

# FOGORVOSI SZEMLE

SZERKESZTI: Dr. KÖRMÖCZI ZOLTÁN.

## TARTALOMJEGYZÉK:

Dr. Rothmann Ármin: Előszó . . . . .	1	Dr. Landgraf Lőrincz: Guttapercha, mint gyökétedél a csapfogaknál . . .	24
Dr. Kormöczi Zoltán: Programm . . . . .	2	Könyvismertetés . . . . .	28
Dr. Rudas Gerő: Megjegyzés a fog- gyökér kezeléséhez . . . . .	3	Lapszemle . . . . .	29
Dr. Radó Már: Az „Empyema antri Highmori"-ról . . . . .	6	Hírek . . . . .	39
Dr. Fischer Adár: Az alsó állkapocs odontogen genyes periostitiséről 11	11	Kari érdek . . . . .	41
		Hivatalos rész . . . . .	45

## Előszó.

A „Fogorvosi Szemle” szerkesztője engem, mint a „Magyar Fogorvosok Egyesületének” elnökét, felkért, hogy az új köntösben megjelenő lapunkba előszót írjak. Kartárs urak tudják, hogy az elnöki tisztséget abban a reményben vállaltam, hogy a fogorvosok egyetlen táborra alakulván, készen fognak állani a jövőben megvédeni egyrészt az egész kar érdekeit, másrészt pedig teremteni egy, a gyakorló orvosok számára újabb góczpontot, a hol találkozhatnak azok, kik saját külön tudományos szakmáukat fejleszteni s azok, kik tudásukat növelni óhajtják. Az első év ugy-látszik, ámbár a kezdet nehézségeivel kellett is küz-ködnünk, megfelelt a várakozásnak. Az egyetértést kartársaink között megteremtettük, megszilárdítottuk. Ezen tudományos szaklap szintén bizonyítéka gyanánt szerepelhet a kari szellem erősödésének. Midőn be-vezető soraimban kartársi szeretettel szólok fogorvos-társaimhoz, ezt abban a jóleső, biztos reményben te-szem, hogy a kari összetartásnak ezen consolidált intézményét, Egyesületünket, valamennyien támogatni fogják és segíteni fognak megvalósítani a mi általunk hirdetett ígét: összetartás mindenek fölött!

Dr. Rothman Ármin.

## Programm.

Lecturis salutem! A „Fogorvosi Szemle“ első számát abban a reményben indítjuk útjára, hogy hasznos, kedvelt vendégként fog minden évnegyedben kartársaink asztalán megjelenni. Komoly, tudományos folyóiratot szándékozunk kiadni, melyben eredeti dolgozatok mellett meg fogják találni kartársaink a külföldi szaklapokban megjelent fontosabb közlemények kivonatait is; tájékoztatást fognak vinni e füzetek hazánk minden részébe szaktudományunk minden újabb haladásáról; ismertetni fogják azon ernyedetlen munkát, melyet a Magyar Fogorvosok Egyesületének vezetősége karunk érdekében kifejt; ösztönözni fogja kartársainkat a collegialis összetartásra, egymás megbecsülésére és ezen cél érdekében kerülni fogunk e lapok hasábjain mindent, ami személyes élű vita avagy viszálykodás magvát képezhetné.

Komoly, tiszteletreméltó célt tűzött ki Egyesületünk vezetősége maga elé, midőn a „Fogorvosi Szemle“ kiadását elhatározta. Olcsó, mindenki által könnyen megszerezhető, objectiv, komoly, tudományos folyóiratot akarunk teremteni; negyedévenként tervezzük megjelenését s bizunk benne, hogy meg is fog jelenni. Szükségesnek tartjuk Kartársaink segítségét kérni; collegialis szeretettel felajánljuk a munkára e lap hasábjait mindazoknak, kiknek komoly s a kartársakat érdeklő mondandója van. Cenzurát csak az orvostársadalmi és kari érdekű rovatban gyakorlunk s csakis abban a mértékben, hogy száműzünk e lap keretéből minden személyes élű támadást és vitát!

A lap hivatalos része Egyesületünk üléseinek jegyzőkönyvi kivonatait fogja tartalmazni.

Reméljük, hogy a „Fogorvosi Szemle“ zászlója körül látjuk rövid idő leforgásával az egész magyar fogorvosi kart, hiszen minden Kartársnak kötelessége támogatni azokat, kik értük küzdenek önzetlenül s kik e mellett küldik szerte az országba tudásuk legjavát buzgalommal, collegiális szeretettel. Nem lehet, hogy a magyar fogorvosi kar ne érezné szükségét egy ilyen irányú szaklapnak, ennél fogva bizalommal kérjük Kartársainkat, lépjenek be a „Magyar Fogorvosok Egyesületé“-be, melynek minden tagja külön előfizetési díj nélkül fogja kézhez kapni a lapot!

Vajha reményeink teljesezésbe mennének s volnánk valamennyien együtt: „Egy mindnyájunkért s mindnyájan egyért!“

Kartársi szeretettel

Dr. Körmöczi Zoltán.

## Megjegyzés a foggyökér kezeléséhez.

A „Fogorvosi Szemle“ számára írta: dr. Rudas Gerő  
egyet. m. tanár Kolozsvár.

Bármely okból is kezeljük a foggyökeret és a pulpa-kamarát, itt a különböző szerek megválasztásától eltekintve, egyenlő eljárást követünk.

Eljárásunk abból áll, hogy a folyadékkal bőven átitatott pamutot visszük ezekbe a helyekbe, a melyet azután kiki szokása szerint elzár, hogy az alkalmazott gyógyszer a száj nyálkahártyájával érintkezésbe ne jöhessen.

A legpontosabb és legszokásosabb elzárás az, hogy vagy közvetlen ezekre a szerekre alkalmazzuk az Artificial dentint, vagy pedig, hogy ebből ne pazaroljunk olyan nagy mennyiséget, pamuttal töltjük ki az űr nagy részét és csak kisebb részét töltjük ki Artificial dentinnel.

Ez azonban nem megy olyan könnyen, mint a leírása, ami az Artificial dentin nem ideális anyagából ered. Ha azt akarjuk, hogy ezzel valamivel könnyebben boldoguljunk,

akkor ki kell szárítanunk az alkalmazott folyadékkal véletlenül benedvesített fogűr falait.

Ha ezt cselekedjük, akkor egyszersmint az is történik, hogy a pamuttal, a melylyel az űrt kiszáritjuk, kiszivatjuk a gyógyszert, a melyet azon czélból vittünk a fogűrbe, hogy hatását kifejtve, a pathologicus folyamatot szüntesse meg.

Hogy a fogűrbe alkalmazott hatószereinknek ilyen diminuálását a fogűr kiszáritásánál lényegesen elő ne mozdítsam, a gyógyszerre a fogűrbe egy kis darab cofferdam-ot alkalmazok, a melyet egy kis vattával rögzítek és csak azután szárítom ki az űrt.

A cofferdamból egy olynemű eszközzel, mint a mivel a confettit készítik, mint minőt használnak úgy a szijgyártók, orthopaedisták, vagy a cipészek és egyéb mesteremberek, oly nagy gömbölyü darabot vágok ki, mint a confetti, vagy valamivel kisebb lyukasztóval valamivel kisebb darabokat. Ilyen gummi darabok száz számra készen állanak különböző nagyság szerint a különböző terjedelmű pulpaürhöz képest, hogy az ezekben alkalmazandó szereket védjem. Minden esetre valamivel nagyobb gummit alkalmazok, mint maga a pulpaür, hogy ez által célomat minél biztosabban elérhessem. Vigyázattal kell eljárnom, mert különben a gummi lemez esetleg az űr falához tapad és csak nehezebben vihetem le az űr fenekére.

Én úgy járok el, hogy a gummi lemezre még mielőtt a fogűrbe viszem, egy megfelelő nagyságu vatta gombolyagot helyezek és ezzel együtt viszem be az űrbe. A bevite így könnyebb és a cél elérése biztosabb, mintha ezeket külön-külön vinném a fogűrbe. Ha ez az űrben van, még egy kis vattagombolyagot viszek rá és ezután már egészen nyugodtan szárítom az űrt, a nélkül, hogy a kis gummi lemez a helyéről elmozdulna és végezem tovább megszakított eljárásomat. Ugyanigy járok el úgy a gyökérkezelésénél, mint a gyökér tömésénél, vagyis egyáltalában mindig, ha a gyökér és pulpaürébe elhelyezett gyógyszerem épségét védeni akarom. Minden esetre a gyökértömésnél a gummilemez fölött levő vattagombolyagot a tömés előtt eltávolítom és

közvetlenül a gummilemez fölé teszem az alkalmazandó tömőanyag bevitelére előtt a cementet.

Ugy tudom, hogy a budapesti fogászati klinikán az Artificial dentint maguk készítik. Ugyanezt az anyagot én is megkísérleltem, noha az előtt is már a magam készítményével helyettesítettem az Artificial dentint. Az az előtt használt Artificiale dentint pótoló cementem állott egyenlő mennyiségű zincum oxydatum és zincum sulfuricumból, melyet Hesz tégelybe téve, így szárazon, amint azt a drogueriából hozom. Az edényt födelével befödöm, vas dróttal átkötöm, beleállítom kis olvasztó kályhámba, amely már előzőleg faszénnel megtöltve égett. Itt körülbelül másfél óráig hevitem. Azután a tégelyt kiviszem és várok, míg lehült. A tégely tartalmát, amely nagyrészt összeolvadt, kikaparom, összetöröm, megszitálom és alkoholizálom.

Igy készült az Artificiale dentinnek a pora.

Folyadékomban úgy készült, hogy vettem 100 gramm acidum phosphoricum glacialet, hozzáöntöttem 60 gramm destillált vizet és ezt vízfürdőben oldottam föl, esetleg egy kis mennyiségű zincum phosphoricumot is tettem hozzá.

Ez volt az Artificiale dentint pótló anyag. Nem volt sokkal jobb a dental depôt-ből beszerezhető Artificiale dentinnél, de sokkal olcsóbb volt.

Én a víz, gummi, glycerin stb.-ből álló folyadékkal, mint azt egyáltalában használják az Artificiale dentin pora keveréséhez, nem tudtam boldogulni és vissza kellett térnem az acid. phosphoricum glaciale fenn leírt oldatához. Artificiale dentin helyettesítésére nagyon ajánlhatom a dr. Lustig kartársunk által 1905-ben „Die Cemente in der Zahnheilkunde“ című füzetében leírt Harwardcement elkészítését. Ez a cement nagyon sokáig marad plasticus állapotban és később elég könnyen fúrható ki.

Jelenleg különben nem ezt az összetételű cementet használom.

A most használt Artificiale dentin a következő összetételű: Zincum sulfur. 20 rész, Zincum oxydat. 50 rész, kréta

3 rész és bórsav 0'5 rész. Ezt előzőleg a Hesz tégelyben úgy kezelem, mint azt fenn leirtam volt, folyadék gyanánt szintén a fenn ismertetett phosphorsav oldatát használom.

Ezen kis értesítésemben csak egy nálam használt eljárást akartam ismertetni

## Az „Empyema antri Highmori”-ról.

Irta: dr. Radó Mór.

Előadatott a Fogorvosok Egyesületének 1908. október 30-án tartott tudományos ülésén.

Midőn a Highmor üreg betegségei közül előadásom tárgyául a minket leginkább érdeklő genyedést választom, nincs szándékomban hosszú theoriákkal és az e tárgyra vonatkozó irodalommal a t. Egyesület türelmét próbára tenni, hanem röviden, úgy szólván, rekapitulálni óhajtom a genyedést leginkább előidéző okokat és mindazon módokat, a melyek annak felismerésére és kezelésére a gyakorlatban használatosak. Hogy bennünket a H. üreg betegségei igen érdekelnek, az a boncztoni fekvéséből és a betegsége által okozott tünetekből önként következik. Boncztoni fekvésénél fogva azért, mert egynéhány foggal ugyszólván szorosabb nexusban is van, amely fogak megbetegedése áterjedhet a H. üregre is, de még az üreg fenekén futó nervi dentales superiores az üreg affectiójánál erős fogfájást is okoznak, a nélkül, hogy magán a fagon elváltozást találjunk és így fontos annak eldöntése, hogy tulajdonképen fogbajjal vagy H. betegséggel állunk-e szemben, vagy esetleg mind a kettővel. De még abban az esetben is, midőn a fogbajt teljesen kizártuk, a nervus infraorbitalis neuralgiája néha époly tüneteket okozhat, mint az üreg acut empyemája.

Eltekintve az általános betegségektől és a direkt az arczsontokon keresztül történt traumatikus behatásoktól, a melyek maguk után vonhatják a H. üreg genyedését, az affectio 2 uton jöhet létre, vagy endonasalis vagy alveolaris uton. Az orr belsejét fedő nyálkahártya az üreg nyílásán az

ostium maxillare-n keresztül folytatódik az antrumba és annak belsejét fedi. Az orr nyálkahártyájának a megbetegedése tehát közvetlenül átkerülhet az üregre, de alveolaris uton is könnyen jöhet létre az üreg affectiója, mert az alveolus felé az üreg fala néhol papírvékonyaságu, néhol hiányzik és néha a fogak gyökhegye az antrum nyálkahártyáját közvetlenül érintheti. Minden oly betegség tehát, mely az alveolusban van, a vékony fal áttörésével megtámadhatja az antrumot is. Ezen falnak áttörése létrejöhet traumatikus uton is fogextractióknál, különösen a bayonettel és oly hegyes műszerekkel, a melyekkel a magasan fekvő gyökökért megyünk. Sőt extractiónál a gyököt be is tolhatjuk az üregbe, amely, mint idegen test, a nyálkahártya gyuladását hozza létre. Gyakran a II. prm és I. m. gyökcsucsai, illetve a foramen apicale az üreg nyálkahártyájától fedettek. Ez a kis nyálkahártya chronikus fogbaj után a gyökcsucsal össze lehet nőve és így extractiónál ezen kis nyálkahártya leszakításával az üreget megnyithatjuk, ami, ha észrevétlenül marad, egy empyemat idézhet elő. Ha a foggyök hegye benyulik az antrumba, úgy a gyöknek szondázása által a Miller vagy Donaldson tüvel úgy kívülről, mint a fogból infectiózus anyagokat vihetünk a nyálkahártyára és ugyancsak ezeknél a fogaknál a gyöktömő anyagot beszoríthatjuk az üregbe, ami szintén lehet a gyuladásnak előidéző oka. A fogbetegségek közül pedig a gangraena és következményei, periodontitis, periostitis, necrosis alveoli, abscessus apicalis azok, a melyek egy empyema Highmori-hez vezethetnek. Különösen az abscessus apicalis az, amely genytartalmát az antrumba öntheti és pedig indirekte előbb a környező szövetek elgennyedése és a fundus vékony falának áttörése által, vagy pedig direkt uton akkor, ha az abscessus apicalis az antrumba benyuló fogaknál magában az üregben lóg és tartalmát közvetlenül az üregbe önti. És itt prognosis tekintetében nagyon fontos az, hogy mióta áll fenn az abscessus. Mert ha rövid idejű a tályog, akkor csak egy pyosinussal van dolgunk, a midőn is a H. üreg a beléje ömlő genynek mintegy reservoirja és a beteg fog extractiója után a geny kiömlik és egy-két ki-

fecskendezése az üregnek elegendő a gyógyuláshoz. Ha azonban ez a tályog tartalmát hosszabb időn át önti az üregbe, úgy maga az üreg nyálkahártyája is beteg lesz és egy igazi empyemával állunk szemben, a melynek gyógyítása a fog extractióján kívül is erélyesebb beavatkozást igényel.

