

KÖZLEMÉNY BRANDT JÓZSEF DR. TANAR KORODÁJAROL.

Felső állcsont kiirtása után készült prothesis.*)

Höncz Kálmán drtól.

Tisztelt Szakülés !

A száj- és fogbetegségekkel behatóbban foglalkozva, sokszor juttattam azon tapasztalatra, hogy a fogtechnika némely tekintetben kiegészítő, illetve kiegészítő részét teszi a sebészetnek.

Ki tagadhatná pl. azon szép eredményt, a melyet a technika egy világra hozott szájpadhasadásnál elő tud teremteni, a midőn egy czél-szerű obturátorral a beszédnek addig érthetetlen voltát majdnem teljesen képes elenyésztetni?

A sebész nehéz, fáradságos műtéttel képes ugyan a hasadást elenyésztetni, a beszéd javítása azonban ritkán sikerül, mivel az úgy is hiányosan fejlett lágy szájpad műtét által még jobban megrövidítetik, s így a cavum pharyngonasale teljes elzárására nem elegendő.

A sebészet rohamos haladásával elvértve találkozott egy-egy fogorvos, a kinek törekvése arra irányult, hogy a merész sebész által kiirtott, betegségek vagy sérülések által tönkrement, lényeges és az illetőket gyakran eltorzító testrészek műlegetesen pótolassanak; így készültek a mesterséges orrok és fülek.

Klinikánkon minden évben végezzük egy néhány felső és alsó állcsont-csonkolást vagy teljes kiirtást, a melyek eddig nem pótolhattak.

Egy ilyen szép műtét utáni eltorzúlása a betegnek igen nagy, helyzete pedig igen szánalmas, a mennyiben az illető sem rágni, sem nyelni, sem beszélni nem tud, s azon felül még a folytonos nyálfolyás is kínozza.

Tanulmányútam alatt legtöbb időt a technikának szenteltem,

*) Előadatott az „Erd. Múz.-Egyl.” orv.-természettud. szakoszt. 1893. ápr. 28-iki szakülésén.

de nem voltam olyan szerencsés, hogy egy ilyen állcsont-pótlást láthattam volna.

A berlini fogászati klinika statisztikai kimutatásából ítélve, nem is készítettek az utolsó időkben ilyen prothesiseket, a melyek hivatva lettek volna az állcsontok pótlására.

Francziaországban Preterré és Claude Martin, Németországban pedig Süersen, Sauer és Bönneke foglalkoztak az állcsontokon előforduló hiányok pótlásával, a melyek azonban nagyobb részben traumák, főképen pedig lövések által idéztettek elő.

Tudomásom szerint Magyarországon eddigelé még senki sem készített ily prothesiseket.

Iszlay dr. fogászati magántanártól e tekintetben felvilágosítást kértem, kérelmemre azonban nem válaszolt.

Visszatérve egy állcsontjától megfosztott beteg nehézségeire, sokat gondolkoztam: mi módon sikerülne e feladatot megoldanom s az előbb említett nehézségeket elenyésztetnem.

Főnököm, Brandt tanár, szívesen átengedte az egyes esetek tanulmányozását, a miért e helyen is legmelegebb köszönetemet nyilvánítom.

Eseteim mindegyikénél sarcoma vagy carcinoma miatt végeztünk resectiókat, a melyek — tekintettel a recidivákra — kevésbé alkalmasok prothesisek viselésére, mint pl. a sérülés okozta hiányok pótlásánál.

A legközelebbi időben négy állcsont-csonkolást végzett főnököm, Brandt tanár úr, kettőt az alsó, kettőt pedig a felső állcsonton. Háromszor sarcoma, egyszer pedig carcinoma miatt, két betegnél 2—3 hónap múlva recidiva lépett fel, egy esetben pedig kimerülés következtében halál következett be.

A bemutatandó beteg ez év márczius 6-án operáltatott. Körtörténetéből a következőt közölhetem.

G. János 15 éves tanuló, felvétetett 1893. február 23-án, sarcoma maxillae superioris dextri körjelzései. Szülei, valamint 3 testvére élnek s egészségesek. Védbimlővel be volt oltva. Jelen baja feléptéig nem volt beteg.

Ezelőtt 9 hónappal minden kimutatható ok nélkül a jobb arcfelelén egy diónyi fájdalommal daganat támadt, a mely 3 heti fennállás után magától eloszlott. Egy hónappal későbbben ugyancsak e

helyen újból előállott egy daganat, a mely szintén kemény és fájdalomtalan volt s lassan, de folytonosan növekedett, míg az év január havában érte el jelen nagyságát. Azóta a beteg állítása szerint csak alig észrevehetően nőtt.

