gegen die verschiedensten wissenschaftlichen Fächer und ihre Vertreter in unseren Ländern starke feindliche Strömungen bemerkbar gemacht haben, so steht es noch sehr dahin, ob die F. D. I. jemals wieder in absehbarer Zeit einigermaßen normal für unsere Länder funktionieren wird und kann. Wir müssen unzweifelhaft damit rechnen, dass diese Art von internationalen Beziehungen mindestens für viele Jahre stocken werden. Ausserdem soll die neue Vereinigung ausdrücklich sich nicht mit den Standesangelegenheiten der Zahnärzte der einzelnen Länder befassen, wie es die F. D. I. tat.

Da der beabsichtigte Zusammenschluss der Zahnärzte der verbündeten Länder natürlich grösserer Vorbereitungen und längerer Verhandlungen bedarf und vor allen Dingen massgebende Vertreter der einzelnen Länder zu einer solchen Gründung grundsätzlich Stellung nehmen müssen, frage ich hiermit bei Ihnen an, ob Sie dem Gedanken sympathisch gegenüberstehen und geneigt sind, der Ausführung des Planes hilfreich zur Seite zu stehen zunächst indem Sie einem zu gründenden Landesausschuss beitreten, welcher sich über die weiteren Schritte schlüssig machen und mit den Komités der anderen Länder in Verbindung treten muss.

Indem ich einer freundlichen Antwort möglichst bald entgegensehe, verbleibe ich mit herzlichem kollegialem Grusse
Ihr sehr ergebener.

Prof. Dr. Weiser (Wien) ez ügyben Elnökségünkhez intézett levele:

Sehr geehrte Herren Kollegen!

Montag, den 1. Oktober hatte ich die Präsidenten des Vereines Oesterreichischer Zahnärzte, des Vereines Wiener Zahnärzte und des Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen zu einer Sitzung eingeladen, in welcher einstimmig beschlossen wurde, dem zu gründenden mittel-europäischen Zahnärztebund beizutreten. Es wurde bei dieser Gelegenheit auch konstatiert, dass der Verein Oesterreichischer Zahnärzte bereits am 8. Februar 1916, desgleichen der Zentralverband der österreichischen Stomatologen „vor-Jahresfrist“ ihre prinzipielle Zustimmung zu dieser Aktion kund- und zu Protokoll gegeben haben. Der Präsident des Vereines Wiener Zahnärzte, Prof. Dr. Leo Fleischmann, Wien, I., Mülkerbastei 5, welcher zur Zeit als die Führungnahme der Schöpfer dieser Gründung begonnen hatte, von einer schweren Darmblutung heimgesucht war, erinnert sich nicht, von Ihnen oder von Herrn Hofrat Prof. Dr. Walkhoff eine schriftliche Anfrage erhalten haben. Er lässt die beiden Budapester Herren dringend bitten, ihm in seiner Eigenschaft als Präsident des Vereines Wiener Zahnärzte eine offizielle Einladung zugehen zu lassen, sich an der Propaganda für Ihre Gründung zu beteiligen.

Ein den Stand dieser Angelegenheit beinhaltendes Schreiben geht gleichzeitig an die Adresse des Herrn Hofrat Prof. Dr. Walkhoff ab.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

hochachtungsvoll

R. Weiser.

A Magyar Fogorvosok Egyesületének választmányi ülése 1917 okt. 5.-én teljes megnyugvással fogadta a létesítendő fogorvos szövetség kialakulásának ezen dokumentumait; ugyanezen választmányi ülésen továbbá *Országos Bizottságot*

alakított, melybe tagokul kiküldte *Szabó dr., Salamon, Körmöczy, Klinger, Bilaskó, Gadányi, Landgraf, Sándor, Láng, Frommer, Fried, Csilléry és Vajna* tagokat. A választmány az Országos Bizottság feladatává tette, hogy a magyar fogorvosokat az alakítandó közép európai fogorvos szövetség céljairól tájékoztassa és azokat e szövetségbe való belépésre felszólítsa.

Az Országos Bizottság megalakult, elnökévé *Szabó József* dr. egy. magántanárt választotta meg.

A Bizottság felhívással fordul a hazai fogorvosokhoz, melyet folytatólagosan közlünk.

A Közép európai Fogorvos-Szövetség (Bund mitteleuropäischer Zahnärzte) Magyar Országos Bizottsága.

Budapest, 1917 okt. 10.-én.

Iózséf-körút 37-39.

Elnök.

Felhívás a magyar fogorvosokhoz.

T. Kartárs Úr!

A Magyar Fogorvosok Egyesületének kezdeményezésére német, osztrák és magyar fogorvosok egymással tisztán tudományos kérdések megvitatására szorosabb kapcsolatot keresnek; továbbá a mennyire a viszonyok megengedik e kapcsolatba belevonni kívánnák a bolgár és török Kartársakat is.

T. Kartárs Úr! A háború szülte fegyverbarátság a közép európai szövetséges államok közt nem szorítkozik a harcztérre, hanem kiterjed a nemzeti élet egyéb megnyilvánulásaira is (gazdaság, kereskedelem, ipar, tudomány stb.). Bizonyos, hogy évekig fog még tartani, a míg a kölcsönös ellenszenvék és gyűlöletek annyira letompulnak, hogy nemzetközi tudományos érintkezés lehetővé lesz. Ezért is annál inkább kell iparkodnunk, hogy legalább a szövetséges népek között támadjon közvetlen tudományos érintkezés minél szélesebb alapon. Ezt érezték egyébként más tudományos pályán működők is; és így alakultak ki a nemzetgazdák,

jogászok, általános orvosgyakorlattal stb. foglalkozók szövetségei.

E kapcsolatból, tömörülésből megalakítani szándékozunk „Középeurópai Fogorvos-Szövetséget“ (*Bund mitteleuropäischer Zahnärzte*). Ennek célját, programját röviden vázoljuk:

1. Időszakos, tudományos érintkezés (ülések, kongresszusok),

2. Háborús tapasztalatok összegegyeztetése:

a) szaktudományos tekintetben (újabb gyógymódok, azok kritikája, sebesülési és gyógystatisztika stb.)

b) fogorvosi kar helyzete a katonai egészségügyi szervezetben.

3. Arcz, állcsontsérültek rokkantsági kérdése, (elvek a rokkantság fokának megállapítására, ehhez mérten anyagi segélyek mértéke; rokkantak prothézisekkel való ellátása békében stb).

Mindezen sok és fontos tudományos problema közös munkával bizonyára eredményesebben oldható meg, mint elszigetelt tevékenységgel.

T. Kartárs Úr! E szövetség végül hivatva lesz a hivataltalos viszonyt magyar és német fogorvos közt megjavítani. A magyar stomatologusok az 1909-i nemzetközi orvos-kongresszus alkalmából oly sértő módon viselkedtek a német fogorvosokkal, egyes-egyedül azért, mert ők nem orvosdoktorok, hanem csak szakorvosok, hogy az még most is — és méltán — fáj a német fogorvosi Karnak. Minden hitünk és érzésünk szerint ezt a taktikai és tudományos hibát végre jóvá kell tennünk nekünk magyar fogorvosoknak. A német fogászat a súlyos háborús feladatokat is példászerűen és fényesen oldotta meg; a magyar stomatologia pedig leromlott; az érzelmi motívumokon túl meg van tehát a reparációnak tárgyi jogosultsága is. Tehetjük azt annál is inkább, mert a tervezett Szövetség egyik *alapfeltétele: Kari érdekek ki vannak zárva! Nekünk közös kari érdekeink nincsenek!* A magyar (és osztrák) törvényhozás a fogorvosi gyakorlatot bölcsen az általános orvosi diploma megszerzéséhez köti; a német törvényhozás ugyancsak bölcsen — mert

ez az ő viszonyainak megfelelőbb — megelégszik szakdiplomával. Ez minden államnak sajátos belügye, melybe semmi beleszólásunk nincsen. *Mi egymással mint szakorvosok akarunk érintkezni és mint ilyenek egyformák és egyenrangúak vagyunk.*

T. Kartárs Úr! Ha a tervbe vett Szövetség indokolásával, programmjával, céljaival egyetért, kérjük lépjen be tagul és e szándékát levelezőlapon velünk tudassa.

