

Zahnärztliche Wochenschrift

Organ und Eigentum des

VEREINSBUNDES DEUTSCHER ZAHNÄRZTE

Verlag und Geschäftsstelle: Schmitz & Bukofzer, Berlin C. 54, Rosenthalerstr. 26, Tel.: Amt III, No. 416.

Abonnement

für Deutschland durch die Post vierteljährlich M. 2,—;
für das Ausland durch die Expedition jährlich M. 9,—.

ERSCHEINT JEDEN SONNABEND.

Expedition und Annoncenannahme:

Schmitz & Bukofzer,
Berlin C., Rosenthaler Strasse 26.

Einzelnummer 25 Pfg.

Erfüllungsort für Lieferung und Zahlung ist Berlin.

Für die **Redaktion**
verantwortlich:

Dr. Chr. Greve,
München 2,
Arcisstrasse 30.

Fernsprecher: No. 8751.

Telegramm-Adresse:
Dr. Greve-München.

Redaktionsschluss:
Montags morgens.

Inserate

für die zweigespaltene Petitzeile

45 Pfg.

Bei grösseren Aufträgen und Wiederholung Ermässigung. — Annahme durch die Expedition und alle Annoncenbureaus. — Chiffregebühr für Deutschland und Oesterr.-Ungarn 75 Pf., für die übrigen Länder M. 1,50. — Beilagen und Clichés sind direkt an die Buchdruckerei von Schmitz & Bukofzer, Berlin C., Rosenthalerstr. 26, zu senden.

Inhaltsangabe:

Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion gestattet.

Walkhoff: Weitere Bemerkungen zu den Angriffen der Stomatologen. — Cohn: Die Extraktion tiefliegender, der Zange nicht zugänglicher Wurzelreste. — Referate und Kritiken. — Vereinsangelegenheiten. — Journalschau. — Personalien.

Weitere Bemerkungen zu den Angriffen der Stomatologen

von Prof. Dr. Walkhoff-München.

Auf den von mir in Nr. 17 der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift abgedruckten offenen Brief an den General-Sekretär des I. französischen Stomatologen-Kongresses habe ich eine äusserst grosse Anzahl von Zuschriften und zwar auch aus fremden Ländern bekommen. Diese Zuschriften lauteten mit einer einzigen Ausnahme sämtlich zustimmend. Nur Herr Dr. Cruet, der Präsident des französischen Stomatologen-Kongresses, glaubte mich in einem Schreiben zu widerlegen. Einige Punkte dieses Briefes sind auch von allgemeinem Interesse, denn sie klären in verschiedener Hinsicht die Sachlage noch weiter. Ich unterbreite sie deshalb dem Urteile der Kollegen.

Herr Cruet schreibt mir als Generalidee, dass es ein gutes Recht der französischen Stomatologen wäre, einen Kongress zu veranstalten, der nur von Aerzten besucht werden könne. Ich habe das natürlich nie bezweifelt. Ich habe es nur für eine Merkwürdigkeit, ja für ein Unrecht erklärt, dass man Zahnärzte, die nicht zugleich Aerzte sind, von solchen Kongressen ausschliesst, welche in ihrer ganzen Anlage nichts weiter als zahnärztliche Kongresse sind. Allerdings lautet das „exakte Stomatologische Programm“ im Manifeste des Organisationskomitees für den I. französischen Kongress für Stomatologie: „Man kann füglich behaupten, dass heutzutage einzig das Doktorat