Melyek azok a tünetek, a melyekből az antrum H. affectiójára következtethetünk? A subjectiv tünetek, mint a féloldali fejfájás, tompa fogfájás, a betegnek azon bmondása, hogy bűzös váladék jön ki az orrából, csak a figyelmünket hívhatja fel a H. üreg megbetegedésére. Előfordulhatnak oly esetek is, a midőn fájdalom egyáltalán nincs is jelen p. u. tömött fogaknál a tömés alatt képződött bomlási produktumok az üregbe jutnak, a nélkül, hogy valamilyen fájdalmat okoznának. Ha extractió alkalmával a gyökcsucsal összenőtt fundus-nyálkahártya leszakításával, vagy átfurással nyílt meg az üreg, úgy a hang azonnal megváltozik a száj és orrnak az üregen keresztül való közlekedése miatt és összészorított orrszárnyak melletti fuváskor a levegő az arteficiális nyíláson át a szájba áramlik és egyuttal vért hajt be a szájba e légáram. Ebben az esetben azonban empyemáról nem beszélhetünk, ez csakis művi megnyitása az üregnek, amely egy jodoform-gaze csíknak a nyílásba való bevezetése után pár nap alatt meggyógyul. Igazi empyemánál nehezebb a diagnosis felállítása és csak az objectiv tünetek tüzetesebb vizsgálása által érhetünk czélt és pedig a rhinoskopia, átvilágítás és a próbapunctió útján. A homloköböl, elülső rostasejtek és a H. üreg természetes nyilással közlekednek az orrüreggel és pedig a középső orrjárattal. A H. üreg az ostium maxillare-val egy járulékos nyilással is nyílik a középső orrjáratba. Ha a beteg az egészséges oldal felé hajtja a fejét, úgy az említett orrjáratban a genyt megláthatjuk, különösen, ha a természetes nyilást sikerült előzőleg megszondázni. Előfordulhat azonban, hogy ez a nyílás elzáródott, vagy egy genycsap által eldugaszolódott, vagy pedig a nyílás táján levő polypok és sarjak miatt a geny nem jelenhetik meg, a midőn tehát rhinoskopiai uton az üreg affectióját nem diagnostizálhatjuk, akkor mint segédeszközt az átvilágítást vesszük elő.



Teljesen elsötétített szobában kis elektromos lámpát helyezünk a beteg szájába, az ajkakat összezárva, normális körülmények között az üregeknek megfelelő hely áttűnő lesz. Pozitív értékűnek azonban ezt sem fogadhatjuk el, mert az, hogy az üreg átvilágít-e vagy sem, tisztán individuális dolog. Ez függ a csontok vastagságától, a geny sűrűségétől, az üreg nagyságától. Vékony csontoknál átviláglik a H. üreg még akkor is, ha geny van benne és viszont a geny hiánya mellett is sötét lesz az üregnek megfelelő terület, ha a csontok vastagok, vagy az üreg más kóros anyaggal van kitöltve. Természetes, ha az átvilágított két oldal között a fény átérésztésében különbséget találunk, a legnagyobb valószínűséggel feltételezhetjük, hogy a H. üreg nem normális. Lehet benne geny, folyadék, tumor, idegen test stb. Pozitív eredményt e tekintetben csak a próbapunctió adhat az üregnek próbaátfeckendésével. A próbapunctió helye lehet a processus alveolaris, a fossa canina és a középső orrjárat. A processus alveolarison át való megnyitásnál tekintetbe veendő, hogy az üreg feneke a caninustól az I. molarisig terjedhet. Legmélyebb az üreg az I. mol. helyén. Az üreget legtanácsosabb tehát az I. mol. vagy II. prim. helyén megnyitni. A megnyitás vagy troccarral, vagy pedig elektromosorral hajtott furóval történhet; utóbbi esetben azonban nagy elővigyázattal kell dolgoznunk, nehogy a furó más helyre be-szaladjon. Természetes, minden esetben számolnunk kell a beállható complicációkkal, mint a milyen az üreg fenekének rendkívüli vastag volta, magas fekvése, a melyek a megnyitást roppant megnehezítik. Ha a megnyitás sikerült, úgy a nyíláson átvezetett canülön keresztül langyos tiszta, vagy gyenge borsavas oldattal az üreget átfeckendezzük, a midőn is a kifolyó viznek geny tartalma kétségtelenné fogja tenni a diagnosist.

A fossa canina-n át való punctiója a H. üregnek nem ajánlatos, mert egy igen kis nyílást kapunk és a nyílás tágitása után sem láthatjuk az üreg elváltozásait. Csakis a széles megnyitása az üregnek adhat eredményt, ez pedig oly radikális műtét, amely már inkább a sebészet körébe tartozik.

Legczélszerűbb a proc. alveolarison át való megfurás. Főfel-tétel, hogy a punctió helyén sem fog, sem gyökér ne legyen. Ha egy beteg fog vagy gyökér van jelen, azt minden esetre extraháljuk, különösen ha az üreg genyedése a fog beteg-ségével összefüggésbe hozható. Sokszor már az extractió utáni néhány kifecskendése az üregnek és esetleg az alveo-lusban levő sarjak kikaparása után az állapot javul, sőt tel-jes gyógyulás áll be, különösen akkor, ha a fagon egy ab-cessus apicalis van, a melynek az üregbe való betörése okozta az üreg affectióját. Másképp áll a dolog, ha foghiány nincs és a fogak megbetegedését teljesen kizártuk. Ilyenkor sokkal tanácsosabb az üreget az orron keresztül megpun-gálni és egy görbe canülön keresztül kifecskendezni.

Ha a punctió akár az orron, akár az alveoluson keresz-tül kétségtelenné tette a geny jelenlétét, úgy annak gyógyi-tásánál szem előtt tartandó, hogy acut vagy chronicus bajjal állunk-e szembe. Mert acut és enyhe esetekben a kifecsken-dezés teljes gyógyuláshoz vezethet. A kifecskendezés egy igen gyenge desinficienssel történik, mert tekintetbe veendő, hogy azt a gyenge nyálkahártyát nemcsak egy concentráltabb és erősebb folyadék, de a temperatura is könnyen megtá-madhatja. A poliklinikai orr- és gégeosztályon langyos sub-limátoldatot használunk erre a célra és pedig egy pro mille oldatot a négyszeresére felhígítva. A punctió által készített csatornába állandó canült sohasem teszünk. Az eredmény ezekben az esetben sokkal rosszabb. Ez a cső, mint idegen test szerepel, granulatiókat okoz, a melyeket gyakran ki kell kaparni könnyen véreznek és könnyen újból inficiálhatják az üreget.

Ha az állapot néhány heti kifecskendezés után nem javul, úgy javalva van a radikális beavatkozás, illetve az üregnek széles feltárása. Ez történhetik az orr felől, az alveolus felől és a facialis fal felől. A mi az endonasalis műtétet illeti, legyen szabad röviden felemlítenem, hogy mi a poliklinikán Baumgarten tanár ur szerint a félradikális ugynevezett ablakos műtétet végezzük, midőn a nasalis fal jó részének eltávolítása után nyálkahártyát kikaparjuk és jodoformgazeval kitömjük.

Az üregnek az alveolus felől való széles feltárásánál a megfelelő helyen átfurjuk az alveolust és a készített nyílást vésővel tágitjuk annyira, hogy azon keresztül az üregnek jó részét átnézhessek. Éles kanállal való kikaparás után jodoformgaze-tampont használunk.

A facialis fal felől való megnyitás az I. molaris felett a crista maxillaris externán történik és pedig a lágy részek felpreparálása után a falat furóval átfurjuk és a nyílást kézitrepánnal tágitjuk. Partsch szerint a legajánlatosabb és leghelyesebb methodus az utóbbi és pedig azért, mert a nyíláson át az egész üreget látjuk, a nyálkahártya ép részének a kikaparása nem szükséges, mert látva a beteg részeket, azokat galvano-cauterrel vagy egyéb edző szerekkel könnyen érinthetjük. Továbbá szerinte a kifecskendezés sem szükséges, mert az orrfuvásnál az üregbe jutott légáram maga tisztítja ki a legjobban az üreget. A nyílást üvegből készített obturátorral zárja el, a melyet az arcizmok helyén rögzítenek.

Érvei igen meggyőzők, azonban úgy az alveolus, mint az orr felőli megnyitásnál szép eredményeket érünk el és nekünk fogorvosoknak az alveolus felőli megnyitás különben is a legegyszerűbb; és ez a methodus igényli legkisebb sebészi beavatkozást; az eredmények pedig elég jók. Eredménytelenség esetén természetesen egyéb műtéti módhoz kell folyamodnunk.

## Az alsó állkapocs odontogén genyes periostitiseiről.

A „Fogorvosi Szemle“ részére. Irta: Dr. Fischer Aladár, műtő.

A B. K. M. B. P. osztályvezető sebésze.

Az alsó állkapocs odontogén periostitisei és ostitisei alatt azon csonthártya és csontgyuladásokat értem, melyek az állcsont azon anatomiai sajátosságából erednek, hogy fogakat visel, szóval melyeknél a periodontiumon át jut az infectió periostra és a csontállományra. Ezek a perios-

titisek és ostitisek az állcsontokon a leggyakoribbak és így gyakorlatilag a legfontosabbak. Nem akarom itt tehát érinteni azon periostitiseket és ostitiseket, melyek az állkapcsot ért traumákhoz, ulcerosus stomatitisekhez (scorbut, higany és más fémmérgezésekhez) infektiosus betegségekhez (typhus, scarlatina, variola, stb.) csatlakoznak, valamint nem tárgyalom azon osteomyelitiseket sem, melyek — hasonlóan más csontok spontán létrejött infektiosus osteomyelitiseihez, mint haematogén uton létrejött pyogen infectiók fogandók fel. — Az alsó állkapocs chronicus lefolyást mutató osteo-periostitisei, melyek aetiologiai alapja a tuberculosis syphilis vagy actinomyces okozta infectió, vagy a phosphor okozta csontlaesió, szintén nem tartoznak ide, bár kiindulási pontul ezeknél igen sok esetben kimutatható a rossz fog.

Hogy a szóban levő megbetegedés lényegét egészen megérthessük, pontosan ismernünk kell a periodontium anatómiai viszonyait. A fogak a processus alveolaris üregeiben úgy vannak megerősítve, hogy a gyökér cementsrétegét az alveolus csontfalával egy erős rostu kötőszöveti réteg köti össze. A gyökér burokja és az alveolus periostja egy ugyanazon kötőszöveti hártya. Ezt a hártját nevezzük periodontiumnak.

Az alveolus csontfala számos apró porust, lyukat mutat; ezeken át a periodontium, a csontos alveolusfal és az állkapocs külső csonthártyájának edényei kiadó közlekedésben állanak. Ez az anatómiai magyarázata annak, hogy miért terjed a periodontium minden gyuladása oly könnyen az alveolus falra és a külső periostra. — A foggyökér apexén a periodontium rostozata a pulpa kötőszövetébe folytatódik és e helyen a periodontium és a pulpa erei is anastomosisban állanak egymásnak. Szóval a pulpa és periodontium kötőszöveti és érrendszere szoros összefüggésben van egymással, mondhatnók azonos. A periodontium a legvastagabb a gyökér csucsánál. A fognyak körül a periodontium ismét erősebb és vastagabb, itt egy erős az alveolus faltól a fognyakhoz huzódó kötőszöveti réteget képez, mely mint ligamentum circulare dentis, vagy ligamentum dentale isme-

retes. Sok esetben az alveolus fal annyira porosus, hogy kisebb-nagyobb defectusokat mutat, melyeken át a periodontium és a külső periost direct érintkezik.

A leirt anatomiai viszonyoknak megfelelőleg a periodontium infectiója és evvel együtt gyuladása két úton jöhet létre. A kevésbé fontos és kevésbé gyakori út a mikor a fognyak mentén a foghus tasaktól a ligamentum dentale laesiójával történik az infectió. Ide tartoznak azok a periodontitisek, melyek fogköképződés, idegen testek (szálkák, csontdarabkák), rosszul fekvő műfogászati alkatrészek által hozattak létre. Ezek a marginális periodontitisek.

Igy csak nem rég volt alkalmam egy hölgyet operálni, kinél egy műfog megerősítésére szolgáló fémkapocs vezetett periodontitisre és súlyos periostitisre.

Az említett marginális periodontitiseknél azonban sokkal fontosabbak az apicalis periodontitisek és ezekhez csatlakozó periostitisek. Itt az infectió a pulpa üregen át a pulpa útján történik. — Ha a pulpa útján történő infectiót részletezni akarjuk, ugy ismét kétféle módot különböztethetünk meg. Az egyik mód mikor a pulpa gyuladása direct terjed a periodontiumra, Ezen ex continuitate áterjedés tág gyökcsatornát és foramen apicalet tételez fel, a minőt főleg a tejfogaknál és fiatal egyének maradandó fogainál is látunk. A másik mód, mikor a periodontium infectiója indirect jön létre. — Ennek feltétele, hogy az infectiosus anyagokat tartalmazó pulpa üregben a nyomás valamiképp megnövekedjék, ugy, hogy az infectiosus anyagok a foramen apicalen át a periodontiumba nyomtatnak.

Ilyen eset, ha pl. széteső inficiált pulpa mellett valamely esetlegesen a fog üregébe jutott idegen test, ételmaradék stb. a szájűr felé való közlekedését a pulpa üregnek elzárja. — Ide tartoznak azok az esetek is, midőn a fog beplombáltatik, mielőtt a gyökcsatornák eléggé desinficiáltattak volna, létrejöhet végül a periodontium infectiója ugy is, hogy a pulpa maradványok kitakarítására használt idegtű a foramen apicalen keresztül szaladva a periodontiumba hatol.

Az infectió után fellépő periodontitis acut vagy chronicus lefolyást vehet. — Az acut esetekben, melyekkel itt foglalkozni akarunk, elsősorban a periodontium hyperaemiája savós duzzadása és fellazulása jelentkezik. Ha az infectió egész enyhe jellegű volt, esetleg nem is fejlődik tovább a folyamat. A szervezet védelmi apparátusa a behatolt bacteriumokat megsemmisíti és a periodontium rendes állapotába tér vissza. — Ha az infectió súlyosabb characterü volt, a gyuladósos szövetek genyes szétesése indul meg; a periodontiumban a foramen apicale körül először apró miliaris genyegócok mutatkoznak, majd ezek egymással confluálnak. A további lefolyás azután két irányt vehet. — A ritkább esetek azok, mikor a genyedés az alveolusra marad korlátozva; a periodontium genyesen szétesik, úgy hogy az egész gyökér genyben fürdik. — Végre az ellenálló ligamentum circulare dentis is áttöri a genyedés és a geny a gingivális tasakon át ürül ki. — Ez a leírt lefolyása a periodontitisnek tehát az alveolusban való tályogképződéshez abscessus alveolaris acutushoz vezet. Sokkal gyakoribb ennél, hogy a foramen apicale körül képződött és a merev falu alveolusban nagy nyomás alatt levő geny nem marad az alveolusra korlátozva, hanem az alveolus fal lukacsain át és az ezekben lévő erecskék mentén a csont állományba és az állcsont külső periosteuma alá jut. Ha ez megtörtént, úgy ismét többféle lehetőséggel állunk szemben, a szerint, a mint a geny keresztülhatolása az alveolus labialis buccalis vagy lingualis falán történik meg és az infectió virulentiája szerint.