Kartársi üdvözlettel

Dr. Szabó József,
egyet. magántanár.

Igen tisztelt Orvos Ur!

Szives tudomására hozzuk, hogy **Budapest Rákóczi-út 29. sz. I. 3. alatt fogtechnikai laboratóriumot** nyitottunk.

Laboratóriumunkat a legmodernebbül, minden technikai munka legtökéletesebb elvégzésére megfelelően rendeztük be.

Munkáinkat a legjobb anyagokból, elsőrendű munkacrökkal, a legméltányosabb árban készítjük.

Midőn arra kérjük, hogy próba megrendeléssel kifogástalan teljesítményeinkről meggyőződést szerezni méltóztassék, magunkat szives pártfogásába ajánlva vagyunk

kiváló tisztelettel

özv. Dr. Lengyel Emilné
és Szarvas Lili.

Dr. Zsigmondy Ottó.

(1860 – 1917.)

Június hó utolsó napján egy fáradt orvos és kutató hunyta le örökre szemét Bécsben: *Zsigmondy Ottó* fogorvos. Kartársunk és honfitársunk volt, azon magyarok egyike, kiket a sors idegenbe sodort — már ott is született, — de magyar-



Dr. Zsigmondy Ottó.

ságát nemcsak, hogy el nem felejtí, hanem lelkülete legmélyén mindig hozzánktartozónak érzi magát. Már ez is kiforrott, határozott karakterre mutat és e jellembeli kitünősé-
gét, kiválóságát egész pályáján végig: magánéletén, tudomá-
nyos kutatásaiban egyaránt élvezhetjük.

Mint embert az előkelő természetek szerénysége jellemezte, kitől azonban távol állott a megalkuvások kishitúsége. A mit igaznak tartott, azt vallotta bátran, becsületesen és mindenkivel szemben. Mint kutató — mert az volt minden ízében — ugyanaz az egyenesség és őszinteség volt saját-sága. Meg volt minden kvalificatiója, hogy egyetemi katedráról tanítson — egy hijján és ez szegte, mindegyikünknek igaz sajnálatára, egyetemi karrierjének útját: az élő szó, a kifejezés készsége nem állott rendelkezésére.

Irodalmi munkássága az elméleti és gyakorlati problémák feldolgozásában egyaránt mélyen szántó gondolkodóra vall. És a mi ennél is még értékesebb: a felismert igazság útjáról nem téríti el semmi mellétekintet, sem elméletek, sem személyek iránti elfogultság. Soha olyant nem írt és nem mondott, a minek igazságáról tökéletesen meg nem volt győződve, a kutatást szinte a l'art pour l'art szenvedélyével végezte, ellentétben avval az író- és kutató-typussal, ki előre fogalmazott igazságokhoz keresi a bizonyítékokat és ha ilyenek nem akadnak, nem a feltételezett igazságot dobják sutba, hanem a bizonyítékokat idomítják, míg a látszólagos igazságot támogatják.

Nemes és gyönyörű volt felfogása szakmánk helyzetéről és viszonyáról az orvostudományhoz. Rendületlenül hitt abban, hogy a fogászat ki nem szakítható az egyetemes orvostudomány testéből és e hitéből folyólag számos csatározása volt az ellentábor harczosaival. Nemes volt e küzdelme, mert őszinte meggyőződéséből merítette fegyvereit; gyönyörű volt, mert e fegyvereket fondorlatok nélkül használta és távol tudta tartani magától azokat az eltévelyedéseket, melyek ez ügy nem egy harczosát kalandos útakra vitték.

Egész ember volt: lélekben erős, szívében nemes; egész tudós volt: a kutatás igazságától soha el nem tért. Mint ember emléke mindnyájunknak kedves, mint tudós díszhelyet foglal el szaktudományunk történetében.

Salamon.

Dr. Henning Károly.

Nem volt fogorvos és mégis részben hozzánk tartozott. Magyarországon született, de kora ifjúságától fogva Bécsben működött, mint az Allgemeines Krankenhaus moulage-osztályának vezetője. Orvos és művész volt egy személyben. Ő találta fel a zselatin arcprotezeiseket, melyek éppen a most folyó háborúban jutottak általánosabb jelentőségre. Neki köszönhetjük továbbá az „elasztin“ nevű — szinte saját találmánya — lenyomatanyagnak bevezetését a fogászati gyakorlatba.

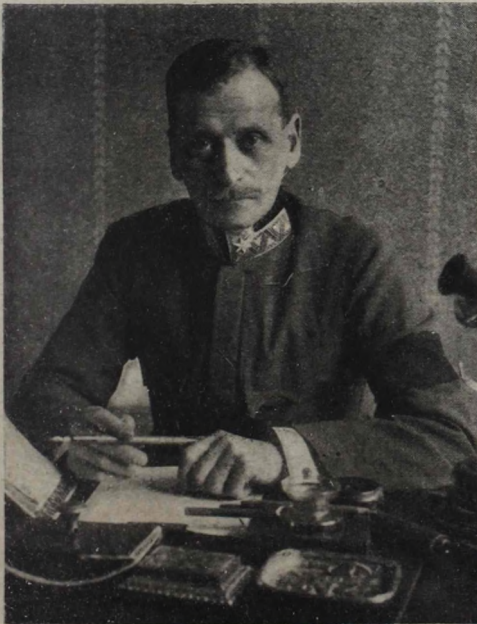
Sajnos sem ennek, sem zselatin-massájának összetételét nem tette közzé. Zárkózott, némileg különczködő természet volt, de a zselatin-módszer megalkotásával kapcsolatban mindazonáltal maradó emlékét fogja őrizni szaktudományunk.

Az idei nyáron halt el hirtelen, vérmérgezés folytán.

Salamon.

HIVATALOS RÉSZ.

A „Magyar Fogorvosok Egyesületé“-nek
tiszteltbeli tagjai:



Dr. Gadány Lipót.



Dr. Ertl János.



Dr. Csilléry András.

Változás a „Fogorvosi Szemle“ szerkesztőségében.

Midőn 9 évvel ezelőtt a „Fogorvosi Szemle“ első számát útjára bocsátottam, azzal a rajongó hittel voltam eltelve, hogy ez a szaklap nem fog egy-két évfolyam után megszűnni, mint elődei, hanem, ha kell, a magam csekély erejével is fenntartom mindaddig, míg nálamnál hivatottabb kezekbe nem kerül s míg oly mélyen nem eresztette gyökereit a magyar szaktudomány humuszába, hogy többé sem közöny, sem versengés el nem pusztíthatja.

