

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

kommissarischer Leiter: Universitätsprofessor Dr. phil. Jörg Vögele, M. A.

**DIE ZEITGENÖSSISCHE ZAHNHEILKUNDE
IM SPIEGEL DER
„ ÖSTERREICHISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOLOGIE “
1903 – 1919**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Bernd Schmalbuch

2006

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-89963-380-6

© Verlag Dr. Hut, München 2006
Sternstr. 18, 80538 München
Tel.: 089 / 66060798
www.dr.hut-verlag.de

Die Informationen in diesem Buch wurden mit großer Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler, insbesondere bei der Beschreibung des Gefahrenpotentials von Versuchen, nicht vollständig ausgeschlossen werden. Verlag, Autoren und ggf. Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für eventuell verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der Vervielfältigung und Verbreitung in besonderen Verfahren wie fotomechanischer Nachdruck, Fotokopie, Mikrokopie, elektronische Datenaufzeichnung einschließlich Speicherung und Übertragung auf weitere Datenträger sowie Übersetzung in andere Sprachen, behält sich der Autor vor.

1. Auflage 2006

Druck und Bindung: fm-kopierbar, München (www.fm-kopierbar.de)

Als Inauguraldissertation gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Der Dekan gez. : Univ.-Prof. Dr. med. dent. Wolfgang H.-M. Raab

Referent : em. Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Schadewaldt

Korreferent : Univ.-Prof. Dr. med. dent. Alfons Hugger

„Generationen vor uns haben aus ihren jahrelangen Erfahrungen und glücklichen Gedanken die Treppen gebaut und eingesäumt mit den Warnungstafeln ihrer Irrtümer. Auf diesen mühevoll gebauten Stufen steigt der Nachfahre, dem auf diese Weise Irrtümer erspart bleiben, mühelos empor zu den Höhen des heutigen Wissens und es ziemt ihm daher nicht, geringschätzig herabzublicken auf eben diese Stufen, denen er es zu verdanken hat, daß er so hoch steht.“

(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919)
S. 223)

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	1
Entstehung der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie	2
Gestalt der Zeitschrift	6
Entwicklung der Zeitschrift	16
Inhalt der Zeitschrift	
I. Originalarbeiten	
1. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	35
2. Chirurgie	49
3. Militärzahnheilkunde	62
4. Zahnerhaltungskunde	76
5. Parodontologie	88
6. Zahnersatzkunde	95
7. Kieferorthopädie	107
8. Anästhesie	115
9. Röntgenologie	122
10. Schulzahnpflege und soziale Zahnheilkunde	128
11. Geschichte der Zahnheilkunde	133
II. Vereine, Standes- und Studienfragen	145
III. Sonstige Rubriken	157
Anhang: Verteilung der Originalarbeiten auf die verschiedenen Gebiete der Zahnheilkunde	161
Zeitschriftenverzeichnis	162
Buchbesprechungen	174
Zusammenfassung	191
Literaturverzeichnis	193
Danksagung	199
Lebenslauf	201

EINLEITUNG

Im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf wird in einer Dissertationsreihe die wissenschaftliche und berufspolitische Entwicklung der Zahnheilkunde im deutschsprachigen Raum aus der Sicht ihrer zeitgenössischen Periodika untersucht.

Ergänzend zu den vorhandenen medizingeschichtlichen Standardwerken soll dem Leser so mit Hilfe zeitnaher Veröffentlichungen ein Eindruck davon vermittelt werden, wie um fachliche Erkenntnisse gerungen und für eine berufsständische Positionierung gekämpft wurde.

Über einige deutsche Fachzeitschriften liegen abgeschlossene Dissertationen vor. So schrieben u. a. Ursula DUSEMUND über den „Zahnarzt“, Ursula REGEL und Ursula WEINRICH über die „Deutsche Vierteljahrs(Monats)-Schrift für Zahnheilkunde“, Aribert PFEIFFER, Wolfgang BENDER und Hans-Günter SCHAAL über die „Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde“, Ulrich DITTBERNER, Gerd JOHN und Günter RUBERG über die „Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift“, Winfried HOSCH, Klaus NETTESHEIM und Lindajani HARDJANEGARA über die „Zahnärztliche Rundschau“ und Peter KUHN über das „Archiv für Zahnheilkunde“.

In dieser Reihe wissenschaftlicher Arbeiten bearbeite ich „Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ von ihren Anfängen 1903 - 1919. Spätere Jahrgänge, die zeitweilig unter dem Titel „Zeitschrift für Stomatologie“ herausgegeben wurden, untersuchte Andreas STEPHAN (1934 - 1949).

ENTSTEHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOLOGIE

„Die lockere Organisation der österreichischen Zahnärzte, als deren Führer das Exekutiv-Komitee fungierte, hat nunmehr eine feste Form angenommen. Der Zentral - Verband der österreichischen Stomatologen hat sich konstituiert und sein Ausschuß vertritt die Interessen der Kollegen. Eine der ersten und wichtigsten Handlungen dieses Ausschusses ist die Herausgabe eines Organes, dessen Inhalt ausschließlich von der Rücksicht auf die wissenschaftlichen und sozialen Bedürfnisse der Zahnärzteschaft bestimmt wird.

Für die keimende zahnärztliche Organisation bedeutet dieser Moment das, was dem Individuum die Ausbildung des Sprachorganes ist. Und gerade wie die Entwicklung der sozialen Gemeinschaft im weitesten Sinne und die gegenseitige Rücksichtnahme ihren Beginn so recht erst von dem Gebrauch der Sprache her datiert, gerade so sollen die Worte des Organes der Organisation alle Kollegen zur Einigkeit, zur gegenseitigen Berücksichtigung, zur steten Weiterentwicklung sammeln, damit die Zahnheilkunde immer mehr wissenschaftlich ausgebaut werde, damit die Zahnärzteschaft den ihr gebührenden Platz im Staate erringe.“ (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) vor S. 1)

Mit dieser Präambel wandte sich die Redaktion zu Beginn der ersten Ausgabe der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ an ihre Leser. Sie formulierte damit die Ziele des „Zentralverbandes österreichischer Stomatologen“ und seines Mitteilungsblattes und verpflichtete alle auf einen Ehrenkodex für den kollegialen Umgang. Die Zeitschrift sollte die österreichischen Zahnärzte unabhängig machen von anderen in- und ausländischen Fachperiodika und Stellung und Ansehen des zahnärztlichen Standes im Staate heben.

„In diesem Sinne soll dieses Organ jedem Zahnarzt zur Verfügung stehen, der der Kollegenschaft etwas mitzuteilen hat. ...

Die »Österreichische Zeitschrift für Stomatologie« wird energisch die Interessen der Zahnärzteschaft gegen welche Gegner auch immer vertreten, sie wird aber einen würdelosen Ton zu vermeiden wissen, unlautere Kampfmittel verschmähen.“

(Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) vor S. 1)

Ihre Entstehung verdankte die Zeitschrift hauptsächlich standespolitischen Überlegungen. Die Zahnärzte, die ihre Berufsausübungsrechte im Hofkanzleidekret von 1842 begründet sahen, fühlten ihre Existenz durch Verordnungen bedroht, mit denen die Regierung zugunsten der Zahntechniker „empfindlich in ihre bis dahin wenigstens gesetzlich respektierte Tätigkeitssphäre“ eingriff (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 33).

Mit der Gründung des Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen sollten die Interessen der österreichischen Zahnärzte besser vertreten werden. Sein Ausschuß machte es sich zur Aufgabe:

- „1. Im eigenen Hause Ordnung zu schaffen und gegen althergebrachte Unzukömmlichkeiten im eigenen Lager aufzutreten [– vor allem gegen das die kurpfuschenden Zahntechniker begünstigende Strohmännertum].
2. Eine Aktion einzuleiten, dahingehend, dass der Zahnarzt nebst dem Doktorat der Medizin eine spezielle Qualifikation durch den Besuch einer zahnärztlichen Klinik während längerer Zeit und eine entsprechende Prüfung erlange.
3. Darauf zu drängen, dass das Verhältnis zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern in gesetzmäßigem Wege geregelt werde.“

(Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 34)

Zahnärztliche Standesfragen waren bis dahin durch Veröffentlichung in allgemeinen medizinischen Journalen erörtert worden, ein eigenes

unabhängiges Forum für standespolitische Diskussionen hatte jedoch noch gefehlt. Das änderte sich mit der Gründung des Zentralverbandes.

„Die Ueberzeugung, wie wichtig wir es erachteten, dass die Zahnärzte ein unabhängiges Organ besitzen, können Sie daraus ersehen, dass gleich in der konstituierenden Sitzung des Verbandes die Gründung einer Zeitschrift beschlossen und die Verhandlungen mit den beteiligten Faktoren so eifrig betrieben wurden, dass bereits im nächsten Monate die erste Nummer erscheinen konnte.“
(HERZ-FRÄNKEL, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 38)

Die Zeitschrift sollte sich aber nicht nur standespolitischen Fragen widmen, sondern auch dem wissenschaftlichen Austausch dienen. Diesem Anliegen wurde dadurch entsprochen, daß ein Gutteil des zur Verfügung stehenden Raumes den Originalarbeiten vorbehalten war. Die Initiatoren erkannten durchaus an, daß in Österreich bereits einige, auch im Ausland anerkannte, fachwissenschaftliche Blätter erschienen, doch

„ ... es wird die Aufgabe der »Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie« sein neben diesen Organen und in edlem Wettstreit mit ihnen, der allen nur förderlich sein kann, eine geachtete Stellung in unserer Fachliteratur zu erlangen.“ (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) vor S. 1)

Vermeiden wollte man offenbar, daß die zu erwartenden standespolitischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen in einem „würdelosen Ton“ und unter Anwendung „unlauterer Kampfmittel“ geführt wurden. Offenbar war man gewarnt durch schlechte Beispiele, die andere Blätter gaben. So mahnte die Redaktion:

„Allerdings schrankenlose Freiheit gibt es weder für das Individuum, noch für dieses Blatt. Bei seinen Äußerungen wird es sich stets bewußt bleiben, daß ihm als Sprachrohr eines Standes, der stolz auf seine Bildung und humane

Gesinnung ist, nicht Worte ziemen, wie sie in manchen
Blättern beliebt sind.“

(Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) vor S. 1)

Man kann feststellen, daß die Zeitschrift im untersuchten Zeitraum
diesem Grundsatz treu geblieben ist.

GESTALT DER ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift erschien im Zeitraum von 1903 bis 1919 in monatlicher Folge, die Hefte 7 und 8 von 1915 und 1916 sowie 5 und 6 im Jahre 1917 erschienen vermutlich kriegsbedingt als Doppelheft. Die Hefte eines Jahrgangs wurden zu einem Band zusammengefaßt, der erste Jahrgangsband umfaßte 14 Hefte von November 1902 bis Dezember 1903. Dazu erschienen ein gesondertes Titelblatt und ein Jahresinhaltsverzeichnis, dessen Gestaltung als reichhaltiges alphabetisches Namens- und Sachregister besonders in den Rubriken Originalarbeiten, Referate und Kritiken sowie Zeitschriftenschau ein rasches Auffinden der Beiträge ermöglichte. Die redaktionellen Seiten eines Jahrganges waren fortlaufend nummeriert.

Von 1903 bis 1912 bewegte sich der Jahresumfang der Zeitschrift zwischen 348 und 462 Seiten; er stieg mit dem Verlagswechsel 1913 auf 504 Seiten. Allerdings reduzierte sich der Heftumfang mit Kriegsbeginn annähernd auf die Hälfte, erst 1917 nahm die Seitenzahl langsam wieder zu und erreichte 1919 einen Umfang von 324 Seiten.

Das äußere Erscheinungsbild der Zeitschrift blieb über den gesamten bearbeiteten Zeitraum unverändert. Ein blauer Umschlag aus schwererem Papier war mit dem Titel bedruckt, ab Heft 3 / 1903 trug er auch das Inhaltsverzeichnis und das Impressum. Innenseiten und Rückseite boten Platz für Inserate.

Von Anfang an bemühte man sich, das Blatt zu illustrieren. Waren es anfangs noch einfache Federzeichnungen, die den Text erläuterten, so gab es später kolorierte Bildtafeln auf Karton (Oest Z Stomat Jg. 4

(1906) S. 138) und Röntgenaufnahmen auf Fotopapier (Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 348). Mit zahlreichen Fotos und Fotoserien wurde verstärkt seit 1915 die Arbeit an der Klinik für Kieferverletzte dokumentiert.

Zuerst erschien sie im Selbstverlag des „Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen“, ab 1913 beim Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien.

Die mit der Herstellung der Zeitschrift beauftragten Wiener Druckereien wurden anfangs mehrmals gewechselt. Zu Beginn wurde bei H. Feiling, Mariahilferstraße 101, gedruckt, ab Mai 1903 wurden Raimann & Godina, Fleischmarkt 12 - 14 beauftragt, von Mai 1904 bis Ende 1912 erfolgte der Druck bei Jos. Roller & Comp., Seidlgasse 8, und seit dem Verlagswechsel im Januar 1913 wurden die Dienste von Gottlieb Gistel & Cie., Münzgasse 6, in Anspruch genommen.

Gedruckt wurde auf geleimtem Papier im Format 14,5 x 21,5 cm, mit dem Verlagswechsel 1913 geringfügig vergrößert auf 16,5 x 23,5 cm.

Die Auflagenhöhe der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ ließ sich nicht ermitteln. Während zahlreiche deutschsprachige Zeitschriften diese Zahlen veröffentlichten, schwieg man sich in Wien darüber aus.

„Fehlen bei einem Blatt nähere Angaben, so konnten diese auch auf wiederholte Anfragen hin nicht erlangt werden.“
(SPERLING, S. V)

Im Vergleich zu ihrem großen Vorbild, der „Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde“ mit einer Auflage von 2100 im Jahre 1914, war

die Auflage der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ sicherlich bedeutend niedriger.

Die Zusendung der Zeitschrift erfolgte mit der Post. Die Abonnementsgebühren betragen für Verbandsmitglieder 8 Kronen im Jahr, für die übrigen Abonnenten 12 Kronen und im Auslandsbezug 15 Kronen. Der Bezugspreis blieb lange unverändert, erst 1914 stieg er für Mitglieder auf 10 Kronen. 1917 wurde er auf 15 Kronen angehoben, begründet durch „die zunehmende Steigerung aller Herstellungskosten“ (Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 221). Ohne besondere Mitteilung wurde ab 1918 ein Preis von 40 Kronen gefordert, eine Vergünstigung für Mitglieder entfiel. Schließlich spiegelte die Ankündigung des Abonnementpreises für 1920 mit 20 Kronen pro Vierteljahr, also 80 Kronen im Jahr, die schwierige wirtschaftliche Situation wider, in der sich das Land nach Kriegsende befand.

Abonnementsbestellungen wurden direkt an die Verwaltung der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“, Wien VII / 1, Mariahilferstraße 100 erbeten, die auch den übrigen geschäftlichen Verkehr abwickelte. Ab 1913 konnte die Zeitschrift über den Verlag sowie alle Buchhandlungen und Postämter bestellt werden.

Die Redaktion wechselte häufig. Schriftleiter waren ab:

11 / 1902 H. TREBITSCH und R. VIERTHALER

2 / 1904 H. TREBITSCH, R. VIERTHALER und S. ORNSTEIN

1 / 1906 H. TREBITSCH

3 / 1907 F. TRAUNER

1 / 1908 G. v. WUNSCHHEIM und R. BUM

9 / 1911 E. STEINSCHNEIDER (bis 1937)

Die Zeitschrift trug den Untertitel: „Organ für die wissenschaftlichen und Standes-Interessen der Zahnärzte Österreichs“. Sie erschien als Mitteilungsblatt des „Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen“, der als Herausgeber fungierte, und als „Offizielles Organ des Vereines österreichischer Zahnärzte“ und des „Vereines Wiener Zahnärzte“ (1902), später auch des „Vereines deutscher Zahnärzte in Böhmen“ (1905), des „Vereines steiermärkischer Zahnärzte“ (1911) und der „Wirtschaftlichen Organisation der Zahnärzte Deutschösterreichs“ (1919).

Entsprechend des von Anfang an verfolgten hohen wissenschaftlichen Anspruches der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ nahmen die Originalarbeiten einen breiten Raum ein. Hierzu zählten Erstveröffentlichungen, Abdrucke von Vorträgen und Übersetzungen ausländischer Originalarbeiten und Referate. Als offizielles Organ und Mitteilungsblatt war die Zeitschrift außerdem verpflichtet, die Versammlungs- und Vereinsberichte der sie tragenden Vereine abzudrucken. Daneben wurde ausführlich über Kongresse und in einer ständigen Kolumne aus Fachzeitschriften des In- und Auslandes referiert. Außerdem besprach man regelmäßig neu herausgegebene oder neu aufgelegte Fachbücher. Darüber hinaus gab es kurze Mitteilungen unter wechselnden Überschriften.

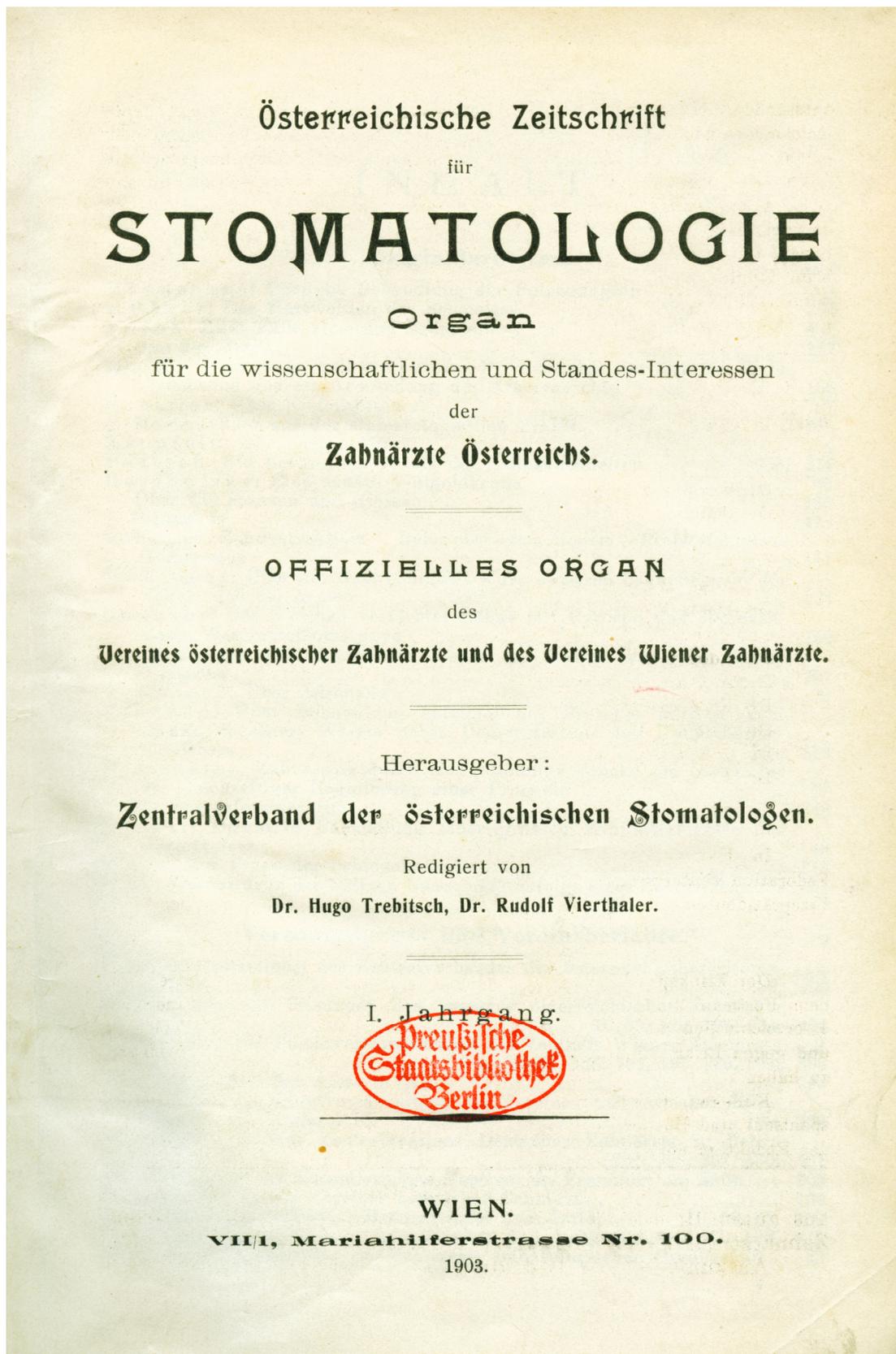


Abb. 1: Jahrestitelblatt des ersten Jahrgangs 1903

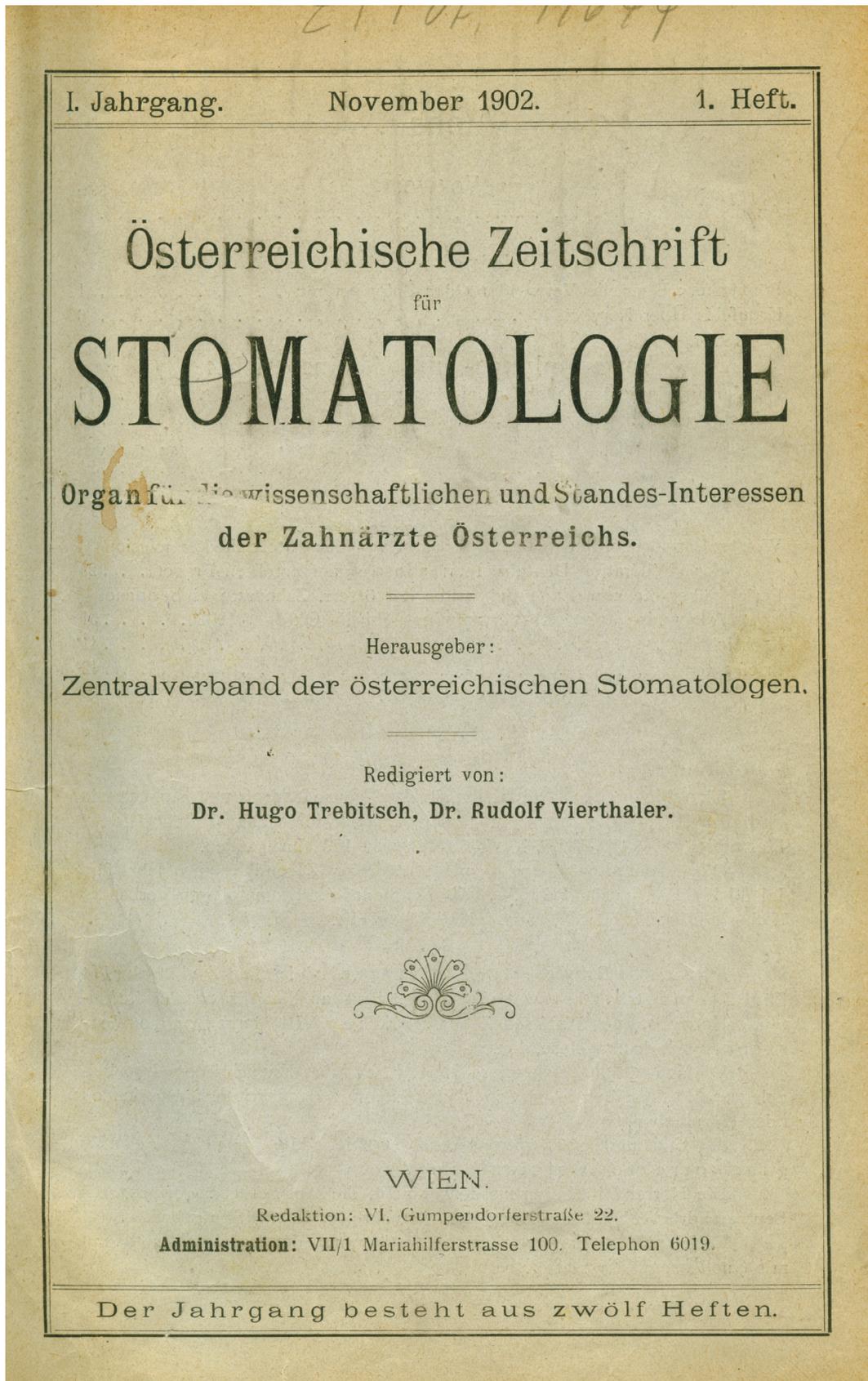


Abb. 2: Hefttitel des ersten Heftes des ersten Jahrgangs 1903

I. Jahrgang. Jänner 1903. 3. Heft.

Österreichische Zeitschrift
für
STOMATOLOGIE

Organ für die wissenschaftlichen und Standes-Interessen
der Zahnärzte Österreichs.

== Herausgeber: Zentralverband der österreichischen Stomatologen. ==
Redigiert von Dr. Hugo Trebitsch, Dr. Rudolf Vierthaler.

— — — — —

==== Inhalt. ====

Original-Arbeiten.	Seite
Kreisler: Über Kiefercysten	81
Reschofsky: Eine exakte Vollgoldkrone	83
Versammlungs- und Vereinsberichte.	
74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte (Fortsetzung) . . .	85
Bericht über die Monatssitzung des Vereines österreichischer Zahnärzte vom 7. Jänner 1903	89
Bericht über die Generalversammlung des Vereines Wiener Zahnärzte vom 15. Jänner 1903	91
Zeitschriftenschau	93
Auszüge, Referate und Kritiken	96
Vermischtes	106
Standesangelegenheiten.	
Ein Gutachten der Handels- und Gewerbekammer für Österreich u. d. E.	107
Generalversammlung des Vereines Wiener Zahnärzte. (Fortsetzung u. Schluß)	109
Mitteilungen aus dem Zentralverband der österr. Stomatologen	110
Nachrichten	110
Briefkasten	110

— — — — —

WIEN.

Telephon 6019. VII/1, Mariahilferstrasse 100. Telephon 6019.

Literarische Beiträge wolle man an den Redakteur Herrn Dr. Hugo Trebitsch, Wien, VI. Gumpendorferstrasse 22 einsenden.
Sämtliche geschäftliche Zuschriften, sowie Inserate und Abonnements sind direkt an die Verwaltung der „Österreich. Zeitschrift für Stomatologie“, Wien, VII/1, Mariahilferstrasse 100 einzusenden.
Das Abonnement kostet pro Jahr: Inland K 12.—, Ausland K 15.— (für Mitglieder des Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen K 8.—).
Nachdruck ist nach vorheriger Zustimmung der Redaktion und nur mit Quellenangabe gestattet.

Abb. 3: Hefttitel des dritten Heftes des ersten Jahrgangs 1903

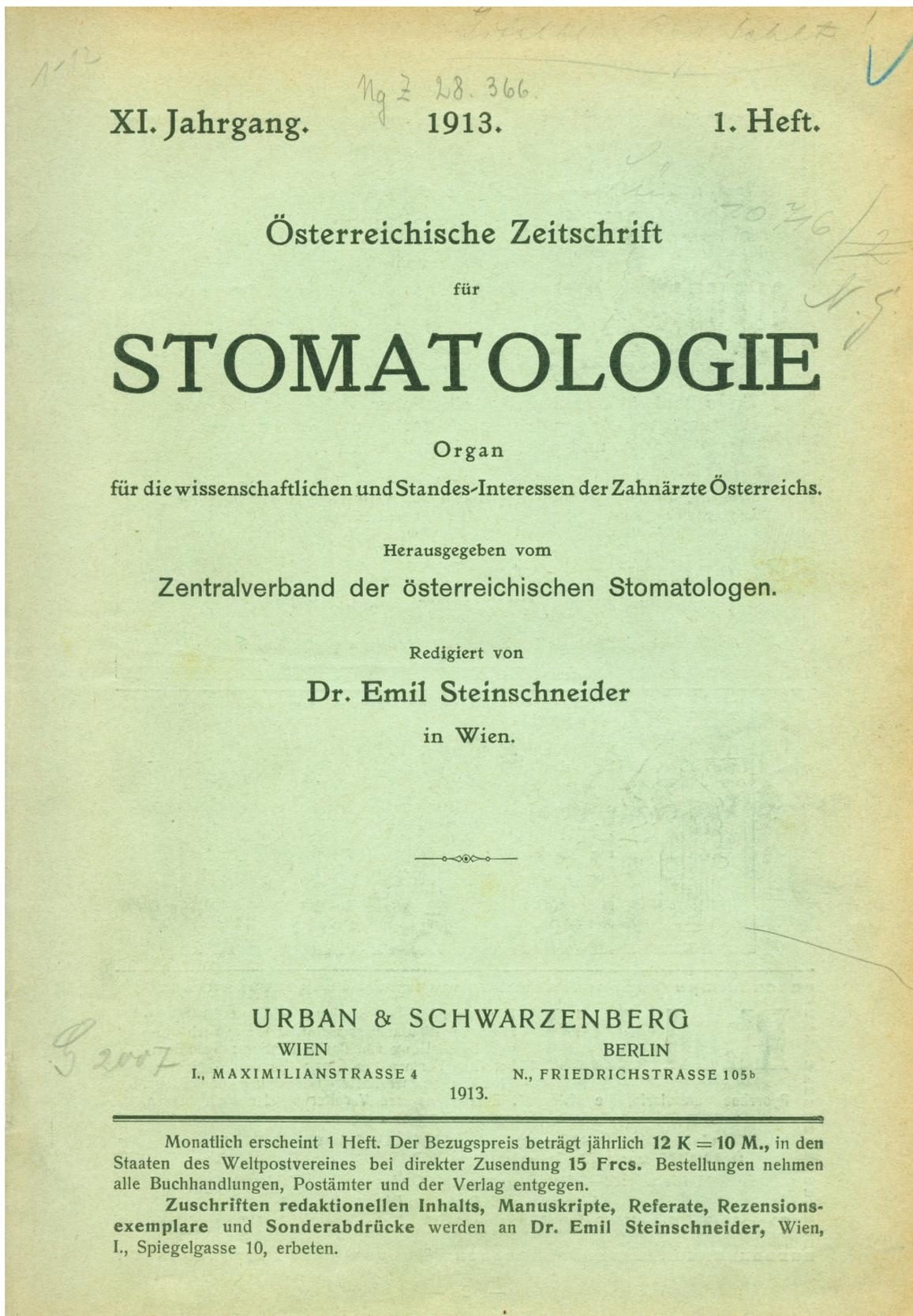


Abb. 4: Hefttitel des ersten Heftes des 11. Jahrgangs 1913

Österreichische Zeitschrift
für
STOMATOLOGIE

Organ
für die wissenschaftlichen und Standes-Interessen der Zahnärzte Österreichs

Herausgegeben vom
Zentralverband der österreichischen Stomatologen.

Redigiert von
Dr. Emil Steinschneider
in Wien.

XII. Jahrgang.
1914.



URBAN & SCHWARZENBERG
WIEN BERLIN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4 N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
1914.

Abb. 5: Jahrestitel des zwölften Jahrganges 1914



Weiß & Schwarz

Wien, I., Petersplatz 7.

Größtes Lager aller zahn-
ärztlichen und zahntechnischen
Gebrauchsartikel
amerikanischer,
deutscher und eigener
Erzeugung.

Billigste Preise.

Kulante Bedingungen.

Praxis-Verkauf.

In Fiume ist wegen Todesfall ein zahnärztliches Atelier mit glänzender Praxis, viel Fremdenverkehr aus Abbazia und Umgebung, zu übergeben. Österreicher, die vor dem Jahre 1898 promoviert wurden, haben volles Recht, in Ungarn zu praktizieren.

Gefällige Anträge sind zu richten an

Frau Dr. Ljuba Zack, Zahnarztes-Witwe,
Fiume, Riva Szapáry 12.



Ich empfehle mein

Chloroethyl

Dr. Thilo

mit automatischen und Spiralverschlüssen,
der Pharmacopoea Austr.VIII entsprechend, bestens.
Die Automatenflaschen werden neu gefüllt.

Prospekte zur Verfügung

MR. C. RAUPENSTRAUCH,
em. Apotheker, WIEN II., Castellezg. 25.

— 3 —

Abb. 6: Anzeigenseite 3 im 13. Jahrgang 1915, nach S. 102

ENTWICKLUNG DER ZEITSCHRIFT

Verantwortlicher Redakteur für die Jahre 1903 - 1906 war der Wiener Zahnarzt Hugo TREBITSCH. Unterstützt wurde er anfangs von seinem Kollegen Rudolf VIERTHALER. Offensichtlich war das Leserecho nach Erscheinen der ersten Hefte recht zurückhaltend. TREBITSCH äußert in seinem Bericht über das erste Jahr:

„Das Verbandsorgan mag die Herren bezüglich des Inhaltes und infolge besonders in den ersten Nummern häufiger technischer Mängel nicht vollständig befriedigt haben. Sind die technischen Fehler die Folge davon, dass die redaktionelle Leitung nicht in den Händen von bezahlten Berufszeitungsschreibern ruht, so hat dies andererseits den Vorteil, dass die Bestimmung des Inhaltes einzig und allein von den Rücksichten auf wissenschaftliche und Standesinteressen abhängig ist und dass jedes geschäftliche Interesse der Schriftleitung ferne liegt.“
(TREBITSCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 76)

Tatsächlich schienen die Redakteure ihre Arbeit zunächst ehrenamtlich geleistet zu haben, erst später findet sich eine Notiz, daß 60 K / Vierteljahr für den Sekretär bewilligt wurden (Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 49).

Sicherlich hoffte man, mit dem Eintritt Siegfried ORNSTEINS 1904 in die Schriftleitung dieser Mängel Herr zu werden. ORNSTEIN war Assistent an der zahnärztlichen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien unter METNITZ, und er war Schriftleiter der „Wiener Zahnärztlichen Monatsschrift“ von 1899 - 1903 gewesen, deren Erscheinen mit dem Dezemberheft eingestellt worden war. So konnte man einerseits auf ORNSTEINS Erfahrungen im Redaktionswesen zurückgreifen, andererseits konnte eine Verbindung zu den Kollegen aus Forschung und Lehre dem wissenschaftlichen Inhalt der Zeit-

schrift nur förderlich sein. Ein solcher Austausch wurde laut Heinrich BOENNECKEN, Professor und Leiter der zahnärztlichen Klinik in Prag, auch seitens der Hochschullehrer für sinnvoll gehalten:

„Ich bin aber der Ansicht, daß gerade über diese [alltäglichen] Dinge, die dem praktischen Zahnarzt die wichtigsten sind, der akademische Lehrer, dem die Vorteile des großen klinischen Materials zu Gebote stehen, von Zeit zu Zeit seine an diesem Material gesammelten Erfahrungen publizieren soll. Nur so kann allmählich über diese Fragen die erstrebenswerte Einheitlichkeit der Anschauungen gewonnen werden.“

(BOENNECKEN, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 218)

Aber auch jeder praktizierende Zahnarzt war zur Mitarbeit aufgerufen. Johann FRANK als Präsident des „Vereines Wiener Zahnärzte“

„ ... ersucht die Kollegen, durch Widmung ihrer Arbeiten dieses Blatt zu unterstützen.“

(FRANK, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 62)

Es wird Wert darauf gelegt, daß nur wirkliche Originalarbeiten veröffentlicht werden.

„Bei Zusendung von Original-Arbeiten wird um Mittheilung gebeten, falls dieselbe Arbeit gleichzeitig auch einem anderen Blatte übersendet wurde.

Die Redaction“

(Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 217)

Nach den Statuten des Zentralverbandes der österreichischen Stomatologen müssen die auf der Jahresversammlung gehaltenen

„ ... Vorträge und Berichte über Demonstrationen ... in der österreichischen Zeitschrift für Stomatologie als Originalartikel erscheinen. Die diesbezüglichen Manuskripte sind sofort nach dem Vortrage dem Schriftführer der Versammlung zu übergeben.“ (Geschäftsordnung, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. III vor 419)

Die Kollegen werden auch ersucht, bei der Sichtung ausländischer Zeitschriften und neuerschienener Bücher mitzuhelfen:

„Kollegen, welche Zeitschriftenreferate (deutsch, französisch, englisch, spanisch) und Bücherrezensionen übernehmen wollen, werden ersucht, dies der Redaktion mitzuteilen.“ (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 480)

Die Mitarbeit soll durchaus nicht unentgeltlich erfolgen. Die Redaktion wendet sich

„An die Herren Mitarbeiter!

Die Verrechnung der Honorare erfolgt vierteljährlich.“

(Die Redaktion, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 250)

Auch später wurde mit großzügiger Honorierung um Beiträge geworben.

„Die Verwaltung zahlt eigentlich besser als andere Fachjournale.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 15)

Die Aufforderung zu verstärkter Mitarbeit hatte zunächst auch Erfolg; doch obwohl im zweiten Jahrgangsband 34 Originalarbeiten erschienen (1903 waren es 23), mußte die Redaktion sich mit folgenden Worten an die Autoren wenden:

„An die Herren Mitarbeiter. Infolge Stauung des Materials, wegen massenhafter Einläufe, bitten wir bezüglich der Veröffentlichung um Geduld.“

(Die Redaktion, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 334)

Die Qualität der nun so zahlreich eintreffenden Originalbeiträge schien jedoch häufig nicht dem Anspruch der Zeitschrift zu genügen, die ja

„ ... ihre Leistungsfähigkeit auf wissenschaftlichem Gebiete immer mehr ... steigern ... “ (Die Redaktion, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) vor S. 453)

wollte. Deshalb kündigte TREBITSCH im Januar 1905 an, für den neuen Jahrgang eine kritischere Auswahl der Artikel vorzunehmen.

„Im künftigen Jahre beabsichtigt die Schriftleitung sehr vorsichtig bei der Auswahl der Originalarbeiten vorzugehen und lieber weniger, aber interessante Arbeiten zu bringen.“
(Die Redaktion, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 62 f)

In den folgenden Jahren schwankte die Anzahl der Originalarbeiten dann zwischen 13 und 20. Es war offensichtlich schwierig, ständige Mitarbeiter zu gewinnen, von den meisten finden sich nur eine bis höchstens drei Arbeiten.

Zu denen, die über viele Jahre hinweg regelmäßig Beiträge zur Verfügung stellten, gehörten FREY, PORDES, SICHER, ZSIGMONDY und vor allem WEISER und ZILZ.

Victor FREY (geb. 1878), Wien, wurde 1914 zum Kammerzahnarzt des Erzherzogs Carl Franz Josef und der Erzherzogin Zita ernannt. 1917 übernahm er die zahnärztliche Abteilung des Verwundetenspitals der Wiener Allgemeinen Poliklinik unter WUNSCHHEIM und erlangte 1918 den Titel eines Regierungsrates.

Fritz PORDES (1890 - 1936), der schon während seines Studiums aus dem Wiener zahnärztlichen Institut SCHEFFs berichtete, war seit 1916 Leiter des Röntgenlaboratoriums am Reservespital Nr. 17 in Wien. Dort erbrachte er gemeinsam mit den Kollegen HOLZKNECHT und ROBINSOHN Pionierleistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik des Gesichtsschädels (STIEBITZ, S. 472).