Hogy az alveolus melyik falán át terjed tovább a genyedés, ez az anatomia viszonyoktól függ. Természetes, hogy a nagy nyomás alatt levő geny, arra tör át első sorban, a merre az út könnyebb, tehát amerre a csontfal lukacsosabb — Ez alsó állkapcsón a metsző és szemfogak alveolusaiból kiinduló genyedések rendszeren az állcsont elülső (labialis) felszínére történik. — Azonban vannak esetek — ilyeneket majd részletesen fogok ismertetni, — mikor az áttörés az állkapocs lingualis felszínre, vagy mindkét felszínre történik. — A praemolarisok is hasonlóan viselkednek ebben a

tekintetben, míg ellenben a molarisoknál bár itt is gyakoribb az áttörés elő felé, (baccaliter) már sokkal többször találkozunk a csont hátsó (lingualis) felszine felé való áttöréssel.

A genynek az alveolus falán való átnyomulása folytán létrejövő ossalis és periostealis folyamat kiterjedése az infectió virulentiájától függ és legmagasabb fokán az alsó állcsont diffus septicus ostitisvé és periostitissé válhatik, mely letalis kimenetelre vezethet.

Az anatómiai elhelyezkedés szerint az alsó állkapocs acut genyes periostitiseinek több formáját különböztetem meg. Hogy az itt elmondandókat azonban jobban megérthessük, szükséges, hogy az alsó állkapocs tájboncztani viszonyait néhány szóval érintsem.

Az alsó állkapocs testét elülről a perioston és a vestibulum oris nyálka hártáján kívül csak az alsó ajak izomzatából és az arcz bőréből és zsírszövetéből álló vékony lágy rész réteg fedi. Itt tehát a topographiai viszonyok egyszerűek. Az alsó állkapocs testének hátsó (lingualis) felszínén a viszonyok már complicáltabbak. Az állkapocs belső felszínén tapad az egész linea mylohyoidea mentén a musculus mylohyoideus, melyet a szájfének főizmának tekinthetünk. — A spina mentalis internán ered a musculus genio-hyoides és genio-glossus és ugyancsak a középvonalhoz közel tapad valamivel lejjebb a musculus digastricus elülső hasa. — A mandibula belső felszínének felső fele a periosteumtól és szájüreg nyálkahártyától takarva a szájüregben foglal helyet, míg a musculus digastricus tapadásától lefelé eső része ezen felszinnel már a szájüregen kívül van és a nyak regio infra maxillarisába esik. — A regio infra maxillaris két erős pólya-lemeze között lévő és az itt elhelyezett nyirok-mirigyeket és a nagy nyálmirigyét körülvevő laza-kötőszövet érintkezik itt az állkapocs periosteumával.

Az állkapocs ágain ismét mások a viszonyok. Az állkapocs ág külső felszínét a musculus masseter széles tapadása foglalja el. — A belső felszínen a musculus pterygoideus internus széles tapadása van, míg az ágak nyul-

ványain a musculus pterygoideus externus és a m. temporalis tapadnak. A pterygoideusok közvetlen szomszédságában pedig a garat képleteit találjuk.

A leírt viszonyoknak megfelelőleg a mandibulán a periostitisek következő formáit találjuk:

a) Az alveolusból az áttörés a csont elülső felszínére történik, ez minden fognál előfordulhat. A geny a csonthátya és vestibulum oris nyálkahártyája alatt foglal helyet. A vestibulum oris átmeneti redője rendszeren erősen előboltosul, az arcz fedő lágy részei duzzadtak, esetleg gyuladós pirosságot mutatnak. A tályog vagy a vestibulum orisba tör át, vagy a köztakaróhoz közeledve, a bőrön át ürül ki. Utóbbi eset a ritkább. Ezen tályogok a localis duzzadáson és fájdalmakon kívül súlyosabb általános tünetekkel nem igen szoktak járni; épen úgy igen ritkán járnak csont nekrosissal. Ha kifelé nyíltak meg, úgy adott esetben fogsipolyképződéshez vezetnek.

b) Az alsó metsző fogak vagy szemfogak alveolusaiból a csont hátsó felszínére történik az áttörés. A geny a periostot és ezzel együtt az állkapocs spináján tapadó izmok és a mylohyodeus medialis részének tapadását a csontról leemeli és kívülről a regio infra maxillaris medialis részében, a submentalis tájékban jelenik meg. Ilyen esetekben a submentalis tájék lobos, kemény infiltrációját találjuk, a bőr többé-kevésbé kifejezett lobos pirosságával. Ezen esetekben megfelelőleg a szájfenék és nyelv izomzatának a folyamatba való bevontságának, rendszeren nyelési nehézségeket, a nyelv mozgásainak korlátolt voltát, a garat és száj képleteinek duzzadt voltát találjuk a megfelelő nyáladozással. Szájzár ezen esetekben gyakori. Glottis oedemát ilyen esetben még nem láttam, bár kizárva nincs. A láz rendszeren igen magas. Ha a folyamat magára marad, minthogy a geny áttörése a vastag lágyrészeket át kifelé spontán csak nehezen történhetik, az állcsont kiterjedt lecsupaszítása, nekrosisaj genysülvedések és progrediáló phlegmone a szájfenék izmai közt következhetnek be. Ha a geny a regio submentalis két erős pólya lemezét áttörte, úgy az a mentumot fedő bőr alá jut; ilyenkor az állcsucot takaró lágyrészek zacskó-



szerűleg kiszoktak tágulni és a genyvel telt bőrzacskó az állon, egész különös characteret kölcsönöz a beteg arcának.

Egyes esetekben az áttörés nemcsak a csont hátsó, hanem elülső felszínére is történik. Ilyenkor azonban a vestibulum orisban levő tályog, csak másodrendű fontosságú, a sokkal súlyosabb characterű hátsó tályog mellett. Külön ezt csak azért említem fel, mert a submentalis tájékban jelentkező tályog annyira absorbeálhatja az orvos egész gondoskodását, hogy a vestibulum orisban lévő kikerüli figyelmét.

Ezen leírt periostitiseknél a csontot mindig nagyobb kiterjedésben találjuk csupasznak és a folyamat csontnekrossissal is járhat.

c) Alsó praemolarisok vagy molarisok alveolusaiból a csont hátsó felszínére tör át az infectiosus folyamat. A genyedő folyamat a musculus mylohyoideus tapadását a linea mylochoyoidearól leválasztja, vagy rostjait áttöri és azután a trigonum inframaxillareba jut. Ennek megfelelőleg az egyik áll alatti tájban, lateralisabb fekvésben, mint az előbbieknél kemény lobos, infiltratio mutatkozik, a fedő bőr több-kevesebb gyuladással elváltozásával. Fluctuatio kezdetén még nem mutatható ki, bár a genygócz a mélyben már meg van. Fluctuatio csak akkor mutatható ki, ha a geny a regio infra maxillaris mély pólya lemezét is áttörte. Ezen esetek a localis tüneteken kívül mindig erős szájjárral, vagy nyelési nehézségekkel, magas lázzal, a száj és garatüreg képleteinek duzzanatával járnak és ily esetekben a glottis oedema is elég gyakran fenyeget. Megjegyzem, hogy a fenyegető glottis oedema megállapításához nem kell gége tükri vizsgálat, sőt az az ilyen esetek nagy részében az erős szájjár miatt kivihetetlen. A glottis oedema közeledését biztosan jelzi objective a beteg hangjának elváltozása. A hang kezdetben fátyolozott tompa, később egész characteristicusan rekedt. A beteg subjectiv érzése is jellemző, t. i. azt érzi, mintha egy nyálka tömeg volna a gége bejárata előtt, melyet köhögéssel nem tud eltávolítani. Ezek a tünetek már korán jelzik a glottis oedema kezdetét és mindig intő jelnek kell lenniük az energikus therapiás beavatkozásra. Ha ezen folyamat magára marad, szerencsés

esetekben a regio inframaxillaris külső lemezét is áttörvén a geny a bőr alatt jelenik meg. Más esetekben a folyamat a submaxillaris táj diffus, deszka kemény beszűrődéséhez (angina Ludovici-re emlékeztető kórkép), az itt lévő nyirok mirigyek genyes szétesésére vagy nekrosisára vezethet és az ilyen esetek kimenetele azután általános septis is lehet. Az állcsontot ily esetekben mindig nagyobb terjedelemben csupasznak találjuk, csont nekrosis bekövetkezése nem ritka, a mi ismét a nyakon való új genysülyedésekre és sipolyképződésekre vezethet.

d) Az ezen csoportba tartozó periostitisek az az alsó bölcsesség fogakból indulnak ki; ezen esetekben a geny az alveolusból szintén hátrafelé tör át, de a megtámadott periosteum itt már tulajdonképen az állkapocság csonthártyája. A genygyülem a musculus pterygoideus internus tapadása alatt képződik és így kezdettől fogva nagy nyomás alatt van; ezért járnak oly súlyos tünetekkel ezen periostitisek mindjárt kezdettől fogva. A geny azután a m. pterygoideus internus tapadását leválasztva lefelé veszi útját. Ez esetben a lobos duzzanat maximuma a submaxillaris táj legkülső részében van. De a genyedő folyamat súlyos esetekben felfelé is terjed, a trigonum interpterygoideum kötőszöve, az állkapocs ízület mind a genyedés folyamatába vonathatnak. Átterjedhet a folyamat az egész az ossa spheno-maxillarisra és lesülyedhet a garat mögé. A periostitisek ezen formája mindig igen súlyos tünetekkel jár. Az egész arcfél oedemásan duzzadt, a megfelelő submaxillaris táj lobosan infiltrált, az infiltráció hátra a sternocleido mastoideus elülső szélén tulterjed. Az infiltráció legkifejezettebb és legkeményebb az illető oldalu angulus mandibulae táján. A szájjár mindig igen nagyfoku, a nyelési nehézségek nagyok és a glottis oedema veszedelme az állkapocs összes periostitisei közül ezen esetekben a legnagyobb. A magas láz és a táplálkozás nehéz, majdnem lehetetlen volta erősen kimerítik a beteg erejét. Operatiónál az állkapocs megfelelő ágát mindig erősen lecsupaszítottak találjuk. Magára hagyatva, szerencsés esetekben az inframaxillaris tájékon áttörés jöhet létre kifelé. De evvel szemben máskor a retro-

maxillaris tájék progrediáló phlegmoneja, következményes sepsissel, vagy a beteg megfuladását okozó glottis-oedema lehet kimenetele ezen kórfolyamatnak.

e) Az alsó állkapocs periostitisek egy különös és ritka fajtát Gosselin írta le „phlegmon profund temporo-sous masseterien“ név alatt. Ezen esetekben a genyedés az állkapocs mellső felszínén, a masseter alatt, a felhágó ág mentén a musculus temporalisig halad és ezen izom hüvelyébe is áttörhet, sőt ezen izmon át a fossa temporalis csonthártyájáig juthat. A folyamat a megfelelő arczfél nagyfoku lobos duzzanatával jár. Egyes esetekben sepsis és halál következett be.

A periostitis mandibulae leírt különböző alakjainak ismertetése után még a therapiás eljárásokkal óhajtának foglalkozni. A genyes periostitisekre vonatkozólag is a régi sebészi elv áll „ubi pus, evacua“ — ezen elv megvalósításának módja esetenként más és más.

Ha a periostealis tályog még kiképződve nincs, de a periodontitis jelen van, ily esetekben a legtermészetesebb és legegyszerűbb eljárás az illető fog extractiója. Ez az esetek tulnyomó többségében a folyamat coupirozására vezet. Természetesen, ha a gyuladásos folyamat nagy aggressivitást nem mutat, a fog megmentésére a kísérletek megtehetőek és ezek a konzervatív fogászat mai fejlett állapotában célhoz is vezethetnek. Feltétlen indicatióját adja a fog eltávolításának az abscessus alveolaris, mert a genyüregben alsó fogat megtartani a periodontum genyes szétesése után nem lehet.

Egy igen fontos kérdést kell itt érintenem, azt, hogy a már kifejlődött periostitis mellett a periostitis kiindulási pontjául szolgáló fogat szabad-e extrahálni, vagy pedig várjunk-e az extractióval, míg a periostitis megnyugszik. A publikumban mélyen begyökeresedett az a hit, hogy „dagadt arcz“ mellett fogat huzni nem szabad és tényleg vannak esetek, melyekben jelentéktelennek látszó periostealis folyamatok, látszólag az illető fog extractiója után hirtelen rosszabbodnak és igen súlyos caractert vesznek fel. Ilyen esetekben két lehetőség van: vagy már megvolt a súlyos periostealis és ossalis infectio, mely a foghuzás után mutatkozó viharos

tüneteket létre hozta az extractió előtt is, csak hogy kifejlődésének ideje már az extractio után esik. A másik lehetőség, hogy a foghuzással járó trauma az eredetileg enyhe characterü infectiót súlyossá teszi, azáltal, hogy a szövetek laesioja által az infectió számára új kapukat nyit, illetve az infectio utját könnyüvé teszi.

Hogy a két lehetőség közül melyik az okozója a kérdéses súlyos eseteknek, erre nézve az általános sebészeti analog eseteiben találunk útbaigazítást. Azt tapasztaljuk ugyanis, hogy bármily mélyen fekvő genygócot tárunk is fel, ha a feltárás elégséges, a bőr felszínétől egész a góczig terjedő szövetrétegek nem inficiálódnak, jóllehet, a friss seb felületén a tályog tartalma végig ömlik és a geny folyton végig mossa. Ellenkezőleg, kellő és elégséges feltárás mellett az egész seb csakhamar szép tiszta granulatókat mutat. Másképen áll a dolog, ha valamely lobos gócz nem elégségesen táratik fel. Ilyen esetekben az operatiós metszés is csakhamar szenyessé, lepedékessé válik, az eredeti folyamat pedig határozottan rosszabbodik. Az analogia tehát világos. Ha még csak a periodontium volt beteg és az infectiosus folyamat még csak az alveolusra szorított, a fog extractiója a gyuladós gócz teljes feltárását jelenti és utána gyors gyógyulás következik be. Ha azonban a genyedés már a csontállományra és periosteumra is áttért, úgy a fog eltávolítása már nem elégséges feltárása a genyedéses gócznak és ilyen esetekben az extractiót az ossalis és periostealis folyamat rosszabbodása követheti, épen úgy, mint ahogy pl. egy carbunculus rosszabbodik, ha abba nem elég mélyen és hosszan metszünk bele.

Nem a foghuzás az oka tehát a bajnak, hanem a foghuzás már nem tudta megszüntetni a bajt, mert már előzőleg áttört a folyamat az aleolus határain.

Ha a periostitis már kifejlődött, akkor a fog extractiója már úgy sem sürgős, annál inkább, mert a periostealis tályog megnyitása és a lágy részek duzzanatának visszafejlődése után még kísérlet tehető a fog conservativ kezelésére.

Ezek előbeocsátása után nézzük, hogy milyen eljárás

kövessünk az alsó állkapocs genyes periostitiseinek operálásánál az egyes esetekben. Ennek tárgyalásánál legcélszerűbben a periostitisek fentebb leírt formáihoz tarthatjuk magunkat.