A „Fogorvosi Szemle“ mindjárt az első években megélt a saját emberségéből. A „Magyar Fogorvosok Egyesületének“ tulajdona volt, de az Egyesület pénztárát igénybe nem vette soha. Megjelent a béke éveiben mindenkor minden negyedévben. Eljöttek a háború nehéz esztendei. A „Fogorvosi Szemle“ csak elgyöngült, évente csak egyszer adott életjelt magáról, de élt és létezésének folytonosságát dokumentálta.

Most, midőn legnagyobb örömömre *Szabó József* dr., egyetemi magántanár társul belépett a szerkesztőségbe, a legönzetlenebb öröm tölti el szívemet, de legyen ez egyszer szabad szerénytelennek lennem, büszkeség is, mert most már megíngathatatlan az a hitem, hogy a „Fogorvosi Szemle“ melyet én indítottam, megindult azon az úton, mely csak felfelé vezethet, biztosítva van ezen, immár egyetlen magyar szaklapunk részére a fennmaradásához szükséges szellemi és anyagi erő.

Immár 18 éve dolgoztam karunk becsülete és tekintélye érdekében; az én munkám semmivel sem volt értékesebb, mint azoké, kik csak solidaritásukat és anyagi erejüket adták a jó ügy segítségére, de ez az egy tény, hogy a reményem szerint mindenkorra fennmaradó szaklap először az én signatúrámmal indult el, habár szerény köntösben, a maga útjára, végtelen jóleső érzést kelt szívemben.

Bocsássák meg kedves kartársaim, hogy egy a tudománynak szentelt lap hasábjait subjectív érzéseim pertractálására

használok, de szolgáljon mentésemül, hogy sohasem tettem, de nem is fogom másodszor tenni.

Munkatársaim támogatását hálásan köszönöm és kérem a jövőben is. Dr. Körmöczy Zoltán.

Jegyzőkönyvi kivonatok.

Választmányi ülés 1917. február 3-án.

Elnök: Dr. Szabó József. Jegyző: Dr. Körmöczy Zoltán.

Titkár előterjeszti jelentését. (Közöljük.)

Pénztáros jelentését tudomásul vesszük s a felmentvény megadását javasoljuk.

Elnök a folyó ügyekről és az ügyészi költségvetésről számol be. A költségeket a fogorvosi alapból vesszük kölcsön.

Elnök felolvassa a H. m. 269—186/5 1916. számú, a fogtechnikusok ügyében kiadott rendeletét. Örvendetes tudomásul szolgál.

Elnök ismerteti tervezetét a központi hatalmak fogorvosi testületeinek megalkotandó szövetségét illetőleg.

A Zentralverband der österreichischen Stomatologen és a Zentralverband österreichischer Zahnärzte, valamint a Zentralverband deutscher Zahnärzte a legnagyobb örömmel üdvözölték az eszmét előzékeny válaszukban, míg a magyar „Stomatologusok országos egyesülete“ nem kíván egyelőre az akcióban résztvenni.

Elnök referál a *Liebel*-ügyről. Tudomásul szolgál.

Elnök referál a rokkantak fogtechnikusi kiképzéséről. Tudomásul szolgál.

Elnök javasolja, hogy dr. *Gadány Lipót* és dr. *Csilléry András* tagtársakat, továbbá dr. *Ertl János* műtőorvos kartársat az orvosi, főként a fogorvosi szaktudomány előbbrevitele, tekintélyének és súlyának emelése érdekében kifejtett, minden kartárs méltó becsülését kiérdemlő munkásságuk elismeréseképpen a közgyűlésnek *tiszteletbeli tagokul* való megválasztását ajánljuk. Egyhangulag lelkesedéssel elfogadjatik.

Közügyülés 1917. február 3-án.

Elnök: Dr. Szabó József. Jegyző: Dr. Körmöczi Zoltán.

Elnök az ülést megnyitja és a jegyzőkönyv hitelesítésére felkéri dr. *Winkler* és dr. *Pál* kartársakat.

Körmöczi felolvassa a titkári és pénztárosi jelentést. Tudomásul szolgál; a múlt évi tagdíjak beszédését elrendeli a közgyűlés és a pénztárosnak a felmentvényt megadja.

Elnök a folyó ügyekről számol be. Tudomásul szolgál.

Fried Samu javasolja, hogy halálozási esetekben koszorú helyett koszorú megváltási díjat adjuk az O. O. Sz. segítő-alapjának. Elfogadtatik.

Elnök ismerteti az ügyész átiratát. Az elnök felhatalmazást nyer a költségvetés pontos megállapítására. A szükséges összeget a fogorvosi alaphól vesszük kölcsön.

Elnök jelentést tesz a központi hatalmak fogorvosi tés-tületei között szervezendő szövetség ügyének haladásáról. (Az aktákat jelen számunk más helyén közöljük.) Tudomásul szolgál.

Elnök jelentést tesz a rokkantaknak fogtechnikussá való kiképzéséről. Örvedetes tudomásul szolgál.

Brust esetleg rokkant kartársak alkalmazását ajánlja.

Gadány jobbnak tartaná, ha ilyenek részére fogtechnikai Iparigazolványt kaphatnak a rokkanthivatal segélyével. Helyesléssel fogadtatik.

Elnök előterjeszti a választmány javaslatát

Dr. *Gadány Lipót*, dr. *Csilléry András* és dr. *Ertl János* kartársaknak *tiszteletbeli taggá való* választását illetőleg. A közgyűlés őket meleg ünnepléssel és zajos tapsok között egyhangulag tiszteletbeli tagokul választja. Az ülésterembe szólított dr. *Gadány Lipót* és dr. *Csilléry András* kartársakat egyszerű, kartársi szeretettől sugalt szavakban üdvözli ezután.

Dr. *Gadány* és dr. *Csilléry* megköszönik a részükre kartársi szeretettel juttatott megtiszteltetést.

Brust kéri máskor lehetőleg vasárnapra a közgyűlést. A megüresedett választmányi tagsági helyekre a közgyűlés dr. *Seligmann Emil* és dr. *Planer József* kartársakat választja meg.

Titkári jelentés.

Az 1916. év sajnos még mindig a háború jegyében folyt le. Egyesületi életünk jórészt szünetelt, hiszen tagtársaink nagy része a háborús tevékenység miatt távol volt.

Azonban a tudományos munkálkodás nem szünetelt; mert szakmánknak fontos szerep jutott az állkapocstörések gyógyítása terén, a hol nagymérvű haladás konstatálható.

1916. évi közgyűlés után igen érdekes eseteket mutattak be tagtársaink.

A különféle sínrendszerek találtak alkalmazást és eltérést a régítől, főleg igen szép eredményt hozott a korai aktiv sebészeti kezelés.

Dr. *Ertl* implantált mandibulái bámulatos eredményt adtak.

Az év folyamán igen szép eljárásokat mutattak be dr. *Szabó József* és dr. *Salamon Henrik*. Dr. *Szabó* bemutatta módszerét a szájnnyákhártyáinak rendellenes összenövéseinek megátlására.

Dr. *Salamon* a gelatin orrpótlásaival annyira frappirozta a kollegákat, hogy szinte megvigasztalódtunk azon szerencsétlen katonáink sorsán, kik arcdefektusaik miatt az emberiség torzai voltak.

A kérlelhetetlen halál most is követelte áldozatát. Egy igen derék, mindenki által tisztelt jó kartársunkat veszítettük dr. *László Mór*-ban. Elnökünk egyesületünk nevében a családnak kifejezte részvétünket. Az egyesület koszorút helyezett sírjára és testületileg vett részt szeretett barátunk temetésén. Emlékét megőrizzük.