Harry SICHER (1889 - 1974) schrieb seit 1914 aus dem anatomischen Institut der Wiener Universität; er machte die

anatomischen Methoden der TANDLERschen Schule der zahnärztlichen Praxis nutzbar (STIEBITZ, S. 472).

Otto ZSIGMONDY (1860 - 1917), Wien, war ein im In- und Ausland hochgeachteter, in allen Zweigen der zahnärztlichen Wissenschaft bewandeter Zahnarzt. Er hatte in Wien, London und Amerika studiert, kannte sich in der Fachliteratur des In- und Auslandes bestens aus und hielt durch wiederholte Auslandsreisen Kontakt zu vielen hervorragenden Vertretern seiner Wissenschaft. Er sah Fortschritt und Weiterentwicklung der Zahnheilkunde nur auf dem Boden der medizinischen Wissenschaft. Rufe an die Universitäten in Wien, Prag, Innsbruck und Graz lehnte er aber aus persönlichen Gründen ab (Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 190 - 192).

Rudolf WEISER (1859 - 1928) durchlief eine wissenschaftliche Laufbahn am zahnärztlichen Institut der Wiener Poliklinik; er wurde 1904 Privatdozent und 1912 a.o. Professor am zahnärztlichen Institut der Wiener Poliklinik. Dort vertrat er den chirurgisch-prothetischen Bereich, ab 1915 leitete er die entsprechende Abteilung am k. u. k. Reservespital Nr. 17, der Zentralstätte für die Behandlung von Kieferverletzten in Wien, seit 1919 stand er dem zahnärztlichen Universitätsinstitut in Wien vor. Er sah seine Mitarbeiter und sich in der Tradition der Meister der Zahnheilkunde wie TANDLER, SCHEFF, ANGLE, EISELSBERG, BLACK, PARTSCH, MILLER und anderer.

Juljan ZILZ (1871 - 1930) schließlich schrieb ab 1910 regelmäßig für die Zeitschrift. Er war Regiments-Chefarzt und bischöflicher Schulzahnarzt in Karlsberg (Ungarn). 1914 wurde er Leiter eines mobilen zahnärztlichen Feldambulatoriums, zugleich habilitierte er sich an der Wiener Universität zum Dozenten für Zahnheilkunde. Bis

1918 war er Leiter der Kriegszahnklinik der IV. Armee in Lublin, die dann nach Wien verlegt und unter seinem Kommando mit dem Reservespital Nr. 17 vereinigt wurde.

ZILZ verfaßte zahlreiche Artikel „aus dem Felde“. Er berichtete über eigene klinische Methoden und Erfahrungen, referierte aber auch aus zahlreichen Fachzeitschriften, lieferte dazu Übersichtsreferate und fertigte Übersetzungen aus Veröffentlichungen in englischer, französischer, italienischer und polnischer Sprache an.

In den Augen STEINSCHNEIDERS war er

„ ... sicher der fruchtbarste und vielseitigste Schriftsteller unserer Zeit, der auf alle Gebiete der Zahnheilkunde und Stomatologie seine Forschungen ausdehnt, dem wir eine große Reihe anerkannter, grundlegender Arbeiten verdanken ...“. (STEINSCHNEIDER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 343)

Mehr als die jeweiligen Redakteure scheinen diese qualifizierten Autoren, die zumeist an den Universitäten tätig waren, den wissenschaftlichen Anspruch der Zeitschrift sichergestellt zu haben.

Die wirtschaftliche Lage des Blattes allerdings war schlecht. Die Zahnärzte, auch die Verbandsmitglieder, lehnten zum großen Teil ein Abonnement ab, sodaß es

„ ... materiell einzig und allein durch den Vertrag gesichert und der Bestand des Blattes für 10 Jahre allerdings nur im Umfange von zwei Druckbogen garantiert [ist].“
(Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 62)

Als ungerecht wurde es empfunden, daß unter diesen Voraussetzungen die Zeitschrift mit der „Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde“ verglichen wurde, die mit einem fixen Anteil des

Jahresbeitrags der zahlreichen Mitglieder des „Zentralvereins deutscher Zahnärzte“ rechnen konnte. Das ermöglichte einen großen Umfang und kostspielige Abbildungen. Zusätzliche Abonnenten und zahlreiche Inserenten brachten weitere Summen ein. Das alles traf für die Österreichische Zeitschrift für Stomatologie nicht zu. Auch der selbstlose Einsatz Einzelner, wie des Dozenten WEISER, der „gewisserweise als Mater alimentaris gewirkt“ hat (Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 327), konnte nicht verhindern, daß das Blatt nach den Worten TREBITSCHs

„ ... in einen solchen Zustand geraten [ist], daß man heute an eine Sanierung schreiten muß.“
(TREBITSCH, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 327)

Das Vorwort, das die Schriftleitung mit Beginn des 5. Jahrganges, also Anfang 1907, an seine Leser richtete, war den vorangegangenen sehr ähnlich. Wieder wurde beklagt, daß das

„ ... im Verhältnis zu Deutschland geringe Vereinsleben ... dem Organ des Verbandes keine starke Unterstützung [bot], und auch die Förderung seitens der schriftstellerisch tätigen Kollegen ... nicht so mächtig [war], wie erwünscht wäre.“ (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) vor S. 1)

Der Schriftleiter, zu diesem Zeitpunkt noch TREBITSCH, äußerte jedoch die Hoffnung, daß sich die Situation des Blattes zum besseren wenden würde.

„Nun aber mehren sich die Anzeichen, daß sich zu den bisherigen Mitarbeitern neue finden und daß die weitere Ausgestaltung des Blattes gelingen wird.“
(Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) vor S. 1)

Man dachte nun auch an eine inhaltliche Veränderung und an eine stärkere Berücksichtigung der Standespolitik. In dieser Beziehung hatte man sich bisher größte Zurückhaltung auferlegt.

„Es wurde sorgfältig vermieden, Veranlassung zu Feindseligkeiten zu bieten und der »Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie« kann sicher nicht der Vorwurf gemacht werden, sie wäre je von der sachlichen Behandlung einer Angelegenheit abgewichen, hätte einen unwürdigen Ton angeschlagen oder persönliche Angriffe gegen irgendwen gerichtet.“ (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) vor S. 1)

Aber die standespolitischen Fragen, besonders bezüglich der „Zahntechnikerfrage“, wurden immer drängender, eine Lösung der Probleme schien in weiter Ferne zu sein. Einige Kollegen waren schon seit längerem mit der zurückhaltenden und überwiegend berichterstattenden Behandlung dieser Fragen nicht einverstanden und forderten ein kämpferisches Vorgehen und größere Einigkeit:

„Es wäre Zeit, daß die Zahnärzte von ihren Feinden lernten, sich dem Verband anschließen und ihr eigenes Fachblatt unterstützen.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 240)

„Dazu ist es mehr denn je nötig, daß die Zahnärzte Oesterreichs sich bezüglich der Aktionen des Verbandes informieren, denn nur einiges, geschlossenes Vorgehen kann die Interessen derselben fördern.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 175)

„Es wäre im Interesse der Einigkeit wünschenswert, wenn alle Kollegen, zumindest alle Verbandsmitglieder das Blatt hielten und auch läsen.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 76)

Und so nahm die Schriftleitung schließlich die Zeichen der Zeit auf und kündigte eine Korrektur des Schwerpunktes an:

„Nunmehr aber wird sich die Zeitschrift des Verbandes auch mit besonderem Eifer dem Abschnitt »Standesangelegenheiten« zuwenden und bittet in dieser Hinsicht alle Kollegen, welche an der Förderung der Sache der österreichischen Zahnärzte mitarbeiten wollen, um ihre Mitwirkung.“ (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) vor S. 1)

Ganz überraschend erklärte TREBITSCH im Februar 1907 seinen Rücktritt vom Amt des Schriftleiters mit sofortiger Wirkung:

„An die P. T. Mitarbeiter und Leser der österreichischen Zeitschrift für Stomatologie.

Mit dem vorliegenden Hefte der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie beende ich meine Tätigkeit bei der Schriftleitung dieses Blattes. Ich gestatte mir bei dieser Gelegenheit allen Herren Kollegen, welche mich durch Zuwendung ihrer Arbeiten an dieses Blatt unterstützten, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Mit kollegialer Hochachtung

Wien, im Februar 1907

Dr. Hugo TREBITSCH“

(Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 64)

Im darauf folgenden Heft wandte sich die Redaktion an die Mitarbeiter und Leser der Zeitschrift:

„Der bisherige Schriftleiter der Zeitschrift für Stomatologie hat sein Amt niedergelegt. Die Redaktion wird nunmehr vom Präsidenten des Verbandes geleitet. Herr Dr. TREBITSCH hat in höchst aufopfernder Weise seit Gründung der Zeitung seine große Arbeitskraft derselben gewidmet und sich dadurch den Verband sowie die gesamte Kollegenschaft zu dauerndem Dank verpflichtet.“
(Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 80)

Beide Mitteilungen waren auffallend knapp und sachlich formuliert, vor allem im Vergleich zu der überschwenglichen Ausdrucksweise, derer man sich sonst bei der Bekanntgabe wichtiger Personalien bediente. Verwunderlich war auch, daß TREBITSCH erst zwei Monate zuvor in den Ausschuß (Vorstand) des Zentralvereins gewählt worden war (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 51). Dieses Mandat gab er nun gleichzeitig mit der Schriftleitung zurück.

Daß von keiner Seite Gründe für den Rücktritt genannt wurden, gibt Anlaß zu Spekulationen. Möglicherweise war TREBITSCH enttäuscht darüber, daß trotz wiederholter Bitten die Mitarbeit der schriftstellerisch tätigen Kollegen eher zurückhaltend blieb. Auch die finanzielle Lage des Blattes bot keinen Grund zur Freude. Nicht einmal alle Verbandsmitglieder abonnierten das Blatt, und ein Teil der Abonnenten blieb den Bezugspreis schuldig.

Vielleicht hatte er aber auch andere Gründe, die in das Jahr 1904 zurückreichen könnten. TREBITSCH war standespolitisch engagiert. Anlässlich einer turbulent verlaufenen Plenarversammlung des „Vereines Wiener Zahnärzte“ hatte er sich vehement gegen die Ausweitung der Befugnisse für Zahntechniker ausgesprochen, die

„ ... in hochstaplerischer Weise präbendieren für Ärzte gehalten zu werden ...“, (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 231)

und er warnte davor, der österreichischen Regierung entgegenzukommen, denn

„ ... wenn man aber etwas von seinen Rechten hergebe, werde einem jedenfalls noch mehr genommen werden.“
(Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 232)

Nachdem er 1904 in der „Österreichischen Ärzte-Zeitung“ Stellung gegen die Zahntechniker bezogen hatte, geriet er in deren Visier. Er sah sich einer Erpressung ausgesetzt und wurde von Seiten der Zahntechniker aufgefordert,

„ ... nichts mehr gegen die Zahntechniker zu schreiben ...“,
(Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 456)

andernfalls ein gegen ihn gerichteter Artikel in der „Zeitschrift für Zahntechnik“ erscheinen würde. TREBITSCH zeigte sich unbeeindruckt und wandte sich an seine Leser:

„Ich bin gewohnt, weder zu drohen noch zu erpressen, ich werde mich bei meinen Handlungen auch nie durch Erpressungen beeinflussen lassen.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 456)

„Bei meiner Tätigkeit auf publizistischem Gebiete war es mir allezeit nur darum zu tun, den Interessen meines Standes zu dienen und allenfalls den Beifall meiner Kollegen zu erringen. Auf die Zustimmung der Zahn-techniker habe ich selbstverständlich nicht gerechnet.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 457 f)

Umsomehr stieß TREBITSCH auf das Unverständnis seiner Kollegen, als er 1908 in der „Zahnärztlichen Rundschau“ Stellungnahmen über die Zahnärzte-Zahntechnikerfrage veröffentlichte, die den Ansichten des Zentralverbandes zuwiderliefen.

„Indessen haben es zwei Kollegen für gut befunden, ihre Ansichten über die Regelung der ganzen Frage in Zeitschriften, die dem Zentralverband vollkommen fernestehen, zu veröffentlichen. Es liegt uns jede Polemik ferne, doch möchten wir bemerken, daß der Zentralverband sich mit einem wesentlichen Teil der in diesen Artikeln dargelegten Ansichten nicht einverstanden erklären kann. Es sind derlei Vorkommnisse um so bedauerlicher, da sie nur geeignet sind, das Urteil der Öffentlichkeit und der Behörden zu verwirren. Glücklicherweise steht aber die Zahnärzteschaft heute, von wenigen Ausnahmen abgesehen, völlig geeinigt da, und wir fürchten nicht, daß diese nach jahrelangen Bemühungen endlich erreichte Einigkeit durch das Auftreten einzelner Kollegen gestört werden könnte.“ (Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 125f)

TREBITSCH jedoch führte seinen unerklärlichen Feldzug weiter, so daß sich der Vorstand der Wiener Ärztekammer veranlaßt sah, sich

in einer öffentlichen Erklärung von ihm zu distanzieren (Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 254).

„Die unglückselige, verhängnisvolle Intervention eines Wiener Kollegen [TREBITSCH], der ohne Auftrag und ohne Nötigung an die Regierung, an den Sanitätsausschuß, an die Genossenschaft etc. eine auch in Fachzeitschriften abgedruckte Zuschrift versendet hatte ...“, (Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 28)

führte schließlich zum Scheitern der Verhandlung zwischen den Zahnärzten und der Genossenschaft der Zahntechniker. Man hatte geglaubt, eine ersprießliche und beide Teile befriedigende Einigung gefunden zu haben und war nun empört darüber, daß die

„... unglückselige Dazwischenkunft jenes Kollegen ... zum Scheitern des Kompromisses geführt [hat], da die Genossenschaft unter dem Eindruck jenes Memorandums sofort viel weitgehendere Forderungen, respektive die Auslieferung der ganzen Zahnheilkunde, an uns stellte.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 29)

Nun war genau das eingetreten, wovor TREBITSCH 1903 gewarnt hatte, und zwar durch sein eigenes Verhalten. Inzwischen nahm der Ton der Auseinandersetzung bisher ungekannte Formen an.

„Es gibt zwar auch hie und da unter uns Ärzten ganz genau bekannte Verräter, die weniger aus Überzeugung als aus Ambition, im Gegensatz zu ihrer Vergangenheit, den Zahntechnikern den Zahnarztstitel zu verschaffen wünschen ...“. (GRÜN, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 208)

„Besonders gut und zweckentsprechend ist von dem [Regierungs-]Referenten Dr. HEILINGER der Dr. TREBITSCH als Autor gewählt worden, derselbe TREBITSCH, der seinerzeit die Kurpfuscherei der Zahntechniker nicht genug anzugreifen wußte, der aber jetzt – ob durch metaphysische, physische, moralische oder pathologische Wandlung – dafür eintritt, den Zahntechnikern für die Übergangszeit den Zahnarztstitel zu verleihen ...“.

(GRÜN, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 215)

Jetzt sah auch das Präsidium des Zentralverbandes Anlaß zu einer öffentlichen Distanzierung von TREBITSCH und ließ eine entsprechende Verlautbarung in der „Zahnärztlichen Rundschau“ erscheinen (Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 255).

Endlich wurde im Oktober 1908 ein Antrag auf Ausschluß von TREBITSCH aus dem Verein österreichischer Zahnärzte eingebracht.

„Dieser hat allerdings vor der Verhandlung über diesen Antrag den freiwilligen Austritt aus dem Verein angemeldet.“ (Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 255 f)

TREBITSCH hatte zwar noch in offensichtlich bester Kenntnis des Pressegesetzes, auf das er sich berief, Gegendarstellungen in die Zeitschrift setzen lassen; danach hörte man jedoch nichts mehr von ihm.

Die Nachfolge TREBITSCHs übernahm im März 1907 für wenige Monate Franz TRAUNER (1867 - 1939), der damalige Präsident des Zentralverbandes. Man wollte wahrscheinlich eine große Diskussion um die Zeitschrift vermeiden und in Ruhe über eine neue Schriftleitung entscheiden. Doch TRAUNER verließ Ende 1907 Wien, um einer Berufung an die Universität Graz zu folgen. Deshalb erfolgte zum Jahreswechsel ein weiterer Wechsel in der Schriftleitung. Sie lag ab 1908 in den Händen von Gustav WUNSCHHEIM Ritter von Lilienthal (1865 - 1938) und Rudolf BUM. In der vorangegangenen Zeit waren die Hefte oft verspätet erschienen, und man versprach,

„ ... die durch den mehrfachen Redaktionswechsel entstandene Versäumnis möglichst rasch nachzuholen ...“. (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 321)

WUNSCHHEIM wurde 1905 nach dem frühen Tod von Josef Ritter von METNITZ (1861 - 1905) dessen Nachfolger als Leiter der zahnärztlichen Abteilung der Poliklinik der Wiener Universität. Als Autor von Originalartikeln war er bisher nicht hervorgetreten, und auch als Schriftleiter der Zeitschrift trat er praktisch nicht in Erscheinung. Den Jahresversammlungen des Verbandes in der Zeit seiner Amtsinhabung blieb er aus gesundheitlichen Gründen fern, sodaß die jeweiligen Berichte der Schriftleitung von BUM erstattet wurden. Es erwächst der Eindruck, daß WUNSCHHEIM das wissenschaftliche Aushängeschild der Zeitschrift sein sollte, die Arbeit aber von BUM versehen wurde. Wahrscheinlich brachte sie ihm wenig Freude. In seinem Bericht über die Entwicklung der Zeitschrift im Jahre 1908 führte er

„ ... die geringen Leistungen des Blattes in bezug auf wissenschaftliche Interessen zumeist darauf zurück, daß die Autoren für ihre Publikationen berechtigterweise die weitverbreiteten und in großer Auflage erscheinenden Fachblätter dieser Zeitschrift, welche doch nur eine beschränkte Verbreitung hat, vorziehen. Doch auch Artikel über Standesinteressen werden der Schriftleitung nur selten zur Verfügung gestellt und gerade jetzt wäre es sehr an der Zeit, durch streng sachlich gehaltene Artikel auf die Kollegenschaft einzuwirken und sie aufzuklären.“

(BUM, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 30)

Dieser Zustand hatte sich auch ein Jahr später nicht gebessert. Die letzten Hefte waren in unregelmäßigen Intervallen erschienen. Als Hauptgrund beklagte BUM wieder den

„ ... Mangel an Material, sowohl bezüglich Originalarbeiten wie auch in Bezug auf Referate. Die Schriftleitung ist heute in derselben betrübenden Lage wie im Vorjahre, da sie an dieser Stelle dieselben Klagelieder anzustimmen sich genötigt sah: Die Autoren wollen in unserer wenig verbreiteten und wenig bekannten Zeitschrift nichts veröffentlichen, und da haben sie ja ganz recht – sie publizieren lieber in

weitverbreiteten und in großer Auflage erscheinenden Fachblättern.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 15)

Auch 1910 ergab sich keine Änderung, weder die verzweifelte Bitte um Mitarbeit noch der Hinweis auf die gute Bezahlung hatten Gehör gefunden. Mit dem Augustheft 1911 schließlich beendeten BUM und WUNSCHHEIM ihre Tätigkeit in der Schriftleitung, vermutlich aus Enttäuschung über die mangelnde Resonanz.

Nun stellte sich Emil STEINSCHNEIDER als neuer Schriftleiter vor. Er war Zahnarzt in Wien und Vizepräsident des Vereins Wiener Zahnärzte. Entschlossen nahm er die schon von TREBITSCH für notwendig gehaltene Sanierung der Zeitschrift in Angriff. Zuerst setzte er durch, daß die finanzielle Grundlage durch die Zuwendung eines festen Teiles der Mitgliedsbeiträge des Zentralvereins und durch jährliche Subventionen der angeschlossenen Fachvereine verbreitert wurde. Zur Hebung des Inhaltes setzte er einen Beschluß von 1902 um, nach dem alle auf der Jahresversammlung des Zentralverbandes gehalten wissenschaftlichen Vorträge in der Zeitschrift veröffentlicht werden mußten. Immerhin war für die Veranstaltung mit einem wissenschaftlichen Programm geworben worden,

„ ... welches die modernsten Errungenschaften und Forschungsergebnisse auf den für die Zahnärzte wichtigen Gebieten enthält.“ (Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 343)

Schließlich – und das war wohl der entscheidende Schritt zur Neuordnung – erreichte STEINSCHNEIDER in langwierigen Verhandlungen mit der Verwaltung der Zeitschrift die Auflösung

„ ... des unseligen, uns anscheinend unlöslich bindenden Vertrages ...“. (Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 29)

Ab 1913 erschien die Zeitschrift im Verlag Urban & Schwarzenberg. Man war mit dieser Entwicklung sehr zufrieden und lobte das umsichtige und tatkräftige Vorgehen des neuen Redakteurs.

„Der Schriftleiter unserer Zeitung, Dr. STEINSCHNEIDER, hat sich in nicht genug anzuerkennender Weise monatelang mit der Verwaltung herumgeschlagen; es ist nur seiner besonderen Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit zuzuschreiben, daß die Zeitschrift, die jetzt ganz regelmäßig erscheint, immer mehr an Ansehen und Boden gewinnt.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 29)

Auch die Leser der Zeitschrift bemerkten eine Veränderung. Johann AUGST, Troppau, der immer wieder gefordert hatte, man möge die Standesangelegenheiten stärker berücksichtigen, stellte zufrieden fest:

„Neuerdings nimmt die »Österreichische Zeitschrift für Stomatologie« doch einen frischeren Anlauf, den rein zahnärztlichen Angelegenheiten ihre Blätter ausgiebiger als bisher zu öffnen. Man kann dies nur lebhaft begrüßen.“ (AUGST, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 231)

Die Entwicklung der Zeitschrift hatte auch zu Beginn des Jahres 1914 einen erfreulichen Verlauf genommen.

„Ein reiches wissenschaftliches Material in Form wertvoller Originalarbeiten mit schönen Illustrationen, Referate, Vereinsberichte, Standesfragen, wirtschaftliche Angelegenheiten usw. bilden den Inhalt ihres XII. Jahrganges.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 49)

Die bestehenden Rubriken waren neu geordnet und gestrafft worden, das Angebot wurde durch neue Sparten wie „Praktische Winke“, „Neuheiten“, „Eingelangte Bücher“ und „Antwort der Redaktion“ ergänzt. Inserate erschienen nun auf 10 - 11 statt bisher 3 - 4 Seiten, zusätzlich wurden Werbebeilagen eingelegt.

Der insgesamt vergrößerte Umfang auf 2½ Druckbogen, das waren ca. 40 Seiten, ging mit einer geringfügigen Vergrößerung des Formates einher. Die Verbesserungen wurden finanziell durch einen weiteren Zuschuß des Zentralvereines und die Erhöhung des Bezugspreises getragen.

Aber die Blütezeit unter dem neuen Redakteur und Verlag sollte nur von kurzer Dauer sein. Mit Kriegsbeginn wurde STEINSCHNEIDER zum Militärdienst einberufen; während seiner Abwesenheit vertrat ihn Siegfried FEHL, Wien. Zugleich schrumpfte die Seitenanzahl der Hefte auf ca. 20 Seiten. Die Rubriken „Vereinsnachrichten“ und „Standesangelegenheiten“ kamen fast völlig zum Erliegen, denn Versammlungen oder Kongresse fanden selten oder gar nicht mehr statt.

„Die relativ geringe Teilnahme, die sich in der heurigen Verbandsversammlung geltend macht, erklärt sich aus dem Umstande, daß ein großer Teil unserer Mitglieder einberufen ist und auch der restliche Teil infolge des Kriegszustandes begreiflicherweise nicht Zeit und Muße findet, sich am Vereinsleben intensiver zu betätigen.“
(HERZ-FRÄNKEL, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 21)

„Der Krieg hat ja auch den großen internationalen wissenschaftlichen Versammlungen und Kongressen dieses Jahres ein rasches Ende bereitet.“
(BUM, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 22)

Überragende Bedeutung erlangten nun die Originalarbeiten, die einen immer größeren Anteil des Heftes, oft mehr als die Hälfte der Seiten, in Anspruch nahmen. Sie waren der einzige Weg zu einem breiten Erfahrungsaustausch unter den Zahnärzten, die sich im Felde und in den Kliniken Aufgaben ungekannten Ausmaßes gegenübergestellt sahen, Behandlungsmethoden zum Teil erst entwickeln

mußten und ihre Erfahrungen weitergeben wollten. Eine gewisse Bedeutung behielt in dieser Zeit auch noch die Sparte „Referate und Bücherbesprechungen“, wobei in der Hauptsache Referate aus deutschen, österreichischen und schweizerischen Zeitschriften erschienen, bis 1916 auch noch einige aus amerikanischen Heften. Die übrige ausländische Literatur war während des Krieges offenbar für die österreichischen Zahnärzte nicht zugänglich.

Es gelang, die Zeitschrift über die ganze Kriegszeit hinweg regelmäßig erscheinen zu lassen, seit 1917 nahm der Jahresumfang sogar wieder zu.

Ein Blick in die Inhaltsübersicht des Jahres 1919 zeigt, daß im Rahmen der veränderten staatlichen Verhältnisse die Neuorganisation der Zahnärzte in vollem Gange war. Es wurden wie früher Sitzungsprotokolle abgedruckt, die davon zeugten, daß das Vereinsleben wiedererwachte. Auch Standesfragen und vor allem wirtschaftliche Angelegenheiten wurden thematisiert.

Inzwischen war STEINSCHNEIDER an seinen Redaktionsschreibtisch zurückgekehrt. Er sollte die Geschicke der Zeitschrift 26 Jahre lang führen. Am 1. Januar 1938 gab er die Redaktion ab. Rückblickend gestand er, anfangs nicht an die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit des Blattes geglaubt zu haben.

„Seit ihrer Geburt führte sie ... nur ein Scheindasein So kam es, daß sie damals, ein achtjähriges Kind, ... dem Verlöschen nahe war und die Ärzte daran zweifelten, sie noch am Leben erhalten zu können.“

(STEINSCHNEIDER, zit. in: STEPHAN S. 13)

STEINSCHNEIDER war es wie seinen Vorgängern im Amte ergangen. Kurzfristig war ihm die Schriftleitung angetragen worden, nach der er sich nicht gedrängt hatte. Gleichwohl machte er sich mit viel Einsatzfreude und Beharrlichkeit an die Arbeit. Seine Mühe wurde belohnt, denn

„ ... mit starkem Ehrgeiz und Hartnäckigkeit schaffte er es, eine international anerkannte Zeitschrift zu formen.“
(STEPHAN, S. 14)

Es war sicherlich auch ein Verdienst STEINSCHNEIDERS, daß das Blatt den Krieg überdauerte. Das war nicht allen Zeitschriften vergönnt gewesen, denn die Anzahl der Blätter in deutscher Sprache hatte sich in der Zeit zwischen 1914 und 1919 annähernd halbiert, von denen der Heilwissenschaft war ein Drittel nach dem Krieg verschwunden (LORENZ, S. 28 und 34).

INHALT DER ZEITSCHRIFT

I. ORIGINALARBEITEN

1. ZAHN-, MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN

Dieses Gebiet wurde entsprechend seiner Bedeutung innerhalb der Zahnheilkunde sehr umfassend mit zahlreichen Originalarbeiten abgehandelt.

Einen Schwerpunkt bildeten die Theorien zur Kariesentstehung. Bereits 1889 hatte Willoughby Dayton MILLER (1853 - 1907) experimentell nachgewiesen,

„ ... dass die Karies zwar eine chemische, nicht aber eine elektrolytische Angelegenheit sei. Als Schüler Robert KOCHs stiess er in die Kleinlebewelt der Mundhöhle vor und erkannte ihren Einfluß auf die Zahnzersetzung.“
(BAUR, S. 63)

Ähnlich äußerte sich Leo FLEISCHMANN (1871 - 1932), Dozent und später Professor in Wien:

„Die Theorie besagt uns, daß Karies zunächst nur durch Einwirkung von Säuren auf den Zahn entstehen könne. Die Säuren werden vorwiegend durch Gärungsvorgänge in Kohlehydrate enthaltenden Speiseresten entwickelt. Sie entkalken den Schmelz und führen dadurch seinen Zerfall herbei. Hierauf entkalken sie das Zahnbein, welches in entkalktem Zustande durch die peptonisierende Wirkung mehrerer Bakterienarten zur Auflösung gebracht wird.

Die Theorie gipfelt also in dem Satze, ohne Säure keine Karies ...“. (FLEISCHMANN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 153 f)

Es gelang, an extrahierten Zähnen oder im Tierversuch künstlich Karies auszulösen (SMREKER, Jg. 1 (1903) S. 251 - 258 und GOTTLIEB, Jg. 11 (1913) S. 174 - 176). Als Kariesursache fand man Aufstoßen konzentrierter Säure auf Grund eines Magenleidens (KREISLER, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 267 - 279) und Hyperazidität des Speichels bei Krankheit oder ungesunder Ernährung (HOWE, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 102 - 106). FLEISCHMANN glaubte an eine temporäre Disposition zur Karies. Sie war für ihn ein rein parasitärer Prozeß, bei dem Kokken in die organische Substanz des Schmelzes eindringen und durch Säureproduktion die Kalksalze zur Lösung bringen. Aus diesem Grunde hielt er eine harmonisch gebaute Schmelzstruktur für den besten Kariesschutz (FLEISCHMANN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 153 - 163). ZSIGMONDY schrieb, daß die Karies – ausgehend von schwer zu entfernenden Belägen – von außen nach innen fortschreite (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 193 - 200). Deshalb forderte er das Studium

„ ... der eigentümlichen Verhältnisse der Beläge und der Umstände, welche in diesen die Säurebildung begünstigen ...“. (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 200)

Moritz KÁROLYI (1865 - 1945), Wien, hatte die These aufgestellt: „Artikulationsstörungen sind Grundursache für Pyorrhoea alveolaris und Karies“. Hierauf aufbauend zeigte Adolf MÜLLER, Wien - Bad Gastein, Zusammenhänge auf zwischen mit Artikulationspapier nachgewiesenen Druckstellen und kariösen Läsionen. Mit seinen Vorschlägen für Diagnostik und Therapie, bei Artikulationsstörung nach versteckter Karies zu fahnden und zur Vermeidung von Sekundärkaries normale Artikulationsverhältnisse zu schaffen, meinte er, der Natur zu folgen.

„Das Abkauen ist also der die Artikulation regulierende Behelf, der Selbstregulator, den die Natur zur Verhütung der Erkrankungen gegeben hat.“

(MÜLLER, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 3)

Dennoch bleibt nach der jahrzehntelang kontrovers geführten Diskussion festzustellen:

„MILLER's chemisch-parasitäre Theorie ist noch heute unerschüttert, obgleich auch sie nicht die endgültige Lösung dieses komplexen Vorganges darstellen dürfte. Man hat sie erweitert und ergänzt, man hat ihr andere Theorien an die Seite gestellt, entkräftet aber hat sie bisher noch niemand.“ (HOFFMANN-AXTHELM, 1973, S. 389)

Dieser Zusammenhang war zwar bekannt und wurde auch von SMREKER und FLEISCHMANN (s. o.) in der Zeitschrift dargelegt; die angeregte Diskussion zeigte aber auch, daß man von den MILLER'schen Erkenntnissen letztlich noch nicht so recht überzeugt war.

Mehrere Arbeiten beschäftigten sich mit Infektionen, die, von den Zähnen ausgehend, mitunter einen dramatischen Verlauf nahmen. Carl PARTSCH (1855 - 1932), Direktor des zahnärztlichen Instituts der Universität Breslau, berichtete über Befunde der Lymphknoten (genannt Lymphdrüsen) bei entzündlichen Veränderungen der Pulpa und des Parodontiums sowie bei Vereiterungen im Kieferbereich (Besonderheit: kolorierte anatomische Tafeln auf Glanzpapier) (PARTSCH, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 285 - 291 und S. 317 - 322).

„Gehört die Lymphdrüsenanschwellung in das Gebiet der Periodontitis hinein, so muß sie auch bei der Behandlung gebührend berücksichtigt werden und keine Periodontitis darf als geheilt gelten, solange die zugehörige Lymphdrüse noch geschwollen ist. Der Lymphdrüse fällt die Aufgabe zu, nicht allein den von der Infektionsstelle aus ihr zugegange-

nen Infektionsstoff unschädlich zu machen, sondern auch für die Rückbildung und Aufsaugung der am Infektionsherd sich gebildeten Entzündungsprozesse tätig zu sein.“ (PARTSCH, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 321)

Gleichzeitig hob er die Bedeutung seiner Beobachtungen für die allgemeine Medizin hervor:

„So glaube ich Ihnen gezeigt zu haben, daß die Beobachtungen über die Beziehungen zwischen den Zähnen und dem Lymphgefäßsystem ein allgemein medizinisches Interesse haben, und dass durch ihre Verfolgung die Zahnheilkunde die gesamte Medizin zu fördern vermag. Vertiefen wir so unser zahnärztliches Wissen, werden wir auch desto sicherer die Zahnheilkunde von der Stellung eines Adoptivkindes zu der einer echten Tochter der Medizin hinaufführen.“ (PARTSCH, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 322)

Die letzte Bemerkung spiegelte das Bestreben der deutschen Zahnärzte nach verstärkter Forschung wider, die ja nicht – wie ihre österreichischen Kollegen – ein Vollmedizinstudium absolviert hatten:

„ ... wir österreichischen Zahnärzte ... nahmen ... immer eine Ausnahmestellung ein, da wir alle Vollmediziner sind und es dem Gesetze nach sein müssen.“ (BUM, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 338)

Über die Ausbreitungswege des Eiters schrieb Stanislaus SMELHAUS, I. Assistent am k. u. k. Zahnambulatorium der böhmischen Universität Prag. In verschiedenen Fallbeschreibungen wurden die verhängnisvollen, auch letalen Folgen von Eiterungsprozessen dentalen Ursprungs dargestellt – in einem Fall erfolgte eine Ausdehnung bis zum 4. Rippenspatium. Bevorzugt schienen Eiterungsprozesse jedoch eher nach außen durchzubrechen. So wurde aus einer Periodontitis eher eine Periostitis und nicht gleich ein osteomyelitischer Prozeß. Er beschrieb Fälle von sehr entfernt

vom Eiterherd durchgebrochenen Fisteln (SMELHAUS, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 382 - 391).

Nach Ansicht mehrerer Autoren konnten Veränderungen an den Zähnen und im Mund neuralgische Schmerzen (Trigeminusneuralgien) am 2. und 3. Ast des Nervus trigeminus auslösen. Da die Schmerzen vom Patienten projiziert wurden, war die Diagnose erschwert. An Hand von einigen Fallbeispielen wurden folgende Ursachen vermutet:

- kariöse Zähne,
- im Durchbruch befindliche Weisheitszähne,
- Wurzelfüllungen, große Füllungen, abgekaute Zähne,
- Pyorrhoe alveolaris,
- Zustand nach Extraktion periostitischer Zähne,
- rheumatische Zahnschmerzen (Erkältungen) und
- hysterische Zahnschmerzen (Pat. drängen auf Extraktion)

(Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 289 - 297).

Histologisch versuchte Berthold SPITZER, Assistent am k. u. k. zahnärztlichen Institut in Wien, Veränderungen am Zahn und am Nerv nachzuweisen, die für eine Trigeminusneuralgie verantwortlich sein konnten (SPITZER, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 193 - 202). Die Forschungen blieben jedoch ohne nennenswertes Ergebnis.

Eine weitere Erkrankung, die sich entlang eines Nervenverlaufs entwickelt, beschrieb ZILZ in seiner Arbeit über Herpes zoster mentalis auf neuritischer Basis.

„Der gewöhnliche Verlauf beim neurogenen Entstehungsmechanismus des Herpes zoster ist der, daß an den befallenen Stellen in den kutanen Ramifikationsbezirken des Trigemini – denn dieser kommt in diesem Falle in Betracht – allerlei unangenehme Sensationen, die sich bis zu einem stechenden Schmerz steigern können, empfunden werden. Bald kommt es zu einem ... Aufschießen [von] ... Bläschengruppen im Bereiche der oben angeführten Nervzonen, wobei der anatomische Verlauf des Zoster jedesmal den anatomischen Verlauf jenes Nerven deckt, in dessen Bereich das ätiologische Erkrankungsmoment liegt. Wir können daher ... aus der Ausbreitungsweise des Zoster auf den erkrankten Nerv schließen ...“. (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 355)

Im Zahn-, Mund- und Kieferbereich manifestieren sich auch zahlreiche Allgemeinerkrankungen.

So äußerten sich mehrere Autoren zur Rachitis. Eduard Hans URBANTSCHITSCH, pathologisch-anatomisches Universitätsinstitut zu Graz, schrieb:

„Die Krankheit selbst, deren klinische Symptome genau erforscht und beschrieben sind, ist ein konstitutionelles Leiden des frühen Kindesalters, welches sich in schleicher chronischer oder höchstens subakuter Weise entwickelt und dessen hauptsächlichste Erscheinung eine eigentümliche Störung des Knochenwachstums darstellt.“
(URBANTSCHITSCH, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 97)

V. WIESSNER, Freiwaldau, Schlesien, sah in dem von ihm Haliteresis dentium genannten Leiden auch die Ursache für mangelhaft mineralisierte Zähne im Kindesalter:

„Die letztere [Haliteresis dentium] sehen wir zumal an Individuen vor der Vollendung des Größenwachstums, wenn anämische Zustände mit Neigung zu Verkrümmungen der Wirbelsäule, zur Entstehung von X-Beinen, von Plattfüßen, Hängeschultern und dergleichen vorliegen, weil das statische Moment der Knochenfestigkeit den Anforderun-

gen der Belastung nicht entspricht, indem der Knochen zu weich, zu nachgiebig und zu kalkarm ist. Wenn wir nun solche blutarme unlustige Menschenkinder in die Behandlung bekommen und bei ihnen ein weiches Zahnbein, die Tendenz zur raschen Entstehung und zu raschem Fortschreiten der Karies finden, so ist es selbstverständlich, daß wir die klinischen Bilder in Zusammenhang bringen.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 323)

Für den chronischen Kalkmangel war nach Meinung von WIESSNER der zu geringe Gehalt von Salzen in bzw. die ungenügende Absorption der Salze aus der Nahrung verantwortlich. Zur Rachitisprophylaxe sollte sich die werdende Mutter vollwertig ernähren; der Säugling sollte gestillt, statt künstlich mit der Flasche ernährt werden. Eine Vitamin-D-Prophylaxe schien noch nicht bekannt. Offensichtlich befürchtete WIESSNER, daß seine Empfehlungen bei der Bevölkerung nicht auf offene Ohren stoßen würden:

„Aerztliche Belehrungen sind meist nutzlos. Es ist ja auch bequemer, die rhachitischen Kinder zur Zeit des zunehmenden Mondes von weisen Frauen in Freiwaldau ‚besprechen‘ zu lassen, als durch eine bessere Ernährung dem Uebel an die Wurzel zu gehen.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 147)

Trotzdem möchte er in seinen Bemühungen nicht nachlassen,

„ ... weil die Anbildung des Knochens, besonders der Kiefer und der ersten Zähne für die ganze Zukunft des Gebisses meistens schon entscheidend ist.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 326)

Zu den gravierendsten Infektionskrankheiten der damaligen Zeit gehörte die Tuberkulose. Nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus 1882 durch Robert KOCH ergab jedoch

„ ... die sonst gewiß zahlreiche und reichhaltige Tuberkuloseliteratur ... für den Stomatologen eine recht

geringe Ausbeute an Material, welches sein Spezialgebiet betrifft.“ (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 346)

In der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ befaßten sich im untersuchten Zeitraum fünf Originalarbeiten mit der Tuberkulose.