A mandibula elülső felszínén képződő (a) alatt leírt genyes csonthártagyuladásoknál az eljárás igen egyszerű. A tályog megnyitását belülről a vestibulum oris felől eszközöljük. E célra spatulával az alsó ajkat, illetve buccát félre huzzuk és egy hegyes késsel a vestibulum orisba bedomborodó tályogot felhasítjuk, ügyelve arra, hogy a bemetszés elegendő hosszú legyen. Elégtelen, rövid bemetszés esetén folytonos retentiók képződnek és a genyes folyamat az arczlágy részei között kifelé terjedvén, sipolyképződés jöhet létre. A geny elégséges kiürülése esetén a fájdalmak egy csapásra megszűnnek, a duzzadt arczfél lelohad. Természetesen a lobtünetek lezajlása után a beteg fog vagy conservative ki-kezelendő vagy eltávolítandó.

A b), c), d) és e) alatt leírt súlyos formáknál a belülről való megnyitásra gondolni sem lehet. Theoretice ugyan elképzelhető, hogy egy szorosan, a csont belső felszíne mellett vezetett hegyes késsel a tályog a szájüreg felől kinyitassék. A gyakorlatban azonban ez kizihetetlen. Az ezen esetekben rendszerint fentálló lobos szájzár miatt már nagy nehézségekbe ütköznék ez a beavatkozás, de ha a szájzarat — esetleg narcosissal — le is győznénk, akkor sem volna tanácsos a lobos képletek bemetszése a száj felől, egyrészt az esetleges súlyos vérzés miatt, melynek csillapítása óriási technikai nehézségekbe ütköznék, másrészt azért, mert a sebviszonyok e periostealis tályog kiürülésére a lehető legrosszabbak volnának. Ehez járul még az is, hogy szájzár esetén a szájüreg bakterium flórája óriási módon megnő, úgy szám, mint pedig virulentia tekintetében.

A fent jelzett esetekben tehát kívülről tárandó fel a periostealis gócz. Magával, az operatív beavatkozással soká ne késlekedjünk. Korai beavatkozással sok szenvedéstől és veszélytől mentjük meg betegeinket és késlekedéssel egyéb veszélyek mellett még a csontnekrosis keletkezését is előmozdithatjuk. Ne várjuk, tehát, míg a fluctuatio világosan

mutatkozik. Ha a b), c) és d) formáknál a submaxillaris tájban a lobos infiltratum, oedema jelentkezik és a fájdalom, láz, szájjár stb. mutatkoznak, úgy késedelem nélkül tárjuk fel a periostealis genyógócot. Megjegyzem, hogy ezen mélyen fekvő genyógócok feltárása nem mindig könnyű dolog és bizonyos fokú sebészi gyakorlottságot igényel. Elégtelen megnyitások, vagy csak az infiltrált szövet behasítása, annélkül, hogy a mélyen fekvő tályog kinyitánék, elvetendő. Ezek rosszabbak a semminél, mert utánuk a folyamat rendszeren még rosszabbodik és a beteget bizalmatlanná teszik a szűk-sége uj beavatkozással szemben.

Én ezen műtéteket mindig bódítással végzem. Ajánlhatom ezen célra a tiszta aetherrel, vagy 2-es számú Schleich keverékkel való bódítást. A Sudeck-féle részegség is megkísérelhető e célra és ha vele célhoz nem jutunk, áttérhetünk a teljes bódításra. A localis anaesthesia különféle módjai ezen műtéteknél vagy elégtelenek, vagy pedig nem alkalmazhatók. Magát a műtétet a következőképen szoktam végezni:

A bőrmetszés a regio submaxillarisban a mandibula alsó szélével párhuzamosan vezetetik. A lobosan infiltrált területen az egyes rétegek határai bár csak nehezen különböztethetők meg, azért praeparálva, rétegről-rétegre haladunk a mélybe. A bőr, platysma és felületes pólya lemez átmetszése után gyakran néhány lobosan megnagyobbodott nyirokmirigyre jutunk, melyeket egyszerűen helyükről kiemelve, eltávolítunk. Most a regio submaxillaris második pólya lemeze következik és ennek átmetszése után rendszeren már a tályog meg is nyílik. Csak ritkán kell az izmok tapadását az állcsonttól leválasztanunk. Megjegyzem, hogy a mint a mélybe haladunk, tartsuk magunkat a csont felé, mert különben megeshetik, hogy a periost alatt laposan elterülő tályog mellett elpraeparálunk, miközben az, aki a tájék anatómiáját pontosan nem ismeri a legkellemetlenebb helyzetbe juthat. A tályogot mindig szélesen nyitom meg, hogy a geny kiürülése akadálytalanul történjék. A megnyitás után a tályogür laza antisepticus tamponádja és kötés következik. Több-keve-

sebb vérzésre ezen műtétnél mindig el lehetünk készülve. A regis submaxillaris lateralisán eső részében végzett ily beavatkozásoknál pedig az arteria maxillaris externa és a vena facialis anterior átmetszése és lekötése válik sokszor szükségessé.

Az utókezelés a sebészet általános szabályai szerint történik és ennek folyamán azt látjuk, hogy — ideje korán végzett megnyitás esetén — még ha nagy csont felületek is voltak lecsupaszítva, a gyógyulás nekrosis nélkül bekövetkezik. Természetes, hogy a beteg fog, mely a folyamat okozója volt, a szájzár megszűnése után azonnal eltávolítandó, ha a conservatív kezelésre mutatkozik még esetleg kilátás, ugy nagy óvatossággal ez is megkísérelhető.

Az e) alatt leirt phlegmon sous-masseterien-nél a megnyitást két metszés eszközöli. Egyik a járomív fölött a musculus temporalison át hatol a mélységbe, a másik a vestibulum orisból az állkapocs elülső szélének megfelelőleg az állkapocs a mellső felszínére hatol. Szükség esetén ehhez még egy külső metszés csatolható, mely a masseter rostain hatol át.

A fentebbiekben vázoltam az alsó állkapocs periostitiseinek különböző formáit és szükséges operatív beavatkozásokat, mindezek leírásánál főleg a saját tapasztalataim alapján indultam. A periostitisekhez és ostitisekhez szövődő következményes bántalmakra, mint fog-fistulákra, nekrosisokra és ezek therapiájára ez alkalommal nem terjeszkedtem ki, valamint csak épen megemlítettem a periostites mandibulae legsúlyosabb, életveszélyes complicatióit is, mint a sepsis, pyaemia és meningitis. Mindezekre nézve az a meggyőződésem, hogy annál ritkábbá fognak válni, minél előbb és minél alaposabban használjuk periostitiseknél a sebészi kést.

## A guttapercha, mint gyökfedél a csapfogaknál.

Irta: Landgraf Lőrincz Budapest.

Általánosan ismert tény, hogy a csapfogak tartósságát a gyökéren fellépő secundär caries hátrányosan befolyásolja. Ez különösen olyankor történik, midőn a cementréteg a gyököt fedő lemeznél vastag. Ezeken a helyeken a cement előbb-utóbb kioldódik, ennek helyén azután ételmaradékok rakódnak le és megkönnyítik a cariosus folyamat keletkezését.

A tapasztalatok azonosak az Inlay töméseknél szerzett észlelésekkel. Ha ugyanis a cementréteg a tömés szélén csak egy hajszálfinomosságú vonalban mutatkozik, akkor, ha a tömés a többi követelményeknek is ily mértékben felel meg, a tartósságot illetőleg semmi további kifogás alá nem eshetik.

Ha azonban a cementréteg egy vagy más ponton kelle-ténél vastagabb, különösen praedisponált vagy nem eléggé ápoltt szájban csakhamar mutatkozik a secundär caries. A csapfogak készítésénél régóta törekszünk ezen kellemetlen állapoton segíteni. Legsikeresebben védekezünk ez ellen a *Richmond* koronával, ahol a fedőlemez egy gyűrűvel van összekötve, mely a gyökércsonkot, mint egy sipka foglalja be és ezt épűgy, mint a közbeeső cementréteget a külső hátrányok ellen megvédelmezi. E mellett a gyűrű a csapfog megerősítésénél *mechanice* is jelentékeny szerepet játszik. A *Richmond*-koronának azonban határozottan hátránya, hogy feszes foghúsnál a gyűrű nem tölthető fel eléggé a foghússzél alá és így látható marad s hogy alkalmazása fájdalom-mal jár, továbbá nem ritkán tartós izgalmat idéz elő a foghússzálon. Ezen hátrányai dacára mégis a *Richmond*-korona volt és marad a legcélszerűbb és legtartósabb pótlás minden olyan esetben, hol a gyökér erősen cariosus, ahol a gyök-csatorna rövid és ahol a szájnedvek abnormis összetétele egy erős dispositiót képez a caries fellépésére.

Éppen úgy nélkülözhetetlen a hidmunkálatokkal való combinatióknál is.



Minden esetben odatörekedtek a fogorvosok, már hátrányai miatt is, hogy más módszerrel segítsenek a felforgó nehézségeken. Először is úgy akarták a Richmond-korona elvét megmenteni, hogy azt csak félgűrűvel látták el, mely a gyökér elülső felét fedetlenül hagyta és ezáltal a főbb hátrányok kiküszöböltettek. Ezen félgűrűs-módszer sok hívet szerzett. Még sem lehet tagadni, hogy a félgűrű csak félsikert nyújt, amennyiben sem elegendő biztosítékot a secundär caries ellen nem nyújt, sem mechanice nem támogatja, sem a gyökereket, sem a csapfogat.

Ezért sok fogorvos egészen mellőzte a gűrűt, hanem csak arra törekszik, hogy a fedőlemez pontosan simuljon a gyökércsont felületéhez. Ezen célt akként akarják elérni, hogy pontos gyökérlenymat után készült „stanzon“ préselik a fedőlemezt, vagy platinfoliát használnak, melyet gondosan políroznak és préselnek a csontfelületre, azután átfuttatják aranyforrasztóval; vagy kiformalják a csapfog testét viaszban akár a modellen, akár a patiens szájában, azután beágyazzák az egészet és a viaszt könnyen folyó fémmel pótolják vagy pedig a Solbrig és mások módszere szerint olvasztott aranynyal, amikor pontosan simuló fedőlemezt nyernek, vagy végül a fogat az oda polírozott platinfoliával összekötik a foggal olvasztott porcellánmassza segítségével.

Ezen eljárás a Logan-koronák készítésénél is alkalmazásban van azon célból, hogy a gyökérre való pontos odasimulás lehetséges legyen. Ezen soknak nem lehet a célja itt apróbb részletekbe is bocsátkozni. Mindezen módszerrel jó és megbízható eredményeket lehet elérni. De mindannyi-  
nak közös hibája, hogy komplikáltak és időrablók.

Előtérbe nyomul tehát ezek folytán annak a szükségessége, hogy olyan anyag után kutassunk, amelyik a fedőlemeznek előállítását gyorsan és technikai nehézségek nélkül engedi meg. Ilyen anyag a guttapercha. Néhány év óta ezt én a következő módon használom: pl. egy Logan koronát kell készítenem. Először is a bázist köszörülöm föl, de csak annyira, hogy csak az első részén feküdjék pontosan, amennyiben nekem a bázis oldalán és hátsó szélének pontos

odafekvésére nincsen okvetlenül szükségem. Már azáltal is, hogy a pontos felkészülést nélkülözhetem, jelentékeny időt takarítok meg. Most piros amerikai guttaperchát veszek, (Whites base plate), amely tudvalevőleg a legellentállóbb az összes guttaperchák között, levágunk abból egy darabot, valamivel nagyobb, mint a gyök felület, átlukasztom azt a közepén egy cofferdam fogóval, felszúrom azt a Logan korona csapjára és elővigyázatosan borszeszláng fölött megmelegítem, míg jól felpuhul. Most a Logan koronát fölillesztem a gyökérre, jól oda nyomom azt és a guttaperchát is a gyökcsomkhoz. Ezáltal a guttapercha egész felesleges mennyisége kinyomul a széleken és egyuttal kitölti a legpontosabban a korona alap és csomkfelület között az összes egyenetlenségeket. Amint most a koronát leveszem meggyőződést szerezhetek magamnak arról, hogy a guttapercha oly hajszál finom lenyomatot adott a gyökfelületről, amilyen finomat csak egy öntött fedőlemez adhat.

Most már nincs más hátra, mint meleg késsel a szélén kiálló guttapercha massát eltávolítani, valamint azt a részt is, amely közepén a csapnál a korona mélyedésébe nyomult, biztonság kedvéért még egyszer előzetes felmelegítés után bepróbálok és a fedőlemez készen van.

Míndez alig néhány percet vesz igénybe. Ha úgy találom, hogy valamelyik ponton a lenyomat nem elég éles, az azt bizonyítja, hogy itt valamivel nagyobb hiány van a bázis és a gyökfelület között.

Ilyen esetben nem kell mást tennem, mint a kiszorult guttaperchát vagy egy újabb darabot abból ezen helyre teszek s a koronát felmelegítvén, újból a gyökérbe nyomom. Ezen módon a gyökéren még a legnagyobb deiktust is könnyen kitölthetem és nincs szükségem arra, hogy az eddigi szokás szerint amalgamból felépítsem. Ilyen esetben én már előzetesen is még egy darab guttaperchát teszek a megfelelő helyre és így a hiánynak éles lenyomatát kapván meg, a dolog be is van fejezve. Ezen eljárási mód, a gyorsaságot tekintve, semmi kívánni valót nem hagy hátra. A módszer megbízható is és a gyökereinket a másodlagos caries ellen jobban megvédi

mint az öntött, stáncolt és olvasztott fedőlemezek, mert a guttapercháról azt tartjuk, hogy a cariesre erősen hajlamos szájban a legjobb tömőanyag, mert a legjobban zár a szélen és a kémiai hatások ellen rendkívül ellenálló.

Ezen előnye fedőlemezként való használatánál is érvényesülnek. Hat év alatt, mióta ezen módszert használom, elég alkalmam volt, hogy azt kipróbáljam, különösen oly esetekben, ahol a száj hygienikus viszonyai kedvezőtlenek voltak.

Ha a Logan-korona nem alkalmazható, akkor csapfogat készítek valamely más módszer szerint, alkalmazom a guttapercha fedőlemezt, amelyről semmi körülmények között nem mondok le. A guttaperchát sok szerző használta már és ajánlotta csapfogkészítésnél, de ez oly módon történt, amely kevésbé volt megbízható. Mindenekelőtt ők a guttaperchának azon lágyabb fajtáit használják, amelyek az ideiglenes töméseknél jönnek alkalmazásba, mint pl. a Hill- és Gilbert-féle. Ezen fajta guttaperchák távolról sem oly ellentállók, mint a Whites base plate guttapercha. Az alkalmazása is más; pl. Sachs a csapfog fedőlemezére a fentnevezett guttaperchafajtákból néhány darabkát tesz, azt felmelegíti és azután a csapfogat belenyomja a cementpéppel kitöltött gyökcsatornába. A guttapercha és cement a csapfog felnyomásánál összekeveredik és semmi támpontot nem nyerünk arra nézve, hogy mily arányban tölti ki a guttapercha vagy a cement a gyökér és a csapfog közötti ürt. Riegner a cementet egészen elhagyja és csak Gilberts-stoppingot vagy Chloroperchát visz a gyökcsatornába és minthogy a cement így teljesen kiküszöböltetik, azon methodus dacára, hogy hidak felerősítésére is ajánlatott, nem birt alkalmaztatása elterjedést szerezni. A guttapercha nem is nyomható oly könnyen szét, mint a cementpép, így a koronának a helyes helyzetbe való hozatala nehézségekbe ütközik. A megerősítés sem olyan megbízható, mintha az a kőkeménységűvé váló cementtel történnék.