der Medizin in jeder Spezialität den Wert und die Würde des Praktikers gewährleistet und zugleich das Vertrauen des Publikums sichert. (Vergl. Deutsche Zahnärztl. Zeitung No. 152). Herr Cruet hat in seinem Briefe jedoch nicht den geringsten Beweis für eine solche Behauptung erbracht, und das hätte er doch einer solchen Grundidee gegenüber tun müssen. Er hätte ferner beweisen müssen, dass die Zahnärzte, welche nicht den medizinischen Doktor-Titel haben, auf jenen Gebieten weniger beschlagen sind, welche z. B. der französische Stomatologen-Kongress für die beiden grossen Referate und auch für seine Fragen zur allgemeinen Diskussion festgelegt hat. Die Stomatologen scheinen noch immer nicht zu begreifen, welch schwere Angriffe ohne die Gegenbeweise sie durch Aufstellung solcher Sentenzen sie den Zahnärzten entgegen-schleudern. Nach Herrn Cruet handelt es sich aber nur darum, „ob man diese Funktionen eben als Arzt nicht sicherer und besserer ausübt“. Zur Bekräftigung führt er in seinem Briefe an, dass ein Zahnabszess, eine Blutung im Munde, eine Narkose Analoga derselben Vorgänge in der allgemeinen Medizin wären. Herr Cruet scheint zu glauben, dass die Zahnärzte davon nichts verstünden. Selbst wenn das der Fall wäre, muss man aber Herrn Cruet hier fragen, ist das wirklich die Haupttätigkeit der Stomatologen, sich mit solchen Dingen in ihrer Praxis zu befassen, und warum setzt er denn nicht solche Themata als Grundideen auf das Programm seines Kongresses, welcher

wird eine Scheidung unseres Faches von der allgemeinen Heilkunde wünschen, ebensowenig von den Vertretern derselben, denen wir durch ihre Arbeiten, welche zumeist im Sinne unseres Faches ausgeführt wurden, sehr nahe getreten sind. Mediziner, welche sich speziell unserem Berufe widmeten, sind von den Zahnärzten immer mit offenen Armen aufgenommen. In Deutschland haben sie zumeist das gesetzlich vorgeschriebene zahnärztliche Examen gemacht. Sie haben sich aber auch alsdann zumeist als Angehörige dieses Standes betrachtet, und volle Harmonie hat gewöhnlich zwischen den beiden Vertretern des Standes gewaltet. Wenn jetzt vom Auslande der Versuch, teilweise vielleicht unbewusst, gemacht wird, dieses Zusammengehen durch Hervorkehrung einer Titelfrage zu trennen, so dürfte dieser Versuch an der Einmütigkeit der jetzigen Vertreter unseres Standes wahrscheinlich illusorisch werden. Die Gründe, welche die Stomatologen des Auslandes für ihr Vorgehen angeben, sind für Deutschland, aber auch für zahlreiche andere Länder, in denen gerade die hervorragendsten Leistungen in unserem Fache zu verzeichnen sind, nicht stichhaltig. Keinesfalls kann anerkannt werden, dass in diesen Ländern die Zahnärzte eine Stellung einzunehmen haben, welche als eine inferiore zu bezeichnen ist gegenüber denjenigen, welche den Titel eines Dr. med. besitzen. Und zwar gilt das sowohl für ihre wissenschaftlichen Leistungen für die Zahnheilkunde, als auch in Bezug auf die praktische Tätigkeit, welche sie durch ihren Beruf ihren Mitmenschen zu gute kommen lassen. Nur gezwungen werden sie den ihnen aufgedrungenen Kampf, welchen ein Teil der Stomatologen geradezu frevelhaft vom Zaune gebrochen hat, aufnehmen. Sie werden denselben aber auch mit aller Energie durchführen, zumal wo man ihnen eigentlich jetzt sogar ihre Existenzberechtigung abzusprechen versucht, um sich dafür mühelos an ihre Stelle zu setzen, ohne im wesentlichen anderes, besseres zu leisten.

Die Extraktion tiefliegender, der Zange nicht zugänglicher Wurzelreste. *)

Von Dr. med. Konrad Cohn (Berlin).