„ ... ZILZ erörtert ... als erster österreichischer Stomatologe eingehend die Frage der Tuberkulose der Mundhöhle ...“. (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 349)

ZILZ berichtete über Modifikationen der Tuberkelbazillen in einer Karieskaverne, die nur nach GRAM (nicht nach KOCH) färbbar waren. In der Mundhöhle dieser Patienten waren hierdurch Tuberkelbazillen latent nachweisbar (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 279 - 287).

Gabriel WOLF, Wien, hingegen vertrat den Standpunkt, daß nur ein Befund nach KOCH als eindeutiger Tuberkulosenachweis gelten könnte. In Anbetracht des widerstandsfähigen Pflasterepithels der Mundschleimhaut und des bakteriziden Speichels wäre eine primäre Mundtuberkulose allerdings selten (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 346 - 352).

Daraufhin präzierte ZILZ seine Erkenntnisse. In seiner Arbeit „Wie wehrt sich der Organismus gegen die Verseuchung durch die in kariöse Zähne gelangenden Tuberkelbazillen“ unterschied er zwischen den nach ZIEHL färbaren säurefesten KOCH'schen Tuberkelbazillen und den nicht säurefesten MUCH'schen Formen (bei GRAM-Färbung MUCH'sche Granula). Der Körper besaß seiner Ansicht nach zwei „Schutzvorrichtungen“:

- die Bildung spezifischer Antikörper und

- den Einschluß der MUCH'schen Formen in ein Wurzelgranulom

(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 277 - 287).

Diese Forschungsergebnisse regten FREY an, die Untersuchungen zu vertiefen:

„ZILZ hat nämlich bei seinen eingehenden Untersuchungen gefunden, daß die Mundhöhle und speziell die kariösen Zähne in einer überraschend großen Anzahl Tuberkulosevirus enthalten ...“.

(FREY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 15)

Er zog folgendes Resümee:

- „I. Tuberkulosevirus ist im Zysteninhalt von ZILZ klinisch einwandfrei nachgewiesen worden.
- II. Das Virus kann durch den Wurzelkanal in das ursprüngliche Granulom gedrungen sein; außerdem ist der hämatogene Weg außer Frage gestellt; auch der lymphogene Infektionsmodus kommt in Betracht.
- III. Fast jeder Mensch ist nach HAMBURGERs Untersuchungen als mit Tuberkulose infiziert zu betrachten. Die Infektion geschieht meistens im Kindesalter. Ein schwacher Organismus erliegt derselben, der kräftige aber bildet Schutzstoffe und immunisiert sich selbst auf diese Weise. ...
- IV. Jedenfalls aber dürfen wir, nachdem wir die Gefahr, die durch ein derartiges Bazillendepot droht, erkannt haben, diesen Befunden nicht gleichgültig gegenüberstehen, sondern wir müssen bei unseren Patienten ... darauf dringen, daß derartige Bazillendepots so früh und so gründlich wie möglich eliminiert werden.“

(FREY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 19 f)

Zur Prophylaxe und Heilung wurde eine gute Mundpflege empfohlen. Die dahingehende Erziehung wäre auch eine besondere Aufgabe

der Schulzahnklinik (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 346 - 352).

Der verbreiteten Auffassung, daß eine ungepflegte Mundhöhle eine Brutstätte für Tuberkelbazillen sei, widersprach KANTOROWICZ (1880 - 1962). Auch mit den Feststellungen von ZILZ und FREY stimmte er nicht überein:

„Die Angaben von ZILZ, wonach die Tuberkelbazillen in den kariösen Höhlen eine Umwandlung in MUCHsche Granula durchmachen sollen und deswegen dem Nachweis entgehen, sind bisher nicht bestätigt. Es liegt nahe zu vermuten, daß es sich bei diesen Befunden um der Antiforminauflösung widerstandene grampositive Kokken gehandelt hat, und tatsächlich widerstehen von den Bakterien und Kokken der Pulpengrän eine große Reihe der Antiforminwirkung.“ (KANTOROWICZ, Bd. 1, S. 282)

Auffällig ist die variierende Bezeichnung der Tuberkuloseerreger; die Begriffe Bazillen, Viren und Pilze werden synonym verwendet (FREY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 15 und 17; WOLF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 348; ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 278).

Eine weitere ernste Infektionskrankheit mit Symptomen im Mundbereich war die Syphilis.

„Es gibt ... keinen Teil des menschlichen Organismus der nicht an Syphilis erkranken könnte. Ein besonderes Interesse in dieser Beziehung bietet die Mundhöhle, deren Schleimhaut beinahe in jedem Falle von Syphilis pathologisch verändert wird.

Für Sie, meine Herren, ist die Erkenntnis der luetischen Erkrankungen des Mundes aus mehr als einem Grunde wichtig. Abgesehen davon, daß Sie oft in die Lage kommen, bei Behandlung der Syphilis der Mundhöhle durch Ihre fachärztlichen Eingriffe und Erfahrungen

mitzuwirken, bildet die erkrankte Mundhöhle eine kolossale Gefahr für den Zahnarzt, der in Unkenntnis der Erkrankung sich selbst, durch infizierte Instrumente aber seine Patienten schwer schädigen kann.“

(PORGES, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 33 f)

In seiner umfassenden Arbeit zum Thema „Die Syphilis des Mundes“ bezeichnete Fritz PORGES, gewesener I. Assistent der dermatologischen Universitätsklinik Prag, die Sklerose der Mundhöhle als häufigste extragenitale Form der Syphilis. Um das Auge des Zahnarztes zu schärfen, beschrieb er detailliert die möglichen Effloreszenzen eines Primäraffekts sowie diejenigen eines Sekundär- und Tertiärstadiums. Differentialdiagnostisch grenzte er die Leukoplakie ab, die damals allerdings in 65% der Fälle auf eine anamnestisch durchgemachte Lues hinwies. Er empfahl vor einer Behandlung eine eingehende Inspektion des Rachens und der Mundhöhle und Untersuchung auf seborrhoische Papeln in den Nasolabialfalten, am Kinn (blaßrosa Infiltrate) und corona venera (braunrote Infiltrate an der Stirn) (PORGES, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 33 - 41).

„Wie soll sich nun der Zahnarzt am zweckmäßigsten gegen berufliche Infektion mit Lues schützen? Vor allem sollte jeder Manipulation im Munde eine eingehende Inspektion des Rachens und der Mundhöhle in allen ihren Teilen vorangehen. Bei Effloreszenzen, die auf Lues verdächtig sind, müßte dementsprechend vorsichtig mit anderen Instrumenten vorgegangen werden.“

(PORGES, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 41)

Victor PRANTER empfahl zum Schutz des Arztes und seiner übrigen Patienten Vorkehrungen zur Infektionsprophylaxe, die auch heute noch gelten:

- den Gebrauch von Instrumenten statt der Finger,
- eine sorgfältige Handpflege,

- den Gebrauch von Handschuhen,
- die Hände- und Gesichtswaschung,
- eine sorgfältige Desinfektion bzw. das Auskochen der Instrumente und
- einen luetischen Patienten am Ende der Sprechstunde zu behandeln

(PRANTER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 97 - 113).

Gerade Krankheiten wie Syphilis und Tuberkulose hatte Carl JARISCH jun., Wien, im Blick, wenn er über Asepsis und Antisepsis in der Zahnheilkunde feststellte:

„Während die Chirurgie in einer großen Zahl von Fällen bezüglich der Schutzvorkehrungen gegen Infektionen sich auf die Verhinderung des Hinzutretens von Krankheitserregern beschränken kann, hat es der Stomatologe überdies in der überwiegenden Mehrheit der Fälle mit einem von vorneherein verseuchten Arbeitsfelde zu tun und die ihm gestellte Aufgabe, die überall vorhandenen und eingenisteten Parasiten unschädlich zu machen und zu entfernen, ist eine ungleich schwierigere. Demgemäß spielt in der Chirurgie der Mundhöhle und bei der Behandlung der Zahnerkrankungen die Antisepsis eine viel größere Rolle als die Asepsis.

Unbedingt verhütet werden muß und kann die Übertragung von Infektionskrankheiten von einem Patienten auf den anderen durch die Hände des Operateurs. Die Krankheiten, welche dabei vorwiegend in Betracht kommen, sind Syphilis und Tuberkulose.“ (JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 218 f)

Zur Händedesinfektion empfahl er:

„Es sollte das Bestreben jedes Zahnarztes sein, seine Hände möglichst wenig mit der Schleimhaut des Mundes in Berührung zu bringen und soll er sich, wo es immer nur angeht, der Instrumente bedienen, welche entschieden verlässlicher gereinigt werden können als unsere Hände, zu

deren exaktester Reinigung, wie sie der Chirurg vor jeder Operation vorzunehmen gewöhnt ist, es dem beschäftigten Zahnarzte gewöhnlich an der dazu nötigen Zeit gebricht. Daß die Benützung steriler Handschuhe die sicherste Gewähr gegen Infektion des Patienten durch die Hände des Operateurs bietet, kann wohl kaum in Zweifel gezogen werden, doch dürften, abgesehen von der dadurch bedingten Erschwerung der überaus feinen Arbeiten, welche die Finger bei unseren Hantierungen zu leisten haben, nur wenige Zahnärzte in der Lage sein, die immerhin recht kostspieligen Handschuhe in der genügenden Menge anzuschaffen. Auch bei der Waschung der Hände leistet unter gleichzeitiger energischer Benützung der Bürste ... Spiritus saponatus vorzügliche Dienste.“

(JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 219 f)

Zur Instrumentenaufbereitung meinte er:

„Bezüglich der Sterilisierung der zahnärztlichen Instrumente verweise ich auf die zahlreichen darüber angestellten Versuche, denen zufolge das Auskochen in Wasser oder Sodalösung die sicherste Methode zur Vertilgung aller pathogenen Keime ist. Für Instrumente, welche ein Auskochen nicht gestatten, empfehlen Prof. MILLER und POLLAK Desinfektion mit Seifenspiritus und neuestens Prof. MILLER die mit Formalindämpfen.“

(JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 219)

Drastisch beschrieb er die hygienischen Zustände im Operationsgebiet Mundhöhle:

„Eine besondere Berücksichtigung verdienen jedoch die wahre Schatzkammern von allen erdenklichen pathogenen und nicht pathogenen Mikroparasiten darstellenden Zahnfleischtaschen bei der präparatorischen Reinigung der Mundhöhle vor einer Operation. Namentlich ist es die im Munde am häufigsten ausgeführte Operation, die Zahnextraktion, bei welcher die Wunde am Grunde dieses von Bakterienschlamm erfüllten Tümpels gesetzt wird. Wir müssen es geradezu als ein Wunder bezeichnen, daß die Fälle von schweren Phlegmonen und von tödlicher Sepsis

nach Zahnextraktionen nicht häufiger sich ereignen ...“.
(JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 226 f)

Schon 1904 riet er zum Einsatz von Kofferdam bei der Zahnbehandlung:

„Daß ein aseptisches oder gutes antiseptisches Behandlungsverfahren an den Zähnen nur bei vollständigem Abschluß gegen die Mundhöhle, also unter sterilem Kofferdamm [!] ausführbar ist, ist selbstverständlich.“
(JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 220)

Dennoch mußte er abschließend konstatieren,

„ ... daß eine Sterilisierung der Mundhöhle ein Ding der Unmöglichkeit ist und wahrscheinlich immer bleiben wird ...“.
(JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 226)

Für Augenmaß bei der antiseptischen Behandlung plädierte auch noch 15 Jahre später Heinrich RESCHOFSKY, Wien:

„Seit Robert KOCH wimmelt es in unserem Gehirn von Bazillen und Kokken, unser ganzes Sinnen und Trachten ist darauf gerichtet, die Mikroben zu ätzen, sengen, morden, brennen. Keine Nilflußniederung ist je so überschwemmt gewesen, wie die Zahnhöhle mit Antiseptizis. ... Antisepsis ist nur ein Teil der Therapie und durch übermäßige Anwendung stört sie nur die Heilung und zerstört ihr eigenes Werk.“
(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 221)

In den bearbeiteten Jahrgängen wurde wenig über Geschwülste im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich und über Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie z. B. Aphthen oder Herpes labialis berichtet. Bei der chronisch rezidivierenden Aphthe wurde nur symptomatisch mit Jodtinktur oder Höllenstein behandelt, da die Ursachen unbekannt waren (SÁG, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 322 - 325).

2. CHIRURGIE

„Die Zahnextraction ist eine der gefürchtetsten kleinen Operationen und wir Alle haben es schon öfter erlebt, dass von tagelangen Schmerzen abgequälte und müde Patienten im letzten Augenblicke der Zange entfliehen ...“.
(SCHEUER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 111)

Wahrscheinlich war diese Angst der Patienten unbegründet, denn die Zahnextraktion schien als alltägliche Standardbehandlung keine nennenswerten Probleme zu bereiten und wurde dementsprechend gering abgehandelt. Allerdings schrieb Arthur SCHEUER, Teplitz, Böhmen, daß auf Grund der Unzulänglichkeiten der Anästhesie bei der Extraktion frakturierte Zahnwurzeln dann häufig im Kiefer belassen wurden, wenn der Patient auch so beschwerdefrei blieb.

„Wozu auch den oft schon lange und vergeblich Gemarterten mit neuen Extractionsversuchen quälen?“
(SCHEUER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 112)

Gegebenenfalls wurde versucht, die Pulpa des zurückgelassenen Wurzelrestes zu entfernen oder oberflächlich zu verschorfen (z. B. mit Karbolsäure, Schwefelsäure oder Kreosot). Nach einer Extraktion empfahl SCHEUER in Übereinstimmung mit anderen Autoren das heute noch übliche Verfahren, den Patienten mindestens 20 Minuten auf einen Tampon beißen zu lassen. Bei 2000 beobachteten Extraktionsfällen wurden nur 0,2% Nachblutungen registriert. Einen evtl. auftretenden Dolor post extractionem behandelte er mit Karbolsäure.

„Nochmals rückblickend können wir die Tatsache feststellen, dass oft der dolor post extractionem grösser ist als der dolor intra extractionem und dass wir zu seiner Bekämpfung im acid. carbolic. conc. ein beinahe unfehlbares Mittel haben.“ (SCHEUER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 114)

Über die operative Zahnentfernung durch Osteotomie schrieb WEISER aus der Ambulanz der zahnärztlichen Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik einen lehrbuchmäßigen Grundsatzartikel, da er die damalige Ausbildung im Bereich der zahnärztlichen Chirurgie für nicht ausreichend hielt.

In einem gewissen Gegensatz zu SCHEUER forderte WEISER, daß Wurzelreste nach der Fraktur eines apikal entzündeten Zahnes grundsätzlich entfernt werden müßten:

„Zum Prinzipie muß man es sich aber auch machen, in jedem Falle von Zahnfractur eine als notwendig erkannte operative Entfernung des Fragmentes sofort in Angriff zu nehmen, sich weder durch die Unentschlossenheit oder die Weigerung des Patienten bestimmen, noch durch kleinliche Berücksichtigung anderer beruflicher Obliegenheiten zu einem Aufschube verleiten zu lassen; denn entweder kehrt der Patient nicht wieder, vernachlässigt seinen Zustand oder begibt sich zu spät und oft in minder berufene andere Hilfe, oder er kehrt von Schmerzen, Schlaflosigkeit, praller Infiltration und Fieber gepeinigt in einem Stadium wieder, in dem eine rasche radicale Behandlung vielleicht nicht mehr zulässig oder bereits mit ernstlichen Gefahren verbunden wäre.“

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 289)

Die extraorale Operationstechnik hielt WEISER bei der Behandlung periapikaler Krankheitsherde des Unterkiefers – vor allem bei bestehender Kieferklemme – für die oftmals einzig mögliche. Der bereits 1901 entwickelten Theorie folgte erst 1906 die praktische Durchführung (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 289 - 303).

Hervorzuheben ist sein Bericht über eine Entfernung eines verlagerten Backenzahnes auf extraoralem Wege, das Schließen der äußeren Wunde und die Drainage nach innen mit anschließender

Heilung per primam. Im selben Artikel berichtete er über eine weitere operative Zahnentfernung auf atypischem Wege durch bukkalen Lappenschnitt (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 271 - 290).

Über ein extraorales Vorgehen bei der operativen Entfernung eines retinierten Eckzahnkeimes schrieb Anton Freiherr von EISELSBERG (1860 - 1939), Hofrat und Professor in Wien:

„Der sicherste Weg, einen solchen retinierten Zahnkeim zu entfernen, scheint mir die Inzision; und wenn der Schnitt genau unter dem freien Rande des Unterkiefers entlang läuft, dann ist gewiß die Entstellung keine große und der freie Überblick ein besserer, als wenn eine Inzision vom Munde aus, mit Ablösung der ganzen Schleimhaut gemacht wird. Auch spielt sich die Operation aseptischer ab, wenn eine Eröffnung der Mundhöhle vermieden wird.“
(EISELSBERG, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 122)

Bei Operationen am Unterkiefer empfahl SICHER zur Schonung des Nervus mentalis dessen teilweise Mobilisierung. Allerdings wurden beim beschriebenen Verfahren der vom Foramen mentale nach vorne verlaufende Ast und die Äste zu den Prämolaren durchtrennt (SICHER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 203 - 204).

Damals wie heute stellten wurzeltote Zähne ein großes Problem dar. Folglich war die Wurzelspitzenresektion (WSR) das Thema innerhalb der zahnärztlichen Chirurgie, zu dem die meisten Originalarbeiten erschienen. Es würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn hier alle Varianten der Wurzelspitzenresektion in den zahlreichen Schilderungen von Behandlungsfällen im Ober- und Unterkiefer aufgelistet würden.

FREY gab eine Übersicht über die damals bekannten Arten der Wurzelspitzenresektion nach LODGE, WEISER, PARTSCH,

MAYRHOFER, BREUER, ENDLICHER, KÁROLYI und SMREKER. Eine seit 1895 mögliche Operation unter Röntgenkontrolle war damals die Ausnahme. Die Wurzelfüllung z. B. mit Eugenolzement wurde entweder vor, während oder nach der WSR vorgenommen. Die Autoren vertraten hierzu unterschiedliche Standpunkte, viele handelten jedoch nach den Worten eines Wiener Zahnarztes:

„Einzig und allein bei Wurzelresektionen hätte man endlich Gelegenheit, eine exakte Wurzelfüllung (nämlich intra operationem) zu machen, und gerade hier soll man sich dieses Vorteiles begeben?“

(FREY, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 257)

Obwohl man sich einig darin war,

„ ... daß nur eine tadellose Wurzelfüllung bei resezierten Zähnen Erfolg verspricht.“

(FREY, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 256),

löste FREYs Artikel einen heftigen Disput aus (FREY, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 39 - 51, und Jg. 11 (1913) S. 248 - 258).

Seit PARTSCH war die Behandlung der Kieferzysten ein vielbeachtetes Thema. Mit Hilfe der Röntgentechnik wurden sie jetzt häufiger diagnostiziert – sei es durch gezielte Suche oder eher zufällig als Nebenbefund. Zur differentialdiagnostischen Absicherung empfahl Ignaz KREISLER, Wien, eine Punktion und sofortige mikroskopische Untersuchung der Zystenflüssigkeit auf Cholesterinkristalle (KREISLER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 81 - 83).

Die langjährigen Erfahrungen in der Therapie der radikulären und follikulären Zahnzysten faßte WEISER zusammen:

„Die Methode, Zahnzysten zu inzidieren, ist mit Recht verlassen, ja sie sollte direkt als Kunstfehler bezeichnet

werden, weil sie nicht nur nichts nützt, sondern, wie es sich so häufig bei Verwechslungen von Zysten mit Abszessen gezeigt hat, zur Infektion des bis dahin in der Regel aseptischen Zysteninhaltes mit all ihren Konsequenzen führt.

Auch die Extraktion des schuldigen Zahnes ist – vielleicht mit alleiniger Ausnahme ganz kleiner Zysten – erfolglos, da sich die letzteren auch nach der Zahnextraktion selbständig weiter entwickeln.

Desgleichen führte die vor Jahrzehnten empfohlene Punktion mit oder ohne nachfolgende Jodinjektion nicht zum Ziele.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 361)

Nach diesen früher verwendeten, inzwischen jedoch aufgegebenen Verfahren diskutierte er die aktuell gebräuchlichen:

„Während MAGITOT noch für Inzision und nachfolgende Drainage eintrat, legen jüngere französische Autoren, wie ALBARRAN, HEYDENREICH, JACQUES, auf die vollständige Exstirpation der Zyste das Hauptgewicht. Zu diesem hyperradikalen Verfahren sehen sich die genannten Autoren und ihre Anhänger durch die Gefahr von Rezidiven veranlaßt ...“.

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 361 f)

Doch war das Ausschälen des Zystenbalgs, ohne die dünne Zystenwand zu verletzen, im hinteren Bereich nur sehr schwer exakt durchzuführen. Ein Nachteil war auch die lange Heilungszeit. Deshalb bevorzugte L. HARMER, Dozent und Assistent an der Klinik von CHIARI, Wien, die schon 1892 von PARTSCH beschriebene Zystostomietechnik:

„Was endlich die Therapie der Zahnzysten betrifft, so kann ich auf Grund einer Reihe von selbstoperierten Fällen sagen, dass die Methode von Prof. PARTSCH, welche in Abtragung der vorderen knöchernen Zystenwand, Hineinschlagen eines oberen Schleimhautperiostlappens und Tamponade besteht, sehr schöne Resultate gibt; die Erfolge sind so günstig und die Behandlungsdauer so kurz,

dass es unverständlich ist, wie man heute noch die Exstirpation der Zyste ausführen kann.“

(HARMER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 127)

Und zehn Jahre später hieß es dann:

„Die ... heute ... meist geübte Methode ist die ... von PARTSCH ... systematisch ausgebildete Methode, bei der es sich um die Resektion der äußeren Wand der Zyste handelt, so daß der Hohlraum der Zyste in einen Nebenraum der Mundhöhle verwandelt wird.“

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 362)

Die so entstandenen Hohlräume wurden je nach Größe mit Vioformgaze-Tampons oder Obturatoren offen gehalten, die aus Hartgummi, Glas oder Silberblech bestehen konnten.

Die von PARTSCH beschriebene Technik der Zystostomie ist Allgemeingut geworden und wird bis heute als PARTSCH I - Operation durchgeführt.

Während PERTHES in seiner Abhandlung in der „Deutschen Chirurgie“ noch glaubte, Zähne mit Zysten in der Regel entfernen zu müssen, gingen PARTSCH und WITZEL jetzt davon aus,

„ ... daß Zähne oder Wurzeln, welche Ausgangspunkte radikulärer Zysten geworden sind, einer konservierenden Behandlung zugeführt werden können.“

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 363)

Dies ist bis heute anerkannte Lehrmeinung, und

„ ... die modernen Zahnärzte ... betrachten es als einen Fehler, Zähne oder Wurzeln, welche einer konservierenden Behandlung überhaupt noch zugänglich sind und deren Erhaltung für den Zweck von Kronen-, Brücken-Zahnersatz oder aus orthodontischen Gründen wünschenswert wäre, zu extrahieren ...“.

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 363 f)

Bernhard MAYRHOFER, Professor und Leiter der Abteilung für Zahnheilkunde an der medizinischen Fakultät in Innsbruck, bevorzugte die Zystektomie. Die hierbei und bei einer WSR entstehende Höhle versorgte er vor dem Vernähen mit der „MOSETIGschen Knochenplombe“, einer aus Jodoform, Cetaceum und Sesamöl bestehenden resorbierbaren, bei 50° C zähflüssigen Masse, die er mit der von KANTOROWICZ entwickelten Thermophorspritze einbrachte.

„Wenn ich meine Operationstabellen überblicke und in der Rubrik »Heilungsdauer« bei den tamponierten die Zahlen sich zwischen 10 und 45 bewegen, bei den genähten aber fortlaufend nur die Zahl 5 sehe, oder wenn ich die Krankengeschichten durchblättere und statt zahlreicher Tamponwechsel die Notiz »Nähte entfernt, Heilung per primam« angemerkt finde, so erneuert sich stets mein Dankgefühl für MOSETIG, der die Zahnheilkunde mit einem so wertvollen Geschenke bereichert hat.“

(MAYRHOFER, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 214)

Die Jodoformfüllmasse wurde auch bei Wurzelspitzenresektionen erfolgreich verwendet (VIERTHALER, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 104 - 109).

Der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wurden zu Beginn des Bearbeitungszeitraums nur wenige Artikel gewidmet. Die untersuchte Zeitschrift wandte sich bevorzugt an den niedergelassenen Zahnarzt und behandelte die den Kliniken vorbehaltene „große“ Kiefer- und Gesichtschirurgie nur stiefmütterlich. Berichtet wurde über Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten, orthodontische Operationen und Kieferfrakturen.

Über den Wolfsrachen verfaßte Henry Percy PICKERILL (1879 - 1956), M. D., Prof. der Zahnheilkunde an der Universität von Otago,

Neuseeland, einen ausführlichen Übersichtsartikel. Er unterschied die Erscheinungsformen nach Art und Umfang der damit verbundenen Behinderungen beim Sprechen, Schlucken und Atmen. Die Therapiemöglichkeiten gliederte er in

- chirurgische Verfahren, wie
 - die gewaltsame Näherung der beiden Oberkiefer nach LANGENBECK und BROPHY
 - die Lappenoperation nach LANE
- prothetische Verfahren, d. h. Ausfüllen des Spaltes durch prothetische Apparate, wie
 - Obturator (nach SUERSON)
 - künstliches Gaumensegel, das die Bewegungen des natürlichen Velums nachahmen sollte.

Die Mängel der chirurgischen Verfahren waren eine insgesamt hohe Sterblichkeit und die häufig notwendigen Nachoperationen. Außerdem war beim ersten Verfahren eine orthodontische Anschlußbehandlung erforderlich. Die Nachteile der prothetischen Verfahren lagen darin, daß der Spalt aus anatomischen Gründen durch den Zug der Muskulatur vergrößert wurde. Der Autor bevorzugte aus diesem Grunde

- die Herstellung einer Muskelbrücke ohne Zerrung der Weichteile, verbunden mit
- der Anfertigung eines künstlichen Velums mit über die Muskelbrücke gehendem Haken aus hartem Kautschuk.

Grundsätzlich plädierte PICKERILL für eine Operation im ersten Lebensjahr; künstliche Vela wären dann überflüssig. Seine Operationstechnik empfahl er indes für Fälle, in denen dieser günstige Zeitpunkt versäumt wurde, die bereits einmal erfolglos operiert wurden oder

die extrem ungünstige anatomische Verhältnisse aufwiesen (PICKE-RILL, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 323 - 341 und 377 - 395).

Für Kieferbruchoperationen gab es unterschiedliche Indikationen. So konnten sie aus orthodontischer Sicht betrachtet werden,

„ ... ist doch fast jeder Kieferbruch eigentlich weiter nichts als eine künstliche Anomalie der Zahnstellung, die noch dazu den Vorteil hat, in ihren einzelnen Komponenten in der Mehrzahl der Fälle außerordentlich mobil zu sein.“
(BIMSTEIN, zit. in: ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 103)

Eine Herausforderung an Kenntnis und Erfahrung des Operateurs stellte die zwar schon oft theoretisch erörterte, aber damals erstmals erfolgreich durchgeführte Unterkieferresektion bei Progenie dar, einer in den Augen des Ausführenden Hans PICHLER (1877 - 1949), Professor in Wien,

„ ... typische[n] Operation einer typischen Anomalie, welche auf Grund der großen Fortschritte in der Behandlung der Kieferbrüche heute mit großer Wahrscheinlichkeit des Gelingens empfohlen werden kann, wenn Chirurg und Zahnarzt entsprechend zusammenarbeiten.“
(PICHLER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 192)

Neu waren die exakte Operationsplanung, die extraorale Ausführung der Resektion und das treppenförmige Durchsägen des Knochens.

Diese zur damaligen Zeit gewagte Operation kommentierte WEISER mit folgenden Worten:

„Der erste – vom Entwurf des Behandlungsplanes bis zum glänzenden Endresultate – ideal und mit klarem Zielbewußtsein durchgeführte, in der Literatur niedergelegte Fall von operativer Korrektur hochgradigster Progenie ist

der von Herrn PICHLER. ... Dieser Fall bedeutet einen Triumph der österreichischen Ärzteschaft“.
(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 193)

Er verwies zugleich auf die große Verantwortung des Operateurs, da ein Mißlingen schlimme Folgezustände nach sich zöge.

Zu den Kieferfrakturen äußerten sich Bruno KLEIN, Assistent bei SCHEFF (1846 - 1922), k. u. k. zahnärztliches Institut der Universität Wien, und Alexander KLEIN, Operateur bei HOCHENEGER, II. chir. Universitätsklinik Wien. Ihrer Erfahrung nach waren Spontanfrakturen eher selten.

„Bedeutend häufiger und fast das Gros aller Unterkieferbrüche darstellend finden wir die traumatischen Frakturen. Hier sind als Ursache Hufschlag, Stoß, Schußverletzungen zu nennen. Bei der großen Ausdehnung, welche alle Zweige des Sportbetriebes in den letzten Jahren erfahren haben, finden wir auch neben den anderen Frakturen die Zahl der Unterkieferbrüche wesentlich erhöht. Besonders durch das Rodeln und den Fußballsport dürfte der bisher statistisch erhobene Prozentsatz (etwa 3% aller Frakturen) um ein bedeutendes überschritten werden.“
(KLEIN / KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 150)

„Eine nicht geringe Rolle in der Ätiologie des Kieferbruches spielt auch der Boxsport, der sich das Kinn des Gegners als Objekt zum Nachweis körperlicher Überlegenheit mit Vorliebe aussucht; ganz zu schweigen davon, daß es heute nicht mehr gegen den guten Ton verstößt, politische Meinungsverschiedenheiten durch Kontinuitätstrennung eines Kiefers in überzeugendster Weise auszutragen.“
(KANTOROWICZ, Bd.1, S. 345)

In einer möglichen Sekundärinfektion sah man eine ernste Gefahr:

„Die Unterkieferbrüche gehören zu den häufigsten Verletzungen der Gesichtsknochen; sie müssen aber auch zu den schwersten Verletzungen derselben gerechnet werden in erster Linie, weil die Infektionsmöglichkeit von Seiten der

Mundhöhle eine sehr große ist; sind doch Fälle bekannt, die tödlich endeten, wo es nicht nur zu eitriger Periostitis, submaxillärer Phlegmone und ausgedehnter Nekrose kam, sondern sogar zu Erscheinungen von Mundseptikämie.“ (KLEIN / KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 149)

Diese Befürchtungen sollten im damals bevorstehenden 1. Weltkrieg besondere Bedeutung erlangen. Hierauf wird im Rahmen der Militärzahnheilkunde im folgenden Kapitel eingegangen.

Die Therapie der Frakturen bestand aus einer Reposition der Fragmente und einer Fixation, die die Mundreinigung mit leicht antiseptischer Flüssigkeit ermöglichte. Folgende Hilfsmittel wurden vorgeschlagen:

- fester Verband als erste Hilfe
- Guttaperchaschiene (WARNEKROS nach MOREL-LAVALLÉE) als Notverband
- Kautschukschiene (WARNEKROS)
- Zinnschiene (HAUPTMEYER) – nach SCHRÖDER neben dem SAUERschen Notverband unentbehrliches und brauchbares Rüstzeug des modernen Arztes im Kriege
- Drahtverbände (ANGLE)
- Gleitschiene (SCHRÖDER)

Zur Sicherung der Okklusion, der Mobilität des Kiefergelenks und letztlich eines vollkommenen funktionellen Resultats hielten die Autoren die verstärkte Zusammenarbeit von Chirurg und Zahnarzt bei der Behandlung von Patienten mit Kieferbrüchen für erforderlich und besonders erfolgversprechend (KLEIN / KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 175 - 177).

Nicht selten stand man vor der Aufgabe, ältere Frakturen zu reponieren. In diesem Zusammenhang wollte Paul PREISWERK, Basel,

„ ... dem Gummizug bei der Behandlung dislozierter und teilweise schon konsolidierter Frakturen das Wort ... reden, weil einzig hiedurch eine schonende und gründliche Reposition ermöglicht wird und nebenbei diese Methode noch den Vorzug hat, nur den Unterkiefer zur Stütze zu verwenden, wodurch die Herstellung eines zweiten Apparates für den Oberkiefer unnötig gemacht wird. Hiedurch wird selbstverständlich die Mundpflege besser auszuführen sein, auf die bei solchen Frakturen, namentlich wenn es sich noch gar um offene handelt, vor allem das Augenmerk gelenkt werden soll.“

(PREISWERK, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 166f)

ZILZ schrieb über den gegenwärtigen Stand der Behandlung von Unterkieferbrüchen. Wo die bereits beschriebene Schientechnik nicht ausreichte, mußte operativ reponiert werden. Die Fragmente wurden dabei nach PARTSCH mit einer intraoralen Alveolarnaht aus Silber- oder Aluminiumbronzedraht fixiert.

Nach chirurgischen Eingriffen galt die Nachblutung als ernste Komplikation. EISELSBERG empfahl bei Nachblutungen aus Knochenwunden das Eintreiben von Holzklötzchen (z. B. japanische Zahnstocher) oder Eindrücken von Wachskügelchen. Eine präoperative Untersuchung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes hielt er für sinnvoll. Bei gestörter Blutgerinnung gab er vor der Operation Calcium lacticum, zur Thromboseprophylaxe Zitronensäure (EISELSBERG, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 121 - 124).

ZILZ verwendete zur Blutstillung bei Hämophylikern im Autoklaven sterilisierte Gelatine der Firma Merck, durch die die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöht wird. Gleichzeitig warnte er nach zahlreichen

letal verlaufenen Tetanusinfektionen vor der Anwendung unsteriler merkantiler Gelatine (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 169 - 175).

Von den Patienten gefürchtet und ein offensichtliches Problem war der Dolor post operationem. Dem versuchte man durch Nachbehandlung mit unterschiedlichen Medikamenten zu begegnen. MAYRHOFER verwendete Perubalsam. Das Medikament bewirkt eine lebhafte Bildung von Granulationsgewebe bei minimaler Sekretion. Durch die bakterizide Kontaktwirkung werden Bakterien innerhalb von 24 Stunden abgetötet. Es zieht Leukozyten an, hüllt Bakterien ein und wirkt durch seine tote oder absterbende Gewebe einhüllende Wirkung fäulniswidrig. Da es nicht wasserlöslich ist, besitzt es ein großes Beharrungsvermögen und ist im Gewebe schwer resorbierbar. Es hat keine üblen Nebenwirkungen und ist nicht ätzend. Nach Zahnextraktionen verhindert es Foetor ex ore. Weitere Indikationen waren periostale Abszeßhöhlen, äußere Zahnfisteln, Kiefernekrose und -frakturen (MAYRHOFER, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 225 - 231).

Albert KERBER, Assistent am zahnärztlichen Institut der k. u. k. deutschen Universität Prag, setzte bei Dolor post extractionem anstelle der bisherigen Therapie des Ätzens der Alveole mit Acidum carbol. concentr. oder Argentum nitr. das überlegen wirkende Noviform zur Prophylaxe und Therapie ein. Als Ersatzpräparat für Jodoform sollte es genauso wirksam, aber ohne die bekannten Nebenwirkungen sein (KERBER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 175 - 177).

Daß die ausgeführten chirurgischen Eingriffe teilweise

„ ... in ihrer Urform von den Chirurgen auch schon zu Beginn des 17. Jahrhunderts ... geübt wurde[n] ...“,
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 442)

legte ZILZ, jetzt Stabsarzt in Wien, in einer Rückschau dar. Die zuletzt entscheidenden Fortschritte gelangen der zahnärztlichen Chirurgie allerdings erst durch die Entwicklung der Röntgentechnik:

„Denn in Wirklichkeit ist vor der Einführung des Röntgenverfahrens in die Zahnheilkunde das allermeiste nicht wissenschaftlich beobachtet, sondern durch Kombination kausal erdeutet worden.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 447)

3. MILITÄRZAHNHEILKUNDE

Erwartungsgemäß wurde die Militärzahnheilkunde mit der Versorgung schwerster Kopfverletzungen zwischen 1914 und 1918 zum beherrschenden Thema der Zeitschrift.

„Dieser Wissenszweig der Zahnheilkunde ist neu, wir stehen erst am Anfang ...“.
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 61)

In dem Maße, in dem Kongresse, Tagungen und Vereinsversammlungen wegen der Kriegereignisse nicht mehr stattfinden konnten, gewann die Zeitschrift als interkollegiales Kommunikationsmedium an Bedeutung.

Auf Grund der Erfahrungen aus zurückliegenden Kriegen, in denen nur Chirurgen, aber keine Zahnärzte zur Erstversorgung der Soldaten im Felde bereitstanden, wurden jetzt erstmals Zahnärzte hinzugezogen. Mit der Organisation der zahnärztlichen Versorgung und der Kommandantur der Kriegszahnklinik in Lublin betraute man ZILZ.

„So sehr der Zahnarzt unter normalen Verhältnissen gefürchtet ist, so erwünscht ist er heute im Kriege.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 235)

So verfügte man bereits im Dezember 1914 über drei mobile zahnärztliche Feldambulatorien bei der IV. Armee. Sie waren in Kisten verpackt und wurden auf drei Fuhrwerken transportiert – zwei für Geräte und Material, eines für Personal. Die Ärzte waren auf Wunsch beritten.

Im Dezember 1915 standen 10 mobile zahnärztliche Feldambulatorien zur Verfügung. Zusätzlich war die von ZILZ geleitete Kriegszahnklinik als zahnärztliche Zentrale im Felde und als Materialreserve im Einsatz. Ihre Aufgaben waren die Behandlung unverwundeter zahnkranker Armeeangehöriger und sämtlicher Kieferverletzter. Die Verletzten sollten rasch, möglichst schon wenige Stunden nach der Verletzung, sachgemäß erstbehandelt werden (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 231 - 248).