## KONYVISMERTETÉS.

Utmutató klinikai és laboratoriumi Odontotechnikai munkálatokhoz. Dr. Salamon Henrik. Ash & Sons kiadása.

Az eddig megjelent ily irányú magyar szakmunkák között a legterjedelmesebb, legmodernebb. Felöleli az egész odontotechnikai laboratoriumi munkálatok ismertetését az alfától omegáig. Jó kisegítő barátja lehet mindazoknak, kik rendszertelenül bár, de tanulták a fogtechnikát, mert ez a könyv rendszeres és szakszerű voltában részint pozitív tudássá formálja a rendszertelen ismereteket, részint pedig lehetőséget nyújt a továbbképzésre. Különösen jó és hézagpótló a korona és hidmunkálatokat, továbbá az orthodontiát tárgyaló rész.

Ezen hely nem alkalmas az egyes részletek bővebb ismertetésére és tárgyalására, csak annyit jegyzünk meg, hogy szakirodalmunk becses dolgozattal szaporodott e művel.

Meg kell azonban említenem, hogy Salamon dr. könyvében az aluminium forrasztásáról, még mint ismeretlen dologról szól, holott e sorok írója már a múlt évi párisi kongresszuson demonstrált forrasztott aluminium hidmunkát. Ha magyar találmány van kezünkben, mégis csak méltányos volna megemlékezni róla, mikor a francia száksajtó is foglalkozott és foglalkozik vele. Igaz ugyan, hogy pénzügyi okok ezen találmány közkinccsé tételének ezideig még útját állják, de létezéséről megemlékezni helyénvalónak találnám.

Salamon dr.-nak könyvét lelkiismerettel ajánlhatom különösen vidéki kartársaink figyelmébe, kik technikus-segéd hiányában, talán szerényebb ismeretek birtokában kényszerülnek otthon végezni technikai munkálatukat. De jó segítő-társ lehet egy-némely esetben gyakoroltabb társainknak is, továbbá a fogműveseknek, mert ezek gyakorlati tudásának theoretikus bázist teremteni igen alkalmas leszen e munka.

Dr. K. Z.

## LAPSZEMLE.

**Rendellenes fogállás praeventiv gyógyítása. (Deutal Cosmos. Dr. Strang Bridgeport.)**

A szerző felette fontosnak tartja, hogy a fogorvos a normális fogállással és artikulációval tisztában legyen, ép úgy az állkapocs különböző fejlődési stádiumával; nemkülönben a szülők is figyelmeztetendők a tejfogak magtartásának fontosságára.

Az abnormális fogállás leggyakoribb oka: egy vagy több tejfognak korai elvesztése, természetes tehát, hogy a későbbi normális fogállás érdekében kívánatos, hogy lehetőleg minden tejfog megtartassék. Az állcsontok ugyanis hátsó irányból előre fejlődnek, az első maradó moláris a mandibula felhágó ága és a második tejmoláris közé ékelődik s így lassanként az egész tejfogsort előre nyomja, hasonló ehhez a második maradandó moláris fejlődési folyamata is. Ha azonban a fogsor folytatólágossága egy vagy két tejfog korai kihuzása által megszakad, megszűnik természetes az említett expanziós hatás. A fogűr mögött fejlődő fog előre nyomul, a fogűr ugyan bezárul, de az állcsont fejlődése szünetel. Előbb-utóbb a szemben levő állcsontot is befolyásolja ez a fejlődési hiány s szintén az elmaradt fejlődés tüneteit mutatja föl. Olyan esetben már most, amikor valamely fog kihuzása által a fogsor folytatólágossága megszűnt, a fentebb vázolt hiánynál a szerző ajánlja, hogy a fogűr előtt és mögött levő fog gyűrűvel láttassék el, a két gyűrűt pedig egy összekötő rúddal kell ellátni, amely készülék a fogakra ráillesztve, megakadályozza a fogaknak egymásfelé vonulását, amiáltal a később növe fog helye biztosítva marad. Ha a második tejörlo fog elveszett, mielőtt az első

maradó moláris kinőtt volna, be kell várni az utóbbinak keresztültörését és ezután ugyanaz a módszer követendő. Épp olyan súlyt kell helyezni azoknak a tejfogaknak eltávolítására is, amelyeknek gyökerei nem szívódnak fel, de előbb röntgenezés után meggyőződést kell szerezni arról, vajjon a maradó fogak áttörőben vannak-e? A fogazat további helyes irányban való fejlődésében nagy, nem kicsinylendő szerepe jut az első maradandó molárisnak. Főfigyelmünket arra kell irányítanunk, hogy ezt a fogat minden körülmények között megtartsuk és amennyiben annak növése kiigazítást igényelne, ezt azonnal megfelelő gépezettel kell eszközölnünk. A szabálytalan fogállásnak még két fontos okáról tesz említést a szerző, amelyeknek kiküszöböltetésére alkalma van a fogorvosnak s ezek: az adenoid vegetatiók és a megnagyobbodott mandulák.

Ritkább esetekben egy túlnagy frenulum labii is szétválaszthatja a középső metsző fogakat.

Fölös számú fogakat is el kell távolítani és végül a szülők figyelmeztetendők a gyermekek rossz szokásaira, mint pl. az ujszopás, ajakharapdálás, stb.

#### A pyorrhea alveolaris kezelése. (Deutal Cosmos).

*Dr. Whitslar* (Cleveland), klinikai tapasztalatai alapján, a pyorrhea alveolaris legtöbb fajtáját helyi jelentőségű okokra vezeti vissza és a következő gyógymódot ajánlja. Természetes, hogy a harapás esetleges korrekurája, a fogkö eltávolítása és egyéb szükséges chirurgiai beavatkozás, mint pl. az esetleges nekrotikus alveolar-szegélyek kikaparása stb. megelőzik magát a gyógyítást. A gyökéren levő fogkö feloldása céljából, amely tudvalevően egészen nem távolítható el műszer segítségével, egy 10%-triclesolt tartalmazó acidum-lacticum-oldatot cseppent a foghustasakokba. Ezeket azután hidrogen-peroxyddal és meleg vízzel kimossa és könnyű nyomással egy

aqua cinnamoni 90,0

Zincum phenolsulfat 10,0-ből álló oldatot fecskendez a foghustasakba. A Zincum-phenolsulfat (Zin-

cosulfocarbonatum) ugy készíthető, hogy acidum carbolicumot acidum-sulfuricummal hevítünk és Zincoxyddal saturáljuk. Végül pedig a beteg foghúszegélyét a fentemlített orvosságba mártott vászonruhadarabbal masszíroztatja.

*Ref. Dr. Propper Miksa.*

Un nouveau cas de luxation intra folliculaire, Par le Dr. Capdepont. (La revue de Stomat. 9. 1908.)

Szerző egy olyan 11 éves fiugyermek statusát ismerteti, kit 4 éves korában egy ló úgy rugott meg, hogy ezen trauma következtében 6 felső tej front fogát elvesztette. A fogazatban jelenleg a baloldali nagy és kis metsző, továbbá ugyanezen oldali caninus látható a második fogzás útján kifejlődve, a jobboldali metszők hiányzanak, a caninus a fogmedren keresztül tapintható dudor alakjában mutatkozik. A meglevő fogak elszinesedtek, alakjukban torzak, állásuk abnormis. Szerző *Frey, Magitót* és *Wedl* nyomán arra a következtetésre jut, hogy ezen fogak még csirájukban oly súlyos sérülést szenvedtek, hogy nyomait kifejlődésük után is viselik. A készült Röntgen-felvételen a jobboldali caninus még alveolusában elrejtve ugyan, de tisztán és ép formában látható, míg a jobboldali metszőknek koronája még a ki nem fejlődött fogcsirákon nem látható, miből azt következteti, hogy ezen koronák a sérülést követő gyuladós folyamatok folytán kiküszöböltettek.

Adatok az alsó állkapocs-sipolyok kóroktanához és kezeléséhez. (Lartschneider, Linz. Österr-ung. Viertelj. 1908/III.)

*Lartschneider* az alsó állkapocs-sipolynak két igen érdekes esetét írja le. Az első tulajdonképen *Weiser* esete 1907-ből, a másodikat ő maga észlelte. Mindkét esetben retíneált alsó praemolaris volt a sipolyképződés oka. *Weiser* esetében a retíneált fog cariosus és pulpája gangraenásan szélesebb, míg *Lartschneider* esetében a visszatartott fog ép volt. *Weiser* extraoralis műtét útján távolította el a fogat, az üreget *Mossetig* szerint plombálta és prima gyógyulást ért el. *Lartschneider* a Röntgen-kép után az intraoral beavatkozást

tartotta könnyebben kivihetőnek és úgy is végezte a műtétet; csakhogy a fogat, daczára az azt fedő csontrétegek levésésének, nem tudta extrahálni; sőt midőn a koronát fracturálta, kénytelen volt egy irónvastagságú 5 cm. hosszú vasszeget kívülről és alulról a sipoly külső nyílásán át az állkapocsba verni s így a fogat alulról felfelé kitolni az üregéből, ami sikerült is neki. A gyógyulás zavartalan volt. Hogy mi vezet retineált fogaknál sipolyok képződésére, legelfogadhatóbb *Lartschneider* véleménye, ki *Wedl* nézetére támaszkodván, azt hiszi, hogy az ilyen retineált fog addig, míg a mandibula és a lágyrészek meglehetősen vastag rétege védik, nyugton marad, de a szomszédos fogak elveszte után beálló resorptionális folyamat lassanként megfosztja a védő rétegtől, így a mechanicus inzultusok kikezdik az amúgy is gyengén resistens fogat. Hozzájárulhat ehhez még akár a szomszédos fogról áterjedhető fertőzés, vagy annak extractiójával járó sérülés. Az alsó és felső állkapcsen előforduló sipolyok száma 58 : 58 arányban szokott előfordulni. (*Luniatschek, Partsch.*) Ezen két eset is igazolja, hogy a Röntgen nap-nap után hatásosabb segítő társa lesz a fogorvosnak.

**A gingiva állapota kanyarónál.** Dr. Frank Tylecote. (*British Dental Journal London. Sept. 1908.*)

A kanyaró már incubatiós szakának elején fertőző. Ilyképen a fertőzést magában hordó gyermek már saját betegségének kitörése előtt inficiálhatja az iskolában a többieket. Általános ismert tény azonban, hogy a „Koplik-féle tünet 2—3 nappal megelőzi a kütég kitörését és így a prophylaxisban értékes prodromalis tünetként szolgál. Czikkiró azonban feleslegesnek tartja a kanyaróra gyanus gyermek szájában a Koplik-féle tünetre kutatni, mivel azt más szájnyákhártya megbetegedések is utánozhatják, másodszor pedig csakis nappali világitásnál ismerhető fel bizonyosan; a Koplik tünetre továbbá azért sincs szükség, mivel az 2—3 nappal megelőzi egy könnyebben és biztosabban, észlelhető prodromalis tünet, mely amellettt tartósabb is, mint a Koplik. Ugyanis a kanyaróval inficiált betegnek foghusa egész terjedelmében erősen



hyperaemiás, vörös, belővelt és mérsékelt duzzadt. Czikk-iró szerint a foghusnak ezen állapota a fertőző bajok közül csak a kanyarónál észlelhető. Mig skarlatinánál, influenzánál a gingiva rózsaszínű marad, addig stomatitással járó megbetegedéseknél a gingiva egyenlően vörös mindenütt, holott kanyarónál a foghuson az előbb említett kinézésű gingiván itt-ott fehéres, habzó, pikkelyszerű és könnyen eltávolítható törmelékyszerű foltocska látható.

*Frank* tehát ezen vizsgálatnak előnyeit a „Koplik“ fölött a következő 5. pontban csoportosítja.

- 1) Esti világitásnál is jól észlelhető.
- 2) Gyermekeknél könnyebben kivihető a vizsgálat.
- 3) Biztos ép úgy, mint a „Koplik“.
- 4) Hamarabb jelentkezik és tovább tart, mint amaz.
- 5) Nem téveszthető össze a szájnnyákhártya egyéb megbetegedéseivel.

A szájnnyákhártya megbetegedése a tisztántartáson kívül egyéb kezelést nem igényel.

**A chronicus gyökhártyagyulladás.** *Partsch* (Breslau). (Deutsche Zahnkeilkunde im Vortragen. Witzel. No. 6.)

*Partsché* az érdem, hogy már eddig is megjelent közleményeiben teljes világitásba helyezte a chronicus gyökhártyalobot, kórtani, bonctani, klinikai, diagnostikai és therapiiai szempontból. Ott tartunk már, hogy sok olyan esetben is megtarthatjuk a fogat, ahol azelőtt okvetlenül az extractióhoz kellett nyulnunk. Lassanként megy át a fogorvosi gyakorlatba a chirurgicus ismeretek bővítésének vágya, de tagadhatatlan, hogy a conservativ foggyógyászatban a sebészet napról-napra nagyobb tért hódít magának. *Partsch* ezen munkájában az idült periodoutitis mütét bőven ismerteti, 21 ábrában és 1 táblázatban érzékíti. A mütétet intraoral végzi adrenalin-cocain keverék befecskendezése után. Az általa ajánlott mütéti mód különben nem követel semmi eltérőt az eddig ismertetett gyökcsucscsonkolás mütéti módozataitól. A mütét könnyen kivihető, nagyobb sebészi készülség nélkül is; a beavatkozás sem olyan súlyos, mert mint *Partsch* mondja, szakítani kell

már egyszer azzal a tévhittel, hogy az állcsontok chronicus genyedő folyamatainak semmi fontosságot ne tulajdonítsunk. Csak nemrégén halt el egy betege egy ilyen chronicus folyamatból keletkező sepsis folytán.

**Zahnwurzelcyste des Oberkiefers.** Schmidt. Allenstein. (Münc. med. Wochensch. No. 45.) Egy felső caninusból eredő cysta esete, mely áttört a maxilla processus alveolarisán és a felső ajkon át az arcra. A cysta elgenyedt s tartalma egy sipolynyláson át az arczon ürült ki.

**Angioma esete az arczon és szájban.** Dr. Pierre Robin. Paris. (La revue de Stomat. 1908. nov.)

Egy beteg azon panaszszal jött a Hotel-Dieube, hogy csiklandozást érez a garatjában, szaggató fájdalmakat és zugást a bal fülében. A beteg szájában egy tekintélyes és a szájür nagy részén elterülő daganatot talált. A daganat elborította a bal pofa egész hátsó részét és felemeli a nyákhártyát a szájpaddlás hátsó harmadáról túlhaladván itt a középvonalon is, ráterjeszkedik a nyelvcsapra is, mely több cm. hosszú és lecsuszik a garatba. Egyuttal ugyancsak a bal fossa temporalisban kis diónyi kiemelkedés észlelhető, mely erőlködéskor lividdé válik és erősen megduzzad. A daganatok ujnnyomással kisebbithetők; a külső dag a fejnek olyan helyzeteiben, ahol a venosus pályák szabadon hagyatnak, megkisebbedik, minden oly esetben, hol a venosus pályák megtörést, nyomást szenvednek vagy bárminő közlekedési nehézség gördül a circulatió elé, jelentékenyen megduzzad. A két daganat közötti communicatió biztosan meg nem állapítható. A csontok a bántalomban látszólag nem részesek. A beteg mostanig (jelenleg 34 éves) oly kevés intelegentiát mutat, hogy a daganat jelenlétéről a panaszát jelenleg képező tünetek fellépéséig nem is tudott. 18 év előtt a bal felső első zápfogát kihuzatta, az extractió után nyolcz napig dagadt volt az arcza. 4 év előtt kerékpárról leesvén a balarczfélen zuzódást szenvedett; a vér-aláfutás 15 nap alatt gyógyult. Két év óta kezdi ugyan észlelni a daganatot, de mostanig nem igen okozott neki kellemet-

séget. Allítólag gyermekkorában mindkét oldalon egy-egy  $\frac{1}{2}$  narancsnyi „golyvája“ volt, mely kezelésre gyógyult. A garat ép, tonsillák normális méretűek és szintűek. Czikkiró a beteg további sorsáról beszámolni nem tud, mert másodszor már nem jelentkezett.