Jelen állapot: A korához képest elég jól fejlett csont- és izomrendszerű fiu-betegnél a bőr rendes színezetű. Szellemi és külérzéki működései rendesek. Közérzete a folyton nagyobbodó daganat miatt lehangolt.

Mell- és hasúri szervek eltérést nem mutatnak. Eltérés: a jobb arczfélen egy lúdtojásnyi, ép bőrrel fedett, fölfelé az orbita alsó széléig, mellfelé az orrgyökig, hátrafelé a járomcsont hátsó széléig, lefelé a jobboldali gingiva alsó széléig terjedő és a kemény száypad $\frac{2}{3}$ -kát elfoglaló, meglehetősen éles határú daganat van, a melynek tapintata a pofai részleten kemény, ellentálló, a gingivalis és kemény szápadri részleten homályos fluctuatio érezhető. A fogak hiányosak, a két molaris és a II. praemolaris hiányzik, az I. praemolaris, szem- és metsző fog pedig a szokott ívből egészen kiállanak, többé-kevésbé tengely-forgást mutatnak és lazán állanak.

Próbacsapolás eredménytelen lévén, márczius 6-án végrehajtott a műtét a következő módon:

Cloroform — morphiium — narcosisban először is laryngo-tracheotomia végeztetett s a légcsőbe az u. n. Trendelenburg-tampon canulje helyeztetett azon akból, hogy az esetleg a tracheába jutott vér fulladást ne idézen elő.

Ez előzetes műtét végrehajtása után félig ülő helyzetbe hozott a beteg s a narcosis a légcső-canulon keresztül folytatottatott.

A lágyrészeket a Velpeau-féle metszéssel vágtuk át s felfejtetük őket egészen a szemgödör külső zugáig.

A vérzés kellő csillapítása után következett a csontok ketté választása, részint csontollóval, részint pedig vésővel és kalapácssal, a következő sorrendben: szemgödör alsó széle, járomcsont, processus frontalis, a felső állcsont szápadri nyújtványa s részben az inycsont.

Ez utóbbi csont vésésénél meglehetősen bő vérzés állott be, a mely valószínűleg az art. nasalis posteriorból eredett.

E vérzést thermocauterrel elállítva, a bőrsebet egyesítettük, az üreget pedig jodoformos gaze-el kitöltve, fedő kötést alkalmaztunk.

A lefolyás teljesen zavartalan és láztalan volt, a bőrseb per

primam gyógyúlt. A légesőből a canul már 24 óra múlva kivétett, a légeső sebe granulationnal gyógyúlt 20 nap alatt.

Már márczius 19-én, azaz 14 nappal a műtét után recidiva mutatkozott, a mely kikanalaztatott és thermocauterisaltatott. Április 5-én, tehát 17 napra az első recidiva után, egy újabb recidivát kaptunk ki; 14 napra még egy újabb recidiva, még pedig nagyobb terjedelemben.

Mikor észrevettem, hogy a sebűrben a genyedés ad minimum redukálódott és egy gyógyulófélben levő seb képét mutatja, nekifogtam a prothesis készítéséhez.

Ideáлом az volt, hogy ne csak egy a szájüreget az orrüregtől elválasztó lemezt készítsék, hanem egy oly lemezt és blockot, a mely a kiírtott részleteknek teljesen megfeleljen. E célomat el is értem az által, hogy az egész sebűreget guttaperchéval kitöltöttem s oly alakot adtam neki, hogy mindkét arczfél egyformának tűnt fel. Az ilyen lenyomat után készült prothesis azonban egyáltalában nem volt használható, mert sokkal nagyobb volt, semhogy a sebűregbe el lehetett volna helyezni.

A második kísérlet jobban sikerült, de nem volt kielégítő, a mennyiben ezen prothesis kisebb volt, mint szerettem volna.

A harmadik lenyomatot az u. n. „Globe Modeling Compositionnal” vettem, hasonlóan azon eljáráshoz, a melyet egyszerű fogsor készítésénél szoktunk követni. A prothesis jó volt, a beteg tisztán beszélt, tudott rágni, nyelni s a két arczfél közötti különbség alig volt észrevehető.

A boldoggá tett beteg azonban már egy néhány nap múlva érezte, hogy a prothesis itt-ott nyomja, a min oly módon segítettem, hogy az illető helyeken a szükséghez mérten lereszeltem.

E lereszelést többször ismételttem, ad infinitum azonban nem folytathattam, mert a nem compact block sokáig nem engedte.

Jelenleg a beteg azt a prothesist használja, a mely eleinte igen kicsinynek bizonyult. Ezzel tisztán beszél, könnyen nyel, tud vizet inni s rágni.