Die konservierende Zahnheilkunde hat die Zahl der Extraktionen ganz bedeutend herabgesetzt. Dafür aber sind die Schwierigkeiten sehr vieler Extraktionen erhöht worden. Ein Zahn mit einer vollen Krone, welcher unserer breiten Zange genügend Halt bietet, kommt in einer besseren Praxis wohl kaum mehr zur Extraktion. In der Mehrzahl der Fälle ist die Pulpa des Zahnes vorher getötet und durch Behandlung selbst die kleinsten Reste der Krone erhalten worden. Häufig sind

die Wurzeln aufgebohrt, erweitert, Träger von Stützähnen, und dadurch natürlich für Extraktionen in ihrer Haltbarkeit auf ein Minimum reduziert. Man wird also gezwungen sein, bei der Extraktion derartiger Zähne oder Wurzeln nach anderen Prinzipien zu handeln, als wie wir es sonst früher gewohnt und auch gelernt haben. Als erstes Prinzip muss festgehalten werden die Unverletzlichkeit des bedeckenden Zahnfleisches; denn das Zahnfleisch und das Blutcoagulum nach der Extraktion bilden den natürlichen Schutz der Knochenwunde gegen eine Infektion vom Munde aus. Ein Abbrechen oder Zersplittern des Processus alveolaris, sofern die Splitter nicht in der Wunde zurückbleiben, ist nicht mit so übeln Erscheinungen für die Wundheilung verbunden, wie eine Quetschung des Zahnfleisches oder ein breiterer Substanzverlust desselben. Wenn man daher bei einer Resektion unter dem Zahnfleisch am Alveolarabsatz aufwärts resp. abwärts geht, so wird es sich sehr häufig nicht vermeiden lassen, dass die Zange von innen her das Zahnfleisch durchstösst. Bei sehr dünnem und straff gespanntem Zahnfleisch ereignet es sich selbst bei grösster Vorsicht. Ich habe es mir daher zum Prinzip gemacht, bei jeder Extraktion, die ein Uebergreifen über den Processus alveolaris voraussetzt, das Zahnfleisch aussen und innen durch einen Längsschnitt in der Richtung der Medianlinie der Wurzel zu entspannen. Die Zange gleitet dann bequem in die Höhe. Nach der Extraktion legen sich die glatten Zahnfleischränder wieder aneinander, und der natürliche Schutz der Alveole ist gesichert. Lässt sich voraussetzen, dass der Knochen der Extraktion einen sehr grossen Widerstand entgegengesetzt, so durchschlage ich mit einem Meissel in derselben Richtung den Processus alveolaris. Hierdurch vermeide ich, dass der Knochen zersplittert oder mit scharfen Rändern durchbrochen wird. Wer auf eine gute Wundbehandlung bedacht sein will, muss demnach folgende Voraussetzung erfüllen.

1. Keine Substanzverluste des Zahnfleisches buccal resp. palatal.
2. Keine Splitterung des Processus alveolaris, wobei dann die scharfen Knochenränder durch den Substanzverlust nach aussen frei liegen; wenn ein derartiger Fall vorliegt, was bei eiliger und vielleicht auch unvorsichtiger Resektion passieren kann, empfiehlt es sich, eine derartige Wunde mit loser Tamponade vom Alveolengrund her ausgranulieren zu lassen. Ein Stückchen Gaze muss ganz lose in der Alveole liegen und hat nur den Zweck, die Ränder des Knochens und das gequetschte Zahnfleisch vor Infektion zu schützen. Geschieht eine derartige Nachbehandlung nicht, so werden heftige Nachschmerzen, ev. Entzündung des Knochens die natürliche Folge sein. Bevor der Tampon eingelegt wird, wird die Wunde mit

*) Vortrag, gehalten in der Berliner Zahnärztlichen Gesellschaft.

einem milden Antiseptikum (2 % Karbolsäure, 2 pro Mill. Sublimat) ausgespritzt. Dieses Extraktionsverfahren kommt also in allen denjenigen Fällen in Frage, wo man mit der Resektionszange noch die Hoffnung hat, die Wurzel zu entfernen. In den anderen Fällen aber, wo diese Möglichkeit nicht mehr vorhanden ist, empfiehlt es sich, nach folgendem Verfahren vorzugehen.

Betrachten wir zunächst die Fälle, die hier in Frage kommen.