Iskolás gyermekek fogainak vizsgálatáról Milanóban emlékezik meg a „Deutsche Medicinische Wochenschrift“ 1908. nov. 12-iki száma. 50,000 elemi iskolás gyermek fogzatának megvizsgálása után kitünt, hogy nem kevesebb, mint 47,000 gyermek szenved szájbetegségekben. Ennélfogva a szülők, iskolai hatóságok, az Instituto Stomatologico Italiano egyesültek, hogy szabályszerű, időszakonként ismétlődő vizsgálatokról gondoskodnak, melyet a *Comissione D'Igiene* jőnevű szakemberek vezetése mellett fog foganatosítani.

A vizsgálatok eredményét a szülőkkel, illetőleg gyámokkal közölni fogják, melyért a vagyonosabbakkal egy csekély összeget fognak fizettetni. Év végével a hatóságokkal az intézmény működésének eredményét közölni fogják. Igen érdekes különösen mi reánk nézve ezen közlemény, amennyiben egyesületünk, mint lapunk más helyén olvasható, ép most foglalkozik fővárosunkban is ilyenmü iskolai fogklinikák felállításának eszméjével.

**A pulpaszétésnél végbemenő chemiai folyamatok.** Ezen állapotnak és következményeinek helyes kezelése. Buckley Chicago. (Dental Review. XXI. II.)

Amióta Buckley a trikresol-formalin kezelést inaugurálta, egyik cikke a másik után jelenik meg s teremt egészen új iskolát a gangraena kezelésében. Az ő kezelési módjának tiszta chemiai alapja van; t. i. a formalin a gangraenánál fejlődő bűzös produktumokat és ptomainokat is szagtalan vegyi termékekké képes átalakítani. A formalinnak a lágyrészekre való izgató hatását trikresol hozzáadásával igyekszik csökkenteni.

Az egyszerű, nem komplikált gangraenánál első napon az üreget és pulpakamrát kitisztítván, trikresol-formalin (ana

part.) tampont tesz az üregbe, azt bármilyen könnyen keményedő és könnyen eltávolítható anyaggal légmentesen lezárja. Két-három nap múlva az üreget ismét kinyitja, a pulpacsatornákat kitisztítja, trikresol formalinos szálcsát vezet be azokba (Trikesol-formalin 3 : 1) és ismét légmentesen lezárja. A fixtömés azonnal vagy néhány nap múlva eszközölhető. A kezelést kofferdam alatt végzi.

Ha még valamelyik csatornában élő pulparészlet van, a csatornák külön-külön kezelendők a megfelelő indicatio szerint.

Ha alveolaris abscessus van keletkezőben, ne sokat zaklassuk a fogat furással és kaparással, hanem trikresol-formalin tamponnal zárjuk el. Buckley ilyenkor antifebrint és hashajtót ad, fájdalom esetén víz és alkohol (ana part.) spray az egyik orrlyukba.

Ha már megvan az alveolaris abscessus, lefolyást csinálunk a pulpakanalison át s naponként váltván a vattát, a trikresol-formalinhoz mindig aránylag több trikresolt adunk, azon mértékben, mint a váladék és bűz szűnik.

Ha sipolyonyulás is van, a sipolyjáratot a fogon keresztül át kell fecskendezni, vagy phenolkénsavat kell felpréselni a foramen apicalen át (a szerbe mártott szálcsa jön a csatornába, fölébe vulkanizálatlan kautschuk, melyet egy tompa eszközzel az üregbe szorítunk.) Egyébként megegyezik az előbb említett kezelési eljárással.

*Tejfogak gangraenájánál* kinyitja a pulpakamrát, a detritust kifecskendezi. Trikresol-formalin pasztát tesz a kiszáritott ürbe, melyet gyorsan keményedő cementtel főd be; ennek ismét eltávolítja felső rétegét és amalgammal fejezi be a tömést. Meglepő gyorsan gyógyulnak ily eljárásra a tejfogak sipolyai és tályogjai. Buckley csak nagyon ritkán kényszerült gyökcsucscsonkolást végezni.

**Importance of early attention to the teeth of children.**  
*Bethel Columbus. (Dental Summary).*

Különösen nagy figyelemmel kell kísérni az első maradópápfogak eltörését. Mert ezek eltörésük közben a meglevő tejfogakra előrefelé irányuló nyomást gyakorolnak s így rész-

ben nyújtják, részben szélesítik az állkapocs ivét. Akár az előtörni készülő fog előtt levő, akár valamely másik tejfog hiánya esetén a fejlődő első maradó zápfog nem fogja megtalálni a támpontot, hogy fejlődése közben az állkapocs ivét nyújthassa, így fejlődési rendellenesség támad, a később előtörő fogak helyszüke miatt abnormis helyzetben fejlődnek. Mindezeknek magyarázatául a szerző fejtegetéseit sok ábrával illusztrálja. A rendellenességeket részint a tejfogak korai elvesztésével, részint a tejfogaknak kelleténél tovább való retentiójával vagy akár nagyobb roncsolást előidéző cariessel magyarázza.

Rendellenes fognövést okozhatnak még, szerinte, az ujj szopogatása, a nyelv és ajkak harapdálása, az articulációt zavaró tömések és koronák.

**Incarcerált fog által okozott trigeminus neuralgia.**  
Treymann. Berlin. (Dental-Cosmos 1908. aug.)

Egy 28 éves nőnek heves baloldali fájdalmai vannak, melyek kisurágzanak az orr, fül és szemfelé. A zavarok már négy év óta fenállanak; kezdetben a fájdalom kífoku volt és intermittáló, de azóta folyton intenzitásában is növekedett, az egyes rohamok is hosszabb ideig tartottak. Az első felső baloldali molaris extraháltatott. Orr, fülvizsgálat negatív eredményt adott; szemfenék ép. Mivel az ujjakon és térdeiben idegzavarai, a homlokon és tarkón szaggató fájdalmai voltak, vízkurákat használt, de eredménytelenül. Miután egy súlyosabb influenza után fájdalmai leginkább a fogakra lokalizálódtak, felkereste a cikk íróját A felső első baloldali molaris hegenormalis, a II. praemolaris felett sipolnyilást talált, mely a kutaszt 24 milliméternyire vezet; a nyíláson át bűzös geny ürül, a kutasz kemény csontot ér. A vizsgálat igen fájdalmas; a sipolnyilás környéke mindenütt erősen érzékeny. A Röntgen vizsgálat kideríti, hogy a II. molaris bennszorult a járomív alatt a II. praemolaris és a III. molaris között. Vésővel szerző kellőleg utat készítvén magának az incarcerált foghoz, azt eltávolította. A fog cariozus volt, pulpája destruált. A műtétet teljes gyógyulás követte.

Un cas de diagnostic d'hérédosyphilis dans le cabinet du Stomatologiste. *Guibaud* de Toulon (Revue de Stomat. 1908. 9.)

Egy özvegy anyja hozza 17 éves fiát a cikk írójához fogainak kezelési céljából. A beteg azonkívül egy chronicus bőrbajáról is panaszkodik, melyet már régóta kezeltek *prurigo Hebra* diagnosissal. A baj azonban mindennemű kezelésnek ellenállt. A száj vizsgálata, tipikus *Hutchinson* fogakat derített ki; még a nagy zápfogak dudorai sincsenek kifejlődve, a rágó felület feketésbe játszó, zománcztalan. Kítünt a kérdésből, hogy fogai 1 éves kora után kezdtek eltörni és csak 18 hónapos korában kezdett el járni. Két év óta rheumatismusban is szenved. Soha higany és jódkelésben nem részesült. Anya egészségesnek vallja magát; férjéről felvilágosítással nem bír szolgálni. Közelfekvő lévén a hereditár syphilis diagnosisa, az eddigi orvosával tartott consultation kiderült, hogy fogait és száját soha nem vizsgálták, luesre nem gondoltak. A consultatio eredményeképen higany és jódkurát rendeltek a betegnek, kinek bőrbaja meggyógyult, bizonyságául annak, hogy a fogorvos az általános orvostudomány ismereteit sohasem nélkülözheti. *Dr. K. Z.*

## HIREK.

Professor dr. Korányi Frigyes — báró.

Büszkeséggel és szeretettel regisztráljuk ezen örvendetes eseményt szaklapunkban is! Ámbár kétségtelen, hogy nincs az a földi hatalom, mely a mindnyájunk Mesterét magasabb piederstálra volna képes helyezni, mint amelyre őt állította már eddig is az ő vasakarata, tudománya, becsülete! Vajjon mi volt nagyobb Korányiban: a tudás, a jellem, a tisztasága, a szorgalom, a humanismus, a szerénység? Akinek generatiók emlegetik hálatelten a nevét, akit az egész orvosi rend rajongó szeretettel vesz körül, mint Nesztorát, annak a bárói cím nem hozhat újabb dicsőséget! De ünnepelhet az egész orvosi rend! Mert hiszen ez az első eset, hogy magyar orvos ilyen kitüntetését vivott ki magának, mint orvos! Mert itt a bárói méltóságot nem a politikus, nem a jótékonyaság álapostola, nem is a mindenkori kormányok tengelykenőcsét szolgáltató bankár, hanem a tudós és az altruista kötelességét mindvégig becsülettel teljesítő magyar orvos kapta! A fehérhaju Nesztor újra visszaszerezte és kristálytisztán az ő iskolájából kikerült orvosi kar szemé elé tartja veszendőbe indult régi jogos tulajdonukat, az orvosi kart joggal megillető tisztelet és megbecsülést!

*Dr. Körmöczy Zoltán*

A milánói „Istituto Stomatologico Italiano“ ünnepélyes felavatása ez év november 3-án ment végbe nagy ünnepségek között. Professor dr. C. Platschek egyesületünket is meghívta az ünnepélyre, de tekintve, hogy a meghívót úgy az elnökség, mint a titkárság csak november hó 1-én kapta, az egyesületnek kellő képviseltetéséről már gondos-

kodnia nem lehetett, így csak levélben köszönhattuk meg a szíves meghívást s küldhettük üdvözetünket a milánói kollegáknak.

Az új fogászati (stomatológiai) klinika VIII., Mária-utca 52. sz. alatt megnyílt. Az új intézmény létesülését főleg Arkövy tanár buzgóságának köszönheti. Ugy magának az épületnek, mint berendezésének mintaszerű és modern voltánál fogva, a kontinens legelső ilyenmü intézeteinek sorában foglal helyet. Ünnepélyes felavatásának ideje, tudomásunk szerint még nincs elhatározva.

A marburgi fogorvosi intézet évek óta anyagi nehézségekkel küzdött s helyiségei is igen szűkek voltak. Dr. Reich magántanár, vezetőorvosnak sikerült keresztülvinnie, hogy a kormány azonnal 10000 márkát utalványozott ki és az intézetnek teljes újjászervezését is kilátásba helyezte.

Az 1909. évi orvoskongresszus stomatologus osztályának „vendéglátó bizottsága“ 1908. december hó 4-én az új fogászati klinika helyiségében megtartotta alakuló ülését. Elnök lett: dr. Arkövy József, pénztáros: dr. Gadány Lipót. Az értekezlet elhatározta, hogy tőkét gyűjt a külföldi szaktársak egy estén való megvendéglésére és lehetőleg a kartársakat kísérő hölgyek szórakoztatására; kívánatosnak találta továbbá az értekezlet, hogy az ismerkedő estén az általános ismerkedési időnél 1 órával előbb a szakosztályhoz tartozó tagok külön gyülekezzenek és in corpore vonuljanak az ismerkedés színhelyére. A bizottság az ország összes fogorvosait fel fogja kérni, hogy e célra adandó összeggel járuljanak hozzá, hogy a magyar vendégszeretet jó hírnevéhez méltóan fogadhassuk külföldi szaktársainkat.



## KARI ÉRDEK.

Néhány szó a fogtechnikus kérdéshez.

Írta: Dr. Radnai Sándor.

Közel 40 éve, hogy a fogtechnikus kérdés hazánkban megoldásra vár. Franciaországban, Angliában, Belgiumban, Olaszországban stb. nyugateurópai államokban, kivéve Ausztriát, ez a kérdés teljes megoldást nyert és a régi rendszer vagy teljesen kihalt már, vagy pedig kihalóban van. Ausztriában, ahol a viszony fogorvos és fogtechnikus között szakasztott olyan, mint nálunk, az utolsó négy év alatt egy megállapodás jött létre, a melynek eredménye az volt, hogy a birodalmi gyűlés elé egy törvénytervezetet nyújtottak be, amely hivatva lesz rendet teremteni ebben a bonyolult kérdésben. Eddig csakis az ausztriai zavaros politikai viszonyoknak köszönhető, hogy a törvénytervezetet le nem tárgyalták. Miután nálunk az a szokás, hogy az osztrák törvényeket átlpántálják, szükséges volna a magyar fogorvosi karral ezt a törvénytervezetet megismertetni. Ennek helyszüke miatt egy más alkalommal meg fogunk felelni, amikor az osztrák tervezeten kívül más tervezeteket is be fogunk mutatni. Nálunk evvel a kérdéssel sajnos kevesen foglalkoznak. Tájékoztatlanok ebben a kérdésben ép úgy a fogorvosok nagy zöme, mint a hivatalos körök, amelyek hivatva volnának arra örködni, hogy a léfező egészségügyi törvények és rendeletek betartassanak. De hogy követelhetjük ezt a hivatalos köröktől, mikor kollegáink is járatlanok ebben az ügyben és nap-nap után történnek olyan esetek, a mikor az orvos fogtechnikusokhoz küldi pacziensét fogkezelés végett. Addig, amíg az orvosok nem fogják tudni a különbséget fogorvos és

fogtechnikus között, ne várjuk, hogy a hivatalos körök ezt tudják. Hogy a hivatalos körök miképpen vannak tájékozva ebben az ügyben, mutatja a következő eset. Néhány évvel ezelőtt egy fogorvosküldöttség tisztelgett az akkori belügyminiszternél, kérve őt, hogy a fogtechnikuskérdésben hozzon igazságos döntést. A kegyelmes ur végig hallgatta a küldöttség vezetőjének szép beszédjét és megígérte, hogy tanulmányozni fogja az ügyet és igazságos döntést fog hozni. Másnap a kegyelmes ur felkereste váczai-utcai fogtechnikusát és tőle kért ebben az ügyben információt. Természetesen a fogtechnikus, aki a jelen viszonyokkal nagyon is meg volt elégedve, arra kérte a minisztert, maradjon minden úgy, ahogy van, kár rajta változtatni. És mi fogorvosok várhattuk az igazságos döntést.