Örvendetes esemény, hogy dr. *Székely Gábor* több mint 20 havi hadifogság után éppen került haza és már ismét folytatja katona-orvosi teendőit.

Szeptemberben választmányi ülést tartottunk, hol elnökünk felvetette az eszmét, hogy a központi hatalmak fogorvosai közt kapcsolatot létesítsünk. Az akció eredményét ma közölte.

Most csak azt kívánom, hogy jövő közgyűlésünket egy

győzelmes béke idejében, kartársaink teljes részvételével tartassuk és egyletünk 2 lelkes titkárát dr. *Siklóst* és dr. *Schmidtet* ismét sorainkban láthassuk. *Dr. Frommer.*

Pénztári jelentés.

A pénztár forgalma igen redukált volt Sok kartárs távolléte miatt tagdíjat nem szedtünk. 1916-ban számokban kifejezve, a forgalma következő volt:

Vagyron 1916. január 29-én	---	1659 K 03 f.
Bevétel mindössze	---	94 „ — f.
		1753 K 03 f.
Kiadás	---	1118 „ 02 f.
Marad	---	635 K 01 f.
1917-ben bevétel	---	19 „ 66 f.
		654 K 67 f.
Kiadás	---	39 „ — f.
		615 K 67 f.
Wiener Bankverein-ban folyó-		
számlánk	---	205 K — f.
Hitelbank betétkönyve	---	410 „ 67 f.
		615 K 67 f.

Dr. Frommer.

Fogorvosi alap:

Hadikölcsön	---	10.000 K
Folyószámla	---	2835 „
		12.835 K

Tudományos ülés február 4-én (vasárnap, délelőtt 9 órakor) a cs. és kir. VI. számú tartalékkórházban (Aréna-út 136. sz.)

1. Dr. *Hoff M.* Kalium-Natrium kezelés gangr. pulpae esetében.

2. Dr. *Schäfer*: (mint vendég, Hollandia.) Érdekesebb esetek a fogászati gyakorlatból.

3. Dr. *Fried*: A VI. számú tartalékkórház fogászati osztályának kezelési módszerei.

4. Dr. *Landgraf*: Felső állkapocslövés-sérülések.

5. Dr. *Gadányi*: Az állkapocs-sérülések fogászati és sebészeti kezelése. Egy moulage gyűjtemény bemutatása.

6. Dr. *Ertl* (mint vendég): Az állkapocslövési sérüléseinek gyakori transzplantáció és arcplasztika kérdése.

7. Dr. *Salamon* (mint vendég): Gelatin orrprothézisek.

8. Dr. *Szabó*: Röntgenképek szükségessége állcsonttörések kezelésében. (Képek bemutatása)

Választmányi ülés 1917. szeptember 7-én.

Jelen voltak: *Szabó József, Körmöczi Zoltán, Csilléry András, Láng Ignác, Fuchs Sándor, Hoff Mór, Bányai Sándor, Sándor Samu, Frommer József, Landgraf Lőrincz.*

Elnök ismerteti a központi hatalmak fogorvosi testületei között létesítendő szövetség ügyének jelen állását és kéri a jelenlevők hozzászólását a kérdéshez.

Az összes jelenlevők üdvösnek találják az eszmét s remélik, hogy a német Zahnarztok karával, melynek oly sok illusztris tagja van, a teljes megértés után, a tudományos együttműködés lehető lesz.

Az elnök kifejti terveit a jövő fogorvosképzését illetőleg.

Dr. *Szabó József* közli az egybegyűltékkel, hogy elnöki tisztségéről lemondani szándékozik, hogy egy másik kiváló kartársunknak engedje át helyét s kijelenti, hogy a „Fogorvosi Szemle” szerkesztőségébe hajlandó belépni.

Körmöczi, Szabónak ezen utóbbi elhatározását örömmel üdvözli.

Választmányi ülés 1917. szeptember 22-én.

Elnök: Dr. *Körmöczi Zoltán.* Jegyző: Dr. *Frommer József.*

Elnök felolvassa dr. *Szabó József* kartársnak levelét, melyben az elnöki tisztről lemond. Nagy fájdalommal közölné ezt a hírt a kartársakkal, ha nem volna biztos tudomása arról, hogy dr. *Szabó* ezen lépésével nem akart az

egyesülettől megválni, hanem munkaerejét, képességeit és lelkes buzgalmát ezután is rendelkezésünkre bocsátja és kész belépni a „*Fogorvosi Szemle*“ szerkesztőségébe.

Méltatja dr. *Szabó József* érdemeit, kéri ezen elismerésnek jegyzőkönyvi megörökítését és javasolja, hogy a választmány a közgyűlésnek dr. *Szabó József* lelépő elnöknek tiszteletbeli taggá való választását javasolja. Lelkesedéssel fogadtatik.

Elnök jelenti, hogy dr. *Salamon Henrik* az egyesületbe újra belépni óhajt. Örvendetes tudomásul szolgál.

Új tagokul jelentkeznek: dr. *Brichta Julia*, dr. *Halász Margit*, dr. *Klinger István*, dr. *Majunke Egon*.

Elnök javasolja, hogy a megüresedett elnöki tisztségre a választmány dr. *Salamon Henrik*-et jelölje, kinek személye és képzettsége, mint külföldön is sympatikus egyénisége őt erre praedestinálják. Egyhangú helyesléssel találkozik.

Elnök javasolja dr. *Szabó József*nek a választmányba való jelölését.

Elnök felolvassa dr. *Láng Ignác* levelét, melyben az egyesületnek a szaklap javára 400 korona adományt ajánl fel. Dr. *Láng Ignác* immár 30 éve folytatja gyakorlatát s mindenkor a legteljesebb és legönzettelebb kartársi együttérzés tanuságát adta, élén állott a Fogtani Társulatnak, egyesületünknek is több ízben elnök-helyettese volt s magunk megbecsülése, ha *Láng* kartársat melegen üdvözljük és érdemeit jegyzőkönyvünkben megörökítjük.

A választmány az indítványt lelkesen fogadja s *Láng Ignác* tiszteletére, egy a háborús idők igényeihez mért összefövetelt határoz el.

Rendkívüli közgyűlés 1917. szeptember 7-én.

Elnök: Dr. *Klinger Zsigmond*. Jegyző: Dr. *Frommer József*.

Elnök előterjeszti a választmány jelentéseit s az elnöki tisztségre dr. *Salamon Henriket* ajánlja. A rendkívüli közgyűlés őt egyhangúlag elnökké választja.

Dr. *Szabó József* érdemeit jegyzőkönyvbe iktatja s őt tiszteletbeli taggá és választmányi taggá választja.

Dr. *Salamon Henrik* megtartja programbeszédét. (Teljes szöveggel közöljük.)

Választmányi ülés 1917. október 5-én.

Elnök: Dr. *Salamon Henrik*. Jegyző: Dr. *Frommer József*.
Jelen vannak: *Salamon, Körmöczi, Gadány, Vajna, Landgraf, Kozma, Csilléry, Fried, Bilasko. Láng, Szántó, Hoff, Fuchs* és *Frommer* választmányi tagok.

Kimentik magukat *Szabó* és *Rothmann*.