Das gelang zu Kriegsbeginn noch nicht. Nach Aussage von Josef KOCH - LANGENTREU, Assistent von TRAUNER am zahnärztlichen Institut der Universität Graz, kamen

„ ... die Verwundeten ... in der späteren Kriegszeit durchschnittlich 5 - 6 Tage nach dem Trauma, jedoch immer innerhalb der ersten 12 Tage in unsere Hände. Zu Kriegsbeginn freilich lagen die Verhältnisse in dieser Hinsicht viel ungünstiger, es vergingen oft Monate, ehe die Verletzten einer spezialistischen Behandlung zugeführt wurden, was leider nur zu oft zu einer nicht mehr gut zu machenden Schädigung des Heilungsverlaufes führte.“ (KOCH - LANGENTREU, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 227)

Die Fortsetzung und Beendigung der Behandlung schwerer Verwundungen erfolgte im Hinterland.

1915 wurde in Wien das k. u. k. Reservespital Nr. 17 als neuartiges Spezialspital eingerichtet. Ursprünglich als reine Pflegestätte für kieferverletzte Offiziere und Mannschaften gedacht, war das Institut ein Jahr nach seiner Einrichtung

„ ... wohl nicht zuletzt durch die rasch bekannt gewordenen Erfolge, welche die uns zugeteilten Chirurgen Regimentsarzt Dr. Camillo FORAMITTI ... und der vorübergehend als Gast bei uns wirkende holländische Spezialarzt für Plastiken Dr. Johann F. S. ESSER erzielten, ... ganz unbeabsichtigt, ja sogar entgegen seiner ursprünglichen Bestimmung, doch eine Art Zentralstätte für die Behandlung Kieferverletzter geworden. Für diesen Zweck aber ist das Institut – man möchte es kaum für möglich halten – heute bereits zu klein. ...

Bei der Tatsache, daß das Reservespital Nr. 17 nicht in der Lage ist, als Zentralstätte für die gesamten Kieferverletzungsfälle der Armee zu dienen, ist es ein Glück, daß nach wie vor eine große Reihe älterer Heilanstalten für Kieferverletzte in Wien ... sich mit voller Hingabe und mit bestem Erfolge mit der Behandlung von Kieferverletzten befassen; es wäre sonst das überreiche Material nicht zu bewältigen.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 109f)

Eine klinische Versorgung Kieferschußverletzter erforderte nach WEISERs Ansicht eine spezielle Verpflegung mit besonders zusammengestellter und zubereiteter Kost. Außerdem mußte in der Klinik ein zahntechnisches Laboratorium für Metall- und Kautschukarbeiten zur Verfügung stehen.

Die Pflegestätte verfügte über 400 Betten in zwei Abteilungen. Kommandant war Generalstabsarzt Professor Arthur Ritter von WAGNER, die Abteilungen leiteten k. u. k. Oberstabsarzt WUNSCHHEIM und k. u. k. Oberstabs- und Abteilungschefarzt WEISER (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 211 - 218).

In einer insgesamt zehnteiligen Arbeit berichtete WEISER über „Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche Tätigkeit im Kieferspitale“. Er postulierte für die dort tätigen Ärzte,

„ ... daß wir Anhänger des Grundsatzes sind, chirurgische Behandlung der Weichteile und Knochenverletzungen, sowie orthopädische Behandlung der dislozierten Zahn- und Kieferpartien müssen gleichzeitig und so früh als irgend möglich einsetzen.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 111)

Auch ZILZ wollte seine Kollegen am aktuellen Wissensstand teilhaben lassen; wiederholt schrieb er über seine Tätigkeit in der Kriegszahnklinik in Lublin. Daneben widmete er sich dem Studium der zeitgenössischen Fachliteratur, über die er in der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ referierte.

„Der große Weltkrieg fand uns Zahnärzte unvorbereitet. Kein Wunder, wenn wir bedenken, daß die Friedenspraxis zum Vertrautmachen mit der Diagnostik und Therapie der Kieferverletzungen wenig oder besser gesagt keine Gelegenheit bietet.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 231)

Bereits nach vier Kriegsmonaten stellt er fest:

„Die Verletzungen des Kopfes und insbesondere die der Kiefer mehrten sich auffallend und übertrafen an Schwere und Zahl alle vorliegenden statistischen Zusammenstellungen und Berichte aus früheren Feldzügen.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 232)

Dies war bedingt durch den Stellungskrieg in den Schützengräben.

Die häufigst besprochene Kriegsverletzung war der Kieferbruch, meist als Folge einer Schußverletzung. Die Diagnose war nicht immer einfach. Manche indirekte Fraktur wurde – besonders bei fehlender Röntgenkontrolle – wegen ihres linearen Verlaufs bei

fehlender Dislokation übersehen (FREY, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 253 - 266).

„Wir waren oft überrascht, eine Fraktur des Processus coronoidens zu finden in Fällen, in denen wir eine Oberkieferverletzung der entgegengesetzten Seite vor uns hatten Die empirische Erfahrung ist es, die uns bei derartigen Verletzungen diese antagonistischen Brüche geradezu suchen heißt und uns heute nicht mehr wie einst zu Beginn des Krieges in ihnen ein unerklärliches Novum finden läßt ... “. (ZILZ, zit. in: FREY, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 258)

Hilfreich bei der Feststellung der topographischen Lage des Schußkanals war der Schußkanalbestimmer. Die Messungen mit dem Gerät bei zahlreichen Verletzten ergaben, daß der Schußkanal sich in einer geraden Linie zwischen Ein- und Ausschuß rekonstruieren ließ. Nicht einmal der massive Unterkiefer konnte ein Geschoß aus der Bahn lenken. Mit dem Schußkanalbestimmer ließ sich die Nähe wichtiger eventuell verletzter Organe ermitteln, wie Gehör, Gehirn oder Orbita (FREY, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 349 - 370 und Jg. 16 (1918) S. 17 - 22).

Die von UECKERMANN beschriebenen weiteren Verfahren zur Ortsbestimmung von Fremdkörpern listete ZILZ auf:

- a) Stereoaufnahmen,
- b) Ausmessung von Doppelaufnahmen nach MACKENZIE,
- c) Messungen mit dem Orthoröntgenographen,
- d) empirische Bestimmung der Tiefenlage mit Hilfe des Zirkels nach FÜRSTENAU,
- e) der Apparat von GÜNTHER und VOGEL in Verbindung mit Durchleuchtung und
- f) das „Fremdkörpertelefon“ von HOLZKNECHT und WACHTEL.

Mit Ausnahme des letzteren wurden bei allen aufgelisteten Verfahren Röntgentechniken mitangewendet (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 61 - 88, Jg. 15 (1917) S. 45 - 55, S. 85 - 98, S. 128 - 133 und S. 171 - 174).

Die Therapie war am Einzelfall orientiert. So schrieb PICHLER, daß er häufig eine tadellose Ausheilung von Kieferbrüchen ohne jeden Apparat, nur durch die Führungskraft der Okklusion beobachtete. Er empfahl deshalb ein extrem konservatives Vorgehen (PICHLER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 71 - 78).

WUNSCHHEIM beobachtete, daß „Friedensbrüche“ nach 6 - 8 Wochen verheilt waren, während die Heilungsdauer von Kieferschußfrakturen 3 - 5 und mehr Monate betrug. Als Ursache vermutete er die häufig starke Zertrümmerung der verletzten Knochen. Keine frühe Resektion, sondern eine streng konservative abwartende Behandlung wurde empfohlen. Gummizüge nach der ANGLE-Methode zur Korrektur verlagelter Bruchteile funktionierten seiner Erfahrung nach auch bei älteren Fällen vorzüglich.

Die Therapie frischer Frakturen sollte auch nach Meinung von OPPENHEIM, FLEISCHMANN und SICHER äußerst konservativ sein und sich auf Infektionsprophylaxe oder bei bestehender Infektion auf Ableitung von Sekreten beschränken. Die Bruchstellen älterer Frakturen sollten operativ freigelegt, abgestorbene Sequester, aber nicht alle Bruchstücke, entfernt werden. Wegen der nicht sicher einzuschätzenden Vitalität peripherer Zähne warteten die meisten ab und entfernten nur nekrotische Pulpen. So konnten selbst dauerhaft nicht zu erhaltene Zähne noch eine zeitlang zur anschließenden Fixierung von Schienen herangezogen werden. Es wurden alle Arten

von Schienen eingesetzt, die gebräuchlichsten waren die HAUPTMEYERsche Schiene, die SCHRÖDERsche Gleitschiene und die modifizierte SAUERsche schiefe Ebene. Um die Auswahl für den Praktiker zu erleichtern, regte A. LEMBERG, Professor in Wien, eine Systematisierung an; er wollte die Frakturen in Gruppen einteilen und die Apparate in ein System bringen. Wegen der Vielgestaltigkeit der Behandlungsfälle fand er hierfür bei vielen Kollegen keine Unterstützung.

Zur Förderung der Heilung wurden physiotherapeutische Maßnahmen eingesetzt, wie Warmluftbehandlung und Bestrahlung mit blauem Licht. Durch Massagen sollten Narbenzüge mobilisiert und die Heilung der Bruchstellen beschleunigt werden. Die Kieferklemme dehnte man mit der Federspannung umgekehrt in den Mund eingeführter Wäscheklammern anstelle der früher üblichen hölzernen Keile (WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 126 - 145, S. 171 - 181, S. 191 - 195, S. 218 - 219 und Jg. 14 (1916) S. 41 - 50).

„Die Zahl der therapeutischen Hilfsmittel bei der Behandlung von Kieferfrakturen hat besonders durch den jetzigen Krieg einen kaum übersehbaren Umfang angenommen.“
(KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 256)

Nicht immer verlief die Heilung komplikationslos. Camillo FORAMITTI, k. u. k. Reservespital Nr. 17, Wien, berichtete, daß infizierte Schußfrakturen am Kiefer nach den folgenden Regeln der Chirurgie behandelt wurden:

- Spaltung des Entzündungsherdes
- Drainage
- Deckverband aus hydrophiler Gaze
- Ernährung notfalls durch Magenfistel

- keine Anwendung antiseptischer Substanzen

Die langwierige Behandlung von Knocheneiterungen und mit Fisteln behafteter Knochenherde erforderte die Röntgendiagnostik. Die von HAUPTMEYER empfohlene stereoskopische Röntgenuntersuchung war in Ermangelung entsprechender Apparate am Reservespital nicht möglich. Üblich war folgender operativer Ablauf:

- bogenförmige Schnittführung
- Excision des Granulationsgewebes
- Entfernung von Fremdkörpern und Sequestern
- Formierung der Bruchenden
- eventuell Bildung eines Periost-Knochenlappens mit möglichst lebensfähigem Perioststil zur Defektüberbrückung oder
- Schienenverschraubung des Knochens (wie bei Röhrenknochen nach LANE und EXTER)

(FORAMITTI, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 77 - 85).

WUNSCHHEIM schrieb, ein sehr hoher Prozentsatz der als invalid Entlassenen litten an Pseudoarthrosen. Als Ursachen kamen in Frage:

- großer Substanzverlust
- ausgedehnte Zersplitterungen
- geringe Neigung des Kieferknochens zur Kallusbildung
- schlechte Schienung infolge großer Zahnverluste
- zu späte Schienung (vor allem zu Kriegsbeginn)

WUNSCHHEIMs Therapie bestand aus lokaler Knochenplastik, die aber nur bei genügender UK-Knochensubstanz aussichtsreich war,

oder der Transplantation aus dem Knochenskelett, meist Tibiaspan, mit unsicherem Erfolg. Alternativ war die starre Fixation der Bruchenden durch Silber- oder Kautschukschienen möglich. Je weniger Zähne für eine Schienung zur Verfügung standen, desto schlechter waren die Erfolgsaussichten. In diesen Fällen versuchte man – allerdings meist vergeblich –, die Ruhigstellung durch Pelotten und die Fixation der Bruchenden mit Metall- oder Elfenbeinplatten zu erreichen, die angeschraubt, angenagelt oder mit Draht befestigt wurden. Erforderliche Knochentransplantationen waren immer stark infektionsgefährdet; sie wurden stets extraoral vorgenommen, wobei die Transplantate nur mit einer Periostnaht befestigt wurden. Eine lange Heilungsdauer belegte,

„ ... daß das transplantierte Knochenstück ... zunächst abstirbt und nun als bakterienfreier Fremdkörper allmählich resorbiert und ... durch von den Bruchenden aus neugebildetes Knochengewebe ersetzt wird.“

(WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 33)

Die Wachstumsenergie des lokalen Knochengewebes war für den Erfolg ausschlaggebend. Die Enderfolge der freien Transplantationen waren unsicher. Erfolgreicher waren lokale Knochenplastiken, bei denen das Knochentransplantat in Verbindung mit den zuführenden Gefäßen blieb. Verlorengegangene Zähne sollten bei Pseudoarthrose durch herausnehmbare Prothesen ersetzt werden. Da weiche Kost nötig war, aber nicht extra gekocht werden konnte, waren Mannschaftsdienstgrade dienstuntauglich.

PICHLER sah einen weiteren Auslöser für Pseudoarthrosen:

„Tote Zähne sind eine der häufigsten Ursachen der Pseudarthrosen ...“.

(PICHLER, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 288)

Er hielt es für falsch, die Behandlung zerbrochener Zähne und tief kariöser Wurzeln auf die Zeit nach der Heilung des Kieferbruches zu verschieben, da infolgedessen die Heilung ausblieb. Bei alten Dislokationen war die blutige Reposition häufig schonender als die kieferorthopädische. Er beschrieb die Hautextension mit Heftpflaster als Alternative zur blutigen Befestigung äußerer Züge.

Ein ernstzunehmendes Hindernis auf dem Wege der Heilung waren die psychischen Folgeerscheinungen nach Kiefer- und schweren Gesichtsverletzungen. WAGNER beobachtete, daß Verletzte sich häufig im Spiegel besahen.

„ ... Kiefer- und Gesichtsverletzte [sind], ungleich anderen Schwerverletzten, trauriger Gemütsstimmung Geht man der Sache näher auf den Grund, so zeigt sich als Hauptursache der melancholischen Verstimmung die augenfällige Entstellung, die solche Verwundungen bewirken, und die Unmöglichkeit, sie durch Verbände dem bekannten Besucher minder abschreckend zu gestalten.“
(WAGNER, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 201)

Bei Ledigen war die Stimmung nach gelungener kosmetischer Operation deutlich aufgehellt. Verheiratete sorgten sich mehr um ihre Erwerbsfähigkeit.

Ein Großteil der plastischen Operationen wurde im Reservespital Nr. 17 unter WEISER von FORAMITTI oft in mehreren Schritten durchgeführt. Es war besser, bei großen Defekten

„ ... in großzügiger Weise ausgiebige Lappen von weiter entfernt gelegenen Hautregionen (wie Hals, hinteren Partien der Wange, Stirne und eventuell Unterarm) heranzuziehen, als ... den betreffenden Defekt durch geschickte Verschiebung von Lappen aus der unmittelbaren Umgebung zu decken.“
(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 85)

Die deutlichen Verbesserungen der Ästhetik wurden mit zahlreichen Fotoserien der behandelten Fälle in der Zeitschrift dokumentiert.

Im Gegensatz zu Zivilverletzten waren im Felde Verletzte häufig zusätzlich bedroht durch:

- Gasbrandinfektion (gemeine FRÄNKELsche Gasphegmonie) als typische Kriegsinfektion, gegen die man ein spezifisches Antitoxin zu finden hoffte
- Tetanusinfektion, die zu 100% letal verlief und die man durch intensivierete Prophylaxe zu vermeiden suchte
- Nachblutungen – vor allem infolge sekundärer Gefäßarrosion
- Erysipel und seine Rezidive, die eine strenge Isolierung erforderten
- erneutes Aufflammen einer bestehenden Tuberkulose wegen Herabsetzung der Widerstandskraft nach Kieferverletzung

Außer den Kriegsverletzungen stellten die sogenannten „Schützengrabenkrankheiten“ ein großes Problem dar.

„Es ist dies eine ganz besondere Form einer tiefgreifenden, destruierenden Entzündung der Mundschleimhaut sowie das Auftreten von Periostiden der Kieferknochen, bei denen das schwere Krankheitsbild sowie eine geradezu unheimliche Infektiosität das Hervorstechendste waren. Beide Krankheiten hatten einen malignen, septischen Typ.“ (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 245)

„Bei all diesen Krankheitsformen handelte es sich um schwere septische Mundspirochätosen, ... [deren Erreger] allem Anscheine nach von der Erde des Schützengrabens herkommen.“ (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 247)

Begünstigt wurde die Infektion durch mangelhafte Reinigung der Mundhöhle und herabgesetzte Immunresistenz.

Über die Ursachen des Skorbut, an dem viele Soldaten an der Front litten, wurde heftig diskutiert:

„Die Ätiologie des Skorbut ist eine bis zum heutigen Tage noch vollständig ungeklärte. Als hervorstechende Momente kommen außer unhygienischen Verhältnissen, wie Kälte, Nässe und feuchte Wohnräume, noch andere Faktoren, wie Mangel der Ernährung, verdorbene Nahrungsmittel etc., in Betracht.“

(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 33)

Auch sollten kalisalzarmer Ernährung, Mangel an frischem Gemüse (GARROD), Avitaminose (LEITNER) oder Infektionserreger (MUCH) für die Krankheit verantwortlich sein. Gegen die Theorie einer Infektion sprach, daß die Erkrankung im Frühjahr auftrat und bei Gemüsekost verschwand, daß Offiziere nur dann erkrankten, wenn sie sich längere Zeit aus der Frontküche verköstigt hatten, und daß eine direkte Übertragung, z. B. auf Bettnachbarn, nicht nachgewiesen werden konnte. Das Blutbild der Erkrankten war gekennzeichnet durch niedrige Leuko- und Erythrozytenzahl und geringen Hämoglobingehalt. Durch Gefäßveränderungen bestand eine starke spontane Blutungsneigung des Zahnfleisches, der Haut und tieferer Gewebeschichten. Das wichtigste Allgemeinsymptom war die Anämie, die in schweren Fällen zum Exitus führte. Die Therapie bestand aus frischem Gemüse und Zitronensaft bzw. nach DISQUÉ aus einer Diät mit Skorbutzulage, einem Salat aus Kartoffeln, Zwiebeln, Weißkohl und roten Rüben. Die Prognose war gut, in Verbindung mit anderen Erkrankungen und Verletzungen jedoch ungünstig, da die Wundheilung schlecht und Operationen nicht möglich waren (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 33 - 40).

Kriegsbedingt mangelte es an Materialien und Geräten, die bisher aus dem Ausland eingeführt wurden. Ein Import war in begrenztem

Umfang aus Deutschland möglich, erforderte jedoch einen extremen bürokratischen Aufwand, den die Ärzte neben ihrer eigentlichen bis an die Grenze der Belastbarkeit gehenden Arbeit leisten mußten.

„Die Anstalten, bzw. Ärzte haben, falls sie die betreffenden Instrumente oder Apparate im Inlande nicht beschaffen können, um Erwirkung der deutschen Ausfuhrbewilligung anzusuchen, und zwar unter Benützung der roten Formulare (Muster III), welche in siebenfacher Ausfertigung genauest ausgefüllt (namentlich hinsichtlich der Menge der verwendeten Sparmetalle) dem Sanitätsdepartement des k. k. Ministeriums des Innern vorzulegen sind.“

(laut Erlasses des k. u. k. Kriegsministeriums vom 11. April 1916, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 163)

Auch in fachlicher Hinsicht orientierte man sich über die Grenzen hinweg. Auf das von Christian BRUHN (1868 - 1942) geleitete Düsseldorfer Kieferlazarett, das sich zur größten Anstalt auf diesem Gebiet entwickelt hatte, wurde man durch die hervorragenden Behandlungserfolge aufmerksam. Seine Röntgenstation verfügte

„ ... über die vorzügliche Neuerung der stereoskopischen Röntgenaufnahmen.“

(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 46)

In ständiger Zusammenarbeit von Chirurg und Zahnarzt verfolgte man auch hier vier Aufgaben der fachärztlichen Versorgung Kieferverletzter:

- 1.) äußere Wundbehandlung,
- 2.) gleichzeitige Richtigstellung des zertrümmerten Knochengerüsts,
- 3.) Schließung der Knochen- und Weichteildefekte und
- 4.) künstlicher Ersatz der Zähne und Alveolarteile

(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 69).

August LINDEMANN (1880 - 1970) entwickelte die freie Osteoplastik aus autologem Knochen:

„Das empfehlenswerteste Verfahren, Substanzverluste des Unterkiefers, wie der Knochen überhaupt, zu beseitigen, besteht in der Übertragung von anderen, demselben Organismus entnommenen Knochenteilen (Autoplastik). Dieses Verfahren ist den Methoden, welche die Übertragung von Knochenteilen anderer Menschen bezwecken, sehr überlegen und erst recht der Einpflanzung an sich toten Materials vorzuziehen.“

(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 72)

Seit Übernahme seiner Tätigkeit am Düsseldorfer Lazarett hatte er bis 1916 diese Operationstechnik in 97 Fällen angewandt; 86 Fälle (88%) heilten reizlos ein. Diese Methode wurde noch im gleichen Jahre von FORAMITTI am Reservespital Nr. 17 übernommen (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 114).

Auch in der Prophylaxe der Ankylose der Kiefergelenke wies LINDEMANN neue Wege:

„Die anfangs 1916 erschienenen Hefte Nr. 4 und 6 der ‚Gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschußverletzungen‘ (herausgegeben von Prof. Dr. Christoph BRUHN, ...) brachten dann zur freudigen Überraschung der Fachwelt die nach allen Richtungen wohldurchdachte, für die Sonderbedürfnisse der Kieferlazarette von August LINDEMANN modifizierte CODIVILLA-STEINMANN'sche Nagelextension. Die ausgezeichneten Erfolge des Düsseldorfer Kieferlazarettes ... werden für unsere weiteren Behandlungspläne sicherlich maßgebend sein ...“.

(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 145 f)

Bereits im Herbst 1915 war in der Rubrik „Kleine Mitteilungen“ auf einen viertägigen Kursus an der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin hingewiesen worden, den BRUHN als Chef des Lazaretts für Kieferverletzte über die Behandlungswege der Schußver-

letzungen des Gesichtsschädels abhielt. Als Dozenten standen ihm LINDEMANN, HAUPTMEYER, OERTEL als HNO-Arzt und KUFFLER als Augenarzt zur Seite (Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 189).

Besorgt äußerte sich Hans FUCHS, früher am k. u. k. Reservespital Nr. 17 in Wien, über die Behandlungsaussichten der Kieferverletzten nach dem Kriege. Er erwartete Schwierigkeiten bei der zahnärztlichen Versorgung der „Kieferkrüppel“, da erst nach dem Abschluß der Umbildungen im Kiefer- und Zahnbereich Dauerprothesen eingegliedert werden konnten. Die Versorgung hielt er vor allem auf dem Lande für nicht gesichert. Deshalb forderte er eine „allgemeine Krüppelfürsorge“ und die ständige Einrichtung von Pflege- und Heilstätten für Kieferverletzte, eine Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Armee in Friedenszeiten und letztlich eine Fortführung der Kieferlazarette und -spitäler (FUCHS, Oest Z Stomat Jg. 15 (1917) S. 55 - 60).

Dieser Wunsch erfüllte sich nicht:

„Keine dieser Institutionen konnte sich aber in das zivile ärztliche Leben hinüberretten ...“. (STIEBITZ, S. 470)

4. ZAHNERHALTUNGSKUNDE

Die Thematik der Originalarbeiten zur Zahnerhaltung kreiste vorwiegend um die Spätbehandlung. Breiten Raum nahm die Behandlung von Pulpitiden ein, die in der Regel durch Arseneinlage oder Vitalexstirpation erfolgte. Auch die anschließende Versorgung der pulpatoten Wurzeln wurde ausgiebig diskutiert. Demgegenüber befaßten sich nur wenige Arbeiten mit der Füllungstherapie. Die

Prophylaxe von Zahnerkrankungen und die Frühbehandlung von Zahnschäden schienen nicht üblich zu sein. Dies legt andererseits die Vermutung nahe, daß viele Patienten erst dann einen Zahnarzt aufsuchten, wenn sie bereits unter starken Schmerzen litten.

Erst 1916 wurde in einer Originalarbeit von Rudolf KLEIN, Kremsier, Mähren, über die indirekte Überkappung zur Behandlung der Caries profunda berichtet. Über Versuche der direkten Überkappung zur Vitalerhaltung der Pulpa wurde in keinem Artikel geschrieben. Die Frage, ob derartige Versuche erst gar nicht unternommen wurden oder ob sie zu keinem Erfolg führten, blieb also unbeantwortet. Jedenfalls favorisierte man die Endodontie. In zahlreichen Originalarbeiten wurde viel über die Wurzelbehandlung, aber wenig über deren Nachteile und die Mißerfolge berichtet.

Im Sinne Adolf WITZELs (1847 - 1906), Professor in Jena und Bonn, beruhte der Wert einer jeden Wurzelfüllung darin,

„ ... daß das Wurzelende des Kanals gereinigt, desinfiziert und durch einen aseptischen oder antiseptisch wirkenden Pfropf von der Alveole abgeschlossen wird. Lassen wir auch nur einen Millimeter dieser Wurzelöffnung mit fäulnisfähigem Pulpamaterial besetzt, so hat die ganze Wurzelfüllung ihren Zweck verfehlt.“

(LOHMANN, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 355 f)

Hierzu war zunächst eine mechanische Aufbereitung des Wurzelkanals erforderlich. Diese Aufgabe sollte durch die neu entwickelten Beutelrockbohrer erfüllt werden,

„ ... mit welchen es nach der Ansicht vieler Praktiker angeblich gelingen soll, jeden, auch den feinsten Wurzelkanal der Mahlzähne unfehlbar bis zur Wurzelspitze aufzubohren.“ (LOHMANN, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 354)

LOHMANNs Skepsis bestätigte sich. Seine Versuche an extrahierten Zähnen ergaben,

„ ... daß sich Kanäle nicht gekrümmter Wurzeln mit den sogenannten elastischen Bohrern bis zur Wurzelspitze aufbohren lassen ..., daß jedoch jede Biegung der Kanäle zur seitlichen Perforation der Zahnwurzel führt.“
(LOHMANN, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 356)

Da die mechanische Reinigung des Wurzelkanals zwar unerlässlich, aber auch unzureichend war, mußten zusätzlich chemische Verfahren angewendet werden. Hierzu wurden im Laufe der Zeit eine Vielzahl unterschiedlicher Präparate und Vorgehensweisen empfohlen.

BOENNECKEN, der 1903 über die Aufbereitung des Pulpenkavums mit Königswasser berichtet hatte, schrieb Jahre später in einem umfassenden und grundlegenden Artikel über neuere bei der Wurzelbehandlung verwendete Antiseptika. Zunächst erwähnte er das Pulpacavol, das aber nur oberflächlich und unzureichend desinfizierte. Das Antiformin (Hersteller: Knorr, Charlottenburg) desinfizierte erst nach längerer Einwirkzeit, löste aber organische Rückstände sehr gut und diente zur Neutralisation nach Anwendung von Aqua regia und zur Reinigung und Sterilisation der Nervextraktoren und Karborundsteine.

Auf Grund eigener Untersuchungen listete BOENNECKEN gebräuchliche Antiseptika auf, die er nach absteigender Desinfektionskraft ordnete:

1. Thymol
2. Chlorphenol
3. Aqua regia
4. Formalin

5. Trikresolformalin
6. Natronlauge
7. Kalilauge
8. Karbolsäure
9. Chloralhydrat
10. Perubalsam
11. Antiformin
12. Eugenol

Da der Erfolg der Wurzelbehandlung davon abhing, wie weit zurückgelassene Pulpareste steril gehalten werden konnten, empfahl er folgendes Vorgehen:

1. Exstirpation der Pulpa in zwei Stufen:
 - a Amputation und Arsenkauterisation
 - b Exstirpation nach 24-stündiger Formalineinlage zur Sterilisation
2. Aqua regia, Natronlauge zur Säuberung
3. Thymol- bzw. Formolthymolpaste zur Wurzelfüllung

(BOENNECKEN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 81 - 89).

Außer den von BOENNECKEN aufgelisteten Medikamenten und Wurzelfüllmaterialien wurden unter anderem verwendet: Isoform (HAHN, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 358 - 363), Guttapercha (J. P. BUCKLEY, zit. in: SCHEUER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 129 - 137), übermangansaures Kali mit Formalin (SAFRON, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 303 - 306) und Natriumperoxid (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 161 - 169).

Einen anderen Weg beschritt FREY mit der Elektrosterilisation gangränöser Wurzelkanäle (FREY, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 144 - 153).

Von einer beispiellosen Anzeigenkampagne, die den

„... Umsturz sämtlicher bis jetzt üblich gewesener Behandlungsmethoden der Wurzel- und Pulpaerkrankungen ...“
(Anzeige, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) nach S. 128)

marktschreierisch verkündete, wurde die Einführung des „NOAH-schen Injektionsapparates“ begleitet.

Zahnarzt NOAH, Nürnberg, erhitzte sein aus antiseptischen Substanzen und Wachsen bestehendes Noalin auf 80 - 90° C und spritzte es mit seinem Injektionsapparat auf die freigelegte bzw. entzündete Pulpa. Zur Wurzelkanalbehandlung sollte es ohne vorherige Säuberung der Kanäle injiziert werden. Auch wenn dies bis zu dreimal vor der definitiven Füllung zu geschehen hatte, wurde das Verfahren als besonders zeitsparend und erfolgreich gelobt (NOAH, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 118 - 121, 151 - 155 und 173 - 177).

Arthur Ritter von HAUER, Wien, verwendete als einer der ersten in Österreich das NOAHsche Verfahren zur Nervüberkappung, nach Nervamputationen, zur Linderung und Heilung apikaler Prozesse und zur raschen Ausheilung von Fisteln.

„Die Anwendung des Noalins erscheint mir ganz besonders wichtig in Fällen von apikalen Reizungen und großer Schmerzhaftigkeit bei Patienten, die uns nicht öfter besuchen können, wo uns also nur die Zange übrigbleibt.

Schwer entschließe ich mich, wenn es sich um einen vorderen Zahn handelt, ein hübsches Gesicht zu ver-

schandeln; da soll mir das Noalin besonders seine Wunder verrichten.“ (HAUER, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 329)

Laut HAUER sollte die NOAHsche Behandlungsmethode zumindest in Norddeutschland verbreitet gewesen sein und über C. JUNG, Professor in Berlin, Eingang in die Lehre gefunden haben.

Dies steht im Widerspruch zu DITTBERNERs Erkenntnissen aus der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“:

„Diese Methode, bei der alle Erkenntnisse der Antisepsis außer acht gelassen wurden, hatte keine Anhänger unter den Zahnärzten finden können ...“. (DITTBERNER, S. 74)

Mit verschiedenen Wurzelfüllungsmethoden setzte sich WEISER kritisch auseinander. Er bezweifelte, daß Wurzelfüllpasten bis in die Wurzelspitze vordringen, und bemängelte, daß sich Zusätze wie Karbolsäure und Trikresol rasch verflüchtigen. Bevorzugt verwendete er Guttapercha- oder Paraffinspitzen mit Thymolzusatz, die er im Wurzelkanal zum Schmelzen brachte. Für tote Milchzahnwurzeln, deren Wurzel resorbiert oder beiseite geschoben werden, waren resorbierbare Massen ideal. Jodoform wirkte stimulierend auf Granulationsgewebe. Oft war die individuelle Reaktionskraft des Körpers entscheidend für den Erfolg einer Wurzelbehandlung. Deshalb verteidigte WEISER auch Pulpaamputationen, wenn ein vollständiges Ausräumen nicht sicher möglich war. Grundsätzlich strebte er jedoch eine Totalexstirpation an. Zur permanenten Wurzelfüllung verwendete er seit 17 Jahren erfolgreich Chloropercha und Gutta-perchapoints (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 1 - 13).

PICHLER, der sich 1902 in Chicago bei Greene Vardiman BLACK (1836 - 1915) weitergebildet hatte, sah im aseptischen Vorgehen bei

der Wurzelbehandlung eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Er arbeitete unter Kofferdam und reinigte das Operationsfeld mit H₂O₂ und Thymolalkohol. Asepsis erreichte er bei

- stumpfen Instrumenten durch eine Alkoholflamme
- schneidenden Instrumenten durch Auskochen und anschließendes Sterilhalten in Alkohol
- Nervnadeln durch Auskochen und anschließendes Sterilhalten unter einer Glasglocke mit einer Formalintablette
- Watte durch Sterilisierung mit Dampf
- Fingerlingen durch Auskochen
- Wurzelkanälen durch Trocknung mit sterilisierten Papierspitzen statt umwickelter Nadeln

Als Wurzelfüllmaterial verwendete er Phosphatzement, dem Vioformpulver

„ ... und in neuerer Zeit auch Bismutum subnitricum zugesetzt ist, damit die Wurzelfüllung auf dem Röntgenbild einen Schatten wirft.“

(PICHLER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 60)

Auch Emil SCHREIER, Wien, vertrat die Ansicht, daß die Wurzelbehandlung ebenso sorgfältig und gewissenhaft durchgeführt werden mußte wie andere chirurgische Maßnahmen, um zu vermeiden, daß

„ ... Brutstätten septischer Gifte ... unter einem prunkvollen Mausoleum von kunstvoll gearbeiteten goldenen Füllungen, Kronen und Brücken begraben liegen ...“.

(SCHREIER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 58)

Konsequenterweise forderte er auch den Einsatz von Kofferdam bei der Wurzelbehandlung:

„Durch das Anlegen des Kofferdam ist der zu behandelnde Zahn ... aus seiner elenden unhygienischen Wohnung in ein prunkvolles Sanatorium überführt, in welchem alle Hilfsmittel zur Verfügung stehen, welche für die Behandlung des Falles angezeigt sind, und wo er so lange bleibt, bis er ohne Schaden in seine frühere Umgebung versetzt werden kann.“

(SCHREIER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 70)

Noch bis zum Jahre 1919 und vermutlich darüber hinaus hielt die Diskussion über das Für und Wider von Pulpaamputation bzw. Pulpaexstirpation an. Daß zu einer Entscheidung nicht immer nur medizinische Überlegungen herangezogen wurden, zeigten die Beiträge von HOEVER und RESCHOFSKY.

Robert HOEVER, Stolberg, Rheinland, empfahl die weniger aufwendige Pulpaamputation besonders für die Behandlung Minderbemittelter und Kassenpatienten (HOEVER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 472 - 484).

Wegen des mit einer sorgfältigen Endodontie verbundenen hohen Zeitaufwandes trat auch RESCHOFSKY für eine zeit- und kostensparende Amputation der Pulpa ein (RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 14 - 17).

Die Grenzen der Erhaltungswürdigkeit pulpatoter Zähne zeigte TRAUNER auf. Insbesondere Zähne, von denen eine schwere Allgemeininfektion des Organismus ausging oder die mit einer periapikalen Entzündung behaftet jeglicher Therapie trotzten, empfahl er zu entfernen (TRAUNER, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 326 - 334).

Zum Verschuß der Zähne wurden verschiedene Materialien verwendet. Über die Verarbeitung von Amalgam schrieben PICHLER

(Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 33 - 40) und SAFRON (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 137f). Amalgam-Feilung und Quecksilber mußten von Hand dosiert und im Mörser angemischt werden, da mechanische Mischgeräte noch nicht zur Verfügung standen. Das BLACKSche Prinzip „Extension for Prevention“, das Ansträngen der Kavitätenränder mit Gingivalrandschrägern und die Verwendung von Ivory-Matrizen waren bekannt.

Neben Amalgam waren Silikatzemente wegen ihrer weißen Farbe und einfachen Verarbeitung beliebt (BREUER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 382 - 386, MORGENSTERN, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 33 - 43 und KULKA, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 65 - 76). Wegen häufiger Pulpaschädigungen empfahl R. KLEIN bei Caries profunda vor der eigentlichen Füllung in getrennter Sitzung eine Unterfüllung aus Phosphatzement zu legen, um hierdurch die Pulpa vital zu erhalten (KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 93 - 95).

SCHEUER berichtete über neue Füllungsmaterialien. Zinnschwamm, ein lockerer „grauer Filz“ aus chemisch reinem Zinn, wurde trocken in die Kavität eingebracht und kondensiert. Zinnzement, eine Mischung aus Zinn- und Zinkoxidpulver, wurde „mit üblichen Zementflüssigkeiten“ angerührt und wie Phosphatzement verarbeitet. Über Verträglichkeit und Haltbarkeit wurde nichts ausgesagt. Betont wurden jedoch Preiswürdigkeit, leichte Verarbeitung und der Glanz nach der Politur:

„ ... man glaubt den hellen Spiegel einer polierten Goldamalgamfüllung vor sich zu haben.“
(SCHEUER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 15)

Schließlich wurde noch die Kombination mit Schwammgold und Goldfolie erwähnt, welche Arbeitsaufwand und Materialkosten bei der Goldfüllungstechnik verringern sollte.

Die gestopfte oder gehämmerte Goldfüllung war theoretisch bekannt, wurde aber nach Meinung von SACHS, Professor in Berlin, zu selten praktisch angewandt. Dies wäre begründet im erheblichen Aufwand an Kosten und Zeit und der Schwierigkeit ihrer Anfertigung. Doch im Vergleich zu anderen plastischen Füllungsmaterialien

„ ... wird der gewissenhafte und gut beobachtende Zahnarzt die Überzeugung gewinnen, dass Gold – seine tadellose Verarbeitung vorausgesetzt – in weitaus den meisten Fällen das zuverlässigste Material zur Erhaltung kariös erkrankter Zähne ist.“

(SACHS, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 81)

Er verwendete vorzugsweise HERBSTsche Universalgoldzylinder und WHITEsches Blattgold. Mit der ausführlichen Beschreibung seiner Vorgehensweise ermunterte er dazu, diese Füllungstechnik häufiger anzuwenden.

Egon GÜNTHER VON KRONMYRTH (1876 - 1910), Wien, empfahl Goldhämmerfüllungen für folgende Indikationen:

- alle nicht abnormal großen Kavitäten an den Kauflächen der Molaren und Bikuspidaten, Foramina coeca an Molaren und Schneidezähnen und sonstige zentrale Kavitäten
- Zahnhalskavitäten
- Approximalkavitäten an den Frontzähnen

Als großen Vorteil der gehämmerten Goldfüllung erachtete er den geringen Verlust an gesunder Zahnschubstanz (GÜNTHER VON KRONMYRTH, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 227 - 230).

Eine völlig neue Art der Füllungsherstellung – die Goldgußtechnik – wurde von Arthur OLLENDORF, Breslau, (1904) und William TAGGART, Chicago, (1907) entwickelt (HOFFMANN-AXTHELM, 1973, S. 284).