Hierzu gehören:

1. Die Extraktion des unteren dritten Molaren, der zum Teil noch im Kiefer steckt.
2. Die Extraktion von Resten dieses Zahnes, sofern sie nicht mehr über das Niveau des Processus alveolaris hinausreichen.
3. Ferner die Wurzelreste der anderen unteren Molaren und Prämolaren, wenn sie tief in der Alveole stecken und von harten Knochenwänden umgeben sind.
4. Wurzelreste der oberen Molaren und Prämolaren, die ebenfalls tief in der Alveole stecken. Zu erwähnen wäre noch die Schwierigkeit bei der Extraktion solcher Zähne, die sich aus weit auseinander stehenden Wurzeln infolge der dicken Septa ergeben.

Es ist in solchen Fällen nicht nur die äussere und innere Lamelle des Processus alveolaris, sondern auch die starke Spongiosa zwischen den Wurzeln, welche der Entfernung derselben bedeutenden Widerstand entgegensetzen. Für die Extraktion solcher Wurzeln stehen uns bisher folgende Mittel zur Verfügung:

1. Der gerade Hebel von Berten für obere Wurzeln, speziell Bicuspidaten. Die Anwendung desselben geschieht in der Weise, dass man den Hebel zwischen Zahnwurzel und Kiefer in die Alveole einzutreiben sucht, wobei dann die Wurzel diesem Drucke durch Herausgleiten aus der Alveole nachgibt. Es lassen sich mit diesem Instrument selbst in schwierigen Fällen gute Erfolge erzielen.
2. Der Drehmeissel von Partsch. Dieser Meissel hat einen Quergriff und wird zwischen Zahnwurzel und Alveole entweder mit Handdruck oder Hammerschlag hineingetrieben. Durch hebelnde Bewegung, wobei der davorstehende Zahn als Hypomochlion dient, sucht man die Wurzel zu entfernen. Dieses Instrument kann in vielen Fällen mit gutem Erfolg gebraucht werden.
3. Der Meissel. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass man zunächst das Zahnfleisch und das Periost zu beiden Seiten der Alveole mit einem Elevatorium abhebelt, nachdem man es zweckmässig inzidiert hat, und dann die Alveole mit dem Meissel abschlägt. Die Anwendung des Meissels ist für den Chirurgen, der gewöhnt ist damit zu arbeiten, eine einfache. Für uns ist die Handhabung besonders an dem letzten unteren Molaren keine so einfache. Da der Meissel nichts weiter bezweckt,

als die Knochenwände von den Wurzeln abzutragen, so können wir dieses Ziel viel besser mit der Bohrmaschine erreichen. Die Anwendung geschieht in folgender Weise: Das Zahnfleisch und das Periost werden in der Ausbreitung der Alveole durch Längsschnitte in der Richtung der Zahnwurzeln durchtrennt. Die Lappen werden etwas abgehoben und von einem Assistenten durch Haken gehalten. Jetzt nimmt man von dem Processus alveolaris mit einem runden Bohrer oder einem grossen Fissurenbohrer soviel von dem Knochen weg, bis genügend Wurzel freisteht, um den Branchen der Extraktionszange Halt zu bieten. Sind 2 Wurzeln, die durch eine dünne Brücke noch zusammenhängen, zu entfernen, so durchtrennt man zweckmässig diese Brücke mit dem Bohrer. Die Wunde wird dann ausgespritzt, die Zahnfleischlappen zurückgeklappt und man überlässt ohne weiteres Zutun der Natur die Heilung. Ich übe dieses Verfahren seit vielen Jahren und habe gute Erfolge bei der Entfernung und bei der Heilung zu verzeichnen. Ich möchte Ihnen an einigen Fällen, die ich in letzter Zeit auf diese Weise behandelte, das Verfahren noch genauer demonstrieren.