A mult ülés jegyzőkönyvét *Fried* és *Gadány* hitelesítik. *Gadány* az elnöki programmal szemben szóvá teszi, hogy azok, a kik a kari szolidaritás és maga a szaktudomány ellen támadtak, soha sem számíthatnak bocsánatunkra és nekik békejobbot nyújtani hajlandók nem vagyunk. A többi felszólalók is mindannyian támogatják *Gadány* álláspontját.

Elnök kijelenti, hogy az a rész neki nem programja, csak bizalmas kérdésnek hozta fel baráti körben.

Elnök bejelenti, hogy dr. *Klinger Zsigmond* 2000 koronát adott a fogorvosok özvegyei és árvái javára. Hálás köszönettel fogadtatik s *Klinger* és *Láng* tiszteletére barátságos összejövétel tartását határozzuk el.

Elnök javasolja, hogy *Szabó József dr.-t* s a „Fogorvosi Szemle“ társszerkesztői tisztevel bizzuk meg. Elfogadtatik.

Elnök előterjeszti az egyesület vagyoni állapotáról szóló jelentést, mely a kint levő követeléseken kívül 18.906 K 54 fillért tesz ki. Tudomásul szolgál és a kartársaknak további adakozásra való felszólítása határozatik el.

Elnök ismerteti a „Bund“ ügyének állását. (Más helyen közöljük.)

A magyar bizottságba megválasztatni javasolja: *Szabó József* elnöklete alatt: *Salamon Henrik, Vajna Vilmos, Körmöczi Zoltán, Klinger Zsigmond, Bilasko György, Landgraf Lőrincz, Sándor Samu, Frommer József, Fried Samu, Csilléry András* kartársakat. Megválasztatnak.

A bolgár bizottság: Dr. *Loloff*, dr. *Nemiofff*, dr. *Bojatschiff* (Szófia) és dr. *Elmaszoff*. Tudomásul szolgál.

Felhívás az összes kartársakhoz.

Kérjük kartársainkat, hogy sürgősen közöljék a szerkesztőséggel, hogy a háború alatt hol és milyen szolgálatot teljesítettek?

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	”
Dr. Csilléry András	---	---	---	100	”
Dr. Fejjes Béla	---	---	---	100	”

b) a jótékony-alapra:

Dr. Klinger Zsigmond --- --- 2000 korona

A Magyar Fogorvosok Egyesületének fogorvosképző tanfolyama.

A Magyar Fogorvosok Egyesületének védnöksége alatt a budapesti poliklinika fogászati osztályán rendszeres *fogorvosképző tanfolyam* létesül.

A tanfolyam vezető-tanárai: dr. *Salamon Henrik* és dr. *Szabó József*, egyetemi magántanárok.

A tanfolyamra fölvételnek orvosdoktorok és szigorlóorvosok.

A tanfolyam tökéletes szakorvosi kiképzést ad, nevezetesen a konservatív- és technikai fogászatból, valamint fogszabályozásból.

A tanfolyam tartama *egy év*.

Megindul 1918. február 1-én.

Érdeklődők felvilágosítást a poliklinika fogászati osztályán kaphatnak.

Egyesületünk ez idei vezetősége.

- Elnök: Dr. Salamon Henrik (58—97)
 Elnökhelyettes: Dr. Körmöczi Zoltán (József 78)
 Alelnökök: { Dr. Bilaskó György (78—60)
 { Dr. Klinger Zsigmond (38—82)
 I. titkár: Dr. Siklós Armand
 II. titkár: Dr. Schmidt László (29—29)
 I. jegyző: Dr. Radó Mór (107—90)
 II. jegyző: Dr. Biró Ödön
 Pénztáros: Dr. Frommer József (108 - 34)
 Ellenőr: Dr. Fuchs Sándor (József 82)
 Gazda: Dr. Erdős Emil (169—86)
 Ügyész: Dr. Schmidt Sándor, Andrásy-út 10.
 (107—68)

Választmány:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| Dr. Bányai Sándor (132—94) | Dr. Lichtmann Samu (139—72) |
| Dr. Berger Ferencz | Dr. Lippe Mór |
| Dr. Csilléry András (József 473) | Dr. Mayer Adolf (Győr) |
| Dr. Fried Samu (6—65) | Dr. Planer József |
| Dr. Gadány Lipót (82—03) | Dr. Propper Miksa (119—13) |
| Dr. Gobbi Károly | Dr. Rothman Ármin (94—99) |
| Dr. Görög Adolf | Dr. Seligman Emil |
| Dr. Hoff Mór (Magyaróvár) | Dr. Szabó József (József 1—65) |
| Dr. Kozma Antal (112—02) | Dr. Szántó Ármin (115—10) |
| Dr. Landgráf Lőrincz (159—58) | Dr. Vajna Vilmos |
| Dr. Láng Ignác (104—83) | |

Az egyesület tagjainak névsora.

Budapestiek.

Tiszteletbeli tagok:

- 1 Dr. Csilléry András, Baross-u. 28 (József 4—23)
 Dr. Ertl János, József-körút 70 (176—65)
 Dr. Gadány Lipót, Erzsébet-tér 3 (82—03)
 Dr. Rothmann Ármin, m.-tanár, Podmaniczky-utca 17
 (94—99)
 Dr. Kozma Antal, Semmelweis-u. 5 (112—02)
 Dr. Landgraf Lőrincz, Károly-körút 24 (159—58)
 Dr. Szabó József, József-körút 37/39 (József 1—65)

Rendes tagok:

- Dr. Apáthy Jenő, József-körút 53
 Dr. Árkövy József r. tanár, Váczi-utca 65
 10 Dr. Baitrok József, Szilágyi Dezső-tér 5
 Dr. Balassa Béla, Teréz-körút 8
 Dr. Balázs Manó, Teréz-körút 37
 Dr. Bán Sándor, József-körút 46 (József 36—31)
 Dr. Balogh László, József-körút 28
 Dr. Balogh Jenő törzsorvos, Héderváry-út 5
 Dr. Baumerth Gyula, Fő-utca 7
 Dr. Bányai Sándor, Andrásy-út 48 (132—94)
 Dr. Berger Ferencz, Deák Ferencz-utca 14
 Dr. Bernáth Dezső, Teréz körút 30 (173—95)
 20 Dr. Bernáth Ödön, Fehérvári-út 19B (154—71)
 Dr. Biró Mór, Kazinczy-utca 55 (156—81)