Auf der neuen Goldgußtechnik aufbauend berichtete H. ALTER, Agram, über kombinierte Goldgußeinlagen, die durch Trauma oder Karies verlorene Frontzahnteile ersetzen sollten. Der Goldgußaufbau wurde hierbei durch einen angegossenen Wurzelstift im Wurzelkanal verankert. Das Inlay enthielt eine Kavität mit unter sich gehenden Rändern, in die nach dem Guß Porzellanmasse eingeschmolzen wurde (ALTER, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 70 - 72). Schon damals wurde also die gegossene Einlagefüllung keramisch verblendet. Ihren Halt fand die Verblendung in einer retentiven Kastenform. Die heute übliche an einer Oxidschicht haftende Aufbrenntechnik war noch nicht bekannt.

Siegfried HERZ, Wien, empfahl für die Inlaypräparation, spitze Winkel zu vermeiden, die Kavitätenränder mit Schmelzmeißeln nachzuarbeiten und, wie von THIERSCH (1907) beschrieben, die lingualen und bukkalen Ränder mit Papierscheiben abzuschrägen. Als Gold nahm er – statt des früher verwendeten 22-karätigen oder des härteren Dukatengoldes – Feingold, das im Gebrauch durch Zubeißen eingeschliffen wurde. Das Einsetzen erfolgte mit viel Zement. Nach dem Erhärten wurden der Überschub entfernt und die

Ränder mit Schlagpolierern anpoliert (HERZ, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 229 - 233).

Ernst SMREKER, Wien, schrieb über die Probleme bei der Goldgußtechnik: Gold dehnt sich beim Gießen aus, schrumpft aber beim Erstarren um 1 - 2%. Er berichtete über Versuche von PRICE, dieser Schrumpfung u. a. mit einer expandierenden Einbettmasse gegenzusteuern, einer heute noch üblichen Technik (SMREKER, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 353 - 361).

Vollständig aus Porzellan gefertigte Einlagefüllungen befriedigten hohe Ansprüche an die Ästhetik (BRUCK, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 241 - 247 und PECKERT, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 145 - 151). 1897 stellte Newell Sill JENKINS (1840 - 1919), Dresden, niedrig-schmelzende Porzellan-Emaille vor, die leichter zu verarbeiten war als die bisher bekannten Porzellanmassen. Walther Wolfgang BRUCK (geb. 1872), später Professor in Breslau, der sich bei JENKINS fortgebildet hatte, urteilte nach sechsjähriger Erfahrung:

„Wir besitzen in dem von JENKINS erfundenen Porzellanemail ein Füllmaterial, ... [dem wir] mit gutem Gewissen neben unserem bewährtesten Füllmaterial, dem Golde, den ersten Platz anweisen können.“
(BRUCK, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 247)

J. J. MOFFITT, Präsident des „State Board of Dental Examiners“, Harrisburg, Pa., schrieb zur Wiederherstellung von Mahlzähnen mit Porzellanfüllungen.

„Die Wiederherstellung solcher Kronen und ihr auffallender Gegensatz zu benachbarten häßlichen Silberfüllungen und verfärbten Goldfüllungen hatten zur Folge, daß viele Patienten veranlaßt wurden, sich diese Füllungen entfernen

und durch solche Porzellaneinlagen ersetzen zu lassen.“
(MOFFITT, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 347)

Offensichtlich war der Wunsch nach zahnfarbenen Füllungen bereits damals so groß, daß intakte Füllungen aus ästhetischen Gründen erneuert wurden.

Als weitere ästhetische Behandlung wurde das Bleichen von verfärbten Zähnen bereits 1903 von SMREKER empfohlen. Er verwendete hierzu Pyrozon, eine 25%ige Lösung von H₂O₂ in Äther. Amalgam-Verfärbungen waren allerdings auf diese Weise nicht zu beheben (SMREKER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 150 - 155).

5. PARODONTOLOGIE

Die Erkrankungen des Zahnbettes waren schon für WEISER eine „Volksplage“ (Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 228). Unter dem Begriff der Alveolarpyorrhoe,

„wörtlich übersetzt: Eiterfluß aus dem Zahnfache“
(PORT und EULER, S. 468),

faßte man die parodontalen Erkrankungen zusammen. Über ihre Ursachen und Therapiemöglichkeiten wurde lebhaft diskutiert.

„Wenn man über die Behandlung einer Krankheit viel spricht oder schreibt, so ist dies ein Zeichen, daß entweder die verschiedensten Mittel gegen diese Krankheit helfen oder daß man noch immer auf der Suche nach einem helfenden Mittel ist. Über die Alveolarpyorrhoe ist schon viel gesprochen und geschrieben worden, und daß dies noch immer geschieht, zeigen die vielen angemeldeten Vorträge über diese Krankheit.“
(WALLISCH, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 430)

Insgesamt tappte man damals noch arg im Dunkeln und hatte nur unklare, teilweise sehr unterschiedliche Vorstellungen von einer Therapie. So heißt es in einem 1915 erschienenen Lehrbuch der Zahnheilkunde:

„Die Krankheit beruht auf einer Mischinfektion; sie erlischt mit dem Verluste der betroffenen Zähne.

Die Prognose ist zweifelhaft; doch tritt mit der Behandlung des Allgemeinleidens bei gleichzeitiger lokaler Therapie meist eine Besserung ein; eine restitutio ad integrum ist ausgeschlossen.

Die therapeutischen Vorschläge sind sehr zahlreich, oft muß solange gewechselt werden, bis sich etwas Wirksames findet.“ (PORT und EULER, S. 490)

WUNSCHHEIM stellte 1911 fest, daß die

„ ... Alveolarpyorrhoe ... so ungemein häufig ist, daß ihr weit mehr Zähne zum Opfer fallen als der Karies.“
(WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 1)

Als Ursachen nahm er an:

- prädisponierende Momente, wie
 - Stoffwechselstörungen
 - Vererbung
 - Ernährung
- exzitierende Ursachen, wie
 - subgingivaler Zahnstein
 - überstehende Füllungsrän­der
 - Kronen
 - Plaque
 - traumatische Schäden

L. LANDGRAF, Budapest, sah demgegenüber in der Alveolarpyorrhoe ein rein lokales Leiden bakterieller Genese.

„Wir alle wissen, daß die bakterielle Invasion bei der Alveolar-Pyorrhoe eine große Rolle spielt. Nur unter ihrem Einflusse kommt es zu jenen destruktiven Veränderungen, welche der Krankheit ihren Charakter aufprägen.“
(LANDGRAF, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 103)

Erich BAUMGARTNER, Privatdozent in Graz, äußerte sich in ähnlicher Weise. Er vermutete folgende habituelle Prädispositionen:

- die durch subgingivale schleimbildende Mikroorganismen geförderte Konkrementbildung, die zu einer Retraktion der Gingiva führte
- lockeres Zahnfleisch (minderwertige Ausbildung des Ligamentum circulare)
- Atrophia alveolaris praecox
- Malokklusion

(BAUMGARTNER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 1 - 19, 27 - 44)

SICHER fand in Übereinstimmung mit KÁROLYI in der Überlastung durch Malokklusion oder nächtliches Pressen und Knirschen ein wichtiges ätiologisches Moment für die Pyorrhoe. Seine These lautete:

„Die primäre Schädigung bei jenen Formen der Pyorrhoe, die zweifellos auf Überlastung zurückzuführen sind, ist die Lockerung des Zahnes durch Überdehnung seines Aufhängeapparates; darauf folgt die Atrophie des Knochens des Alveolarfortsatzes, darauf erst die ganze Reihe der entzündlichen Prozesse.“
(SICHER, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 185)

BAUMGARTNER zog das Resümee:

„Obwohl die Literatur über diese Krankheit ungeheuer und wohl nicht mehr in ihrer Gänze zu übersehen ist, sind wir über das Wesen (vor allem über die Ätiologie) derselben bis heute im Unklaren.“ (BAUMGARTNER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 1)

So zahlreich wie die Theorien zur Ätiologie und Genese der Alveolarpyorrhoe waren auch die Therapieempfehlungen.

J. MATFUS, Assistent bei WALLISCH in Wien, gab einen Überblick über den Stand der Forschung. Als spezielle lokale therapeutische Maßnahmen, zu denen chirurgische, medikamentöse und prothetische Vorgehensweisen gehörten, zählte er auf:

- Zahnsteinentfernung
- Vernichtung der Granulationen durch Thermokauter
- ätzendes Chlorphenol (BERTEN)
- H₂O₂
- Abschleifen der Zähne
- Aufbißkappen (KÁROLYI)
- Befestigung lockerer Zähne durch Goldreifen oder -keile

Behandelt wurden nur vitale Zähne, da pulpatote angeblich nicht der Pyorrhoe verfallen sollten (MATFUS, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 162 - 172).

WUNSCHHEIM legte den Schwerpunkt der Therapie auf die Zahnsteinentfernung:

„Darin stimmen denn auch alle Autoren überein, daß die sorgfältige Entfernung des subgingivalen Zahnsteins die *Conditio sine qua non* bei der Therapie der Alveolar-

pyorrhoe ist und daß es eine Heilung der Alveolarpyorrhoe ohne Entfernung des Zahnsteins nicht gibt.“
(WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 3)

Da sich subgingivaler Zahnstein immer wieder von neuem bildet, war er sich darüber im klaren,

„ ... daß wir in solchen Fällen eine dauernde Heilung auch bei gewissenhaftester lokaler Behandlung nicht erzielen können, uns vielmehr damit begnügen müssen, eine temporäre Heilung oder Besserung zu erreichen, die von Zeit zu Zeit einer Nachbehandlung bedarf, um das unvermeidliche Ende möglichst lange hinauszuschieben.“
(WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 2f)

Das „Kürettement des subgingivalen Zahnsteines“ nahm er zunächst mit Handinstrumenten vor. Auf diesem Wege nicht zu entfernende Reste wurden üblicherweise mit Säuren, wie Milch-, Schwefel-, Salz- oder Trichloressigsäure, erweicht. Als besonders wirksam pries WUNSCHHEIM jedoch das das Zahnfleisch stark verätzende Tartarsol, eine Verbindung von Flußsäure mit Ammoniumcarbonat, das mit Fäden für 10 Min. in die Taschen eingebracht wurde. Es wirkte stark adstringierend und war durch die Ätzwirkung schmerzhaft. Am nächsten Tag waren die Konkremeute mühelos zu entfernen. Das Ätzen bewirkte ein Einrollen und Schwinden des Zahnfleisches; dadurch wurden die Taschen kleiner und es bildete sich frisches Granulationsgewebe. Durch Zerstörung der epithelialen Auskleidung der Taschen wurde eine Vernarbung eingeleitet. Hierdurch wurden lockere Zähne wieder fester. Zusammenfassend stellte WUNSCHHEIM fest,

„ ... daß wir in der Flußsäurebehandlung der Alveolarpyorrhoe ein außerordentlich wertvolles Mittel in der Bekämpfung der Alveolarpyorrhoe erhalten haben, das bei der Entfernung des subgingivalen Zahnsteins und

Zerstörung der erkrankten Partien des Alveolarfortsatzes dieselben Dienste leistet, wie die chirurgische Behandlung, nur schonender und effektiver ...“.

(WUNSCHHEIM, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 10)

Auch Rudolf SAFRON, Wien, war in der Wahl seiner Mittel nicht ängstlich. Er empfahl als Desinfiziens Pikrinsäure (Trinitrophenol) bei Pyorrhoe und Gingividen. Das Präparat hatte eine stark eiweißfällende Wirkung und erzeugte als Blutgift schwere vom ZNS ausgehende Krämpfe. Trotz seiner Toxizität wurde es wegen der geringen Applikationsquantitäten empfohlen, da es keine entzündungserregenden Eigenschaften hatte und Jodtinktur, Tinc. Ratanhiae, T. Myrrhae, H₂O₂ und Methylenblau als desinfizierendes Mittel übertraf (SAFRON, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 77 - 80).

BAUMGARTNER hielt die damals übliche Säurespülung, die mit Handinstrumenten nicht erreichbare Konkremete auflösen sollte, für wirkungslos. Sie hätte keine auflösende, sondern nur spülende Wirkung. Er untersuchte das eitrige Taschensekret mikroskopisch und beschrieb die vorgefundenen Mikroorganismen. Zur medikamentösen Behandlung setzte er zum Ausspülen der Zahnfleischtaschen die als ausgezeichnetes Antiseptikum gegen Syphilis und Gonorrhoe gebräuchliche Tyrosin-Quecksilberverbindung Merlusan in 0,5%-iger Lösung ein. Als weitere Therapiemöglichkeiten nannte er:

- Deutschmannserum E, schmerzstillend, zur unspezifischen Reiztherapie
- Orypan, vitaminhaltiges Präparat
- Kalium - Rhodanotum - Spülungen
- Reinhaltung der Interdentalräume
- Massage des Zahnfleischs

- Schienung
- Radium- und Röntgenstrahlen

(BAUMGARTNER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 1 - 19 und 27 - 44)

Bei sehr lockeren Zähnen mit noch festen Nachbarn propagierte Karl WACHSMANN, Prag, die Extraktion des gelockerten Zahnes, die sofortige sorgfältige Entfernung von Zahnstein, Serumstein und Granulationen an der Wurzel und in der Alveole und die Replantation mit evtl. Ligaturen-Schienung. Unklar war hierbei, ob es anschließend durch das Foramen apicale zu einer neuen Vaskularisation und einer Regeneration der Nervenfasern oder zu einer bindegewebigen Vernarbung der Pulpa käme. Deshalb forderte Robert NEUMANN, Universitäten Berlin und Marburg, jeden Wurzelkanal vor einer Replantation vorsorglich zu räumen und aseptisch zu füllen (WACHSMANN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 163 - 174).

WIESSNER legte seine aus heutiger Sicht modernen Therapieansätze in einem Artikel „Über die Beseitigung von Zahnfleischwucherungen auf unblutigem Wege“ dar. Im Vordergrund standen dabei die schonende Entfernung des Zahnsteins ohne den damals üblichen Säureeinsatz und die anschließende Desinfektion durch eine Pinselung mit Jodtinktur, ein Vorgehen, das zu guten Behandlungserfolgen führte (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 89 - 91).

Auch wenn zur Desinfektion parodontaler Taschen heute andere Medikamente empfohlen werden, kommt das Vorgehen WIESSNERS der z. B. von RENGGLI, Nimwegen, propagierten Therapie schon

sehr nahe. Wenn auch erste mikrobiologische Untersuchungen der Sulkusflora durchgeführt wurden (BAUMGARTNER, Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 1 - 19 und 27 - 44), so war damals an eine daraus resultierende gezielte systemische oder lokale antibiotische Therapie mangels geeigneter Antibiotika noch nicht zu denken.

6. ZAHNERSATZKUNDE

Den Stand der prothetischen Behandlung im betrachteten Zeitraum zeigen vor allem die Beiträge WEISERs auf. Danach wurde offensichtlich viel experimentiert und auf unterschiedliche Weise versucht, Funktion und Ästhetik in Einklang zu bringen.

Für die Versorgung mit Kronen und Brückenankern war die Vollgoldkrone Standard:

„Wo wir keine kosmetischen Rücksichten zu beobachten haben, ist die Vollgoldkrone der beste Zahnersatz.“
(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 83)

Offensichtlich wurden sie nach vielfältigen Methoden hergestellt. So leitete RESCHOFSKY ein Referat vor Kollegen mit den Worten ein:

„Erschrecken sie nicht, meine Herren, ich will zu den 100 bestehenden Kronen keine neue erfinden ...“.
(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 419)

Die Vielzahl der Kronenarten nahm er als

„ ... Beweis [dafür], daß keine von ihnen den allseitigen Anforderungen genügt. Diese sind: Exaktes Passen am Zahnhalse, tadellose Artikulation, Widerstandsfähigkeit, gefällige Form einerseits, andererseits einfache, somit kürzeste und billigste Herstellungsart.“

(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 83)

RESCHOFSKY beschrieb die Kriterien für eine exakte Vollgoldkrone mit Stufenpräparation und diskutierte die Fehlermöglichkeiten bei der Herstellung von Ringdeckelkronen mit gestanzter oder gegossener Kaufläche (RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 83 - 85).

Zur Präparation vermerkte er:

„ ... man formt ja den Zahnhals mit Fissuren-Schulterbohrer oder Meissel zur Aufnahme des Ringes, wobei man das Periost sicher nicht schont, bei tief cariösen Wurzeln gräbt man ja direkt eine Rinne um die Wurzel herum.“
(RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 83)

Zur Verbesserung des genauen Randschlusses empfahl GÜNTHER VON KRONMYRTH während der Zementierung den Einsatz einer speziellen Zange nach PEESO. So konnte z. B. im unter sich gehenden Furkationsbereich unterer Molaren durch Anpressen die Paßgenauigkeit von Bandkronen optimiert werden. Als Gold verwendete er extrem weiches, gut formbares 22-karätiges amerikanisches Münzgold (GÜNTHER VON KRONMYRTH, Oest Z Stomat Im Jg. 3 (1905) S. 321 - 325).

Die verschiedenen Arten von Stiftkronen mit Platin-Langstift-Verblendschalen beschrieb RESCHOFSKY in einem weiteren Artikel. Fragwürdig ist, daß der Verfasser zu Gunsten einer seiner Meinung nach besseren Stabilität empfahl, den Wurzelkanal nicht zentral, sondern schräg exzentrisch aufzubereiten. Eine Schwächung der lingualen Seite der Wurzel wurde hierbei bewußt in Kauf genommen (RESCHOFSKY, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 419 - 423).

GÜNTHER VON KRONMYRTH fertigte als Stiftkrone die RICHMOND-Krone, die den Wurzelstumpf durch eine Ringkappe umschloß. Dies schützte die Wurzel vor dem Auseinanderbrechen und zervikale Zahnbereiche vor Sekundärkaries (GÜNTHER VON KRONMYRTH, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 1 - 5).

Für die Versorgung kräftiger Wurzeln erschien Hermann BARDACH, Wien, der Ring der

„ ... RICHMOND-Krone als ein Zuviel an Arbeitsleistung von Seiten des Zahnarztes und eine unnötige Anforderung an die Ausdauer des Patienten.“
(BARDACH, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 66)

Um ein unerwünschtes Rotieren der Stiftkrone zu verhindern, präparierte er den ovalen Stumpf mesial, lingual und distal plan, so daß zwei rechtwinklige Ecken entstanden. Seine vereinfachte Form der Wurzelkappe schnitt er dann aus einem Stück Goldblech zu, das er kastenförmig zurechtbog und verlötete.

„Durch die rechten Ecken der Wurzelkappen wird ein ganz besonders fester Sitz der Krone erzielt. Jedes rotierende Moment ist ausgeschlossen; die Krone klemmt sich so fest, wie man es sonst nur bei RICHMOND-Kronen, kaum bei Halbringkronen beobachten kann. Beim Hinaufschieben hat man das Gefühl des sichersten Gleitens, sowie nur eine genau gearbeitete Lade gleitet.“
(BARDACH, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 68)

Es schien BARDACH nicht zu stören, daß die bei der Präparation entstandenen rechtwinkligen Stufen von der Krone nicht abgedeckt wurden.

Vor allem in den USA versuchte man inzwischen, die Ästhetik der Kronen bevorzugt im sichtbaren Bereich durch zahnfarbene Materialien zu verbessern.

„Obwohl in den letzten Jahren, insbesondere in der amerikanischen Fachliteratur, eine große Anzahl wertvoller Arbeiten über Porzellankronen publiziert wurde, werde ich stets jede Gelegenheit benützen, in Wort und Schrift für die Verwendung keramischer Substanzen beim Aufbau des Ersatzes verloren gegangener natürlicher Zähne einzutreten, insoweit bei uns, wie leider meine Beobachtungen mich lehren, dieser Nutzenanwendung und Verwertung nicht jene Würdigung geschenkt wird, welche sie nach meinem Dafürhalten vollauf verdient. ...“

Bei den gegenwärtigen Hilfsmitteln ist es heute kaum eine Schwierigkeit mehr, solche Kronen durch Materialien aufzubauen, welche uns die Möglichkeit bieten, den natürlichen Verlust am ähnlichsten zu reproduzieren.“
(KRAUS, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 427)

M. A. STANLEY, New Bedford, Mass., beschrieb eine leicht konstruierbare Porzellankrone für Mahlzähne. Nach Wurzelbehandlung und Amalgamfüllung wurden 2 - 3 Löcher für die Platinstifte gebohrt. Eine aufgelegte Platinplatte wurde an diesen Stellen durchbohrt, die Stifte durchgesteckt, mit Goldlot eingelötet und die Platte nach der Wurzeloberfläche zurechtgeschnitten. Nach Abformung und Modellherstellung konnte das Email aufgebrannt werden (STANLEY, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 106 - 107).

Dennoch schienen sich die keramische Verblendtechnik und die vollkeramischen Jacketkronen nur zögernd in Österreich zu verbreiten. Das läßt sich aus der Klage schließen, die STEINSCHNEIDER 1919 unter der Rubrik „Winke für die Praxis“ erhob:

„Häßlich, aufdringlich und geschmacklos ist es, wenn im Bereich der Frontzähne Vollgoldkronen gemacht werden

und die eigene Bequemlichkeit oder die Unzulänglichkeit, Zähne mit Porzellanfacetten herzustellen, die dem Kauakte standhalten, dies dem Patienten noch als besondere Vollkommenheit des Ersatzes einredet.“

(STEINSCHNEIDER, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 133)

Zahnlücken wurden mit festsitzendem oder abnehmbarem Brückenzahnersatz oder mit abnehmbaren Prothesen geschlossen.

Als Indikation für Brücken-Zahnersatz nannte WEISER:

- 1) Kosmetik
- 2) Unmöglichkeit, Zahnersatz anders zum Halten zu bringen oder funktionellen Erfolg damit zu erzielen
- 3) Alveolar-Pyorrhoe (Schienung)
- 4) Psychische Gründe bei jugendlichen Personen
- 5) Berufliche Gründe (Redner, Schauspieler, Sänger)
- 6) Neigung der Stützzähne zu Caries acutissima
- 7) Retention regulierter Zähne oder Zahnreihen
- 8) Kräftige Verankerung für eine chirurgische Prothese

Als Kontraindikationen bezeichnete er:

- 1) Ungünstige Bißverhältnisse
- 2) Mangel genügender Pfeiler oder ungünstige Verteilung derselben
- 3) Nächtliches Knirschen, Epilepsie
- 4) Voraussichtlich zu breite Basis im Bereiche der Frontzähne
- 5) Diabetes mellitus in gewissen Fällen
- 6) Beständiger Foetor ex ore
- 7) Herabgesetzte Widerstandskraft des Patienten
- 8) Soziale Verhältnisse

Alsdann listete er die bekannten Brückenarten auf – festsitzend oder abnehmbar, als Schwebelücke oder aufsitzend als Sattelbrücke geformt. Von den zahlreichen Sonderformen, die häufig aus unterschiedlichen Verankerungen des Zahnersatzes entwickelt wurden, seien beispielhaft die verschraubte oder mit Geschiebe verbundene geteilte Brücke und die auf Teleskopkronen oder Knopfankern ruhende abnehmbare Brücke genannt.

„Die Zahl der früher schon kaum aufzählbaren Kombinationen ist ... ins Unendliche gestiegen. ... Die Fachblätter bringen schon fast täglich neue Methoden.“
(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 236)

Dennoch spiegelte sich das in der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ kaum wider. Im wesentlichen fanden sich zur Prothetik nur Beiträge von WEISER, STEINSCHNEIDER, GÜNTHER VON KRONMYRTH und RESCHOFSKY.

Daneben wurde über einzelne herausragende Zahnersatzarbeiten mit Stolz berichtet. So beschrieb VIERTHALER, wie er einen Oberkiefer mit den erhaltungsfähigen Zähnen 18, 15, 12, 11, 25 und 28 mit einer 16-gliedrigen Brücke bei gleichzeitiger Regulierung einer Progenie versorgte:

„Die Brücke trägt 16 Zähne und ist die größte, die meines Wissens bis jetzt beschrieben wurde.“ (VIERTHALER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 50)

Für die überaus exakte Ausführung der Arbeit sprach er dem Zahntechniker KLUM seine „vollste Anerkennung“ aus.

Auf ungewöhnliche Art konstruierte LÉGER-DOREZ, Paris, seine Brückenarbeiten. Er gliederte Brücken ein, ohne zuvor die Anker zu beschleifen. Die Ankerzähne wurden lediglich mit Ringen umschlos-

sen, an denen das Brückenglied angeschraubt wurde. Dieses Verfahren habe Vorteile für die Artikulation, erleichtere eine eventuell später erforderliche Wurzelbehandlung, erfordere keine Devitalisierung und ermögliche ein problemloses Abnehmen der nur verschraubten Brücke (LÉGER-DOREZ, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 317 - 324).

Elemente der Brückenprothetik verwendete WEISER für Plattenzahnersatz. Anstelle von Klammern beschrieb er erste teleskopierende Verankerungen zur hygienisch einwandfreien und sicher sitzenden Befestigung eines funktionstüchtigen kombiniert festsitzend-herausnehmbaren Zahnersatzes (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 33 - 45, S. 65 - 78 und S. 105 - 111).

Mangelhafter Sitz könnte die Ursache für einen kuriosen Unfall gewesen sein, bei dem ein Patient eine Prothese zum Ersatz von 7 Zähnen mit 2 Klammern verschluckt hatte. Ihm wurde verordnet, nichts als Kraut und Kartoffeln zu essen. Nach 24 Stunden hatte die Therapie Erfolg und der

„Patient erschien freudig mit dem zutage geförderten Stück.“ (KREISLER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 359)

Auf der Suche nach einer dauerhaften und sicheren Verankerung für Zahnersatz griff man auch auf die „Zahnpflanzung“ zurück. Unter diesem Oberbegriff definierte METNITZ in seinem 1894 erschienenen „Lehrbuch der Zahnheilkunde“:

„Wir sprechen von Reimplantation, wenn ein Zahn extrahiert und demselben Individuum wieder eingesetzt wurde von Transplantation, wenn ein Zahn einem Individuum extrahiert und einem anderen eingesetzt wurde.“
(METNITZ, S. 249)

Hierbei wurde eine frische Extraktionswunde als Bett für den einzupflanzenden Zahn genutzt.

Zeitgleich mit dem Erscheinen des Lehrbuchs von METNITZ beschriftet William YOUNGER, Chicago, mit der Implantation neue Wege. Zu diesem Zweck schuf er erst die Alveolen für die einzupflanzenden Zähne auf operativem Wege.

Halb bewundernd, halb skeptisch äußerte sich hierzu Wincenty LEPKOWSKI, Professor an der Universität Krakau:

„Die in ihren Erfindungen kühnen und Ungewöhnlichkeiten liebenden Amerikaner sind die Väter dieser exzentrischen Operation. YOUNGER aus Chicago, ein eifriger Fanatiker der Zahnimplantation, einer der ersten, der sie vor 10 Jahren einführte, hat eine Reihe von Instrumenten zusammengestellt, eine Art von Bohrer zur Knochen-trepanation, mit deren Hilfe er Löcher bohrt, die ihrer Form nach jener der Zahnwurzel ähnlich sind. (LEPKOWSKI, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 349)

Nach der Beschreibung hielt er das Gelingen für durchaus möglich, schien es doch eine Weiterentwicklung der von YOUNGER 1880 eingeführten erfolgreichen Methode zu sein, pyorrhoeeschädigte Zähne zu ziehen, gründlich von Zahnstein zu reinigen und anschließend wieder in ihre Alveole zurückzusetzen.

Auch WEISER war das Implantationsverfahren YOUNGERS aus einer persönlichen Demonstration in Wien im Jahre 1895 bekannt. Er versuchte nun, auch Porzellanwurzeln in die Alveolen extrahierter Zähne zu implantieren, um sie als Brückenanker zu nutzen (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 131 - 139).

Den damaligen Implantationsversuchen war nur mäßiger Erfolg beschieden. Es hat lange gedauert, bis die mit der Implantologie verbundenen zahlreichen Schwierigkeiten überwunden werden konnten. Erst seit einigen Jahren erlebt die Implantologie eine wahre Blüte.

Doch es gab auch Stimmen, die sich grundsätzlich gegen die Eingliederung festsitzenden Zahnersatzes wandten.

„ ... und zwar wegen ihrer zwei hervorragendsten Nachteile: der notwendigen Verstümmelung der Pfeilerzähne und des unhygienischen Zustandes, den die erschwerte Reinigung mit sich bringt.“ (ROACH zitiert von SCHWARZ, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 65)

Die Lösung sollte eine in Amerika patentierte Befestigungstechnik sein, die F. Ewing ROACH im Januar 1908 im „Dental Cosmos“ vorstellte. Sie bestand aus einer kugelförmigen Matrize, die entweder mit ihrer Verankerung in einen Zahn einzementiert oder an eine Krone angelötet wurde, und einer zylinderförmigen seitlich geschlitzten Hülse als Matrize, die in den Sattel einer abnehmbaren Prothese eingearbeitet wurde. Die Befestigungen belasteten die Ankerzähne nicht. Es war jedoch eine umfassende Abstützung der Prothese auf der Schleimhaut erforderlich (SCHWARZ, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 65 - 70).

„ ... und so haben wir in dem unteren Bügelstücke mit ROACH-Verankerung zurzeit wohl das Beste, um die Funktionsfähigkeit des Gebisses dem Patienten wiederherzustellen, ohne daß die noch stehenden Zähne Schaden nehmen.“ (HERZ, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 67)

Zur Totalprothetik finden sich nur zwei Beiträge. FRANK berichtete über eine obere Totalprothese aus gestanzter Goldplatte und angelöteter hinterer Abdeckung für die aufgestellten Zähne. Der zur

Verankerung der Prothesenzähne dienende Kautschuk war zwischen den gestanzten Goldplatten nicht sichtbar (FRANK, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 187 - 189).

In seinem Artikel über den BONWIL'schen Artikulator hob Ludwig WARNEKROS (1855 - 1927), Geheimer Obermedizinalrat und Professor in Berlin, die Vorteile nach BONWIL gefertigter Prothesen hervor. Durch den gleichmäßig verteilten Kaudruck gab es einen sicheren Sitz und keine Druckbeschwerden. Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer waren ohne Federn möglich – ein unschätzbare Vorteil für Hygiene und Tragekomfort (WARNEKROS, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 215 - 218).

1914 verstummte die Berichterstattung zur allgemeinen prothetischen Versorgung. Dies mag auch am kriegsbedingten Materialmangel gelegen haben, was man aus zahlreichen Verlautbarungen in der Rubrik „Kleine Mitteilungen“ schließen kann. Die Hauptlieferanten für zahnärztliches Material – Amerika und England – fielen aus, auch Länder wie Belgien, Schweiz, Norwegen, Finnland und Dänemark erließen Ausfuhrbeschränkungen für pharmazeutische Produkte, Instrumente und Rohstoffe wie Kautschuk, Gold, Platin und Silber. Dem Mangel versuchte man, durch Streckung der Vorräte und den Einsatz von Ersatzstoffen zu begegnen. Den Kautschuk z. B. ersetzte man durch das minderwertige Cellon (Azetyl-Zellulose).

Zwischen 1914 und 1918 erschienen fast nur noch Beiträge zur Defektprothetik. Während in Kriegszeiten Verletzungsfolgen versorgt wurden, stand in Friedenszeiten die Behandlung angeborener und erworbener Defekte im Vordergrund. Hierzu zählten der Wolfs-

rachen, die Folgen von Tuberkulose, Lues oder die Entfernung von Tumoren.

Ein Beispiel dafür ist die Versorgung nach einer Kieferresektions-Operation durch Alexander FRÄNKEL (1857 - 1941), Professor in Wien. Eine Gummiprothese wurde nach dem herausoperierten Kieferabschnitt zugeschnitten und mit geschraubten Stacheln und Draht als Immediat-Prothese befestigt. Die Wundheilung verlief ungestört. Später sollte die Gummiprothese durch ein Kieferstück aus Silber ersetzt werden (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 257 - 260).

Die Mortalität von Kindern mit angeborener Spaltbildung des Gaumens war infolge mangelhafter Ernährung oder Lungenerkrankungen stets hoch.

„Diese großen Gefahren quoad vitam, welche angeborene Gaumendefekte für die Neugeborenen in sich bergen, waren die Veranlassung, daß hervorragende Fachkollegen bestrebt waren, Obturatoren zu konstruieren, welche es ermöglichen, die Kinder bis zur geeigneten Zeit des operativen Eingriffes zu erhalten.“ (KRAUS, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 288)

Moritz KRAUS, Zahnarzt in Wien, gewesener Dozent der Post-Graduate Medical School of Chicago, stellte zwei Modelle vor.

Der von WARNEKROS konstruierte Obturator aus Weichgummi war beweglich mit der Saugflasche verbunden.

„Damit der Obturator nicht verschluckt werde, wird er vorsichtshalber mittelst Bindfaden am Ohr des Kindes fixiert. ...

Von ... [der] Verbindung des Obturators mit der Saugflasche hat Warnekros später Abstand genommen, da

derselbe bei jeder Bewegung der Saugflasche sich vom Gaumen entfernte.“ (KRAUS, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 288f)

BROPHY, Mundchirurg und Professor in Chicago, hatte einen Obturator entwickelt

„ ... aus einer mit dem durchlöchernten Gummisaugknopf verbundenen zungenförmigen Weichgummiplatte, welche sich bei der Benützung des Saugapparates »automatisch« auf die Gaumenfläche legt und damit den Abschluß zwischen Mund- und Nasenhöhle herstellt. Während der von WARNEKROS angegebene Obturator vermutlich auch unabhängig vom Saugen im Munde des Kindes bleibt – somit auch den in der Einleitung erwähnten durch die Respiration herbeigeführten Gefahren begegnet – dürfte der von BROPHY hergestellte Apparat nur während des Saugens seinen Zweck erfüllen.“

(KRAUS, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 289)

Insgesamt war die Prothetik zur damaligen Zeit schon weit fortentwickelt.

„Um die Wende zum 20. Jahrhundert standen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prothetik alle grundsätzlichen Konstruktionsprinzipien fest. Entsprechend den allgemeinen Fortschritten auf technischem Gebiet erwachsen die wesentlichen Entwicklungen aus der Verwendung neuer Materialien und den sich daraus ergebenden Folgerungen.“ (HOFFMANN-AXTHELM, 1973, S. 273)

Worauf man zur damaligen Zeit noch verzichten mußte, das waren u. a. die 1919 vorgestellten modellgegossenen Prothesen aus rostfreiem Edelstahl der Firma Krupp in Essen und polymerisierbare Prothesenkunststoffe, die 1935 in Wien und Frankfurt am Main begannen, den Kautschuk abzulösen. Der Abdruckgips wurde erst nach dem Zweiten Weltkrieg durch neuartige elastische und hochpräzise Abformmaterialien ersetzt.

7. KIEFERORTHOPÄDIE

Als Begründer der damals noch Orthodontie genannten Kieferorthopädie als selbständiges, wissenschaftlich fundiertes Gebiet der Zahnheilkunde gilt Edward Hartley ANGLE, Professor in St. Louis, Missouri, (1855 - 1930). Anlässlich des IV. internationalen zahnärztlichen Kongresses in St. Louis rief er im Jahre 1904 aus:

„Die Zahnheilkunde umfaßt heutzutage so viel reine und angewandte Wissenschaft, umschließt so viele verschiedene Gebiete, auf deren jedem ein hoher Grad von Geschicklichkeit wesentliches Bedingnis des Erfolges bildet, daß ein einzelner die Hoffnung aufgeben muß, in ihnen allen gleich wohlbewandert zu sein. Kein einzelner Geist ist groß genug, um sie alle zu meistern. Michel Angelos are few and the all-around dental expert now lives only in history. Michel Angelos gibt es wenige, und der Zahnarzt, der auf allen Fachgebieten in gleicher Weise hervorragend ist, gehört der Vergangenheit an.“ (ANGLE, zit. in: WEISER und ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 45)

Mit der Veröffentlichung von ANGLEs Lehrbuch „Behandlung der Okklusionsanomalien der Zähne“ wurden alle älteren Einteilungen und Nomenklaturen der Bißarten nach CARABELLI, STERNFELD, WELCKER, FRIEDLÄNDER und ISZLAI ungebräuchlich (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 129 - 139 und 161 - 167).

ANGLE stellte die regelrechte Schlußbißlage in das Zentrum seiner Betrachtungen und definierte sie als:

„ ... das Vorhandensein normaler Beziehungen zwischen den schrägen Okklusionsflächen der Zähne bei geschlossenen Kiefern.“
(ANGLE, Oest Z Stomat Jg. 6.9 (1908) S. 1)

Harmonische Beziehungen der Zähne zueinander prägten das normale Gebiß,

„ ... denn die Höcker greifen ineinander ein, und jede schräge Okklusionsfläche dient dazu, jeden Zahn an einem Herausgleiten aus seiner Stellung zu verhindern, ja noch mehr, denselben, wenn er in geringem Grade falsch steht, in seine normale Stellung zu drängen; dies aber nur, wenn er noch nicht außerhalb des Einflusses der schrägen Flächen steht.“ (ANGLE, Oest Z Stomat Jg. 6.9 (1908) S. 7)

Die Stellung der ersten oberen Molaren bezeichnete er als

„ ... die Schlüssel zur Okklusion.“
(ANGLE, Oest Z Stomat Jg. 6.9 (1908) S. 12)

Standen diese Molaren erst einmal richtig, konnte der übrige Teil des Gebisses von der Natur in normaler Weise vollendet werden.

„Das Gebiß, mit den Zähnen in normaler Okklusion, ist für jedes Gesicht, so unvollkommen es auch in anderer Beziehung sein mag, ein hervorstechendes Schönheitsmerkmal.“ (ANGLE, Oest Z Stomat Jg. 6.9 (1908) S. 8)

ANGLE legte dar, daß das Gleichgewicht der Okklusion durch das Zusammenspiel mehrerer natürlicher Faktoren aufrecht erhalten wird.

„So sieht man, daß normale Okklusion durch die Harmonie im Umfange und in den Beziehungen der [natürlichen Zahn-]Bögen erhalten wird – eine Folge des Ineinandergreifens und der gegenseitigen Stütze der schrägen Okklusionsflächen der Zähne sowie des Einflusses der Muskeln labial-, bukkal- und lingualwärts.“ (ANGLE, Oest Z Stomat Jg. 6.9 (1908) S. 22)

Lagen Fehlstellungen oder Fehlfunktionen vor, so sollte die orthodontische Therapie das natürliche Gleichgewicht und das harmonische Zusammenspiel in allen Teilen wiederherstellen.