1. Fall. Patient Herr H. kam am 19. März mit folgendem Befund zu mir. Rechts unten hinter der vollen Zahnreihe war eine Wunde infolge des Versuchs der Extraktion des 3. Molaren. Das Zahnfleisch war teilweise zerrissen, schmierig belegt, auf Druck sehr empfindlich. Auch der Knochen zeigte Druckempfindlichkeit. Die versuchte Extraktion hatte vor 12 Tagen stattgefunden. Bedauerlich ist dabei nicht die Fraktur, sondern die Angabe des behandelnden Kollegen, die Wurzel sei ganz heraus und es würde alles gut werden. Ich möchte hier nebenbei bemerken, dass ich derartige Angaben, die teils zur Beruhigung des Patienten, teils um sein Missgeschick nicht einzugestehen, gemacht werden, nicht für richtig halte. Ein Misserfolg kann jedem passieren, und man soll denselben auch ruhig eingestehen. Die Behandlung dieses Falles vollzog sich nun folgendermassen. Nach Injektion von Renoformcocain an dem Foramen mandibulare internum und in das Zahnfleisch am 3. Molaren wurde lingual und buccal dasselbe mit dem Periost von dem Knochen abgehoben. Es zeigte sich nunmehr der Stumpf, der glatt in der Höhe der Alveole frakturiert war. Mit dem Bohrer nahm ich von den Seitenwänden der Alveole genügend weg, und da ich bei der Grösse des Stumpfes annahm, dass es sich um einen zusammenhängenden Wurzelrest handelt, so versuchte ich die Extraktion des ganzen Restes. Ich bekam aber unter einem Krach nur die distale Wurzel heraus, wobei die Brücke mit einem Stück der medialen abbrach. Um die letztere zu entfernen, genügte ein starker Excavator unter hebelnder Bewegung. Sie haben hier an dem

Präparat die beiden Wurzeln und die Verbindung derselben.

2. Fall. Fräulein B. zeigte bei der Betrachtung einen Rest von Molaris, superior dexter. Nachdem das überhängende Zahnfleisch losgelöst ist, bemerkt man, dass die Wurzelreste von dicken Scheidewänden umgeben sind. Es wird daher an jeder Wurzel der Knochen fast bis zur Hälfte weggebohrt. Sie sehen an den Wurzeln, leider habe ich nur die beiden medialen, denn die Gaumenwurzel ist durch Herausspringen verlorengegangen, die Spuren der Bohrerwirkung, da natürlich mit dem Knochen auch die Wurzel von dem Bohrer etwas getroffen ist. Es gelang mir auf diese Weise die dünnen Wurzeln ohne grossen Substanzverlust bequem zu entfernen. Dieser Fall gehört zu denjenigen, bei denen man nicht allein die äusseren Lamellen, sondern auch die Septa fortnehmen muss. Die Wundheilung verlief glatt. Schwellung trat nicht auf.

3. Fall. Fräulein Sch. Biscuspid superior sinister war jahrelang an der Wurzel behandelt worden. Die schwache Krone brach vor einiger Zeit zusammen, und der Versuch, den Rest auf gewöhnliche Weise durch Resektion zu beseitigen, gelang nicht. Die Wurzelspitzen, welche ich Ihnen hiermit herumzeige, entfernte ich unter Abtragung der äusseren und inneren Alveolenwand. Auch hier verlief die Wundheilung normal.

4. Fall. Frau Bl. Der molaris, inferior sinister war bis auf den Wurzelrest durch Karies zerstört. Das Zahnfleisch hat sich über denselben weggelegt, war stark gereizt und der Wurzelstumpf periostitisch. Nach Injektion von Renoformcocain in das Foramen mandibulare internum wurde das Zahnfleisch abgehoben und die dicke Corticalis buccal und lingual mit dem Bohrer fast bis zur Hälfte der Wurzeln weggenommen. Sie sehen auch hier an den beiden Wurzeln, wie tief der Bohrer in den Knochen eingedrungen ist.

5. Fall. Herr L. Vor dem nach vorn geneigten molaris, inferior dexter findet sich in dem Zahnfleisch der Rest eines angeblich vor 15 Jahren extrahierten Zahnes. Nachdem das Zahnfleisch von demselben und auch von den Seitenwänden zurückgedrängt ist, wird von der Knochenwand buccal und lingual üblicherweise fortgenommen. Trotzdem widersteht bei gutem Halt der Zange der Stumpf der Extraktion, weil zwischen dem überhängenden 3. Molaren und ersten Molaren derselbe eingeklemmt lag. Wie Sie an dem Stumpf sehen, habe ich fast bis zur Wurzelspitze den Knochen wegnehmen müssen. Es gelang mir den ziemlich bedeutenden Rest ganz zu entfernen.