- Dr. Biró Ödön, Rákóczi-út 29
 Dr. Bilaskó György, Kecskeméti-utcza 14 (78—60)
 Dr. Binét Manó, Rákóczi-út 38
 Dr. Bonyhárd Mór, Erzsébet-körút 2
 Dr. Brück Béla, Nagymező-utcza 19
 — Dr. Barát Gizella, Párisi-utcza 1 (82—35)
 Dr. Csilléry András, Baross-utcza 28 (József 473)
 Dr. Dalnoky Viktor, Andrásy-út 32 (104—54)
 30 Dr. Engel Brúnó, Teréz-körút 32
 Dr. Erdős Emil, Régiposta-utcza 5 (169—86)
 Dr. Etienne Károly, Gyár-utcza 20
 Dr. Fábián Károly, József-körút 42
 Dr. Faisztl Ferencz, Üllői-út 36
 Dr. Feuer János, Gyár-utcza 4
 Dr. Fleischer Elemér, Eskü-út 5 (163—87)
 Dr. Forgách Aladár, Párisi-utcza 2 (131—32)
 Dr. Fried Samu, Erzsébet-tér 5 (6—65)
 Dr. Friedmann Izidor, Rákóczi-út 57 (102—74)
 40 Dr. Frommer József, Andrásy-út 47 (108—34)
 Dr. Fuchs Sándor, Rákóczi-út 19 (József 82)
 Dr. Fejes Béla, Dohány-utcza 90
 Dr. Feles Adolf, Semmelweis-utcza 4 (75—69)
 Dr. Gadány Lipót, Erzsébet-tér 3 (82—03)
 Dr. Garai Jenő, Bálvány-utcza 4 (118—40)
 Dr. Gmelin Ottó, József-körút 76—78 (140—95)
 Dr. Gobbi Károly, Kötő-utcza 6.
 Dr. Görög Adolf, Erzsébet-körút 9—11
 — Dr. Haas Thekla, Lipót-körút 7.
 50 Dr. Hállay Károly, Egyetem-utcza 9
 Dr. Hattyasy Lajos m.-tanár, Szervita-tér 4
 Dr. Hollósy Ede, József-körút 38
 Dr. Illés Márton, Erzsébet-körút 30
 Dr. Kálmán Ernő, Anker-köz 1 (99—58)
 Dr. Kanitzer Ignác, Kálvária-tér 18
 Dr. Karef Oszkár, Kecskeméti-utcza 6 (111—18)
 Dr. Kasztriner Árpád, Nefelejts-utcza 42
 Dr. Klein Márkus, Külső Soroksári-út 70 (141—91)

- Dr. Klein Menyhért, Erzsébet-körút 27
- 60 Dr. Klinger Zsigmond, Gizella-tér 3 (38—82)
- Dr. Kovács Soma, Erzsébet-körút 42
- Dr. Körmöczi Zoltán, József-körút 23 (József 78)
- Dr. Krausz Oszkár, Ferencziek-tere 7
- Dr. Láng Ignác, Kálmán-utca 15 (104—83)
- Dr. László Lajos, Podmaniczky-utca 2 (170—25)
- Dr. Lázár Imre, József-körút 58
- Dr. Leoka Jeromos, Margit-körút 1
- Dr. Lichtmann Samu, Király-utca 77 (139—72)
- Dr. Lippe Mór, Zrinyi-utca 17
- 70 Dr. Lukács Áron, Akácfa-utca 57
- Dr. Lusztig Zsigmond, Klauzál-tér 9
- Dr. Major Emil, Arany János-utca 33 (172—30)
- Dr. Manu Emil, Ráday-utca 2 (47—85)
- Dr. Mann Miksa, Aggteleky-utca 2.
- Dr. Marikovszky György, Üllői-út 3
- Dr. B. Máthé Dénes, József-körút 43
- Dr. Morelli Gusztáv, Váczi-utca 46 (127—19)
- Dr. Nemes Jenő, József-körút 26
- Dr. Nobel Adolf, Hársfa-utca 31
- 80 Dr. Nagy Emil, Irányi-utca 12 (133—13)
- Dr. Pál Gyula, Széna-tér 7
- Dr. Pécsi István, Erzsébet-körút 56 (58—97)
- Dr. Pláner József, Eötvös-utca 24
- Dr. Propper Miksa, Erzsébet-tér 18 (119—13)
- Dr. Raáb Manó, Teréz-körút 21 (116—35)
- Dr. Rác Jenő, Andrássy-út 33
- Dr. Radnai Sándor, Baross-tér 20 (József 5—13)
- Dr. Radó Mór, Erzsébet-körút 26 (107—90)
- Dr. Rajkovics Mihály, Mária-utca 52
- 90 Dr. Reichl P. Pál, Fő-utca 20
- Dr. Reinitz Miksa, Erzsébet-körút 23 (24—34)
- Dr. Róth Jenő, Andrássy-út 2 (121—54)
- Dr. Rudas József, József-körút 2 (József 32—72)
- Dr. Salamon Henrik m. tanár, Eskü-út 6. (58—97)
- Dr. Ság Sándor, Király-utca 70 (7—13)

- Dr. Sági Ignác, Jászberényi-út 4
 Dr. Salczer Bernát, Wesselényi-utca 2
 Dr. Sándor Samu, Bank-utca 2 (48—61)
 Dr. Seligmann Emil, Károly-körút 3
 Dr. Siklós Armand, Papnövelde-utca 10
 Dr. Schmidt László, Andrásy-út 29 (29—29)
 Dr. Schürger Adolf, Mária-utca 19
 Dr. Schwarcz Lipót, Király-utca 73
 100 Dr. Schwartz Samu, Rákóczi-út 68 (44—44)
 Dr. Strélinger Viktor, Rákóczi-út 12 (177—62)
 Dr. Szabó József m.-tanár, József-körút 37—39 (J. 1—65)
 Dr. Szántó Ármin, Erzsébet-körút 21 (115—10)
 Dr. Szász Géza, Andrásy-út 49
 Dr. Szász Hugó Endre, Andrásy-út 12 (106—60)
 Dr. pókakereszturi Székely Gábor, Baross-utca 21
 Dr. Székely József, Lipót-körút 29
 Dr. Szirtes Alajos, Múzeum-körút 18
 Dr. Thébusz Béla, Kecskeméti-utca 5
 110 Dr. Tolnay Bertalan, Kálvin-tér 5
 Dr. Vajda Miksa, Rákóczi-út 24
 Dr. Vajna Vilmos m.-tanár, Kossuth Lajos-utca 14
 Dr. Vladár József, Batthyányi-utca 2
 Dr. Walheim Béla, Ferencz József-rakpart 27
 Dr. Wein Dezső, Ferencz József-rakpart 1315 (47—08)
 Dr. Weingruber Ármin, Gizella-tér 2
 Dr. Veresmarthy Ödön, Koronaherczeg-utca 11 (116—42)
 Dr. Weisz Mihály, Király-utca 77
 Dr. Zólyomi Adolf, Dalszinház-utca 8

Vidéki tagok:

- 120 Dr. Antal Mihály, Nagyszombat
 Dr. Auerbach Lajos, Rozsnyó (Gömör m.)
 Dr. Baky Endre, községi-Öc orvos, söd (Békés m.)
 Dr. Balázs Ármin, Alsókubin (Árva m.)
 Dr. Bálint Lipót, Mohol
 Dr. Barcsay Kálmán, Temesvár, Losonczy-tér 4
 Dr. Barta Béla, Nagykőrös