Albin OPPENHEIM, später Dozent in Wien, berichtete über die Prinzipien der Behandlungsmethoden nach ANGLE und seine Einteilung der Zahn- und Kieferanomalien in drei Klassen. Er lobte den neuen, von ANGLE einheitlich konstruierten Satz von fabrikmäßig hergestellten Regulierungsapparaten,

„ ... welcher der Methode das eigentliche Gepräge gibt; getreu dem einem der Kapitel in seinem Buche vorgesetzten Motto »In der Kunst – in Allem ist Einfachheit höchste Vollkommenheit« war ANGLE bemüht, in seinem Satz von Apparaten alle jene Eigenschaften zu verkörpern, die jedweden an Regulierungsapparate gestellten Anforderungen in höchstem Maße gerecht werden. Zartheit, Einfachheit und Unauffälligkeit paaren sich mit höchster Wirksamkeit ...“. (OPPENHEIM, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 326)

OPPENHEIM wandte sich in Übereinstimmung mit ANGLE gegen Extraktionen aus kieferorthopädischen Gründen. Er forderte, nicht nur einzelne Symptome, sondern immer beide ganze Kiefer zu behandeln. Dabei mußten eben nicht nur Fehlstellungen einzelner Zähne, sondern häufig auch eine Unterentwicklung des Kiefers, erbliche Faktoren und „üble“ Angewohnheiten, z. B. Lippenbeißen und Dau-menlutschen berücksichtigt werden. ANGLEs Apparaturen waren einfach konstruiert, unauffällig und wirksam, aber kompliziert in der Handhabung. Mit der Behandlung sollte sofort nach dem Erkennen der Anomalie, meist im Alter von 7 bis 9 Jahren, begonnen werden. Hierdurch wurden Behandlungsdauer und Retentionsphase verkürzt und die Rezidivgefahr verringert. Neben der Modellherstellung nach Gipsabdruck empfahl er die Profil- und en-face-Fotografie zur Diagnostik (OPPENHEIM, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 321 - 331).

Wilhelm WALLISCH (1862 - 1952), Dozent in Wien und Kaiserlicher Rat, schätzte zwar die von ANGLE eingeführte systematische Einteilung, kritisierte aber:

„Leider hat ANGLE das Kiefergelenk vollkommen unbeachtet gelassen, wiewohl dasselbe sowohl bei der abnormalen Stellung der Zähne als auch bei der Korrektur derselben eine große Rolle spielt.“

(WALLISCH, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 13)

Er bemängelte, daß ANGLE von nach distal verschobenen Zähnen sprach, wenn der ganze Unterkiefer nach distal verschoben war. Zur Behandlung schlug WALLISCH zwei Apparate vor:

- „1. die intermaxilläre Ligatur, welche den Unterkiefer langsam vorzieht,
2. die ‚Jumping the bite‘-Methode, welche mit einem Schlage den Unterkiefer in die richtige Artikulation zum Oberkiefer stellt.“

(WALLISCH, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 20)

Die Korrektur einer Abweichung vom Normalen setzt die Kenntnis des Regelgerechten voraus. Hierzu wurde schon früh damit begonnen, einzelne Zähne, ganze Zahnbögen und Kiefer zu vermessen. So berichtete ZSIGMONDY 1911 über vergleichende Messungen zum Wachstum kindlicher und erwachsener Oberkiefer (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 321 - 331).

1918 veröffentlichte Th. E. de JONGE COHEN, Utrecht, Maximal-, Minimal- und Mittelwerte der mesiodistalen Dimension der Zähne des menschlichen Gebisses. Hierzu hatte er zahlreiche Zähne vermessen, Tabellen erstellt und seine ermittelten Werte mit denen anderer Wissenschaftler verglichen (JONGE COHEN, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 1 - 16).

Neben den Arbeiten, die sich mit Grundsätzlichem der Diagnostik und Einteilung beschäftigten, gibt es einige Beiträge, die spezielle Therapiefälle beschrieben.

So berichtete FRANK, über die Behandlung einer Protrusion des Oberkiefers. Er verzichtete auf eine Entlastungsextraktion im Prämolaren- oder Molarenbereich und gewann stattdessen den erforderlichen Platz durch Abschleifen der Seitenflächen der Frontzähne. In einem zweiten Fall berichtete er über das Zurückziehen eines vorstehenden Unterkiefers mittels Kinnkappe (FRANK, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 147 - 150).

Bruno KLEIN befaßte sich mit verschiedenen Methoden der Mesial- und Distalverschiebung gewanderter Zähne. Er beschrieb die intermaxilläre Ligatur, die die Federkraft des ANGLE-Bogens ausnutzte, die Techniken nach KÖRBITZ, bei der der Zahn durch Band und Hülse am Bogen entlang verschoben wurde, nach ZIELINSKY mit Dornen und nach KLEIN mit Gummiligaturen (KLEIN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 465 - 471).

WALLISCH hob einen tiefen Biß mit großer inzisaler Stufe durch Überkronung der ersten Molaren im Unterkiefer. Danach wartete er die Extrusion der übrigen Unterkieferzähne ab. Nachdem dann die inzisale Stufe so weit verringert war, daß die UK-Front die OK-Front erreichte, nahm er abschließend die anfangs eingegliederten Kronen ab und wartete die Extrusion auch dieser Zähne ab. Das Verfahren hielt er für einfacher, billiger, schneller und sicherer als die von ANGLE beschriebene Methode (WALLISCH, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 161 - 168).

Das Trema oder Diastema war laut SICHER fast immer verbunden mit einer abnormen Insertion des Frenulum labii superioris. Wegen des straffen Gewebes des Frenulums war eine Regulierung ohne operativen Eingriff unmöglich. Als erster hatte ANGLE 1899 darauf aufmerksam gemacht; er exzidierte das Frenulum von der Papilla palatina aus bis 3 - 4 mm oberhalb des labialen Zahnfleischrandes. SICHER bestätigte dieses Vorgehen als ätiologisch vollkommen korrekt (SICHER, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 282 - 289).

Alfred KNEUCKER, Wien, brachte ein Beispiel für ein „Redressement forcé“, die chirurgische Stellungsregulierung eines lingual im Kreuzbiß stehenden Zahnes 23. Der Zahn wurde nach Mobilisierung der bukkalen Wand des Alveolarfortsatzes nach bukkal übergestellt und mit einer modellgefertigten Kappenschiene aus Aluminiumblech von 22 bis 24 für 14 Tage geschient (KNEUCKER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 396 f).

Unter besonderer Betrachtung der Hilfsmittel schlug Alfred KÖRBITZ (1875 - 1937), Berlin, einen Bogen von den Anfängen des neuen Fachgebietes bis zu seiner Etablierung. Zunächst war die Orthodontie durch einen Mangel an Hilfsmitteln geprägt.

„Es hing von dem erfinderischen Geiste des Orthodontisten ab, ob er immer wieder neue Konstruktionen, neue Variationen alter Apparate schaffen konnte, um den Anforderungen der scheinbar unendlich vielfältigen Unregelmäßigkeiten gerecht zu werden. ...

Die nächste Epoche der Orthodontie ist gekennzeichnet nicht durch einen Mangel an Hilfsmitteln, sondern durch deren Überfluß.“ (KÖRBITZ, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 130)

Aus der Fülle des Möglichen das Richtige auszuwählen, war jetzt die Schwierigkeit. Mehrere hervorragende Orthodontisten machten es sich nun zur Aufgabe, diesem unhaltbaren Zustand abzuhelpfen.

„Sie entnahmen dem vorhandenen reichen Material die bewährten mechanischen Prinzipien, die von den genialsten Vorarbeitern gefundenen Konstruktionen, entkleideten sie ihrer kasuistischen Besonderheiten und schweißten sie zu einem einheitlichen Gefüge, einem System zusammen. Damit beginnt die dritte Epoche der Orthodontie, welche dann das berühmteste, das ANGLEsche System hervorbrachte.“ (KÖRBITZ, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 130)

KÖRBITZ würdigte die herausragende Leistung ANGLEs und sein Bestreben, die Lehre weiterzuentwickeln und zu präzisieren.

„ANGLE spricht es kategorisch aus in seiner letzten Auflage (1907): alle orthopädischen Operationen sind mit dem Expansionsbogen auszuführen, und doch hat sein Buch jetzt den doppelten Umfang der vor fünf Jahren erschienenen Auflage. ...

Das große Verdienst ANGLEs besteht darin, daß er uns als Grundlage für das Verständnis des Gebisses, als Grundlage für die diagnostische Beurteilung der Unregelmäßigkeiten auf die Okklusion verwiesen hat.

Wir sind dadurch in den Stand gesetzt, das Wesen der Abweichung zu erkennen und von den unwesentlichen, sekundären Nebenerscheinungen zu unterscheiden.“ (KÖRBITZ, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 131)

Andererseits gab Wilhelm PFAFF, Dresden, der 1906 selbst ein Lehrbuch zur Orthodontie und ihrer Geschichte herausgegeben hatte, zu bedenken:

„Wenn mit der Anwendung des ANGLEschen Bogens sich alles und jedes sogar noch gleichzeitig erledigen ließe, wozu dann die vielen Erörterungen in Zeitschriften und Vorträge? Dann sind wir doch am Ziele angelangt. Wozu außerdem die Herausgabe von Lehrbüchern ..., wozu die

Forderung der verschiedensten Autoren – auch ANGLE gehört dazu –, daß nur durch Errichtung von Lehrstühlen der Orthodontie dem jetzigen unheilvollen Zustande der ungenügenden Ausbildung abgeholfen werden könnte, wenn die Behandlung der unregelmäßigen Zähne so leicht und schnell zu erlernen ist? Eine einzige Demonstration müßte ja dann vollständig dazu ausreichen, auch den schwerfälligsten Neuling mit den nötigen Manipulationen vertraut zu machen.“ (PFAFF, S. 504)

Mitunter vermochten Patienten – unbeschwert von fachlichen Disputen – ihre Zahnärzte zu überraschen. Anlässlich einer Monatsversammlung des Vereins österreichischer Zahnärzte erzählte MÜLLER – sicher auch zur Erheiterung seiner Kollegen – von der Zahnregulierung eines frontalen Kreuzbisses im Bereich 12 - 22 durch Laien bei einem 10 Jahre alten Mädchen:

„Ich sprach mit der Mutter des Kindes ... und setzte der Frau auf ihre diesbezügliche Frage den Gang der Regulierung recht genau auseinander. Der Frau schienen aber die Kosten zu hoch zu sein, doch erklärte sie, noch einige Zeit warten zu wollen und dann die Regulierung ausführen zu lassen.

Einige Monate später kam das Kind mit tadellos regulierten Zähnen in meine Ordination und die Mutter setzte mir auseinander, daß sie, um die Kosten für die Regulierung zu ersparen, selbst reguliert habe, und zwar auf folgende Weise: Sie legte das Kind ins Bett und band um jeden der vier oberen Schneidezähne einen starken Faden, die vier Fäden zog sie dann in einen Knoten zusammen über die Kante des Bettes ober dem Kopfe und befestigte am Ende ein Gewicht, das ähnlich wie bei den bekannten Extensionsapparaten für untere Extremitäten zu wirken hatte. Das Kind mußte acht Tage am Rücken im Bette liegen und nach dieser Zeit war die Regulierung vollendet. –

Auch dieser Fall ist lehrreich: Wir sehen aus ihm, daß man auch mit einfachen Mitteln einen Erfolg erzielen kann und außerdem lehrt er uns, daß wir gelegentlich durch ein allzu großes Entgegenkommen dem Patienten gegenüber uns selbst Schaden zufügen können.“

(MÜLLER, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 185f)

8. ANÄSTHESIE

Eine komplikationslose Anästhesie für eine schmerzarme oder schmerzfreie Zahnbehandlung – heute fast eine Selbstverständlichkeit – steckte damals noch in den Kinderschuhen. Die ersten Versuche der Schmerzausschaltung erfolgten in der Zahnheilkunde mit Hilfe der Vollnarkose mittels Inhalationsnarkotika wie Chloroform und Lachgas (Stickoxidul, N₂O).

SUDHOFF schrieb zur Einführung der Lachgasnarkose:

„Um diese Zeit wurde von PRIESTLEY das Lachgas entdeckt (1775); Humphrey DAVY erkannte (1800) die anästhesierende Wirkung desselben die dann gelegentlich von reisenden Wanderrednern demonstriert wurde, was 1844 in einem solchen Vortrag auch in Gegenwart von Horace WELLS geschah, wobei diesem der Gedanke aufstieg, daß dies wohl für die Zahnheilkunde nutzbar gemacht werden könne. Er läßt sich selbst einen 3. Molaris in der Lachgasnarkose herausnehmen. Damit war die Narkose in die Zahnheilkunde um die Mitte des 19. Jahrhunderts, 70 Jahre nach der Entdeckung des Narkotisierungsmittels, für alle Zeiten eingeführt.“ (SUDHOFF, S. 198 f)

Wegen ihrer mannigfachen Mängel wurde nach Alternativen gesucht.

„In kurzen Zwischenräumen wurden nacheinander das Bromäthyl, das Pental, das Äthylchlorid in die Zahnheilkunde eingeführt, jedoch mit mehr minder problematischen Erfolgen. Während das Pental nach kurzer Zeit als direkt lebensgefährlich aufgelassen wurde, erfreut sich das Bromäthyl und das Äthylchlorid noch eifriger Fürsprecher, trotzdem eine nicht zu unterschätzende Anzahl Todesfälle, die unzweifelhaft von der Narkose mitbedingt wurden, nach

Verabreichung dieser Mitteln beschrieben worden sind.“
(VIERTHALER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 349 f)

Über 14.000 Anwendungen ohne jeglichen Narkoseunfall wies ROLLAND, Bordeaux, mit der von ihm entwickelten Somnoformnarkose nach, bei der über eine Maske ein Gemisch aus 5% Bromäthyl, 60% Chloräthyl und 35% Chlormethyl verabreicht wurde. VIERTHALER bestätigte ROLLANDs Angaben und hob die geringen Nebenwirkungen hervor – Erbrechen, Übelkeit oder Benommenheit blieben aus.

„Charakteristisch ist das absolut heitere, mit Lachen verbundene Erwachen.“ (VIERTHALER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 350)

HAUER pries neben der Chloroform- und „Lustgasnarkose“ den Ätherrausch als neue zusätzliche Narkoseform. Die Komplikationsgefahr – wie z. B. Kollaps oder gar Atemstillstand – hielt er für gering:

„Man gibt den gebrauchten Mitteln gewöhnlich falscher Weise die Schuld. Der vom langen Fasten, von vielen schlaflosen Nächten, von schrecklicher Angst gepeinigte, zum Zahnarzt wie zu seinem Henker schleichende Patient ist eben ein physisch herabgekommenes Individuum, das nur mehr eines geringen Stosses bedarf, um in eine Ohnmacht zu fallen.“ (HAUER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 160)

Als Anästhesie für kurze Eingriffe eignete sich ein Chloräthylrausch, mit dem Alfred NEUMANN-KNEUCKER, Wien, seine Patienten in ein präanarkotisches Stadium versetzte. Seiner Meinung nach handelte es sich nicht um eine Vollnarkose, so daß er weder einen Aufwachraum noch eine besondere Apparatur oder spezielles Hilfspersonal für erforderlich hielt. Da das präanarkotische Stadium ohne jedes Exzitationsstadium in das Narkosestadium übergeht, war

jedoch die richtige Dosierung schwierig. Kontraindiziert war diese Anästhesieform bei Herzkranken, älteren Patienten, Trinkern und Hysterikern (NEUMANN-KNEUCKER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 124 - 134).

Die Inhalationsnarkose war bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts in der zahnärztlichen Praxis verbreitet. Erst nach und nach gewann die Lokalanästhesie an Bedeutung.

„Den Ausbau der lokalen Anästhesie hat vor allem die Narkose selbst, insbesondere jener ihr noch heute anhaftende Mangel einer absoluten Sicherheit für das Leben des Kranken gefördert.“ (FISCHER, S. 7)

„NEUBER teilte auf dem letzten Chirurgenkongreß 1910 mit, daß nach seiner Berechnung auf 2.953 Chloroformnarkosen immer noch ein Todesfall komme.“ (FISCHER, S. 8)

Außerhalb jeder regulären Statistik rechnete Guido FISCHER (1877 - 1959) mit einer hohen Dunkelziffer.

„Und das Unglück will es, daß dann oft kleine nichtige Eingriffe wie Zahnextraktionen es waren, die eine Narkose veranlaßten und damit zur mittelbaren Todesursache wurden.“ (FISCHER, S. 8)

Als erstes Lokalanästhetikum fand Kokain Eingang in die Zahnheilkunde. Daß sich nahezu die Hälfte der Artikel zur Anästhesie damit befassen, beweist seine Bedeutung und läßt die mit seiner Anwendung verbundenen Probleme erkennen. Kombiniert mit Adrenalin war es zwar stark schmerzlindernd und anämisierend, hatte aber laut Friedrich LUNIATSCHEK, Assistent bei PARTSCH in Breslau, immer noch zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen, wie

- Veränderung der Vitalität der infiltrierten Gewebe, evtl. Pulpatod

- Verfärbungen in der Oberhaut (rote und weiße Flecken)
- Reizerscheinungen (Niesen, Schnupfen)
- Erblassen des Patienten
- Blutdrucksteigerung, Herzklopfen
- Parästhesien in den Fingern
- evtl. degenerative Veränderungen der Arterienwandungen

(LUNIATSCHEK, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 1 - 13)

Im Gegensatz hierzu hatte TREBITSCH offenbar nur gute Erfahrungen gemacht.

„Bei Verwendung dieser Cocäinlösung ... habe ich nie eine Intoxikation gesehen (bei einigen tausend Fällen). Hysterische Krampfanfälle oder Ohnmachtsanfälle ... darf man eben dem Cocain nicht zur Last legen ...“.

(TREBITSCH, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 55)

Dennoch suchte man nach Alternativen zur Kokainanästhesie, die folgende Bedingungen erfüllen sollten:

- „1. Das Mittel muß im Verhältnis zu seiner örtlich anästhesierenden Potenz weniger toxisch sein als Kokain.
2. Das Mittel darf keine Gewebsschädigungen verursachen.
3. Das Mittel muß wasserlöslich sein und sich in seinen Lösungen sterilisieren lassen.
4. Das Mittel muß sich mit Nebennierenpräparaten kombinieren lassen.“

(FISCHER, S. 19 f)

Als Ersatzpräparat für das reine Kokain stellte Ernst WOHLAUER, Berlin, Eusemin vor, das aus Kokain, einem Adrenalinzusatz und einem Konservierungsmittel bestand (WOHLAUER, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 40 - 44).

WOLF empfahl Stovain, das von Riedel in Berlin hergestellt wurde (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 99 - 102).

Über Anästhesin Ritsert der Farbwerke Meister, Lucius und Brüning berichtete Michl LEDERER, Prag. Es handelte sich um ein in Alkohol, Äther und fetten Ölen lösliches weißes Pulver mit der Wirksubstanz Anästh. hydrochloric. aus der Kokaingruppe (LEDERER, Oest Z Stomat Jg. 3 (1905) S. 67 - 74).

TRAUNER berichtete noch über Alypin, das bereits 1905 von IMPENS, Elberfeld, als Ersatzmittel für Kokain angegeben wurde und nur halb so toxisch wie Kokain war (TRAUNER, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 425 - 430).

Schließlich stellte LUNIATSCHEK das Novocain vor. Da Novocain unter anderem nur ein Siebtel der Toxizität des Kokains und nur ein Drittel der übrigen Ersatzpräparate besaß, erfüllte es die Anforderungen an einen Kokain-Nachfolger am besten. Um eine Verlangsamung der Resorption des Anästhetikums zu erreichen und damit seine Wirkung zu verlängern, wurden Nebennierenextrakte zugesetzt. Hierzu verwendete man das natürlich gewonnene Adrenalin (Parke, Davis & Co., London) und das synthetische Suprarenin (Farbwerke Hoechst, vormals Farbwerke Meister, Lucius und Brüning). In dieser Kombination wurde seine anämisierende

Wirkung bei chirurgischen Eingriffen gelobt (LUNIATSCHEK, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 1 - 13 und 33 - 38).

Theodor DEPENDORF, erst Hamburg, dann Nachfolger Adolf WITZELS in Jena, stellte fest, daß die Toxizität von Adrenalin, Suprarenin und Paranephrin (Ritsert, Frankfurt) abhängig war von Dosis und Injektionstechnik. Er reduzierte den vasokonstriktorischen Zusatz und empfahl für die intramuköse oder subkutane Injektion nur noch eine Konzentration von 1 : 30.000 - 1 : 60.000. Eindringlich warnte er vor intravenöser Injektion:

„Wir sind auch nicht in der Lage, selbst bei geringer Dosis für einen stets glatten Verlauf zu garantieren. Denn selbst die kleinsten Dosen in eine Vene injiziert, rufen unmittelbar starkes Herzklopfen und erhöhten Pulsschlag hervor. Bei den ganz schweren Fällen vollständiger Hinfälligkeit und tiefer Ohnmachten ist ganz offenbar das größte Quantum der Injektionsflüssigkeit bei erhöhter Dosis direkt in eine Vene eingebracht worden.“ (DEPENDORF, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 269)

Herzleidende schloß er von der Behandlung mit Adrenalin gänzlich aus.

Bei kleineren Eingriffen sollte eine Oberflächenanästhesie durch Verdunstungskälte ausreichen, wie sie nach dem Aufspritzen von Chloräthyl entsteht. Der Mund sollte hierbei nicht ganz geschlossen werden, da nur die Kälte wirken sollte, nicht der Rausch (NEU-MANN-KNEUCKER, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 375 - 378).

Neben der Injektionsanästhesie gab es verschiedene Techniken zur lokalen Betäubung eines einzelnen Zahnes. Max KULKA, Teschen, beschrieb die „Druckanästhesie“ vor der Vitalexstirpation. Gegenüber der üblichen Devitalisierung mit Arsen in mindestens zwei Sitzungen

erforderte das Einpressen einer hochprozentigen Kokainlösung in das Pulpagewebe mit anschließender Exstirpation nur eine Sitzung (KULKA, Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 6 - 8). Ergänzend hierzu empfahl PICHLER die Druckanästhesie des Dentins durch einen Hammerschlag auf einen mit unvulkanisiertem Kautschuk abgedichteten mit Kokainlösung getränkten Wattebausch (PICHLER, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 33 - 39).

Paul BERGER, Wien, riet, bei oberflächlicher Karies möglichst auf Injektionsanästhetika zu verzichten. Stattdessen empfahl er die Einlage von Chlorphenolkristallen. Vor der Entfernung von Zahnstein oder dem Einsetzen von Brücken bevorzugte er Kokainkristalle (BERGER, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 172 - 177).

Über Nervocidin (von Dalma-Fiume) berichtete S. SCHAAR, Wien. DALMA erhielt

„ ... durch die Freundlichkeit eines Schiffskapitäns die Rinde eines angeblich in Indien vorkommenden Baumes, namens Gasu-Basu ..., aus welcher er eine Substanz, das von ihm so benannte Nervocidin, extrahierte.“ (SCHAAR, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 169)

Einige Krümelchen des Mittels wurden in den Zahn eingelegt, der mit Zement verschlossen wurde. Nach anfänglichen Schmerzen wurde die Pulpa nach einigen Stunden empfindungslos. Hierbei sollte die Pulpa zwar gelähmt, ihre Ernährung aber nicht geschädigt werden.

9. RÖNTGENOLOGIE

Nachdem Wilhelm Conrad RÖNTGEN (1845 - 1923) die Röntgenstrahlung 1895 entdeckt und WALKHOFF (1860 - 1934) sie 1896 in die Zahnheilkunde eingeführt hatte, trat Hermann PORT (1878 - 1961), Professor in Heidelberg, 1899 erstmals mit einer größeren Serie von Röntgenaufnahmen an die Öffentlichkeit. Er verwendete Plattenfilme, die vermutlich den heutigen Zahnfilmen vergleichbar waren. PORT ließ sich jeweils ein Dutzend Filme frisch aus der Fabrik schicken, da diese nicht besonders lagerfähig waren. Aus den damals erhältlichen 9 x 12 cm Platten schnitt er in der Dunkelkammer acht etwa gleich große Teile. Die zugeschnittenen Filmstücke schützte er vor Feuchtigkeit und Licht, indem er sie in kleine Gummibeutel steckte oder mehrfach in schwarzes Papier wickelte. Die Filme waren für heutige Verhältnisse etwas grobkörnig, zeigten im großen und ganzen aber brauchbare Ergebnisse. Über Kilovolt oder Dosis wurden keine Angaben gemacht. Die Expositionszeit betrug anfangs etwa 25 Minuten (STRÜBIG, S. 129). Ein kleineres Röntgengerät ohne Kühlung kostete incl. Zubehör ca. 700 - 800 Mark. Wenn man bedenkt, daß eine Krone damals zwischen 1 und 9 Mark kostete, waren die Geräte sehr teuer; sie standen deshalb auch nur selten, meist in Kliniken, zur Verfügung (PORT, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 41 - 50).

Erst neun Jahre später erschien die nächste Originalarbeit zur Röntgenologie. Die ersten Röntgenaufnahmen entsprachen in Schärfe, Kontrast und Detailgenauigkeit bei weitem noch nicht heutigen Maßstäben. Da ihre Aussagekraft entsprechend gering war, regte Isidor ROBINSOHN, Leiter der Röntgeninstitute des Spitals der Israelitischen Kultusgemeinde und des Verbandes der Genos-

senschaftskrankenhäuser in Wien, eine zusätzliche graphische Darstellung zahnärztlicher Diagnosen durch schematisch zeichnerische Dokumentation an. Die graphische Charakterisierung der normalen und pathologischen Formelemente der Kiefer und Zähne erfolgte durch Symbole. Sein „Diagnostogramm“ war ein Kombinationsschema aller vorliegenden Einzelaufnahmen. Die Auswertung von Röntgenbildern dauerte etwa 15 - 30 Minuten.

„Es ist auch Tatsache, daß der Ungeübte und der überstürzt Urteilende aus den Röntgenbildern nur unvollkommene oder irreführende Diagnosen gewinnt.

Die Diagnostographie ist das über der Diagnose wachende Gewissen des Röntgenologen. Nur was man zeichnen kann, sieht man, nur was man sieht, darf man sagen!“ (ROBINSOHN, Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 359)

Eine Verdeutlichung durch Abzeichnen der Röntgenaufnahme bewirkte aber immer auch einen Verlust an objektiver Aussagekraft, an Neutralität des filmischen Dokuments. Eine zeichnerische Bearbeitung beinhaltete eine subjektive Interpretation, die sowohl zur richtigen Diagnose leiten als auch zu einer Fehldiagnose in die Irre führen konnte.

ROBINSOHN äußerte sich 1914 über die Pflichten des zahnärztlichen Diagnostikers:

„Erschöpfend in der Analyse, zurückhaltend in der Diagnose, muß die Verhaltensregel des Röntgendiagnostikers sein, ähnlich wie die des pathologischen Anatomen, als dessen Vertreter in partibus viventium der Röntgenologe sich fühlen soll.“ (ROBINSOHN, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 296)

Die übrigen Originarbeiten zur Röntgenologie stammten im wesentlichen von PORDES.

Unter dem Titel „Die radiographische Darstellung der Zähne und der Kiefer“ veröffentlichte er in den Jahren 1918/19 eine auf fünf Hefte aufgeteilte, das Thema erschöpfend abhandelnde Originalarbeit, die später als Buch erschien. Zur Aufnahmetechnik stellte er grundlegend fest:

„Ich fühle mich versucht zu sagen, daß es vor allem notwendig und Sache der Erfahrung ist, die Schwierigkeiten, die Fehler und Fehlerquellen zu erkennen. Die meisten Fehler werden nicht deshalb gemacht, weil der Untersucher nicht imstande ist, sie zu vermeiden, sondern weil er sie nicht erkennt. Jeder Zahn hat seine Spezialaufnahme, seine eigene Einstellrichtung, zu der als korrigierende Konstante die individuelle Form der betreffenden Mundhöhle zuzurechnen ist.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 206)

Das Ziel war eine möglichst unverzerrte Abbildung in natürlicher Größe. Hierzu gab er für jede Fragestellung und für jeden Zahn des menschlichen Gebisses sowie für die Kiefergelenke die notwendigen Einstellungen an. Da die Röntgenröhre unförmig und schwer zu verstellen war, wurde weniger diese passend auf den Patienten gerichtet, als der Patient passend gelagert – teilweise unter abenteuerlichen Verrenkungen.

„Sparen mit Aufnahmen heißt die Exaktheit der Diagnose gefährden. Die obere Grenze der Aufnahmezahl ist die Erythemdosis der getroffenen Hautstelle.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 220)

Diese Erythemgrenze glaubte man, durch einen 0,5 mm starken Aluminiumfilter um ein Vielfaches hinausschieben zu können.

Zur Zuverlässigkeit und Aussagekraft einer Röntgenaufnahme meinte PORDES:

„Hier gilt der Satz: Was der Zahnarzt zusammengefügt hat, kann der Röntgenologe nicht trennen.

Eine zwischen Wurzelrand und Kronenrand im Röntgenbilde erscheinende Stufe besteht auch in Wirklichkeit. Es ist ausgeschlossen, daß dies, wie man nicht ganz selten Gelegenheit zu hören hat, ‚in der Projektion‘ liegt. Der der Wurzel anliegende Kronenrand kann niemals von der Krone distanziert erscheinen.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 241f)

Während eine extraorale Aufnahme eine bessere Übersicht bot, war die intraorale Aufnahmetechnik in ihrem Detailreichtum und ihrer Abbildungsschärfe relativ überlegen. Der Film wurde

„ ... durch den Finger des Patienten (niemals des Arztes oder eines Assistenten [für den Patienten völlig unbedenklich, für Arzt oder Assistent durch Summation kleiner Röntgenlichtmengen sichere Hautschädigung]) über die Dauer der Aufnahme dort festgehalten.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 272)

Bereits 1914, damals noch cand. med., hatte er einen Filmhalter vorgestellt, der vom Patienten durch Zubeißen fixiert wurde (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 133 - 136).

Infolge der Kriegsverhältnisse verschlechterten sich die Qualität und die Haltbarkeit des Röntgenfilms zusehends. Die Fehlerquote infolge unzureichenden Materials wurde so hoch, daß wieder auf die verhältnismäßig dicken, unflexiblen beschichteten Glasplatten zurückgegriffen werden mußte. Zur Vermeidung von Fehlaufnahmen postulierte PORDES:

„Die Regel: vor dem Einstellen noch ein alles revidierender Blick! sollte in leuchtenden Lettern über jeder Schalttafel hängen. Leider lernen das die meisten erst nach dem Schaden.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 289)

Den letzten Teil der Arbeit widmete er der Lage- und Tiefenbestimmung von Fremdkörpern mit Hilfe der Röntgentechnik:

„Es wird hoffentlich niemandem einfallen, nach einer einzigen – auch stereoskopischen – Aufnahme einen Fremdkörper operativ angehen zu wollen. Die publizierten und noch mehr die nicht publizierten Mißerfolge von Fremdkörperoperationen nach ungenügender Lokalisation sind zu bekannt.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 45)

Die Röntgenstrahlung wurde nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch eingesetzt. So berichtete PORDES von Heilerfolgen bei Aktinomykose. Wie im Folgenden beschrieben, konnte die Bestrahlungstechnik verbessert werden.

„Die Wendung zum Bessern fällt zusammen mit der Anwendung der besseren Tiefentechnik, der allgemeinen Verwendung der Filter und der exakteren Dosierung der applizierten Röntgenlichtmengen. Die Erfolge haben wir, seit wir wissen, daß auch auf relativ ‚oberflächlichere‘ Erkrankungen die sehr harten, hochgefilterten Strahlen den besten therapeutischen Einfluß üben.

Weich nennen wir penetrationsschwaches, hart penetrationskräftiges Röntgenlicht. Zur therapeutischen Bestrahlung verwenden wir hartes Licht, weil die weiche Strahlung von der Haut in zu bedeutendem Verhältnis absorbiert wird und daselbst früher eine Verbrennung erzeugen würde, als in der Tiefe die wirksame Dosis erreicht ist. Da aber auch die ‚härteste‘ Röhre inhomogenes Licht gibt, d. h. in ihrem Strahlengemisch auch weichere Strahlen enthält, so läßt man die Strahlen zuerst durch eine dünne Schicht eines absorbierenden Stoffes [Aluminium] gehen, in dem die weichen Strahlen zurückgehalten werden. Das Licht wird ‚filtriert‘. Der Effekt ist eine weitgehende Hautschonung und sehr bedeutende Verbesserung der Tiefenwirkung.

Gemessen wird die Menge des applizierten Röntgenlichtes an den Veränderungen bestimmter Körper, z. B. der Reagenztablette von SABOURAUD und NOIRET, die sich bei Bestrahlung verfärbt. Der Grad der Verfärbung wird an einer von HOLZKNECHT angegebenen Skala abgelesen

und danach die applizierte Strahlenmenge in H (Holzknecht-Einheiten) bestimmt.“ (PORDES, Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 116)

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß die Erfindung der Röntgentechnik eine für die damalige Zeit revolutionäre Entwicklung auslöste. So bemerkte M. IMMELMANN, Berlin:

„ ... es dürfte den Tatsachen entsprechen, dass von sämtlichen Röntgenaufnahmen, die in der ganzen Welt gemacht werden, ein Drittel Zahnaufnahmen sind.“
(IMMELMANN, S. 4 f)

Auch in der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ war die zunehmende Bedeutung der Röntgenologie an dem vermehrten Abdruck von Röntgenaufnahmen abzulesen.

Allerdings wurden in den Kindertagen der Röntgentechnik die mit ihr verbundenen Gefahren noch nicht in ausreichendem Maße ernstgenommen. In einem als vorbildlich bezeichneten Vortrag, den Paul GUYE, Genf, auf dem „XIV. Internationalen medizinischen Congress“ 1903 in Madrid gehalten hatte, hieß es:

„Da die Radioskopie jeder schädlichen Nebenwirkung entbehrt, ist es vielmehr begreiflich, dass jeder Stomatologe, dem dieses Hilfsmittel zur Verfügung steht, sich dessen Vorteile in grösstmöglichem Umfange zunutze macht.“
(Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 28)

Und PORT riet 1904:

„Wir legen ... die eingewickelte Platte an den Gaumen oder an die Innenseite des Unterkiefers und drücken sie mit dem Finger fest an. Man hat hierzu eigene Apparate konstruiert, aber diese sind unnötig, man muss sich bei der Fixation mit dem Finger nur davor hüten, dass man mit den anderen Fingern seiner Hand zwischen Platte und Lichtquelle kommt.“ (PORT, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 43)

Daß diese damals übliche Praxis gefährlich war, zeigte

„ ... der Strahlentod von Gustav OPITZ am 25. Dezember 1909, der das erste deutsche Röntgenopfer aus dem Kreise der Ärzteschaft darstellte, weil er es sich angewöhnt hatte, die Röhrenhärte mit der linken Hand zu prüfen.“
(BALDUS, S. 33)

10. SCHULZAHNPFLEGE UND SOZIALE ZAHNHEILKUNDE

Im Zusammenhang mit der neuen staatlichen Volksfürsorge, wie z. B. der obligatorischen Einführung der Krankenkassen, der Arbeitsversicherung oder dem Kampf gegen die Tuberkulose, wuchs erst seit 1898 langsam das Interesse an der Schulzahnpflege und der sozialen Zahnheilkunde, also der Zahnheilkunde für die Armen.

Im Rahmen der schulärztlichen Fürsorge bestanden die Aufgaben des Schul(zahn)arztes ausschließlich in der Untersuchung der Schüler und im Führen von Protokollen über den Gesundheitszustand der Schuljugend – also in einer rein statistischen Aufarbeitung und Verwaltung der erhobenen Befunde. Es ist nicht erkennbar, daß der Schulzahnarzt darüber hinaus ärmere Schulkinder selbst behandelte oder im Sinne heutiger Gruppenprophylaxe Empfehlungen zu gesunder Ernährung gab (ŽIŠKA, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 115 - 118).

Alois SICKINGER, k. u. k. Stabs- und Kammerzahnarzt, Brünn, stellte auf Grund der vorliegenden Statistiken fest, daß sowohl von den Schulkindern als auch von den Militärangehörigen nur ca. 5% über kariesfreie Gebisse verfügten. Mit Untersuchungen und dem Erstellen von Statistiken allein konnte die Zahngesundheit nicht

gebessert werden. SICKINGER sah ein Haupthindernis im finanziellen Bereich, er forderte:

„Die hohen gesetzgebenden Vertretungskörper werden gebeten, zur Hebung der Volkshygiene eine fachmännische Behandlung der kranken Zähne in der Schule, bei den Armen und Minderbemittelten gesetzlich zu regeln und würde dies am besten erreicht durch Anstellung eigener Zahnärzte – sei es für Schule und Arme separat oder beide zusammen – welche keine Privatpraxis ausüben dürfen.“
(SICKINGER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 430)

Die Behandlung von Schulkindern und Unbemittelten sollte auf sparsame Weise unentgeltlich erfolgen. Die Kosten sollten nach seiner Vorstellung durch das Land, die Gemeinde, durch Spenden und bei Minderbemittelten durch einen Selbstbehalt gedeckt werden.

KEMSIES, Schulleiter in Weißensee, sah die schlechte Zahngesundheit nicht nur im Finanziellen begründet, sondern auch im mangelhaften Verständnis der Eltern für Zahnpflege und Behandlung. Er vermutete:

„Vielen Eltern mangeln die Mittel, die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung ihrer Kinder zu bestreiten. Die zahnärztliche Fürsorge sollte daher überall auf die unbemittelten Schüler höherer Lehranstalten ausgedehnt werden. Bei vielen Eltern und Kindern mangelt aber das Verständnis für die Wichtigkeit einer rationellen Zahnpflege und einer frühzeitigen zahnärztlichen Behandlung. Angesichts des Zustandes der Zahnpflege, der so wenig den hygienischen Anforderungen und Erwartungen genügt, erwächst der Schule eine dankbare Aufgabe.“
(KEMSIES, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 264)

Seiner Ansicht nach waren Belehrungen über Zahn- und Mundhygiene eine Aufgabe der Schule, im naturwissenschaftlichen Anfangsunterricht der Sexta sollte damit begonnen werden.

Einer 1909 gegründeten Initiative zur Lösung der schulzahnärztlichen Fürsorge folgte 1910 die Gründung der „Österreichischen Gesellschaft für Zahnpflege in den Schulen“. Ihr Generalsekretär Zahnarzt Gabriel WOLF stellte seither die Schulzahnpflege in die öffentliche Diskussion.