Ich gebe Ihnen dann noch eine ganze Anzahl von Wurzelresten herum, die mit Ausnahme des einen vom dritten Molaren stammen und teilweise sogar bei voller Zahnreihe. Sie sehen

fast überall an den Wurzeln, wie weit der Bohrer in die Alveole hineingedrungen ist. Die Vorzüge dieses Verfahrens gegenüber dem Arbeiten mit dem Meissel liegen für uns Zahnärzte auf der Hand. Wir sind mit der Bohrmaschine vertraut und in der Lage, im harten Zahn die feinsten Höhlen auszuschneiden. Um wieviel leichter gelingt es uns, die zur Freilegung der Wurzel notwendigen Teile des Processus alveolaris zu entfernen. Es ist selbstverständlich, dass der Bohrer und auch das Handstück aseptisch sind, und die ganze Operation unter den Kautelen der Asepsis ausgeführt werden muss.

Mit einigen Worten möchte ich noch die Tamponade der Extraktionswunden berühren.

In eine Extraktionswunde wird man einen festen Tampon nur behufs Blutstillung legen. Es ist nicht ratsam, in eine frische Extraktionswunde, abgesehen von der Blutstillung und dem oben erwähnten Falle eines grösseren Substanzverlustes des Zahnfleisches, selbst einen losen Tampon zu legen, weil man dadurch die Bildung des Coagulums hindert und eine Höhlenwunde schafft, in die sich Speisereste etc. hineinsetzen können.

Wenn eine Extraktionswunde nicht heilt, am Boden rauhen Knochen zeigt und Eiter absondert, dann soll man hier einen losen Tampon zum Zweck der Drainage einführen. Ein fester Tampon würde hier zur Eiterretention, Eiterresorption und Fieber führen. Diese Drainage ist so lange fortzusetzen, bis die Wunde mit frischen Granulationen sich anfüllt. An Stelle der Drainage kann man auch die Wunde mehrere Male, besonders nach den Mahlzeiten, ausspritzen lassen.

Referate und Kritiken.

Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoform-Zahnpasten. Von Dr. Siebert, Assistent der Neisser'schen Klinik, z. Z. in Batavia.

Der Autor geht von der Betrachtung der Fournier-Neisser'schen Methode der Syphilisbehandlung aus und bespricht an der Hand der Forschungen von Lanz, Rona und Hiller die Folgen des Quecksilbers auf die Mundschleimhäute, geht auf die meist übliche Behandlung mit Adstringentien ein und plädiert für eine ausgiebige Prophylaxe, um die Unterbrechung einer antiluetischen Kur vermeiden zu können. Interessant sind die bakteriellen Untersuchungen, welche S. zur Feststellung der Brauchbarkeit von Mundwässern, bezw. Zahnpasten, angestellt hat. Danach zeigte eine 0.2 % Sol. kal. hypermang. schon bei einer Einwirkung von 5 Minuten auf eine mit zahlreichen Bakterienkolonien besetzte 1 % Traubenzuckerfleischwasserpeptonagarplatte einen derartigen Erfolg, dass keine Bakterien mehr lebensfähig waren, während Liqu. alum. acet. 5 %, Hydrogen. peroxyd. 5 %, spärliche, Borsäure 4 % und Kal. chlor. 2 % sehr zahlreiche, Odol 2 % zahlreiche Kolonien aufkommen liessen noch bei 15 Minuten langer Einwirkung. 5 % Isoformzahnpaste und Beiersdorf'sche Kalichloricumpaste waren in ihrer Wirkung gleich bakterientötend und wiesen schon nach Einwirkung von einer Minute nur noch wenige Bakterienkolonien