- Dr. Barta Dezső, Nagyvárad, Rákóczi-út 2
 Dr. Barta Leó, Érsekújvár
 Dr. Bartók József, ezredorvos, Dés
 130 Dr. Béla Henrik, Beregszász (Telefon 100)
 Dr. Bellák Gyula, Salgótarján
 Dr. Berényi Sándor, Nyitra
 Dr. Berdach Henrik, Lugos, Templom-u.
 Dr. Berkes Dezső, Szeged, Petőfi Sándor sugárút 31
 Dr. Bihari Jenő ezredorvos, Debreczen, Hatvan-utca 2
 Dr. Birlea György, Máramarossziget
 Dr. Biró Jenő, Vác
 Dr. Bölcs házy Béla, m. kir. honvéd törzsorvos, Lugos
 Dr. Brett Gusztáv, Kúnszentmiklós
 140 Dr. Brugos Gyula, Nagykároly, Jókai-u. 6
 Dr. Bruszt Lázár, Baja
 Dr. Cserey Zsigmond, Déva
 Dr. Dalma Dezső, Fiume, Via municipio 1
 Dr. Deák Imre, Ujvidék
 Dr. Deutsch Miksa, Rimaszombat
 Dr. Dezső Gyula, Versecz
 Dr. Dobó Dezső, Debreczen
 Dr. Drechsler Miksa, Pozsony, Vásártér 24
 Dr. Dukesz József, Nagybecskerek
 150 Dr. Endrei Ármin, Makó
 Dr. Eibenschütz Emil, Sárvár
 Dr. Erdélyi Miksa, Szatmár
 Dr. Fehér Marcel, Pápa
 Dr. Fischer Ágoston, Detta (Torontál m.)
 Dr. Fodor Károly, Szolnok
 Dr. Fodor Rezső, Nyitra
 Dr. Forgács Sándor, Miskolcz, Széchenyi-utca 70
 Dr. Földi Miklós, Kassa, Fő-utca 33 (Telefon 320)
 Dr. Földes József, Győr, Baross-u. 15 (Telefon 405)
 160 Dr. Frankl Áron, Kiskunhalas
 Dr. Frankó József, Nagyvárad, Rákóczi-út, Rimóczy-ház
 Dr. Freiburger Lajos, Szombathely, Király-utca 1
 Dr. Fried Ármin, Makó

- Dr. Fritz Miksa, Körmend
 Dr. Gál Zsigmond, Szeged, Kölcsey-u. 4
 terebesfejrpataki Dr. Gesell-Payer Ede, Pozsony,
 Kossuth Lajos-tér 11
 Dr. Görög Simon, Eger
 Dr. Graur Viktor, Arad, Deák Ferencz-u. 40
 Dr. Grossman Rezső, honvéd-ezredorvos, Marosvásárhely
 Dr. Guttman Lipót, Pozsony, Andrásy-u. 4
 170 Dr. Günczler Márkus, Kiskunfélegyháza
 Dr. Gyengő Ignác, Kecskemét
 Dr. Hacker Ignác, Szombathely
 Dr. Haydú Lajos Debreczen, Batthyányi-u. 20 (T. 11—45)
 Dr. Hajnal Dezső, Debreczen, Hatvan-utca 13
 Dr. Halász Andor, Nagyvárad, Szt. László-tér
 Dr. Halász Henrik, Miskolcz
 Dr. Havas Ármin, Kassa, Fő-utca 70
 Dr. Havas Gyula, Kőszeg
 Dr. Havas Zsigmond, Nagyvárad, Szent László-tér 2
 180 Dr. Hercz Sándor, Losoncz
 Dr. Herz Móricz, Pozsony, Mihály-utca 12
 Dr. Heumann Miksa, Szombathely
 Dr. Hoff Móricz, Magyaróvár
 Dr. Holländer Dávid, Kula
 Dr. Homicskó Vladimír, Trencsén, Fő-tér 7
 Dr. Höncz Kálmán, Kolozsvár, Monostori-út 19
 Dr. Hübschmann Bertalan, Eperjes, Fő-utca 73
 Dr. Huber József, városi tb. főorvos, Zombor
 Dr. Huszár Adolf, Székesfehérvár, Bank-utca 6
 190 Dr. Illés Ignác, törzsorvos, Keszthely
 Dr. Juhász János, Eperjes, Rózsa-utca 3
 Dr. Káldi Dezső, Temesvár, Józsefváros, Hunyadi-u. 9.
 Dr. Kardos Izidor, Mezőcsát (Borsod m.)
 Dr. Kármán János, Ujvidék
 Dr. Kassowitz Ármin, Ujvidék
 Dr. Keller Miklós, Temesvár
 Dr. Kemény Dezső, Kassa, Fő-utca 42
 Dr. Kemény Zsigmond, Győr, Andrásy-ut 33

- Dr. Klein Izrael, Mármarossziget
- 200 Dr. Klein Simon, Orosháza (Telefon 62)
- Dr. Krausz Béla, Temesvár, Belváros
- Dr. Krasser János, Szászsebes
- Dr. Krausz Ödön, Fiume, Corso Nr. 4
- Dr. Krausz Richárd, Komárom
- Dr. Kohn Emil, Versecz
- Dr. Kohut János, Turócszentmárton
- Dr. König József, Nagykanizsa
- Dr. Kóródi Simon, Pápa
- Dr. Koronczay József, Székesfehérvár, Rákóczi-út 7
- 210 Dr. Kovács Gyula, Komárom, Nádor-utca 27
- Dr. Kovács Gyula, Nagyvárad
- Dr. Kovács Ignác, Szegszárd
- Dr. Kracsméry Cyrill, Besztercebánya
- Dr. Kugel Gyula, Fehértemplom
- Dr. Kuthy Béla, Magyarkanizsa (Bács-Bodrog-m.)
- Dr. Laeheta Brunó, Szatmárnémeti, Eötvös-u 15
- Dr. László Samu, tb. tisztifőorvos, Kapuvár
- Dr. Laufer Sándor, Temesvár
- Dr. Laufer Miksa, Nyíregyháza
- 220 Dr. Lengyel Emil, Hatvan
- Dr. Lenke Ernő, Pozsony, Vásártér 14
- Dr. Lendvai Vilmos, Ungvár
- Dr. Loránt Izidor, Trencsén (Telefon 80)
- Dr. Luxenburger György, Békés-Csaba
- Dr. Magyar Jenő, Kaposvár
- Dr. Magyar Károly, Nagybecskerek
- Dr. Mandl Miksa, tb. megyei főorvos, Resiczabánya
- Dr. Márk Romulus, Kolozsvár, Széchenyi-tér 1 (Tel. 447)
- Dr. Mayer Adolf, Győr, Baross-út 32
- 230 Dr. Mayer Miksa, Nagytapolcsány
- Dr. Massanek Gábor, Szabadka, Kállay-utca
- Dr. Mészáros Béla, Eger, Érsek-utca 2
- Dr. Mészáros Imre, Abádszalók (Jász-N.-K.-Szolnok-m.)
- Dr. Miskolczi Leó, Szeged, Kárász-utca 14
- Dr. Molnár Vilmos, Csorna (Sopron m.)

- Dr. Morva István, Kovászna
 Dr. Mosánszky Titusz, tb. városi főorvos, Eperjes, Kovács-utca 8
 Dr. Mrazek B. V., Temesvár, Rezső-utca 7
 Dr. Nagel Zsigmond, Debreczen, Piacz-utca 49
 240 Dr. Nesztor Jenő, Vulkán (Hunyad m.)
 Dr. Nesztor Kamill, főorvos, Petrozsény (Hunyad m.)
 Dr. Neuwirth Albert, Kassa, Kossuth Lajos-utca 1
 Dr. Nobel Adolf, Győr
 Dr. Karl Nussbächer, Brassó, Lensor 36
 Dr. Oppenheim Zsigmond, Zólyom
 Dr. Orient Gyula, Kolozsvár, Deák Ferencz-utca 3
 Dr. Orván Ede, Zsolna
 Dr. Pachany Anasztáz, Fiume, Via Porto 8 (Telefon 1225)
 Dr. Pánczél Jenő, Győr (Telefon 536)
 250 Dr. Papp Dezső, honvédezredorvos, Pécs, Anna-u. 20
 Dr. Pap Nándor, Szeged
 Dr. Perl Antal, Aranyosmarót
 Dr. Perl Félix, Marosvásárhely, Széchényi-tér 28—30
 Dr. Perl Ottó, Kolozsvár, Fő-tér 13
 Dr. Propper Miksa, Kiskunfélegyháza
 Dr. adorjáni Ráthonyi Péter, Sopron, Várkerület 72
 Dr. Rendes Dezső, Aszód
 Dr. Rényi József, Topolya (Bács-Bodrog-m.)
 Dr. Révész Fülöp, Békéscsaba
 260 Dr. Révész István, Szentés
 Dr. Révész Sándor, Békéscsaba
 Dr. Rónai Adolf ny. honv. törzsorvos, Szabadka, Fő-tér
 Dr. Rosenberg Albert, Mármarosziget
 Dr. Röhrich Jakab, Nagyszentmiklós (Torontál-m.)
 Dr. Schaar Ignác, Galántha
 Dr. Schönberger Mór, Temesvár (Telefon 12—41)
 Dr. Schuller Auguszt, Medgyes, (Nagyküüllő-m.)
 Dr. Sebestyén Miksa, Győr, Baross-út 27
 Dr. Singer Lipót, Kecskemét
 270 Dr. Sóbányi Pál, Ózd (Borsód-m.)
 Dr. Stein Emil, Nyitra