„Wohl mangelt es nicht an Aufklärung Die Bevölkerung in ihrem überwiegenden Teile verschließt sich auch nicht der Erkenntnis von der Notwendigkeit einer geregelten Zahnpflege; aber ihr fehlen die Mittel, ihre Überzeugung in die Tat umzusetzen. Den Stätten, wo den unbemittelten und minderbemittelten Zahnkranken Hilfe gebracht werden soll, unseren Krankenanstalten, fehlen die zahnärztlichen Ambulatorien, unsere zahnärztlichen Universitätsinstitute und Polikliniken können ja nur eine verschwindend geringe Zahl von Patienten behandeln. Dazu kommt aber noch in der Bevölkerung ein gewisser Grad von Indolenz den Zahnerkrankungen gegenüber und die geringe Wichtigkeit, die denselben beigemessen wird.“ (WOLF, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 139)

Wie man sich eine umfassende Schulzahnpflege vorstellte, erläuterte FEHL:

„Das Ideal einer systematischen Schulzahnpflege wäre eigentlich die Verhütung von Krankheiten, ist aber nur bis zu einem gewissen Grade erreichbar, da die ätiologischen Momente für einzelne derselben etwaigen therapeutischen Maßnahmen unzugänglich sind. Natürlich müßte die Prophylaxis möglichst frühzeitig einsetzen und zunächst das Milchgebiß lückenlos bis zum normalen Zahnwechsel erhalten bleiben. Bald nach dem Abschlusse der ersten Dentition müßten die Kinder in kurzen Intervallen sich der zahnärztlichen Kontrolle unterziehen, damit etwa vorhandene kleine kariöse Defekte unschädlich gemacht werden. In dieser Beziehung sind jedoch die Eltern am wenigsten vorsorglich und die meisten von ihnen unterschätzen den Wert eines gesunden Milchgebisses. In den meisten Fällen werden die Kinder erst dann zum Zahnarzt geführt, wenn sie über Zahnschmerzen klagen, sei es, daß eine Pulpitis oder Periostitis die Ursache hierfür

ist. Zumeist bleibt nur mehr die Zange in diesen Fällen das einzige Auskunftsmittel. Häufig fällt dieser auch der erste sechsjährige Molar zum Opfer, der von den Eltern irrtümlicherweise auch für einen Milchzahn gehalten wird.“ (FEHL, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 225)

Während es in Deutschland schon 60 Schulzahnkliniken gab, steckte Österreich diesbezüglich noch in den Anfängen. Zu den Anstalten, die in Österreich als erste die Schulzahnpflege einführten, gehörte das im Jahre 1898 von der ehemaligen Nordbahn gegründete Kinderasyl in Felsberg. Hier stieg im Verlauf von nur zwei Jahren der Prozentsatz der gesunden Gebisse von zunächst nur 6% auf 30%. 1910 wurde durch die Großzügigkeit des Großindustriellen A. KRUPP in Berndorf eine mit reichen Mitteln ausgestattete selbständige Schulzahnklinik eröffnet, 1911 folgte eine in Wien.

Man wünschte sich mehr solcher großzügigen privaten Zuwendungen, denn die öffentliche Hand hielt sich mit Zuschüssen sehr zurück. Auch eine von der „Österreichischen Gesellschaft für Schulzahnpflege“ initiierte Lotterie konnte eher Aufmerksamkeit für die Sache wecken als einen finanziellen Durchbruch bewirken.

Einer, der sich eingehend mit dem endemischen Auftreten der Karies in der Bevölkerung, ihren Ursachen und ihrer Prophylaxe beschäftigte, war WIESSNER. Nach seiner Beobachtung wurden vor einigen hundert Jahren bäuerliche Typen in der Kunst dargestellt

„ ... mit vollen runden Gesichtern und dicken Backen, während wir heute auch bei der Landbevölkerung vielfach schmale Wangen sehen. Und doch wäre es ein Fehler, ... wenn man alle eingefallenen Wangen auf Not und Elend zurückführen würde, denn in vielen Fällen sind sie bloss die sichtbaren Erscheinungen von Zahnmangel, Kieferschwund und Atrophie der Kaumusculatur.

Als Sohn meiner schlesischen Heimat und Zahnarzt in Freiwaldau lag es mir sehr nahe, mich mit der zunehmenden Verschlechterung des Gebisses bei der einheimischen Bevölkerung zu beschäftigen und mir die Frage vorzulegen, ...

welches die Ursachen gewesen sein können, dass seit jener Zeit, also in etwa 120 Jahren, eine so bedeutende Verschlechterung des Zahnmaterials stattgefunden hat.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 91f)

Er fand die Erklärung im Ernährungswandel. Während man sich früher in seiner Heimat von Kartoffeln, Quark, Magermilch, Käse, hartem Roggen-Gerstenbrot aus der Hausbäckerei, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und nur selten Fleisch ernährte, standen nun süßer Kaffeersatz, Schnaps, Bier, weiches Bäckerbrot und mehr Fleisch auf dem Speisezettel; für die Säuglinge gab es künstliche Flaschen-nahrung statt Muttermilch.

„In dieser Beziehung habe ich einen grossen Argwohn auch gegen den Zucker. Es ist begreiflich, dass die Konkurrenz zwischen den vielen zum Teile wirklich guten Ersatzmitteln die Fabrikanten zwingt, ihre Artikel zu versüssen; denn die Mutter gibt gerne das, was der Säugling gerne nimmt, und da spielt der Zucker seine Rolle.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 146)

Aus seinen umfangreichen Untersuchungen schloß er:

„Will man die Zahnkaries bekämpfen, so helfen nicht Zahnbürste und Mundwässer, sondern nur die zweckmässige Ernährung und die Ermöglichung, ja Erzwingung eines kräftigen Kauaktes bei der neuen Generation. Letzterer ist das einzige gute Zahnputzmittel, es ist auch dem Aermsten zugänglich.“ (WIESSNER, Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 151)

11. GESCHICHTE DER ZAHNHEILKUNDE

Zur Geschichte der Zahnmedizin brachte die Zeitschrift nur wenige Originalarbeiten. Dabei ging es manchen Autoren nicht nur darum, Geschichte aufzuzeigen. Sie verknüpften ihre Darstellung mit aktuellen standespolitischen Zielen und versuchten, ihre Forderungen mit Beispielen aus der Geschichte zu belegen.

Aus dieser Absicht machte Anton HELLER, Prag, keinen Hehl. In seiner Abhandlung über die geschichtliche Entwicklung des Zahnersatzes verwahrte er sich gegen politische Bestrebungen, das Zahn-technikerhandwerk zur zahnprothetischen Behandlung zu berechtigen, und schrieb:

„Aber in unserem Spezialfache ist die Geschichte vielleicht eine Waffe, welche wir viel zu wenig verwenden und die gewiß den Laien und jene Kreise, welche berufen sind, die Gesetze zu schaffen, welche unsere Verhältnisse endlich regeln sollen, überzeugen würde, daß Zahnheilkunde und Zahnersatzkunde untrennbar verbunden sind, daß jeder Fortschritt ausschließlich an ärztliche Namen geknüpft ist, daß die Zahntechnik erst dann anfing, Fortschritte zu machen, als sich medizinisch gebildete Männer ihrer annahmen und aus dem Felde roher Empyrie sie herausrissen, um auf wissenschaftlicher Basis jenes stolze Gebäude aufzubauen, das heute die Bewunderung der ganzen Welt erregt und die man jetzt als bloßes Handwerk Handwerkern ausliefern will ...“.

(HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 1)

Von Medizingelehrten der Antike, wie CELSUS (25 v. - 50 n. Chr.), PLINIUS (23 - 79) oder GALENUS (129 - 199), wußte HELLER, daß sie überraschende anatomische und pathologische Kenntnisse der Zähne hatten. Hierüber und über die Zahnbehandlung wußten sie ausführlich zu berichten. Sie erwähnten jedoch

„ ... von einer Verwendung zu prothetischen Zwecken nichts. ... Und doch scheint künstlicher Zahnersatz im alten Rom etwas recht Gewöhnliches gewesen zu sein, wie wir aus zahlreichen Epigrammen satirischer Schriftsteller ersehen.“ (HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 2f)

Daß die Frauen Roms, speziell die zahlreichen Hetären, ihre Zahnlücken durch künstliche Zähne ausfüllten, belegte HELLER mit Auszügen aus einem Epigramm des römischen Satirikers MARTIAL (um 40 - um 102), in dem dieser eine Galla geistreich verspottet:

„Galla, dein Putztisch flickt dich aus tausend Lügen zusammen,
Während in Rom du weilst, rötet am Rhein sich dein Haar,
Augenbrauen und Wimpern, womit du Erhörung uns winkest,
Malte der Zofe Kunst am Morgen.
Wie das seidene Kleid, so hebst du am Abend den Zahn auf
Und Dreiviertel von dir liegen in Schachteln verpackt.
Darum kann auch zu dir kein Mann: »Ich liebe dich« sagen,
Was er liebt, bist nicht du, was du bist, liebt kein Mann.“
(HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 3)

Aus der Diskrepanz zwischen dem, was offensichtlich getan und gleichzeitig verschwiegen wurde, folgerte HELLER:

„Daß wir trotzdem in den damaligen wissenschaftlichen Werken gar so wenig von Prothetik finden würden, ist einer Eigenschaft der Zahnärzte zuzuschreiben, welche auch heute noch bestehen soll. Man sah mit Geringschätzung auf die prothetische Kunst herab und überließ die Ausführung derselben wissenschaftlich nicht ausgebildeten Zahntechnikern.“ (HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 3)

Für HELLER war dies damals ein Fehler, den man zu seiner Zeit wiederholen wollte. Im Folgenden belegte er die Behauptung aus seinem Eingangszitat,

„ ... daß jeder Fortschritt ausschließlich an ärztliche Namen geknüpft ist ... “. (HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 1)

Diese Fortschritte begannen für ihn mit dem Pariser Zahnarzt FAUCHARD (1678 - 1761).

„Man kann rationell die Geschichte des Zahnersatzes in zwei Perioden teilen: Vor FAUCHARD und nach ihm.

Was vor dem 18. Jahrhunderte an Zahnersatz geleistet wurde, kann den Anspruch interessanter Kuriositäten machen, aber von einer Prothese in dem Sinne, daß auch nur die wichtigsten Funktionen der verloren gegangenen Teile ersetzt wurden, kann ... kaum gesprochen werden.“ (HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 2)

Ausführlich ging er auf FAUCHARDs 1728 veröffentlichtes Werk „Le chirurgien dentiste ou traité des dents“ ein, in dem die gesamte Zahnheilkunde einschließlich der Prothetik bearbeitet war. HELLER bewunderte

„ ... neben der Bedeutung seiner wissenschaftlichen Vorbildung ... die hohe mechanische Geschicklichkeit, die Beherrschung des Materials, die genial einfache Bekämpfung von Schwierigkeiten.“ (HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 5)

Beispielhaft hierfür nannte er FAUCHARDs Idee, ein Ersatzstück für einen zahnlosen Oberkiefer mittels Federn am Unterkiefer zu befestigen.

Für Deutschland erwähnte er Philipp PFAFF (1713 - 1766), der als Hofzahnarzt Friedrichs II. in Berlin lebte und das erste bedeutende deutsche Lehrbuch der Zahnheilkunde schuf. Er führte mit dem Ausgießen eines Wachsabdrucks das Gipsmodell in die Prothetik ein. Es folgte die Erfindung der Porzellan-Prothese durch den

Apotheker François-Thomas DUCHÂTAUX (1751 - 1829). Sein „unzerstörbares Gebiß“ war geschmacks- und geruchsneutral; es wurde durch den geschäftstüchtigen Zahnarzt Nicolas DUBOIS-CHIMANT (oder DUBOIS de CHÉMANT, 1753 - 1824) in Frankreich und England patentiert und vermarktet. Auch DUBOIS-CHIMANT hatte sein Wissen in einem „Handbuch der Zahnkunst“ veröffentlicht. Auf ihn geht die Gründung der Firma Ash, Sons & Co. in London zurück. Zu Anfang des 19. Jahrhunderts erfand der Italiener Giuseppangelo FONZI (1768 - 1840) in Paris den ersten Platin-Langstiftzahn.

Die Führung in der Zahntechnik übernahmen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Nordamerikaner. Jacques James GARDELL (oder GARDETTE, 1756 - 1831), der auch ein Werk über Zahnersatz schrieb, war hier besonders zu erwähnen. Er stellte 1784 die erste gestanzte Goldplatte her und erfand 1800 durch einen glücklichen Zufall die Adhäsionsplatte ohne jede Befestigung. 1840 erschien die erste Ausgabe des „The American Journal of Dental Science“, das während seines 15-jährigen Bestehens zu einem Monitor der zahnärztlichen Welt wurde.

In Wien waren die ersten wissenschaftlich arbeitenden Zahnärzte Georg CARABELLI (1787 - 1842), erster österreichischer Professor der Stomatologie, und sein Nachfolger Moritz HEIDER (1816 - 1866) (DUMESNIL und SCHADEWALDT, S. 385 und 407).

„Beide betonten immer wieder, daß die Zahnersatzkunde ein integrierender Bestandteil der Zahnheilkunde sei und daß es notwendig sei, in zahnärztlichen Schulen für den Unterricht im Zahnersatz zu sorgen.“

(HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 8)

Carl SAUER (1835 - 1892) verbesserte in Deutschland den Nasen-obturator und entwickelte eine Schiene für Unterkieferbrüche. Samuel S. WHITE (1822 - 1879) perfektionierte die Herstellung von Porzellanzähnen

„ ... und er wurde damit der Gründer des Welthauses, welches heute in der Zahnfabrikation unerreicht dasteht.“
(HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 9).

1855 hatte Charles GOODYEAR die Idee, den gerade erfundenen vulkanisierten Kautschuk zur Herstellung von Platten für zahnärztliche Zwecke zu verwenden.

„Wenn auch der Patentschutz anfangs die Verwendung hinderte, so gelangte der Kautschuk doch durch leichte Herstellungsweise, Billigkeit zu einer Verbreitung, welche ganz ungeahnt war und trug zur Popularisierung des Zahnersatzes wie kein anderes Material bei.“
(HELLER, Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 10)

Schließlich wurde die vom New Yorker Zahnarzt James Beall MORRISON (1829 - 1917) erfundene Tretbohrmaschine 1872 eingeführt. Dies ermöglichte präziseres Präparieren, so daß man jetzt wirklich exakte Arbeit leisten konnte.

Etwa 10 Jahre später wurde der erste brauchbare Elektroböhrer entwickelt, der zunächst noch von einer speziellen Tauchbatterie gespeist wurde (HOFFMANN-AXTHELM, 1973, S. 297).

Anders konnten die frühen elektrischen Dentalgeräte auch nicht betrieben werden, denn eine Elektrizitätsversorgung über ein öffentliches Leitungsnetz existierte noch nicht. Deshalb empfahlen REINMÖLLER und BURCHARD 1914 in ihrem Lehrbuch „Die Zahnärztliche Röntgenologie“, in Regionen ohne Anschluß an das

Stromnetz und ohne Lademöglichkeit für einen Akkumulator eine Dynamomaschine mit Gas-, Benzin- oder Petroleummotor aufzustellen. In Wien begannen 1902 mehrere Versorgungsunternehmen mit dem flächendeckenden Aufbau von Stromnetzen.

„Die verschiedenen elektrischen Zentralen liefern uns nun verschiedenartige und verschieden hochgespannte Stromgattungen (in Wien Wechselstrom von 110 Volt oder Gleichstrom von 110 Volt oder 220 Volt), von denen uns je nach der Lage der Wohnung mitunter mehrere zur Auswahl zur Verfügung stehen können, in anderen Fällen aber nur eine Art für uns erreichbar ist.“ (BORSCHKE, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 222)

Die Zahnärzte im weiteren Umland mußten noch mehrere Jahrzehnte warten, bis auch sie die neuentwickelten elektrischen Dentalgeräte nutzen konnten.

JENKINS verglich die Entwicklung der zahnärztlichen Berufsausbildung in Amerika und in Europa. Er bewertete aus der Sicht des amerikanischen Zahnarztes den Fortschritt der letzten 70 Jahre – ein Zeitabschnitt, den er für bedeutungsvoller hielt als alle vorausgegangenen Perioden.

„Dieser beginnende Aufschwung der Zahnheilkunde ist nun keineswegs unmittelbar aus sich selbst entstanden, sondern hatte seine mittelbaren Gründe in der ganzen Umstellung der Anschauungen auf allen Gebieten des Wissens und Könnens, die gerade in der Mitte des 19. Jhs. durch den Übergang der naturphilosophischen Einstellung zur naturforschenden Platz griff.“ (GREVE, S. 59)

Der Siegeszug der „Amerikanischen Zahnheilkunde“ und ihre Führung in der Welt wurden durch die Gründung des „Baltimore College of Dental Surgery“ im Jahre 1839 ausgelöst.

„Die kleine Schar, welche das Baltimore College der Zahnheilkunde gründete, war genötigt, ein eigenes Institut zu errichten, denn keine der medizinischen Schulen wollte sie beherbergen. ...

Von diesem Augenblicke an war die Zahnheilkunde auf wissenschaftlicher Basis gegründet, das heißt, es wurden die hauptsächlichsten Grundsätze, auf denen die Medizin aufgebaut ist, gelehrt und außerdem noch die für dieses Fach speziell nötige Handfertigkeit.“

(JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 355)

Der Vorsprung der amerikanischen Zahnheilkunde beruhte vor allem auf der hervorragenden Ausbildung. JENKINS befürchtete den Verlust dieser Vorreiterrolle, denn er beobachtete in allen maßgeblichen europäischen Ländern trotz manch strittiger Fragen erhebliche Fortschritte in der zahnärztlichen Ausbildung:

„Es muß jedoch bemerkt werden, daß ein immerwährender Fortschritt in dem Bestreben, die Zahnheilkunde zu einem Zweig der Medizin auszugestalten, zu bemerken ist.“

(JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 361)

Eine Sonderrolle nahm Österreich ein,

„ ... da dort die zahnärztliche Wissenschaft seit jeher als ein ausgesprochenes Spezialfach der Medizin angesehen wurde. Schon im Jahre 1830, also 10 Jahre vor der Gründung des Baltimore College, wurde Georg CARABELLI zum Lehrer der Zahnheilkunde an der Wiener Universität ernannt und einer seiner Schüler, Moritz HEIDER, wurde im Jahre 1843 Lehrer und 1859 Professor der Zahnheilkunde. ...

Die Ausübung der Zahnheilkunde wurde nur demjenigen erlaubt, der im Besitze des Doktordiploms einer österreichischen Universität war ...“.

(JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 365)

Dazu mußte der Reifeprüfung ein fünfjähriges Medizinstudium an einer österreichischen Universität folgen.

„Die österreichischen medizinischen Autoritäten waren der Ansicht, daß die Zahnheilkunde einen integrierenden Teil der Medizin darstelle und es deshalb unmöglich sei, dieselbe von jemandem lehren oder ausüben zu lassen, der nicht dieselbe Ausbildung erhalten hat, wie sie zur Ausübung der allgemeinen medizinischen Praxis erforderlich ist.“ (JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 365)

Trotz dieser anspruchsvollen Ausbildung war es bemerkenswert, daß es in Österreich Bestrebungen gab

„ ... dahingehend, daß den promovierten Doktoren die Führung des Titels ‚Zahnarzt‘ und die Ausübung der zahnärztlichen Praxis erst dann gestattet werden solle, nachdem sie einen zweijährigen Kurs in operativer Zahnheilkunde und Zahnersatzkunde absolviert haben.“ (JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 366 f)

Angesichts der Fortschritte in Europa ermahnte JENKINS seine amerikanischen Kollegen, mit ihren Anstrengungen im wissenschaftlichen Wettstreit nicht nachzulassen:

„Sollte der Tag je kommen, wo europäische Studenten der Zahnheilkunde aufhören würden, zu uns zu kommen, so wäre dies die größte Demütigung für uns.“ (JENKINS, Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 368)

ZSIGMONDY suchte nach den Ursprüngen der modernen Zahnheilkunde. Er fand sie noch vor der Gründung des Baltimore College und nannte als ersten Vertreter Leonhard KOECKER (1785 - 1850). Der in Bremen geborene Zahnarzt, Doktor der Medizin und Chirurgie, praktizierte in den USA und später in London. In seinem 1824 veröffentlichten Lehrbuch „Grundsätze der Zahn-Chirurgie, eine neue Behandlungsmethode der Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches enthaltend“ erschienen

„ ... die Prinzipien, die die moderne Zahnheilkunde zu ihren bedeutenden Erfolgen geführt haben, ... bereits mit vollem Verständnis gewürdigt.“

(ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 120)

ZSIGMONDY zitierte aus diesem Werk, in dem viele fortschrittliche Ansichten vertreten wurden:

„Er hält die Behandlung von Kinderzähnen für notwendig, entfernt alle kariösen Wurzeln, sowie die Zähne, die keine Antagonisten haben; er legt größtes Gewicht auf die gänzliche Beseitigung des Zahnsteines, er beschränkt das Feilen auf Fälle von ganz oberflächlicher Karies und füllt sämtliche Höhlungen, die einigermaßen tiefer in die Zahnschubstanz eindringen, mit Gold unter Verwerfung jedes anderen Plombiermaterials. KOECKER spricht es direkt aus: ein günstiger Erfolg des Füllens der Zähne ist unmöglich, wenn der Zahn, ... nicht gründlich von dem kariösen Höhleninhalte befreit worden ist, denn wenn auch nur sehr wenig von ihm zurückbleibt, so verbreitet die Krankheit sich weiter. Es ist ein den Zahnoperationen eigentümlicher Charakterzug, daß sie nicht einmal mittelmäßig ausgeführt werden dürfen.“

(ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 120f)

KOECKER verurteilte die alte, wenig Sorgfalt aufwendende Art des Plombierens mit scharfen Worten und war davon überzeugt,

„ ... daß gründliche, genaue Arbeit an den kranken Zähnen die aufgewendete Mühe wirklich lohne, und daß man in der Tat darauf rechnen könne, bei Befolgung gewisser fundamentaler Prinzipien erkrankte Zähne auf die Dauer zu erhalten.“

(ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 120)

In ihrer Ansicht, als Voraussetzung für die Ausübung der Zahnheilkunde ein Medizinstudium zu verlangen, konnten sich die österreichischen Stomatologen durch KOECKER bestärkt fühlen, der schon gefordert hatte,

„ ... daß ein Mann, der sich die Ausübung dieser Kunst der Zahnheilkunde anmaßt, ohne tiefere Kenntnis von der Chirurgie und Medizin zu haben, ... für die Folgen seiner Anmaßung völlig verantwortlich gemacht werden sollte.“
(KOECKER, zit. in: ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 123)

Als revolutionär für die Ausübung der Zahnheilkunde in Wien stufte ZSIGMONDY die Demonstration des sorgfältigen, aber auch zeitraubenden Plombierens durch den Engländer MORPHY 1846 oder 1847 ein.

„MORPHY war es, der HEIDER und vielleicht noch einigen anderen Zahnärzten die richtige Methode des Plombierens zeigte und insbesondere die häkchenförmigen Exkavatoren bei uns einbürgerte, während wir früher bloß mit der RICCI'schen Sonde (!!) die Zahnhöhle, ohne ihre Öffnung zu erweitern, gereinigt und oft in einer ½ Stunde 5 - 6 Füllungen zustande gebracht hatten.“ (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 119)

Zeitlich weiter zurück griff ein medizinhistorischer Artikel, der sich mit der Zahnheilkunde zur Zeit der Kaiserin Maria Theresia (1717 - 1780) befaßte. Da die Kaiserin – wie damals in den Fürstenthümern üblich – mehr französisch als deutsch erzogen war, hatte sie von FAUCHARD in Paris gehört. Sie befahl darauf ihrem Leibarzt, Freiherr Gerhardus von SWIETEN, zwei Wundärzte in Wien zu wählen, welche sich der „Kunst, den Krankheiten der Zähne abzuhelpfen“, widmen sollten. Die Wahl fiel auf Adam Anton BRUNNER und Josef Georg PASCH. BRUNNER gab schon 1765 ein Lehrbuch mit zwei Kupfertafeln heraus mit dem Titel „Einleitung zur noethigen Wissenschaft eines Zahnarztes“. Das ausführliche Werk wurde international gewürdigt und anerkannt. 1767 veröffentlichte PASCH eine Abhandlung „aus der Wundarzney von

den Zaehnen, derselben wie auch des Zahnfleischs, der Kieferkrankheiten und Heilarten“.

„Lediglich der Güte und Sorgfalt der Kaiserin Maria Theresia ... ist es zu verdanken, daß ... der Grundstein ... gelegt wurde, die Zahnheilkunde oder besser gesagt die damalige Stomatologie als ein der Chirurgie und Geburtshilfe wissenschaftlich gleichgestelltes Spezialfach anzuerkennen und zu schätzen. Pasch hat in seinem Werke tatsächlich das Bestreben bekundet, all das therapeutische Rüstzeug, welches das scholastisch-dogmatisch erstarrte medizinische Wissen und die Astrologie der mittelalterlichen Medizin mit einem recht beträchtlichen Zusatz des krassesten Aberglaubens geschaffen hatte, auszumerzen.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 210)

1779 verfaßte Josef Jakob PLENK, k. k. öffentlicher Lehrer an der Universität zu Ofen, einen Leitfaden für seine Vorlesungen, um auch die Lehre der Krankheiten des Zahnfleischs in eine systematische Ordnung zu bringen,

„ ... als gerade dieser Teil der Wundarzneikunst so sehr herabgewürdigt war, daß man es sich zur Schande rechnete, Hand an die Zähne zu legen. Die Schuld mußte eben darin gesucht werden, daß bis dahin die Zahnheilkunde lediglich in den Händen herumschweifender Zahnbrecher und ungeschickter Marktschreier ruhte.“
(ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 213)

PLENK hatte mit dazu beigetragen,

„ ... daß die Zahnheilkunde den Händen der Zahnwurmräucherer entrissen und denen vernünftiger Wundärzte und Chirurgen anvertraut worden ist.“ (ZILZ, Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 213)

Auch wenn uns das, was die Kaiserin Maria Theresia damals für ihren Herrschaftsbereich angestoßen hatte, auf den ersten Blick unbedeutend erscheinen mag, hatte sie letztlich die Weichen gestellt,

das Zahnreißen der Barbieri und Marktschreier zur Zahnheilkunde zu erheben als einen den Ärzten vorbehaltenen vollwertigen Zweig der Medizin.

II. VEREINE, STANDES- UND STUDIENFRAGEN

Der größte der die Zeitschrift tragenden Vereine war der „Verein österreichischer Zahnärzte“.

„Den Intentionen seines Gründers, Prof. Dr. HEIDER, entsprechend sollte der Verein eine Pflegestätte wissenschaftlicher Betätigung bilden und auch den Standesinteressen sein Augenmerk zuwenden. Diese Aufgaben hat der Verein stets voll und ganz erfüllt und sich dadurch um die heimische Zahnärzteschaft große Verdienste erworben, die auch allseits gewürdigt werden.“

(Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 335)

Das damalige Vereinsleben unterschied sich kaum von unserem heutigen. In der Regel einmal im Monat fand eine Versammlung statt, bei der Fortbildungsvorträge gehalten wurden, über die im Anschluß eifrig mit den Referenten diskutiert wurde. Einmal jährlich gab der Vorstand Rechenschaft über seine Arbeit ab, und der „Säckelwart“ legte den Kassenbericht vor. Anlässlich der Jahresversammlung des Zentralverbandes österreichischer Stomatologen gab auch die Schriftleitung der Zeitschrift ihren Jahresbericht ab und warb meist um Originalarbeiten und Referate.

Dies alles wurde protokolliert und unter „Versammlungs- und Vereinsberichte“ in der Zeitschrift veröffentlicht. Bedeutende Fortbildungsbeiträge wurden nicht nur referiert, sondern weiter vorne im Heft unter „Original-Arbeiten“ vollständig abgedruckt.

Versammlungsberichte endeten häufig mit dem Hinweis, daß am Schluß in vertraulicher Sitzung beraten wurde. Ob es sich hierbei um Personalien, Vereinsinterna, taktisches Vorgehen in Standesangelegenheiten oder ähnliches handelte, kann nur vermutet

werden. Das Sitzungsprotokoll und der Abdruck in der Zeitschrift schwiegen sich hierüber aus.

Damals war der zahnärztliche Beruf in Österreich eine Domäne der Männer. Nur zwei Frauen wurden namentlich als Gäste einer Vereinsversammlung erwähnt, und zwar Frau D.D.S. Klara BISKE aus Oxford (Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 243 f) und Fräulein stud. med. Sylvia BRODSKY (Oest Z Stomat Jg. 13 (1915) S. 98). Demgegenüber waren Zahnärztinnen in den USA keine Seltenheit mehr.

„1880 gab es in den Vereinigten Staaten Amerikas 61 weibliche Zahnärzte, 1890 337 und um die Jahrhundertwende gegen 1.000.“ (STRÖMGREN, S. 255)

Die Versammlungsprotokolle waren auch ein Spiegel der damaligen standespolitischen Diskussionen, die hauptsächlich um wenige immer wiederkehrende Themen kreisten – die Berufsausbildung, die Abgrenzung von den Zahntechnikern sowie die Bekämpfung des Agentenunwesens, des „Strohmännertums“ und der Kurpfuscherei. Diese Themen brannten so unter den Nägeln, daß die Standespolitik zeitweise die Vereinsversammlungen unverhältnismäßig dominierte und den wissenschaftlichen Gedankenaustausch in den Hintergrund treten ließ. ZSIGMONDY bedauerte dies mit den Worten:

„Unser Verein könnte allerdings ... seine Mission besser erfüllen, ... wenn nicht ... die Erörterungen über Standesangelegenheiten einen so breiten Raum in unsern Versammlungen beanspruchen [würden], wodurch der der Pflege und Ausbildung der wissenschaftlichen Seite der Zahnheilkunde zugemessene Zeitanteil allzusehr eingeschränkt erscheint.“ (ZSIGMONDY, Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 336f)

So gab es zwischen Dentisten und Stomatologen ein ständiges Tauziehen darum, wo der zahnärztliche Beruf anzusiedeln wäre – in der

Nähe eines mittelalterlichen „Heilhandwerkers“, der letztlich nur bei einem Zahntechniker eine Lehre absolvieren mußte, oder in der Nähe des approbierten Arztes mit abgeschlossenem Universitätsstudium. Auf die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Ausrichtung verwies George Pierce GEIST-JAKOBY 1896:

„Die Zahnheilkunde kann heute nicht mehr in der ‚Werkstätte gelernt‘ werden, die Zeiten sind vorbei, in welchem die Thätigkeit des Zahnarztes im Ausziehen, Einsetzen und notdürftigen Zuschmieren von Zähnen bestand, die Zahnheilkunde ist eine Wissenschaft geworden ...“. (GEIST-JAKOBY, S. 245)

Daß schon ein beträchtliches Stück Weges in Richtung auf die wissenschaftliche Zahnheilkunde zurückgelegt war, zeigte Karl JARISCH, Gründungsmitglied und Präsident des Vereins österreichischer Zahnärzte. Anlässlich des 50-jährigen Bestehens des Vereins warf er einen Rückblick auf den Ausbildungsstand im Gründungsjahr 1861:

„Die Zahl der wirklichen Doktoren, die sich mit Zahnheilkunde befaßten, war eine sehr geringe, und wir sehen in der Tat, daß unter den ersten Mitgliedern des Vereines die Zahl der Nichtärzte überwiegend war. Ebenso verschieden war natürlich auch die Ausbildung, und einige wenige Herren ausgenommen, war die größere Anzahl der zumeist in vorgerücktem Alter stehenden Mitglieder Autodidakten, die die Mühen höherer Ausbildung scheuten, eine solche damals aber auch nicht leicht finden konnten, da Schulen für Zahnärzte noch nicht bestanden. ... Es bestand wohl eine Prüfung aus Zahnheilkunde, zu der sich jedoch selten ein Arzt entschloß und die weder über das Wissen, noch das Können der Kandidaten auch nur das geringste Urteil gestattete. Es ist bezeichnend für diese Prüfung, daß derselben weder der Professor der Zahnheilkunde noch sonst ein Sachverständiger zugezogen wurde. Diese Prüfung war eine reine Formsache und es dürfte kaum der Fall vorgekommen sein, daß ein Kandidat bei derselben reprobiert wurde. War diese Förmlichkeit erfüllt,

dann war der Magister der Zahnheilkunde fertig und konnte als Zahnarzt seine Praxis beginnen. Glauben Sie, meine Damen und Herren, daß die Erinnerung an diese Zeit, die sogenannte gute, alte Zeit, die Leichtigkeit, womit man bei geringem Wissen zu lohnendem Erwerbe kommen konnte, die Zeit, in der die Quantität und nicht die Qualität der Leistung den berühmten Zahnarzt machte, bis auf unsere Tage ihre Nachwirkung äußert.“ (JARISCH, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 337)

Ein besonderes Problem war,

„ ... daß der Zahnärztestand damals zu den inferioren Ständen gehörte. Außer jenen Mitgliedern, welche nicht Vollärzte waren, gab es ja eine ganze Reihe von Leuten, welche sich, ohne dazu berufen zu sein, handwerksmäßig mit der Extraktion der Zähne befaßten und so jenen Teil der Zahnheilkunde auf ein Niveau herunterdrückten, welches zu heben nur durch große und bedeutende Anstrengungen möglich war.

Wenn wir die Tätigkeit des Vereines während dieses halben Jahrhunderts betrachten, sehen wir, daß er die Fahne der Wissenschaft emporhob und um die Fahne jene Männer versammelte, welche ... den Mut hatten, die Zahnheilkunde als akademisch gebildete Ärzte auszuüben. Der Verein gab ihnen einen wissenschaftlichen Mittelpunkt, er bemühte sich um die Fortbildung von Leuten, welche als Empiriker schwierige Verhältnisse vorfanden, die der weiteren Ausbildung in ihrem Berufe entgegenstanden.“ (KELLER, Oest Z Stomat Jg. 9 (1911) S. 339)

Auch wenn inzwischen jeder Zahnarzt in Österreich ein Medizinstudium absolviert haben mußte, sollte die Ausbildung im praktischen Bereich dringend verbessert werden. Der Zentralverband der österreichischen Stomatologen wandte sich 1902 an das Unterrichtsministerium mit folgender Bitte um Neuregelung der Ausbildungsordnung:

„Zur Ausübung der Zahnheilkunde (Stomatologie) als Spezialfach und zur Führung des Titels »Zahnarzt« ist jeder österreichische med. univ. Doktor verpflichtet:

1. Den Nachweis einer zweijährigen Frequenz an einem k. k. Universitäts- oder gleichwertigen Institute zu erbringen, und zwar so, daß das erste Frequenzjahr während der vorgeschriebenen Studienjahre absolviert werden kann, das zweite Frequenzjahr jedoch nach erlangtem Doktorgrad absolviert werden muß.
2. sich einer vor einer Universitäts-Kommission mit Erfolg abzulegenden praktischen Prüfung zu unterziehen, welche folgende Gegenstände umfaßt:
 - a) spezielle Chirurgie des Mundes,
 - b) konservierende Zahnheilkunde,
 - c) Mund- und Kieferprothese.
3. Es ist selbstverständlich, daß der praktische Arzt, der die Stomatologie nicht als Specialfach betreibt, in das Gebiet der Stomatologie einschlagende Fälle ohne vorherige Prüfung behandeln darf, doch ist er zur Führung des Titels »Zahnarzt« nicht berechtigt.“

(Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 73)

Gleichzeitig ersuchte der Verband das Ministerium, die zahnärztlichen Universitätsinstitute so auszustatten, daß auch zeitgemäße Zahn- und Kieferersatzkunde gelehrt werden konnte. Diese Eingabe wurde vom Ministerium den Professorenkollegien der medizinischen Fakultäten sämtlicher österreichischer Universitäten zur Begutachtung und Befürwortung unterbreitet.

„Daraufhin wurden unsere Vorschläge von einem Professorenkollegium befürwortet, ein anderes erklärte sich dagegen, die übrigen Professorenkollegien hüllen ihre Ansichten und Beschlüsse in tiefes Schweigen.“
(Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 36)

Die Initiative fand offenbar nur verhaltene Unterstützung, denn wenn auch im Protokoll der Hauptversammlung vom Dezember 1907 die erfreuliche Mitteilung gemacht wurde,

„ ... daß unsere Angelegenheit, soweit sie den obersten Sanitätsrat betrifft, gut steht ...“, (Oest Z Stomat Jg. 6 (1908) S. 12)

war bis 1919 noch nichts erreicht. Immer noch wurde gefordert, daß

„ ... der Titel Zahnarzt – nach entsprechender Vorbildung – geschützt wird ...“. (Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 182)

Bezüglich der Zahntechnikerfrage herrschte schon längere Zeit ein heftiger Kompetenzstreit zwischen den Zahnärzten und den Zahntechnikern, der auch die gesetzgeberische Ebene einbezog. Die Zahnärzte beriefen sich hierbei auf das folgende immer noch gültige Hofkanzleidekret:

„Se. k. k. Majestät haben mit Allerhöchster EntschlieÙung vom 10. September 1842 zu befehlen geruht, daß den bloÙ zur Verfertigung künstlicher Zähne und Gebisse berechtigten Technikern Verrichtungen und Operationen im Munde des Menschen nicht gestattet, sondern als Kurpfuscherei strenge nach dem Gesetze zu behandeln, für die Zukunft aber selbständige Konzessionen zur Verfertigung künstlicher Zähne und Gebisse bloÙen Technikern nicht zu erteilen sind.“ (BAYER, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 198)

Im Jahre 1892 war den Zahntechnikern dann der Eingriff in der Mundhöhle erlaubt worden, d. h.

„ ... die Abdrucknahme und die Anpassung von Zahnersatzstücken ...“, (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 34)

und 1901 hatte der Verwaltungsgerichtshof in einem Urteil festgestellt:

„ ... die Zahntechnik sei kein integrierender Bestandteil der Zahnheilkunde und es geschah, was sonst nirgends der Fall ist, daß die Zahnärzte einem neuen Forum, der Gewerbebehörde unterstellt wurden.