x Ez ugyan csak egyike azon kis eseteknek volt, a melyekkel azok, akik evvel a kérdéssel foglalkoztak, gyakran találkoztak. Sokkal nagyobb esemény volt az 1965. év végén történt fogorvosi gyakorlat adományozása, a mikor 6 fogtechnikus, királyi kegyelemből, az akkori kormány előterjesztésére, noha ehhez semmiféle kvalifikációjuk sem volt, fogorvosi gyakorlatra bocsájtattak. Igazságos akarok lenni és kijelentem, hogy egyes esetek már az előző kormányoknál is előfordultak, de ezek csak később jutottak nyilvánosságra. A tömeges adományozás napirendre hozta az ügyet; a parlament, a napisajtó és a közvélemény támadásának súlya alatt kénytelen volt az akkori kormányelnök, Tisza István gróf tisztázni magát és a nála megjelent küldöttség előtt hivatkozott ez ügyben való járatlanságára. Szó szerint ezt mondta: „Uraim, engem tévesen informáltak és politikai barátainak pressziója elől ki nem térhettem. De ígérem, több előterjesztés nem történik.“ Pedig akkor a belügyminiszter asztalán még 80 kérvény feküdt és ezek mindegyikét hatalmas protektorok támogatták. Ha akkor oly spontán nem tör ki az elkeseredés és a fogorvosok összetartása nem domborodott volna olyan erősen ki, ma nem 6, hanem 86 kvalifikáció nélküli egyén üzhetne fogorvosi gyakorlatot. Amit akkor az egész orvostársadalom összetartása megcselekedett, azt meglehetne csele-

kedni ma is, ha az összetartás oly erős volna, mint veszély idején volt. De amint a veszély elmúlt, elmúlt az érdeklődés is és ma talán néhány kollegán kívül alig törődik valaki evvel a fontos ügyvel. Pedig kár ezt a kérdést lekicsinyelni. Sok kellemetlenségnek okozója lesz még ez az ügy. Mily büszkék lehetnénk, ha az 1909-ben nálunk ülésező nemzetközi orvoskongresszusnak már rendezett viszonyokat mutatnánk be. Sajnos, eltekintve az idő rövidségétől, sok ok miatt addig ez meg nem valósítható. Bármennyire óhajtjuk az ügy rendezését, mégis rendkívül eltérők a nézetek az ügy megoldására nézve. De egyben azonban még a fogtechnikusokkal is egyet értünk, hogy az ügy a mai állapotában nem maradhat meg. A mai állapot tönkreteszi a fogorvos tekintélyét és árt a fogtechnikus iparnak. A mai állapot szerint szinte lehetetlen jó fogtechnikust nevelni. Még a 15 éves fogtechnikus inas is a helyett, hogy fogtechnikát tanulna, inkább operative kontárkodik.

Hogy mily egészségtelenek a mai viszonyok, legeklatánsabban mutatja a fogtechnikusok számának rohamos emelkedése. 20—25 évvel ezelőtt, Budapestet kivéve, csakis nagyobb városokban volt egy-egy fogtechnikus. Ma minden kis városban van okvetlenül 1—2 fogtechnikus. Sőt tudok az országban olyan falvakat, ahol már szintén található egy-egy fogtechnikus. Evvel az óriási tulproduktióval szemben maguk a fogtechnikusok is tehetetlenek. Ime néhány statisztikai adat, amely világosan mutatja a rohamos szaporulatot; 1870-ben volt az országban 12 fogtechnikus

1875	---	21
1880	---	45
1885	---	69
1890	---	104
1895	---	173
1900	---	227
1905	---	298
1906	---	375
1907	---	416
1908	---	549

Tehát 38 év alatt 50-szeres a szaporulat. És amint a kezem alatt lévő újabb adatok mutatják, nemcsak hogy nem stagnálnak, hanem rohamosan szaporodnak tovább. Csak ez évi június hónap 25-től július hónap 25-ig 29 fogtechnikus segéd váltotta ki iparendélyét. Ez oly nagy mérvű invázió, amely ellen majdnem meddő minden küzdelem. Hiszen, ha ez a folytonos növekedése a fogtechnikusoknak tovább tart mint ahogy a jelekből ítélve tovább is fog tartani, 3—4 év múlva 1000-nél több fogtechnikus lesz, nem számítva azt, hogy a mennyiben Ausztriában rendezik a fogtechnikuskérdést, a melynek törvénytervezete, mint már említettem, a birodalmi gyűlés előtt fekszik, onnan is a törvénytervezetből kimaradt elemek hazánkban keresnek asylumot.

Első kötelességünk ez ellen a veszély ellen szervezkedni, mert csakis egyesült erővel birunk gátat emelni ennek az áradatnak, amely ma-holnap legfontosabb életérdekeinket meg fogja támadni.

(Folytatása következik.)

## HIVATALOS RÉSZ.

### Az év története.

A mit a fogorvosi kar oly régen óhajtott, ez év folyamán beteljesedett. Azok a különböző czimen képződött csoportok, melyek ugyan egy cél felé törve, más-más szervezetben fejtették ki munkásságukat, 1906-ban a „Magyar Fogorvosok-Egyesülete“ keretében forrottak egybe. De még mindig két szervezet állott és áll fenn a Stomatologusok Országos Egyesülete és a Magyar Fogorvosok Egyesülete. E két testület között, nem keressük mi okból, de habár burkoltan is meglevő ellentét 1907. év tavaszán és nyarán mindkét részről személyes élű viszályban lobbant fel. A két egyesület vezetősége azonban módot talált arra, hogy tárgyalás alá vevén a viszály okait, kiderithette, hogy ennek egyik fél részéről sincs sem alapja, sem létjogosultsága. Ezen tárgyalásnak az lett az örvendetes eredménye, hogy ezen két tekintélyes testület a kari érdekek intézésére egy közös bizottságot szervezett, 7—7 taggal, legújabbán pedig 8—8 taggal. Ebben a bizottságban kemény, nehéz munka folyik. A lemult év munkája ugyan még objektive kimutatható eredménnyel nem járt, de erősen hozzájárult ahhoz, hogy a bizottság tagjai mindkét részről lassanként megértették a helyzetet, érdeklődnek a kérdések jogi és praktikus vonatkozásai iránt, megismerték egymás nézetét s megteremtették a jövő munkájának bázisát. Ez pedig, jól tudják a delegatusok, nem volt könnyű feladat. Homlokegyenest ellenkező nézetek találták meg a megegyezésre vezető utat s még mindig ég a kohó tüze, de bizton reméljük, hogy az igazságnak s méltányosságnak tiszta ércze fog kiforni abból. A technikus kérdés

megoldása talán sohasem volt olyan közel, mint ma. Többféle tervezet fekszik a delegáció előtt, de tárgyalásukba itt nem bocsátkozom, mert nem akarok elébe vágni a dolgok kialakulásának.

A második fontos esemény e lap alapítása. Szükségét éreztük egy organumnak, mely részint a szaktudományban való továbbképzésnek, részint pedig kari érdekű agitációnknak hatalmas szerve legyen. Mikép fogunk ezen czélnak megfelelni, azt a jövő fogja megmutatni s kartársaink objectív kritikáját nem csak eltűrjük, hanem szívesen is vesszük.

**Az 1908. évi november 3-ikán és 10-én tartott közgyűlés jegyzőkönyvének kivonata.**

*Rothman* Ármin, elnök rövid beszédben megnyitja az ülést.

*Körmöczy* Zoltán titkár jelentést tesz az egyesület ez évi működéséről, felmentvényt kér a tisztikar és választmány számára, bejelenti Dr. *Gross* Sándor halálát; jelentést tesz az 5 vál. tag kisorsolásáról; kéri a választmány részére a delegáció, congresszusi bizottság, az association intern. stom. delegáltjainak személyi ügyeiben hozott határozatok jóváhagyását. Bejelenti, hogy a választmány 400 koronát szavazott meg a „Fogorvosi Szemle“ évjáradékául.

A közgyűlés a felmentvényt megadja és a tett intézkedéseket jóváhagyja.

*Rozgonyi* Sándor, a delegáció titkára beszámol a delegáció működéséről.

Tudomásul vétetik s a delegáció továbbra is az eddigi szervezetében hagyatik.

*Salamon* Henrik felolvassa a delegáció által kidolgozott memorandumot.

Több hozzászólás után a közgyűlés elhatározza, hogy memorandumot a kereskedelmi és belügyminiszternek, a két államtitkárnak és *Chyzer* dr.-nak küldöttségileg adja át, mely küldöttségben a teljes delegáció köteles résztvenni. A többi kartársak szintén felkéretnek a részvételre.

A számvizsgáló-bizottság a pénztárt rendben találván, javaslatára a pénztárosnak a felmentvény megadatik.

Berger Ferencz ajánlatára a közgyűlés a régi tisztikart újból 3 évre egyhangulag megválasztja.

A választmányba részint a kisorsoltakat, részint 2 új tagot választ.

A delegáció tagjait a közgyűlés tisztségeikben meghagyja.

Bauer Samu jelentést tesz az iskolai fogklinikákat előkészítő bizottság működéséről. (Lapunk második számában fogjuk ismertetni.)

Tudomásul vétetik.

Körmöczy Zoltán betérjeszti indítványát:

Mondja ki a közgyűlés, hogy

1) Kivánatosnak tartja, hogy a fogorvosok saját gyakorlatuk ellátására technikus segédet iparigazolvány nélkül is tarthassanak.

2) Ezen határozatáról a delegationalis bizottságot átiratilag értesíti azon kérelemmel, hogy ezen kívánalomnak a revideált ipartörvényben törvény erejével leendő becikkelyezése érdekében tegye meg a kellő lépéseket.

Salamon Henrik nem tartja helyesnek a segédek alkalmazását. Ez ipari niveaura süllyeszti az orvost; ne akarjunk ipari hasznot az orvosi mellett, dolgoztassunk csak mesterekkel.

Láng Ignác helyesnek tartja Körmöczy álláspontját. Az indítvány első pontját elfogadja, de sürgős intézkedést ez időszert indokoltnak nem tart.

Bauer, Szabó József, Bányai, Radnai, Bilasko, Erdős stb. hozzászólása után

Salamon Henrik zárszavában indokolja álláspontját.

Körmöczy Zoltán zárszavában rámutat főképp az anyagi hátrányokra, melyek Salamon álláspontjának érvényesülése esetén az egész kart sújtják.

A közgyűlés Láng Ignác közvetítő indítványát fogadja el.

Végül a közgyűlés felhatalmazza a vezetőséget, hogy a jövő év bevételeit alapszabályszerű célokra a közgyűlés utólagos jóváhagyása mellett felhasználhatja.

*Egyesületünk jelenlegi vezetősége:*

Elnök: Dr. Rothmann Ármin 1907.

Elnökhelyettes: Dr. Láng Ignác 1908.

Alelnök: Dr. Gadány Lipót 1908.

Titkár: Dr. Körmöczy Zoltán 1908.

Jegyzők: { Dr. Bilasko György 1907.  
Dr. Zólyomi Adolf 1908.

Pénztáros: Dr. Abonyi József 1907.

Ellenőr: Dr. Fuchs Sándor 1908.

Gazda: Dr. Radnai Sándor 1908.

*Választmány:*

Dr. Berger Ferenc 1908.

Dr. Fried Samu 1907.

Dr. Propper Miksa 1908.

Dr. Lippe Mór 1907.

Dr. Landgraf Lőrinc 1908.

Dr. László Mór 1907.

Dr. Grünstein Adolf 1908.

Dr. Gáspár Ferenc 1906.

Dr. Erdős Emil Manó 1908.

Dr. Dietzl Ferenc 1906.

Dr. Bauer Samu 1907.

Dr. Klinger Zsigmond 1906.

Dr. Dembitz Mátyás 1907.

Dr. Bányai Sándor 1906.

Dr. Vajna Vilmos 1906.

*Számvizsgáló bizottság:*

Dr. Gadány Lipót, Dr. Fuchs Sándor, Dr. Körmöczy Zoltán.

*Delegációs bizottság:*

Dr. Rothman Ármin

Dr. Bauer Samu

Dr. Lang Ignác

Dr. Radnai Sándor

Dr. Vajna Vilmos

Dr. Berger Ferenc

Dr. Rozgonyi Sándor

Dr. Körmöczy Zoltán.

*Congresszusi vendéglátó bizottság:*

Dr. Rothman Ármin

Dr. Bauer Samu

Dr. Lang Ignác

Dr. Landgraf Lőrinc

Dr. Körmöczy Zoltán

Dr. László Mór

Dr. Radnai Sándor

Dr. Berger Ferenc

Dr. Vajna Vilmos

Dr. Gáspár Ferenc



*Iskolai fogklinika ügyét előkészítő bizottság:*

Dr. Fried Samu

Dr. Bauer Samu

Dr. Zólyomi Adolf

Dr. Körmöczy Zoltán.

*Az Association Stomat. Internationale delegáltjai:*

Dr. Rothman Ármin

Dr. Körmöczy Zoltán

Dr. Bauer Samu

Dr. Láng Ignác és a Fog-  
orvosi Szemle részéről

Dr. Gadányi Lipót

Dr. Berger Ferencz

*Szerkesztő bizottság: a czimlapon.*

## HIRDETÉSEK.

Dr. HÖNIG IZSÓ □ Telefon 102-39.

### Elektrotheropiai és Röntgen-Intézete

GYÓGYTÉNYEZŐK: elektromágneses áram, arsonvalisatio kékfénykezelés, fényfürdők, elektrotherm és az összes egyéb villamos gyógymódok. □ □ □ □ □ □

FŐBB JAVALLATOK: neurasthenia, hysteria, álmatlanság, fejfájás, neuralgiák, tabes, paralysis, arteriosclerosis, csúz, köszvény, elhízás, asthma bronchiale, szív-, gyomor-, bél-, bőrbajok, hajhullás, szörteletetés leukämia Basedowkor, inoperabilis, tumorok stb. □ Kivánatra prospektus.

RENDELÉS DÉLELŐTT 9-11-IG, DÉLUTÁN 2-6-IG.

BUDAPEST, IV., Károly-körut 24, I. em.

□ GONOCOCCUS VIZSGÁLÓ-INTÉZET □

Dr. CSILLAG JAKAB BUDAPEST VII.,  
RÁKÓCZY-UT 30.

Dr. STEIN ADOLF Röntgen laboratoriuma  
VII., RÁKÓCZI-ÚT 26, FSZ. I.

TELEFON 112-95.

### SÁNDOR FŐHERCEG DROGÉRIA

Fogorvosoknak a legolcsóbb bevásárlási forrás: gipsz, horzsakőpor, aethyl-chlorid, szájvíz, fogpaszta, fogpor, cocain és az összes drogúdkban. Különlegességek: arzénpaszta, formalin-tricresol-paszta saját készítmények. — Kaphatók:

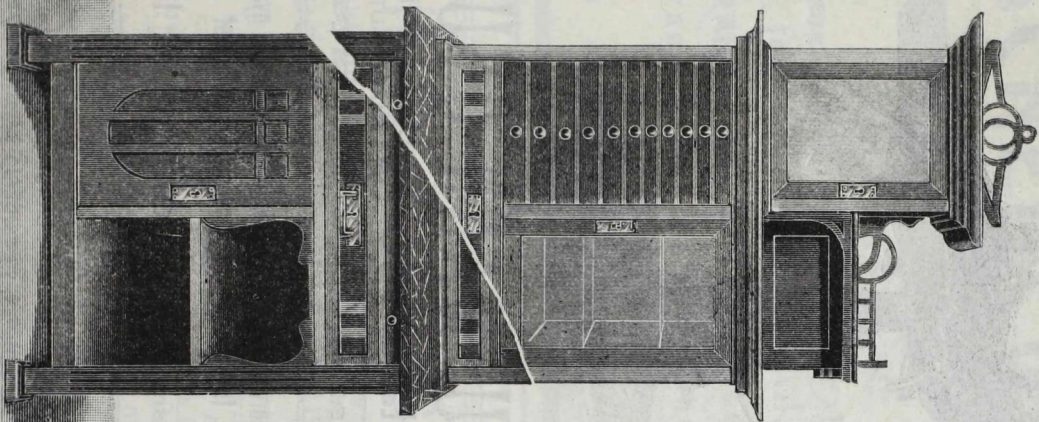
LAKATOS PÉTER drogériájában

BUDAPEST, VIII., FŐHERCEG SÁNDOR-TÉR 4.