- Dr. Stern Miksa, Paks
 Dr. Sztahovszky Antal, Igló (Szepes-m.)
 Dr. Stefán Kristóf k. kórházi igazgató-főorvos, Nagy-
 kikinda
 Dr. Szabó Sándor, Kézdivásárhely
 Dr. Szabó Samu, Kaposvár, Zárda-u. (Telefon 380)
 Dr. Szarvas Jakab, Kolozsvár, Mátyás király-tér 12
 Dr. Szegő Armand, Szolnok
 Dr. Sziráky Gyula, Szeged
 280 Dr. Székely Inigó, Arad
 Dr. Székely Károly, Arad, Batthyányi-u. 27
 Dr. Székely Manó, Csikszereda
 Dr. Szekulesz Adolf, Kecskemét
 Dr. Széll Miksa, Miskolcz, Széchenyi-utca 34
 Dr. Szigeti Mihály, Kecskemét
 Dr. Szilágyi Sándor, Marosvásárhely (Telefon 178)
 Dr. Szini János, Szárhegy (Csik-m.)
 Dr. Szönyei Mór, Temesvár, Belváros
 Dr. Takács J. Gusztáv, Szarvas
 290 Dr. Tamasdán István, Arad
 Dr. Tartoll János, Feketebalog (Zólyom-m.)
 Dr. Telegdi Nándor, Baja, Deák Ferencz-utca 15
 Dr. ujfalusi Ternér Béla, Sopron-Beled
 Dr. Tolnay Jenő, Pécs, Király-u. 15
 Dr. Tompa Adolf, Zalaegerszeg
 Dr. Török László, Szeged, Széchenyi-tér 15
 Dr. Ullmann Vilmos, Kiskőrös
 Dr. Ungvári Péter Szeged, Kelemen-u. 11
 Dr. Vajda Félix, Szabadka
 300 Dr. Vajda Márk, Nagykanizsa, Fő-út 8
 Dr. Vermes Dezső, Regőcze (Bács-Bodrog-m.)
 Dr. Wallerstein Bódog, Pécs, Majláth-tér 1
 Dr. Weinberger Adolf, Léva
 Dr. Weisz Izsó, Szamosujvár
 Dr. Weisz Jakab, Sopron
 Dr. Wertheimer Iván, Gyula, Árpád-utca 22
 Dr. Widder Adolf, Nyiregyháza, Rákóczi-út 1

- Dr. Winkler Albert, Nagyenyed, Fő-tér 7
 Dr. Winkler Gyula, Abbazia, Gärtnerhaus
 310 Dr. Winkler Jenő, Debreczen, Kossuth-utcza 26
 Dr. Ziffer Alfréd, Szeged

Uj tagok.

Helybeliek:

- 1 Dr. Köves Jenő, Erzsébet-körút 51
 Dr. Maar Mihály, Pauler-utcza 1
 Dr. Révész Dezső, VII., Rákóczi-út 78.
 — Dr. Brichta Julia, Erzsébet-körút 23
 — Dr. Halász Margit, Kossuth Lajos-u. 20 (6—99)
 Dr. Klingner István
 Dr. Majunke Egon Mária-utcza 52

Vidékiek:

- Dr. Bachich Luigi, Fiume
 Dr. Bedő Albert, Kerekegyháza
 10 Dr. Becsági János, ezredorvos, Pusztakalán
 Dr. Bursák László, Jolsva (Gömör m.)
 Dr. Daranus Kornél, Gyulafehérvár
 Dr. Dénes Sándor, Pozsony
 Dr. Dobrescu Sándor, Brassó
 Dr. Drechsler Henrik, Arad
 Dr. Fodor Ferencz, Szatmár
 Dr. Frank József, Gyöngyös
 Dr. Gábor Arthur, Szabadka
 Dr. Gál Jenő, Pécs
 20 Dr. Gretzmacher György, Késmárk
 Dr. Grossmann Dezső, Bártfa
 Dr. Gust Henrik, Brassó
 Dr. Kalós Pál, Péterréve
 Dr. Kellner Arnold, Győr
 Dr. Kemény Zsigmond, Ungvár
 Dr. Kimpián Illés, cs. és kir. ezredorvos, Kolozsvár
 Dr. Király Károly, Szeged

- Dr. König Ignác, Pozsony
 Dr. Kun Izidor, Mezőtúr
 30 Dr. Leonhardt András, Segesvár
 Dr. Lukits Miroszláv, Zombor
 Dr. Lust Ferencz, Magyarpécska
 Dr. Meller Béla, Sopron
 Dr. Mocsiconyi Béla, Szarvas
 Dr. Pósta Sándor, Kolozsvár
 Dr. Robitschek Samu, Veszprém
 Dr. Spirta Dusán, Ujvidék
 Dr. Stolcz Gyula, Nagyvárad
 Dr. Székely Dezső, Rákospalota
 40 Dr. Tarr József, ezredorvos, Jászberény.

Kérjük a kartárs urakat, hogy az esetleges cím- és lakásváltozást mindenki jelentse be akár levélileg, akár telephonon *Dr. Schmidt László* titkár úrnál (VI., Andrásy-út 29. Telephon: 29—29.)

Fogorvosi laboratoriumok:

- Dr. Tolnai Bertalan, Kálvin-tér 5
 Dr. Dalnoky Viktor, Andrásy-út 32
 Dr. Rudas József, József-körút 2
 Dr. Radnai Sándor, Baross-tér 20
 Dr. Fejes Béla, Dohány-utca 90

Fogtechnikai laboratoriumok:

- Schmidt Gyula, Irányi-utca 25
 Wierik Vilmos, Semmelweis-utca 11
 Polgár Sándor, Semmelweis-utca 23
 Lakatos Manó, Ferencz-körút 24
 Balog Dezső, Vas-utca 3
 Sugár Artur, Wesselényi-utca 35
 Radó Dezső, Eötvös-utca 39
 Mérő Sándor, Erzsébet-körút 4

Körmöczi Gáspár, Rottenbiller-utca 5 a
Vértes Ernő, Wesselényi-utca 24
Auspitz Mihály, Ráday-utca 37
Hölzl Emil, Erzsébet-körút 13
Rechnitzer Jenő és Társa, Izabella-utca 29
Frommer Ernő, Pozsony, Mihály-utca 19