C. Ash & Sons Budapest,  
— Ferencziek-tere 4. —

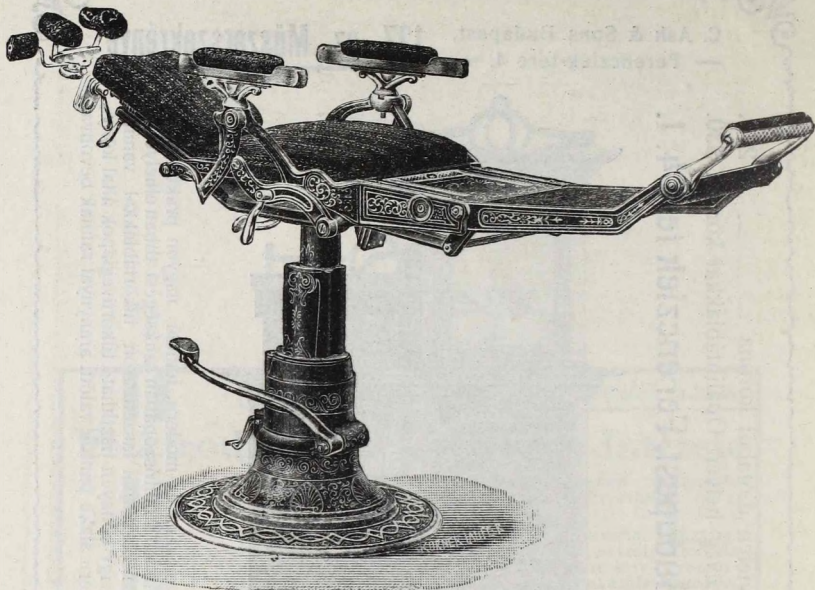
127. SZ. Műszerszekrénye

Ára : 127. sz. műszekrény fénytelen diófából korona ..... 270.  
Ugyanez Mahagoni fából tükörüveg helyett Opalintáblákkal korona 330.  
Kapható : **C. Ash és Fiai, Budapest, Ferencziek tere 4. 1.**



Ezen műszekrény nemcsak nagyon elegáns és modern, hanem nagyon praktikus is. Czélszerű beosztása lehetővé teszi minden a műtőszobában szükségéset abban elhelyezni. A felső kis, gyógyszereknek szánt rekesz ajtói faszetirozott tükörtáblákkal vannak borítva. Ezen rekeszek kivethető és így könnyen tisztítható tükörüveglapok által könnyen 2—3 részre oszthatók. A modern alakú pántok valódi arannyal vannak bevonva.

Magasság 2 m Szélesség 70 cm Alsó rész befartalma 40 cm. Felső rész befartalma 25 cm.



# KAUFMANN GYULA

Dental-Depôt BUDAPEST,  
VII., RÁKÓCZI-UT 16. SZ.

≈ ≈ ≈ ≈ TELEFON 75—31. ≈ ≈ ≈ ≈

Fogorvosi és fogtechnikai berendezések gyára,  
≡ fémciszoló és galvanizáló műintézet ≡

Gyár: Nagydiófa-utczá 15.

Ajánlja saját készítményü legujabb rendszerü  
amerikai székeit 10 különféle modellben, golyó  
izületes fúrógépeit, vulcanizáló kazánokat, csiszoló-  
gépeket, préseket jutányos árban és szabatos  
kivitelben.

Úgyszintén elfogad minden e szakmába vágó javításokat és nikkelezéseket.

# SCHEID G. A.

BUDAPEST,  
VII., HOLLÓ-UTCZA 6.  
TELEFON 27—12.

Nemes-fémek lemez és sodor alakjában  
≈ fogtechnikai czélokra. ≈

## ARANY- ÉS EZÜSTAMALGAMOK.

Arany-, ezüst- és platinahulladék  
kidolgozása és beváltása.

≈ Árak napi árfolyam szerint. ≈

# FINGER FRIGYES

elektrotechnikai és mechanikai műhely  
Budapest, VI., Hajós-utca 41.

KÉSZIT: orvosi czélokra szolgáló kapcsoló-  
készülékeket, galvanizálás, elektrolyzis- és  
kataphorezishez, faradizáláshoz, endosko-  
piához, kaustikához, sinusoidális faradizá-  
láshoz, influenzgépeket Franklinizáláshoz,  
valamint ezeknek tartozékait u. m. össze-  
kötőzsinórokat, elektrodokat, homloklám-  
pákat, kaustikégőket és fogókat, fűlszivattyu-  
kat. — Villamos massagehoz szükséges  
készülékeket és ezeknek egyes részeit.

Négyrekeszes, hydroelektromos fény- és hőfürdőket. Röntgenberendezéseket.

Fogorvosi-gépek és műszerek.

Sürgőnyczim: FINGER, Hajósutca Budapest. = Telefon 19-29.

Dental Laboratorium  
**HIRSCH W. MÖR**  
 Fogtechnikai Laboratorium  
 BUDAPEST



VII. kerület, Baross-tér 15. szám.

Magyarország legnagyobb és legelterjedtebb fogtechnikai laboratoriuma, készít kaucsuk, arany, hidmunkákat és mindennemű fogtechnikai munkát a legjobb minőségű anyag és a legjobb platina cramponos fogak felhasználásával a következő árak mellett készítem:

1—10 fogig, foganként	— — — — —	K 2.20
Minden további fog, foganként	— — — — —	„ 2.—
Teljes fogsor, 28 foggal	— — — — —	„ 50.—
Arany lemezkapocs	— — — — —	„ 2.—
Arany drótkapocs	— — — — —	„ 1.—
Felülfizetés felforrasztott fogagnál, Victoriával	— — — — —	„ 1.—
Felülfizetés felforrasztott fogagnál, 22 kar.	— — — — —	„ 2.—
arannyal	— — — — —	„ 2.—
Kaucsuk javítás	— — — — —	„ 12.—
Metsző vagy szemfog arany korona	— — — — —	„ 10.—
Prämolaris arany korona	— — — — —	„ 12.—
Molaris	— — — — —	„ 7.—
Egyszerű arany csapfog	— — — — —	„ 8.—
Csapfog fél gyökér gyűrűvel	— — — — —	„ 10.—
Richmond csapfog, egész gyökér gyűrűvei	— — — — —	„ 24.—
Müller-féle csapfog (platina csap és csővel)	— — — — —	„ 4.—
Victor'ia csapfog (erősen aranyozva)	— — — — —	„

Lemezok préselését külön is elvállalom, 1 lemez préselése K. 10.—

Vidéki megrendelések az érkezés napján lesznek elintézve; helyben kívánatra a munkáért küldök és szállítom.

Árjegyzékeket kívánatra ingyen és bérmentve küldök.

- |                          |                                      |                          |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kurzusok egész éven át tartatnak,    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ugy elméletileg, mint gyakorlatilag. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Árak megegyezés szerint.             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |                                      | <input type="checkbox"/> |

# BALOGH DEZSŐ és KISS FERENCZ

FOGTECHNIKAI LABORATORIUMA

BUDAPEST, VIII., RÁKÓCZI-UT 23.

□ □ TELEFON 113—43. □ □

Ajánljuk műtermünket a t. Orvos Urak figyelmébe. Készítünk mindennemű fogtechnikai műveleteket a legpontosabb kivitelben

speciel koronahid, kautschuk-fogsorokat.

**VULKANIT PIECEK** a linguális oldalon precisen préselve a fogakhoz és így a befedett felületen kautschuk egyáltalán nem látható, továbbá teljesen resorbeálódott alsó alveolusoknál, császárczínből öntött  
:: fogsorokat kautsukkal bevonva. ::

□ Vidéki megrendelések egy nap alatt szállíttatnak. □

Kívánatra részletes árjegyzék.

Egész világon elterjedt! □ □

Évek óta kipróbált!



## „Trilbi“

pontos mintázó anyag  
piros és sárga színben  
a lehető legélesebb  
lenyomatot szolgáltatja.

Majdnem hideg állapotban használható!

Kapható a világ minden Dental Depót-jában.

ÁRA DOBOZONKÉNT 3 K., VAGY M. 2.50

Gyártja: RÓNA IMRE, BUDAPEST, Király-utca 47.

# MAGYAR KIRÁLYI ÁLLAMVASUTAK.

Budapest keleti p. u. — Szolnok.

Szolnok — Budapest keleti p. u.

Budapest keleti p. u. — Szolnok.										Szolnok — Budapest keleti p. u.																			
Gyv. 604 I. II.	Szv. 606 I. II. III.	Szv. 506* I. II. III.	Szv. 1708 I. II. III.	Szv. 610 I. II. III.	Gyv. 602 I. II.	Gyv. 504 I. II.	Szv. 510 I. II. III.	Szv. 508 I. II. III.	Szv. 1706 I. II. III.	Szv. 514 I. II. III.	Gyv. 502 I. II.	Szv. 618 I. II. III.	Állomások																
Szv. 513 I. II. III.	Fvszsz. 645 I. II. III.	Szv. 1707 I. II. III.	Szv. 607** I. II. III.	Szv. 517 I. II. III.	Gyv. 501 I. II.	Szv. 509 I. II. III.	Szv. 609 I. II. III.	Gyv. 601 I. II.	Gyv. 513 I. II.	Szv. 505 I. II. III.	Szv. 605** I. II. III.	Szm. 1705 I. II. III.	Gyv. 603 I. II.	Fvszsz. 547 I. II. III.															
720	800	820	900	1220	200	225	240	540	705	825	915	930	i. Bpest keleti p. u. é.	430	500	545	605	720	750	830	12 5	115	140	640	725	820	940	1035	
816	830	911	1230		212	237	251	553	720	834		942	" Kobánya felső p. u. "	430	450	535	556	710		820	12 8			630	715	810		1026	
736	817	839	919	1237			300	600	720	840	929	950	" Rákos --- "	422	442	523	549	701	737	308	12 12			624	707	757	928	1014	
745	828	852	933	1253			315	613	743	851		1003	" Rákoskeszturi ny. "	410	429	509	530	649		754	12 03			614	637	742		1003	
	838			104			328	627	754	900			" Ecsér 7. sz. őrház "	356	415		636			733	11 53				616			951	
	844	908	949	111			336	640	800	907		1019	" Maglód --- "	352	411	455	525	632		729	11 49		112	600	641	726	908	947	
	852	917	956	119			346	650	808	914		1027	" Gyömrő --- "	343	401	446	518	618		722	11 43			553	633	717		932	
	900	927	1009	128			358	705	817	923		1037	" Mende --- "	332	379	435	5 8	607		712	11 35			546	624	706		922	
				134			403		928				" P.-Szt.-István 16. ó. "							611	11 28								
	911	939	1023	143			415	720	829	937		1050	" Tápiószent-Tápiószáp "	315	331	418	453	549	657	612	11 21		12 51	533	611	651	849	903	
				149			421		943				" Tápiószáp 22. sz. ó. "							630	11 14								
	921	950	1036	157			430	731	842	951		1102	" Tápiószecső "		300	315	403	431	532	622	11 08			521	569	636	841	846	
				204			437	738	849				" Szt. Mártonkő 27. ó. "				355	522		611	11 00							817	
830	941	1010	1057	221	303		458	754	905	1010	1023	1123	" Nagykőrös "		244	346	421	511	634	600	10 51		12 30	504	543	616	826	803	
	953			235			511						" Farnos 36. sz. ó. "							534	10 32				523				
	958	1028	1114	243		3 4	519	813	924	1041		1143	" Tápiószentle --- "		156	318	355	414		528	10 27			440	517	546	812		
	1 09	1039	1124	253			530	824	935	1053		1154	" Tápiógyörgye --- "		138	305	344	439		514	10 08			429	502	530			
				300			537						" Pokoltanya 45. sz. ó. "							504	9 57								
859	1024	1054	1136	310			547	839	950	1106	1053	1209	é. { Ujszász --- } é.		114	247	328	412	558	452	9 49	11 37	11 56	414	443	513	750		
859	1027	1057	1140	312	334	359	552	840	951	1108	1054	1211	i. { Zagyvarékás 34. ó. "		108	247	327	410	557	450	9 44	11 35	11 55	411	438	508	749		
				321			600						" Abonyi út 37. sz. ó. "		1256					442	9 36								
				329			608						é. Szolnok --- i.		1234	224	315	344	539	425	9 20	11 19	11 38	549	415	446	732		
916	1050	1121	1200	240	351	416	620	902	1013	1130	1112	1233																	

\* 506. és 1706. sz. szv.-nál az egy útra szóló szomszédos forg. jegyek érvénytelenek

\*\* 605. és 607. sz. szv.-nál az egy útra szóló szomszédos forg. jegyek érvénytelenek.



# Dr. Egger fogápoló-szerei:

## Kalium chlorid fogpaszta.

Orvosi körökben közkedvelt és ajánlott kellemes, hasznos és igen olcsó készítmény. 1 nagy tubus 70 fill.

## Dioxyn szájviz.

Erős desinficiális hatásu, állandó összetételű, Oxigént fejlesztő oldat. Orvosiilag indikált száj-cosmeticum. . . . . 1 eredeti üveg 2 korona.

## Dioxyn fogpor.

Magnesium Perhydrol tartalmánál fogva száj- és fogápolásra igen alkalmas. A szájürt hathatósan desinficiálja. Ára egy eredeti fémpalaczkkal 2 kor.

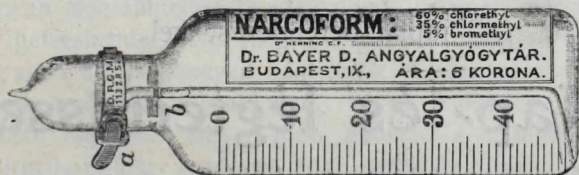
Főraktár:

„Nádor“ gyógyszertár Budapest, VI., Váci-körút 17.

# A Narcoform „Bayer“

a legegyszerűbb, a leggyorsabb és legveszélytelenebb az összes altató-

□ □ □ □ szerek közt. □ □ □ □



Narcoform „Bayer“ Flac. à 50 gr.

Ára 4.50 kor. orvosok részére, (Minden egyes üveg dobozban.)

# Dr. Pajor új sanatoriuma

elsőrangú gyógyintézet a főváros központjában.  
Bel- és ideggyógyászati, diätetikai, sebészeti  
és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

A betegek a kezelőorvosokat szabadon választják.  
Két nagy, egy kis műtőterem; 18 fürdőszoba,  
bőrbetegeknek külön fürdőosztályok.

Röntgen- és vegyi laboratórium.

Belélegző-kamrák emsi és reichenhalli mintára berendezve.

Pöstyéni iszapkúra, a pöstyéni iszap budapesti főraktára.

Külön női és férfi

vizgyógyászati osztály

a legteljesebb fizikai, elektro- és balneoterapiai berendezésekkel.

Nap- és légtérassze.

Prospektust kívánatra küld az igazgatóság.

Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.