Wären unsere ausländischen Kollegen näher eingeweiht in den Jammer unserer unklaren Verordnungen, sie würden uns verspotten, weil man uns trotz unserer weitaus höheren Vorbildung wegen eines Teiles unserer Berufstätigkeit für Handwerker erklärt.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 34)

WEISER empörte sich über das Entgegenkommen der Behörden gegenüber dem Versuch der Zahntechniker, ihre eigenen Kompetenzen auszuweiten und den Zahnärzten ihre Zuständigkeit für die Zahnersatzkunde streitig machen zu wollen:

„Ohne sich um die genaue Auslegung des Sinnes der damals sowie heute noch als unantastbare gesetzliche Basis dienenden allerhöchsten EntschlieÙung vom Jahre 1842 zu bekümmern, ja sogar ohne sich auch nur an den Wortlaut derselben zu halten, wurde die Zahntechnik offenbar einfach aus fiskalischen Gründen als selbstständiges Gewerbe aufgestellt Später ... bestürmte sie die Ministerien unter dem viel mißbrauchten ... Vorwande der Verbesserung ihrer Existenzbedingungen ... um gesetzwidrige Ausdehnung ihrer Befugnisse auf ärztliches Gebiet.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 33)

Der Ärztekammertag trat solidarisch für die Standesinteressen der Zahnärzte ein und faÙte den einstimmigen BeschluÙ,

„ ... der Regierung den Vorschlag der einzig richtigen Lösung des Kompetenzstreites zu unterbreiten, dahingehend, daß die Konzessionierung der Zahntechniker aufgehoben und die Zahntechnik für die Zukunft als handwerksmäßiges ärztliches Hilfsgewerbe deklariert werde.“ (WEISER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 37)

WEISER fuhr aber sogleich ironisch fort:

„Unsere Hoffnung war eine umso berechtigtere, als man vermeinen durfte, daß der Chef des Sanitätsdepartements stets mit Pflichttreue darauf bedacht sein müsse, die Ausübung der Heilkunde nur in die Hände dazu Befähigter und Berechtigter zu legen und als ihm ein Referent zur Seite steht, der über unsere Spezialfrage bis ins kleinste Detail vollkommen orientiert ist und mit bewunderungswertem Eifer dieselbe seit Jahren studiert.

Leider scheint diese Hoffnung eine hinfällige zu sein! Durch Rücksichten auf das direkt zahnärztefeindliche hohe k. k. Handelsministerium, ... auf von hohen Kreisen protegierte Zahntechniker oder – zur Ausübung in Österreich nicht berechnigte auswärtige Zahnärzte, ... sind dem Chef des Sanitätsdepartement vielfach die Hände gebunden.“
(WEISER, Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 37)

Zunächst wurde 1904 durch das Urteil des Verwaltungsgerichtshofes die alte Rechtslage wiederhergestellt. Damit galt wieder uneingeschränkt das Hofkanzleidekret von 1842. Doch damit war der Kampf zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern noch nicht zu Ende. Es folgten zahllose Eingaben und immer wieder geänderte Gesetzentwürfe. Mit dem Gesetz vom 13. Juli 1920 konnten die bereits tätigen Zahntechniker einen Sieg auf ganzer Linie feiern. Es gestattete denjenigen, die vor dem 1. Januar 1921 ihre Lehre beendet hatten und einige weitere Auflagen erfüllten, nahezu jede zahnärztliche Tätigkeit. Dadurch, daß aber kein weiterer Nachwuchs ausgebildet werden durfte, sollte der Berufsstand allerdings in den nächsten 50 Jahren langsam aussterben (STEPHAN, S. 111 f).

Doch es sollte wieder anders kommen. Durch die Eingliederung Österreichs in das Deutsche Reich vor dem 2. Weltkrieg wurde das deutsche Recht in Österreich wirksam. Damit konnte der Beruf des behandelnden Zahntechnikers als „Dentist“ erneut aufleben.

„Behandeln durfte jedoch auch der durch Erlaß ‚befugte Zahntechniker‘, der mit der Besetzung Österreichs durch die Nationalsozialisten den Titel ‚Dentist‘ bekam.“ (STEPHAN, S. 111)

Nicht weniger Ärger hatten die österreichischen Zahnärzte seit 1907 mit dem sogenannten Agentenunwesen.

„Eine Anzahl von Zahntechnikern bedient sich seit den letzten zwei Jahren zur Akquisition von Kunden für die zahntechnische Behandlung regelrechter Agenten, die sich von den Agenten gewisser Warenhäuser nur noch durch ihre größere Gewissenlosigkeit und Zudringlichkeit, zuweilen sogar durch betrügerische und das Volkswohl in Gefahr bringende Weise unterscheiden. ...

Vor allem inspizieren diese Agenten, die von Haus zu Haus, von Wohnung zu Wohnung wandern, die Mundhöhle des Patienten, manche darunter mit Spiegel und Sonde, die sie in einer Aktentasche mit sich tragen. Sie reden den leichtgläubigen Leuten ein, daß eine ganze Anzahl von Zähnen zu ziehen sei, wobei sie ausdrücklich erklären, daß das Plombieren nicht mehr möglich wäre und raten davon unter der Maske des Ehrlichmeinenden ab. Einige der zahntechnischen Agenten ziehen sogar an Ort und Stelle einen oder mehrere Zähne. ... Sie lassen sich in bianco Bestellzettel unterschreiben. Andere Agenten rufen telephonisch den Arzt des betreffenden Ateliers, für welches sie arbeiten, sofort zum Patienten ins Haus.

Auch dieser macht im Hause nur eine Scheinoperation ...; denn die Patienten werden schon einige Tage nachher in das Atelier bestellt. Das Prinzip in derartigen Zahnateliers ist, möglichst viele Zähne zu extrahieren, damit möglichst viele künstliche Zähne in den Mund eingesetzt werden könnten. Denn das Plombieren ist für derartige Geschäftsbetriebe zu zeitraubend und zu wenig einträglich. Die Chefs (Zahnärzte oder Zahntechniker) beschäftigen 6 - 8 Zahntechniker und diese verdienen dem Inhaber innerhalb derselben Zeit bedeutend mehr, als er durch angestrenzte operative konservative Tätigkeit erlangen könnte. So kommt es, daß eine Anzahl von gesunden Zähnen der Profitgier der Interessenten zum Opfer fällt. ... In Wien und Umgebung arbeiten ungefähr 100 - 130 Agenten ..., so

kann man hieraus den ungeheuren Schaden ermessen, der den Zahnärzten, aber auch den anständigen Zahntechnikern erwächst. Es ist eruiert worden, daß der Besitzer eines solchen Betriebes in einem hiesigen Dentaldepot jährlich ca. 30.000 Mineralzähne einkauft. ...

Die Ärztekammer ersucht das hohe k. k. Ministerium des Innern, gegen diese Agenten, welche sich der Übertretung der Kurpfuscherei, des Gewerbegesetzes und des Betruges schuldig machen, ... vorzugehen.“ (GRÜN, Oest Z Stomat Jg. 7 (1909) S. 61 - 63)

Daneben stellte auch die Kurpfuscherei und ihre Deckung durch Strohmänner ein großes Problem dar. So ließen Ärzte in ihren Praxen Zahntechniker unzulässig Patienten behandeln, wie z. B. ein Zahnarzt, der in der „Zeitschrift für Zahntechnik“

„ ... »einen jüngeren tüchtigen Zahntechniker, der auch gut Zähne plombieren kann«, sofort aufzunehmen sucht.“ (Oest Z Stomat Jg. 5 (1907) S. 47)

Auch richteten sich Zahntechniker oder gänzlich Fachfremde unter dem Deckmantel eines Praxisschildes, das sie von einem ärztlichen Strohmänn gemietet hatten, ein „Zahnatelier“ ein, um ungestört von ärztlicher Kontrolle selbständig Patienten behandeln zu können.

„Ein ehemaliger Kaffeesieder ist Besitzer eines zahnärztlichen Ateliers in der inneren Stadt, wo seine Hilfskräfte für ihn arbeiten. Den Namen für das Atelier gibt ein Arzt her. Wie der »Ex-Kaffeesieder« sich rühmt, hält er sich im Ordinationszimmer auf und blickt den Leuten in den Mund, indem er sich als Arzt geriert und dafür auch gehalten wird.“ (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 445)

Zwar wurde nicht nur der kurpfuschende zahntechnische Gehilfe angezeigt, sondern auch der ihn als Strohmänn deckende Arzt. Da aber häufig der Nachweis der Gewerbsmäßigkeit nicht erbracht

werden konnte, mußten die Kurpfuscher freigesprochen werden oder erhielten nur milde Strafen, die die Betroffenen nicht abschreckten.

„Der Zahntechniker Simanský aus Preußen arbeitete in Villach in Kärnten operativ zahnärztlich zuerst in dem Atelier eines vielbeschäftigten Frauenarztes und als dieser das von mancher Seite als unpassend erklärte Verhältnis löste, bei einem praktischen Arzt. Es wurde vom Gerichte gegen ihn nach § 343 St.G.B. [gewerbsmäßige Kurpfuscherei] und gegen den Arzt wegen Vorschubleistung vorgegangen.

Trotz verschiedener Fälle, wo nachgewiesen wurde, daß der Techniker gefüllt, Kokain injiziert und Zähne extrahiert hatte, wurde derselbe in beiden Instanzen freigesprochen, weil das Gericht wieder einmal annahm, daß die Gewerbsmäßigkeit der Kurpfuscherei nicht nachgewiesen sei.“ (Oest Z Stomat Jg. 2 (1904) S. 238)

„Es ist nahezu die Regel bei Kurpfuschereiprozessen, daß der Kurpfuscher bestreitet, gewerbsmäßig praktiziert zu haben. Seine gewöhnliche Verantwortung gipfelt darin, daß die Patienten zu ihm kommen, ohne daß er sie rufe, daß er sie nach seinem besten Wissen unentgeltlich behandle und von seiner dankbaren Kundschaft nur Geschenke empfangen, die er, ohne unhöflich zu sein, nicht ablehnen könne.“ (BYLLOFF, Oest Z Stomat Jg. 10 (1912) S. 88)

Was begünstigte das Kurpfuschertum? Ein Grund hierfür schien in einer ungenügenden speziellen zahnmedizinisch-praktischen Ausbildung der österreichischen Ärzte zu liegen, die mit ihrem ärztlichen Staatsexamen gleichwohl die Berechtigung besaßen, auch als Zahnarzt zu praktizieren. Es war nicht verwunderlich, daß sich manch ein Zahntechniker nach ein paar Jahren Berufserfahrung einem frischgebackenen Arzt im zahnmedizinisch-handwerklichen Bereich überlegen fühlen mochte.

„Kaum ein anderes medizinisches Spezialfach hat unter dem Einflusse der Kurpfuscherei soviel zu leiden, als die

Stomatologie. Seit jeher ist die Gepflogenheit eingerissen, daß eine Anzahl Hilfsarbeiter, welche vom Arzte zur Herstellung der für den menschlichen Mund bestimmten Vorrichtungen am Modelle verwendet werden, nach kürzerer oder längerer Dienstzeit beim Zahnarzte plötzlich den Beruf verspüren, als Zahnärzte aufzutreten. Diese so zahlreichen Uebergriffe werden von den maßgebenden Behörden teils geahndet, teils aber mit Stillschweigen geduldet Da der beste und einzig mögliche Schutz auch in diesem Falle eine staatliche Qualifikation ist, steht der Zentralverband der österreichischen Stomatologen auch in dieser Hinsicht auf dem Standpunkte, daß für die Betätigung der Stomatologie als Spezialfach eine besondere Qualifikation unerläßlich ist.“ (Oest Z Stomat Jg. 1 (1903) S. 72 f)

Dies wiederum spornte die österreichischen Zahnärzte an, sich, wie zuvor erwähnt, intensiv um eine Änderung der Ausbildungs- und Studienordnung zu bemühen.

III. SONSTIGE RUBRIKEN

Neben den zuvor besprochenen Hauptrubriken enthielt die Zeitschrift noch eine Reihe kleinerer Sparten, deren Überschriften wechselten und die unregelmäßig erschienen. Dazu gehörten die „Nachrichten“, die 1913 in „Kleine Mitteilungen“ umbenannt wurden, „Personalien“, „Universitätsnachrichten“, „Vermischtes“, „Neuheiten“, „Kleine Winke für die Praxis“ und „Praktische Winke“.

Man informierte u. a. über amtliche Mitteilungen der Regierung oder der Ärztekammer, über Steuer-, Renten-, Versicherungs-, Rechts- und Haftungsfragen, Gerichtsentscheidungen und wies auf Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen hin.

Einige Beispiele sollen eine Vorstellung von der Bandbreite der Themen geben. So veröffentlichte man die Entscheidung eines Wiener Gerichtes, das einen Ehemann zur Zahlung des Honorars für die zahnärztliche Behandlung seiner Gattin verurteilt hatte.

„Wir freuen uns, dieses ebenso gerechte, wie vernünftige Urteil publizieren zu können. Damit ist der systematischen Prellerei der Ärzte, welche sich vor allem zu ärztlichen Hilfeleistungen heranziehen lassen müssen, dann aber unter tausend Vorwänden und Vermögenstransaktionen um ihr Geld gebracht werden, ein Riegel vorgeschoben.“
(Oest Z Stomat Jg. 11 (1913) S. 275)

Großzügig war das Fortbildungsangebot eines Schweizer Zahnarztes:

„Dr. Eug. MÜLLER-WÄDENSWIL (Zürich) teilt uns eben mit, daß er am 29. und 30. August in seinem Institute (Zahnärztliches Technikum, Zürich) einen Gratis-Demonstrationskurs über die ‚zahnärztliche Goldgußtechnik‘ abhalten wird, zu dem er die sich interessierenden öster-

reichischen Kollegen freundlichst einladet.“
(Oest Z Stomat Jg. 8 (1910) S. 223)

Während des Krieges wurde auf vom Ausland veranlaßte Ausführbeschränkungen und hierdurch bedingte Materialengpässe hingewiesen.

„(Vernickelung der ärztlichen Instrumente bis auf weiteres untersagt.) Ein Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 13. Jänner 1916 weist, »um die Nickelvorräte weiterhin zu strecken«, darauf hin, daß bei den ärztlichen Instrumenten statt der bisher vorgeschriebenen Vernickelung Hochglanzpolitur genügt. Dementsprechend sind keine Bestellungen mehr auf vernickelte Instrumente ... aufzugeben ...“. (Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 92)

Unter den Überschriften „Kleine Winke für die Praxis“ oder „Praktische Winke“ erschienen Ratschläge für Labor und Praxis:

„Um die Goldfolie, die nach dem Brennen von Porzellanfüllungen oft außerordentlich fest an diesen haftet, zu entfernen, lege man die Füllung in Königswasser, in dem sich das Gold auflöst, ohne der Füllung zu schaden.“
(Oest Z Stomat Jg. 12 (1914) S. 38)

Paul BERGER, Wien, schrieb:

„Um älteren Kindern das gesundheitsschädliche Nagelbeißen abzugewöhnen, bewährt sich die Erhöhung des Bisses durch Aufbißkappen auf das beste. Mir ist es gelungen, ein 12jähriges Mädchen durch Aufzementieren zweier Aufbißkappen beiderseits von 46 - 43 | 33 - 36 nach einer Tragdauer von 6 Wochen von dieser üblen Gewohnheit dauernd zu befreien.“ (Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 49)

Veröffentlicht wurden auch Ehrungen, Auszeichnungen, Berufungen und Nekrologe.

Nachdem der preußische Staat es jahrelang nicht geschafft hatte, die erbärmlichen Arbeitsbedingungen zu verbessern, unter denen der bedeutende Wissenschaftler MILLER das Berliner Universitätsinstitut führen mußte, versuchte man schließlich, ihn mit einer besonderen Ehrung von der Rückkehr in die U.S.A. abzuhalten:

„In letzter Stunde hat die preußische Regierung eine alte Schuld getilgt, indem sie Herrn Prof. W. D. MILLER zum Geheimen Medizinalrat ernannt hat. Dieses äußere Zeichen der Ehrung vermag wohl dem Glanze, der den Namen MILLER seit Jahrzehnten umgibt, nichts mehr hinzuzufügen; den Vertretern des zahnärztlichen Standes aber bietet sie einen willkommenen Anlaß, ihrer begeisterten Verehrung für MILLER Ausdruck zu geben und die erhebende Freude zu empfinden, daß auch der Zahnheilkunde in ihrem bedeutendsten Vertreter der Jetztzeit die größte Ehrung des ärztlichen Standes nicht versagt geblieben ist.“ (Oest Z Stomat Jg. 4 (1906) S. 328)

Auch österreichischen Zahnärzten wurden Ehrungen zuteil:

„(Auszeichnung.) Der Kaiser hat dem Zahnarzt Dr. Viktor FREY in Anerkennung Ihrer Majestät und a. h. Ihrer Familie geleisteten vorzüglichen Dienste den Titel eines Regierungsrates mit Nachsicht der Taxe verliehen.“ (Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 228)

Noch 1918 wurde ein Zahnarzt geadelt:

„(Nobilitierung.) Reg.-Rat Prof. Dr. Julius SCHEFF, der kürzlich mit dem Orden der Eisernen Krone III. Kl. ausgezeichnet wurde, ist in den Adelsstand erhoben worden.“ (Oest Z Stomat Jg. 16 (1918) S. 228)

Neben Nekrologen auf bedeutende Zahnärzte gab es auch einen Nachruf auf einen genialen Unternehmer und Markenpionier:

„(LINGNER †.) Am 4. Juni starb nach einer schweren Operation wirkl. Geh. Rat Exzellenz Dr. LINGNER in Dresden im 55. Lebensjahre. Als Gründer und Besitzer der

LINGNER-Werke A.-G. und Fabrikant des ‚Odol‘ bekannt, war sein Hauptwerk bisher die Internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911. Der Erfolg dieser Ausstellung führte LINGNER zur Gründung eines Deutschen National-Hygiene-Museums zu Dresden, die nur durch den Krieg ins Stocken geriet. Er rief auch die Dresdner Zentralstelle für Zahnhygiene, das Sächsische Serumwerk und eine öffentliche Desinfektionsanstalt ins Leben. Sein Fabrikunternehmen hat Niederlassungen in Österreich, England, Rußland und Südamerika. LINGNER war Ehrendoktor der Universität Bern und Ehrenbürger der Stadt Dresden.“ (Oest Z Stomat Jg. 14 (1916) S. 163)

ANHANG

VERTEILUNG DER ORIGINALARBEITEN AUF DIE VERSCHIEDENEN GEBIETE DER ZAHNHEILKUNDE

VERTEILUNG DER ORIGINALARBEITEN AUF DIE VERSCHIEDENEN GEBIETE DER ZAHNHEILKUNDE																				1903 - 1919
Jahr	19 __	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten		5	2	3	1	3	4	3	6	2	3	6	10		3		1	3		55
Chirurgie		3	4	2	2	2	2	1	2		5	6	7			1	2	4		43
Militärzahnheilkunde													1	6	7	10	5	2		31
Zahnerhaltungskunde		3	6	7	2	3	3	3	2	2	2	7	2		2	1	1	10		56
Parodontologie		1	1	1	2	3	2			2	1	2		1	1			1		18
Zahnersatzkunde		5	7	1	3	2	1	4	1	3	6	3	2			1				39
Kieferorthopädie		1	2	2				3	1	2	1	4	4				1			21
Anästhesie		3	6	2	3	1	1	1			2	2		2	1	1	6	31		31
Röntgenologie			1									1	3		3	1	1	10		10
Schulzahnpflege und soziale Zahnheilkunde		2	5					1	1	2										11
Geschichte der Zahnheilkunde						1			1			2				1				5
zusammen		23	34	18	13	15	16	14	13	13	20	31	31	9	17	14	32	27		320

ZEITSCHRIFTENVERZEICHNIS

Unter der Rubrik „Zeitschriften“, ab 1910 unter „Referate und Kritiken“ und seit 1913 unter „Referate und Buchbesprechungen“ fanden sich Auszüge aus insgesamt 93 Zeitschriften

Aufteilung der referierten Zeitschriften nach ihrem Herkunftsland

Belgien	1
Deutschland	39
Frankreich	6
Großbritannien	5
Italien	2
Kanada	1
Österreich	14
Polen	1
Rumänien	2
Rußland	1
Schweden	2
Schweiz	3
Tschechoslowakei	1
Ungarn	3
U. S. A.	11
ohne Angabe	1
	—
zitierte Zeitschriften insgesamt	93
	====

Das nachfolgende Verzeichnis nennt die Zeitschriften nach Ländern geordnet in alphabetischer Reihenfolge.

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
<u>Belgien:</u>				
Revue Trimestrielle Belge de Stomatologie	Antwerpen	1	1	2
<u>Deutschland:</u>				
Anatomischer Anzeiger	Jena	2	4	6
Archiv für Anatomie und Physiologie	Leipzig	3		3
Archiv für Kinderheilkunde	Stuttgart	1		1
Archiv für Klinische Chirurgie	Berlin	5	1	6
Archiv für Laryngologie und Rhinologie	Berlin		1	1
Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte	Bonn	1		1
Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses	Berlin	1		1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und speziellen Tuberkuloseforschung	Würzburg	2		2
Berliner klinische Wochenschrift	Berlin	4	2	6
Berliner medizinische Klinik	Berlin		1	1
Berliner zahnärztliche Halbmonatsschrift	Berlin	10		10
Bruns Beiträge zur Klinischen Chirurgie	Berlin	1	5	6
Deutsche medizinische Wochenschrift	Stuttgart	18	6	24
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde	Berlin	129	65	194
Deutsche zahnärztliche Wochenschrift	Berlin	32	10	42
Deutsche zahnärztliche Zeitung	Berlin	6	3	9
Deutsche Zahnheilkunde	München		1	1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen	Leipzig	22	7	29
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie	Leipzig	1	1	2
Ergebnisse der gesamten Zahnheilkunde	Wiesbaden	1	1	2
Frankfurter Zeitschrift für Pathologie	Wiesbaden		1	1
Korrespondenzblatt für Zahnärzte	Berlin	28	11	39
Münchener Medizinische Wochenschrift	München	14	8	22
Odontologische Blätter	Berlin	6		6
Ophthalmologische Klinik	Tübingen	1		1
Sammlung von Vorträgen aus den Gebieten der Zahnheilkunde	Leipzig	5		5

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin	Würzburg	1		1
Zahnärztliche Mitteilungen	Köln		2	2
Zahnärztliche Rundschau	Berlin	4	10	14
Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung	Jena		1	1
Zeitschrift für Ethnologie	Berlin	1		1
Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie	Stuttgart		3	3
Zeitschrift für Mund- und Kieferchirurgie	München		3	3
Zeitschrift für Ohrenheilkunde	München	1	1	2
Zeitschrift für Tiermedizin	Jena	1		1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Zeitschrift für zahnärztliche Orthopädie	München	3		3
Zentralblatt für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie	Jena		1	1
Zentralblatt für Bakterio- logie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten	Stuttgart	1		1
Zentralblatt für Chirurgie	Leipzig		4	4
<u>Frankreich</u>				
Bulletin de la Societé Med. des Hôpitaux de Paris	Paris	1		1
L' Odontologie	Paris	18	1	19
La Province dentaire	Lyon	1		1
Revue de Chirurgie	Paris	1		1
La Revue de Stomatologie	Paris	5	2	7

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
These de Nancy	Nancy	1		1
<u>Großbritannien</u>				
Dental Record	London	3		3
The Journal of the British Dental Association	London	1		1
The Lancet	London	2		2
Proceedings of the Physiological Society	Cambridge, GB	1		1
Treatment	London	1		1
<u>Italien</u>				
Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino	Turin	1		1
La Stomatologia	Modena	2	6	8
<u>Kanada</u>				
Dominion Dental Journal	Toronto	2		2

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
<u>Österreich</u>				
Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung	Wien	7		7
Medizinische Blätter	Wien	5		5
Medizinische Klinik	Wien		5	5
Mitteilungen aus dem Gebiete der physikalischen Therapie	Wien	1		1
Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie	Wien	1		1
Österreichisch- ungarische Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde	Wien	19	2	21
Pädagogische Zeit	Graz	1		1
Wiener klinische Rundschau	Wien	3		3
Wiener klinische Wochenschrift	Wien	11	3	14

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Wiener klinisch therapeutische Wochenschrift	Wien	1		1
Wiener medizinische Presse	Wien	2		2
Wiener medizinische Wochenschrift	Wien	8	5	13
Wiener zahnärztliche Monatsschrift	Wien	4		4
Zeitschrift für Heilkunde	Wien	1		1
<u>Polen</u>				
Kronika Dentystyczna	Warschau		2	2
<u>Rumänien</u>				
Romania medicala	Bukarest		1	1
Spitalul	Bukarest		1	1
<u>Rußland</u>				
Odontologitscheskoje Obozrenie	Moskau	1		1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
<u>Schweden</u>				
Nordisk Tandläkare-Tidskrift	Stockholm	1		1
Reflector	Göteborg	2		2
<u>Schweiz</u>				
Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte	Basel		1	1
Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie	Genf		2	2
Schweizerische Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde	Zürich	4	15	19
<u>Tschechoslowakei</u>				
Lwowskity podnik lekarski zdina	*)		1	1
<u>Ungarn</u>				
Fogorvosi Szemle	Budapest	1		1
Magyar Fogorvosok Lapja	Budapest	1		1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs- ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
Stomatologiai Közlöny	Budapest	3		3
<u>U. S. A. (Vereinigte Staaten von Amerika)</u>				
American Journal of Surgery	New York	1		1
Dental Brief	Philadelphia	1		1
Dental Cosmos	Philadelphia	49	20	69
The Dental Digest	Pittsburgh	6	4	10
The Dental Office and Laboratory	Philadelphia	3		3
Dental Register	Cincinnati	1		1
The Dental Review	Chicago	19	1	20
The Dental Summary	Columbus / Ohio	1	7	8
Denver Medical Times	Denver	1		1
Items of Interest	New York	7		7
Stomatologist	Philadelphia	1		1

Name der Zeitschrift	Erscheinungs ort	zitiert 1903 -1913	zitiert 1914 -1919	Gesamt- zahl der Referate
----------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------

ohne Angabe

Sozialärztliche Presse	*)	1		1
------------------------	----	---	--	---

BUCHBESPRECHUNGEN

Ihrem eigenen wissenschaftlichen Anspruch entsprechend nahmen Referate über neuerschienene oder neuaufgelegte Bücher in der „Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie“ breiten Raum ein. In der Regel waren sie auch Grundlage einer Beschaffung für die Bibliothek des „Vereines österreichischer Zahnärzte“.

Zunächst unter der Rubrik „Referate und Kritiken“, seit 1913 unter „Referate und Bücherbesprechungen“ wurden 146 Bücher kurz referiert.

Im folgenden werden die besprochenen Bücher aufgelistet. Fehlende Angaben wurden mit *) gekennzeichnet.

Jahr- gang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
1903	HAMPE, T.	Fahrende Leute	Leipzig, *)
	JESSEN, E.	Zahnhygiene in Schule und Haus	Straßburg ?, *)
	MELICHAR, L.	Die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes in Sanitätsangelegenheiten	Wien, *)
	PETERS, H.	Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit	Leipzig, *)

Jahr- gang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	PORT, G.	Hygiene der Zähne und des Mundes im gesunden und kranken Zustände	Stuttgart, *)
	RICHTER, E. (Hg.)	Zahnärztliches Adreßbuch für den europäischen Kontinent	Berlin, *)
	SCHEFF, J.	Handbuch der Zahnheilkunde	Wien, *)
1904	JESSEN, *), LOOS, *) und SCHLAEGER, *)	Zahnhygiene in Schule und Heer	Straßburg, 1904
	PORT, G.	Index der deutschen zahn- ärztlichen Literatur und zahnärztliche Bibliographie	Heidelberg, *)
1905	MILLER, W. D.	Lehrbuch der konservie- renden Zahnheilkunde	Leipzig, *)
1906	CHOQUET, J.	Précis d'anatomie dentaire	Paris, 1803
	EHRHARDT, K.	Die geographische Verbreitung der für die Industrie wichtigen Kautschuk- und Guttaperchapflanzen	Halle an der Saale, 1903

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	JUNG, K.	Das Füllen der Zähne und die verwandten Arbeiten	Leipzig, *)
	MARTINIER, G.	Clinique de Prothèse dentaire	Paris ?, *)
	METNITZ, J. und G. v. WUNSCH- HEIM	Karl Wedls Pathologie der Zähne	Leipzig, *)
1907	JUNG, K.	Das Füllen der Zähne und die verwandten Arbeiten	Leipzig, *)
	JUNG, K.	Leitfaden der Zahn- und Kieferkorrektur	Leipzig, *)
	REICH, P.	Das irreguläre Dentin der Gebrauchsperiode	Jena, 1907
	WITZEL, K.	Chirurgie und Prothetik bei Kiefererkrankungen	Berlin, 1905
1908	ADLOFF, P.	Das Gebiß des Menschen und der Anthropomorphen	Berlin, *)
	ANGLE, E. H.	Behandlung der Occlusionsanomalien der Zähne	Berlin, 1908
	GYSI, A.	Beitrag zum Artikulationsproblem	Berlin, 1908

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	TERRA, P. de	Konversationsbuch für die zahnärztliche Praxis	Stuttgart, 1908
1909	EVANS, G.	Zahnärztliche Kronen-, Brücken- und Porzellan- arbeiten (Übersetzung)	Berlin, 1909
	FRITZSCHE, K.	Porzellanfüllungen und deren Imitationen	Berlin, *)
	GAILLARD, G. und R. NOGUÉ	Traité de Stomatologie	Paris, *)
	GREVE, H.	Diagnostisch-thera- peutisches Taschenbuch für Zahnärzte	Frankfurt am Main, 1909
	MAYRHOFER, B.	Prinzipien einer rationellen Therapie der Pulpa- Gangrän und ihrer häufigsten Folgezustände	Jena, 1909
	MIKULICZ- RADETZKY, J., und W. KÜMMEL	Die Krankheiten des Mundes	Jena, 1909
	MÜLLER- STADE, E.	Zahnärztliches Lexikon	Berlin, *)

Jahr- gang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	SMREKER, E.	Handbuch der Porzellanfüllungen und Goldeinlagen (I. Teil: Das Füllen der Zähne mit Porzellan)	Berlin, 1909
	WITZEL, K.	Entwicklung der Kiefer und der Zähne beim Menschen	*)
1910	BUNTE, H. und H. MORAL	Die Leitungsanästhesie im Ober- und Unterkiefer auf Grund der anatomischen Verhältnisse	Berlin, 1910
	PRINZ, H.	Dental Materica Medica and Therapeutics	London, 1910
	STEIN, A.	Das Foramen mandibulare und seine Bedeutung für die Leitungsanästhesie des Unterkiefernerven	Berlin, 1909
1911	BÖDECKER, H. W.	Das Metalleinlageverfahren	Berlin, 1910
	GUTTMANN, A.	Die Porzellan-Schliff-Füllung	Berlin, 1911
	MAYRHOFER, B.	Prinzipien einer rationellen Therapie der Pulpagangrän und ihrer Folgezustände	Jena, 1910

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	ROBASCHIK, R.	Handbuch der Gußtechnik	Berlin, 1910
	ROHRER, A.	Zahnpulver und Mundwasser	Berlin, 1910
	SACKUR, O.	Einführung in die Chemie	Berlin, 1911
	ORDOVER, M.	Praktische Methode der Metalltechnik	Berlin, 1911
	TERRA, P. de	Vergleichende Anatomie des menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten	Jena, 1911
	WOLFF, A.	Die Extraktion der Zähne	*)
1912	BLESSING, G.	Das zahnärztliche Physikum	Wiesbaden, 1911
	EBNER, V. v.	Über den feineren Bau der Knochensubstanz	Leipzig, 1912
	FRITZSCHE, G.	Birkenthals Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen der Zahnkrankheiten des Kindesalters zu Syphilis hereditaria, Rachitis und Tuberkulose	Berlin, 1912
	HOFFEN-DAHL, K.	Biochemie für Zahnärzte und Studierende	Wien, 1912

Jahr- gang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	MAYRHOFER, B.	Die Praxis der Zahnextraktion einschließlich der örtlichen Schmerzbetäubung	Wiesbaden, 1911
	MICHEL, A.	Die konservierende Zahnheilkunde	Leipzig, 1912
	NEUMANN, R.	Die Alveolar-Pyorrhoe und ihre Behandlung	Berlin, 1912
	REIßNER, A.	Moderne Mundhygiene	Berlin, 1911
	SCHRÖDER, H.	Handbuch der zahnärztlich - chirurgischen Verbände und Prothesen, Bd. 1	Berlin, 1911
	SMREKER, E.	Handbuch der Porzellan- füllungen und Goldeinlagen, II. Teil – Das Füllen der Zähne mit Goldeinlagen	Berlin, 1911
	URBAN, F.	Unser Gebiß und seine Pflege	Triest, 1911
	ZINSSER, *)	Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes	Berlin, 1912
1913	ANGLE, E. H.	Die Okklusionsanomalien der Zähne	Berlin, 1913

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	BLESSING, G.	Das zahnärztliche Staatsexamen	Wiesbaden, 1912
	BOCKENHEI- MER, P.	Plastische Operationen	Würzburg, 1912
	BOLK, L.	Odontologische Studien	Jena, 1913
	CIESZYNSKI, A.	Die Röntgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer	Leipzig, 1913
	DIECK, *)	Über zahnärztliche Pathologie und Diagnostik	München, *)
	FAULHABER, B. und R. NEUMANN	Die chirurgische Behandlung der Wurzelhautrekrankungen	Berlin, 1912
	FRIEDEMANN, W.	Die Schulzahnpflege	Berlin, 1913
	GRÜN, H.	Sozialärztlicher Kalender für das Jahr 1913	Wien, *)
	HOFFEN- DAHL, K.	Taschenbuch der Zahn- heilkunde für praktische Ärzte	Berlin, 1912
	KRANZ, P.	Schilddrüse und Zähne (Diss.)	Marburg, 1912
	KÖHNE, R.	Reparaturen und Umarbeitungen	Berlin, 1912

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	LICHTWITZ	Zahnpflege in den Schulen	Osterwieck a. H., 1912
	MAMLOK, H. J.	Die Befestigungsschiene	Berlin, *)
	MAYRHOFER, B.	Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie der chirurgischen Zahnkrankheiten	Jena, 1913
	MAYRHOFER, B.	Lehrbuch der Zahnkrankheiten für Ärzte und Studierende	Jena, 1912
	PECKERT, H.	Einführung in die konser- vierende Zahnheilkunde	Leipzig, 1912
	PECKERT, H.	Einführung in die konser- vierende Zahnheilkunde	Leipzig, 1913
	PICKERILL, H. P.	Verhütung von Zahnkaries und Mundsepsis	Berlin, 1913
	SACHS, H.	Der Zahnstocher und seine Geschichte	Berlin, *)
	TERRA, P. de	Vademecum anatomicum	Jena, 1913
	WALKHOFF, O.	Die Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries	Berlin, 1913

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning 1863 - 1913. Festschrift	Hoechst am Main, 1913
1914	BADEN, F.	Rechtsstaat und Kurpfuschertum	Berlin, 1913
	BROTHER, B.	Wie komme ich zu einer einträglichen Praxis	Berlin, 1914
	FISCHER, G.	Die lokale Anästhesie in der Zahnheilkunde	Berlin, 1914
	GREVE, C.	Diagnostisch-therapeu- tisches Taschenbuch für Zahnärzte	Frankfurt am Main, 1913
	GRÜNWARD, L.	Die Krankheiten der Mundhöhle, der Nase und des Rachens	*),1912
	KONEFFKE, K. L.	Rezeptierbuch für Zahnärzte	Berlin, 1914
	LANGE, W.	Histologische Technik für Zahnärzte	Berlin, 1913
	MEX, P.	Unterweisung zur Anfertigung und Verwendung von Zelluloidarbeiten	Berlin, 1913

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	PARTSCH, C. (Hg.)	Arbeiten aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Breslau	*),1912 / 1913
	TERRA, P. de	Index stomatologicus	Zollikon - Zürich, 1913
	VOTH, G.	Die Therapie der Aktinomykose	Berlin, 1912
	WARNEKROS, L.	Der Kriegszahnarzt	Berlin, 1914
	WEIN, D.	Die Anästhesie in der Zahnheilkunde	Wiesbaden, 1914
	ZILZ, J.	Zur Frage der dentalen In- vasion des Strahlenpilzes	Wien, 1914
1915	BRUCK, W.	Das Martyrium der heiligen Apollonia und seine Darstellung in der bildenden Kunst	Berlin, 1915
	FISCHER, G.	Die erste zahnärztliche Hilfe im Felde	Berlin, 1915
	HERBER, K.	Die Frakturen der Kiefer	Berlin, 1915
	LAZARUS, E. (Hg.)	Adreß-Kalender der Zahnärzte im Deutschen Reiche 1915	Berlin, *)

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	MISCH, J.	Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde	Stuttgart, 1914
	MÖHRING, B.	Zur Indikation und Technik der Unterkieferresektions- prothese	*)
	MÜLLER, F. v.	Spekulation und Mystik in der Heilkunde	München, 1914
	NEUMANN, R.	Die Wurzelspitzenresektion an den unteren Molaren	Berlin, 1915
	PORT, G. und H. EULER.	Lehrbuch der Zahnheilkunde	Wiesbaden, 1915
	PREISWERK- MAGGI, P.	Lehrbuch und Atlas der zahnärztlich- stomatologischen Chirurgie	Basel, *)
	RUMPEL, C.	Kramponlose Zähne	*)
	WARNEKROS, L.	Der Kriegszahnarzt (2. Auflage)	Berlin, 1915
	WETZEL, G.	Lehrbuch der Anatomie für Zahnärzte und Studierende der Zahnheilkunde	Jena, 1914
	WILLIGER, F. und H. SCHRÖDER	Die zahnärztliche Hilfe im Felde	*)

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
1916	BÜNTE, H. und H. MORAL	Die Leitungsanästhesie im Ober- und Unterkiefer	*)
	FEILER, E.	Der Zahnarzt im Felde	*)
	LICKTEIG, E. und O. RIE- CHELMANN	Mitteilungen aus dem Straßburger Lazarett für Kieferverletzte	*)
	LOOS, O.	Die Schußbrüche des Unterkiefers	Tübingen, 1915
	NEUMANN, R.	Die Alveolarpyorrhoe und ihre Behandlung	Berlin, 1915
	POSTA, A. v.	Die Nachbehandlung der Kieferverletzungen	Leipzig, 1916
	RITTER, P. und J. KIENTOPF	Die Schulzahnpflege, ihre Organisation und Betrieb	*)
	SCHRÖDER, H.	Zur Behandlung der Kieferverletzungen im Feld- und Kriegslazarett	Tübingen, 1915
1917	SICHER, H.	Die Entwicklung des Gebisses von <i>Talpa europaea</i>	*)
	ADLOFF, P.	Die Entwicklung des Zahn- systems der Säugetiere und des Menschen	Berlin, 1916

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	BACH, J.	Einführung in die Zahntechnik	München, 1917
	KLAPP, R. und H. SCHRÖDER	Die Unterkieferschußbrüche und ihre Behandlung	Berlin, *)
	KRAKOWSKI, M.	Über die Veränderungen und Degenerationen der Zähne	Warschau, 1913
	MISCH, J. (Hg.)	Die Kriegsverletzungen der Kiefer und der angrenzenden Teile	Berlin, 1916
	NEUMANN, R. und W. STRECKER,	Zahnärztlich-technische Propädeutik und Einfüh- rung in die anorganische Chemie für Studierende der Zahnheilkunde	Berlin, 1916
	PARTSCH, K., *) WILLIGER, und *) HAUPT- MEYER	Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, der Zähne und Kiefer	Wiesbaden, 1917
	PORT, G.	Index der deutschen zahn- ärztlichen Literatur und zahnärztliche Bibliographie	Berlin, 1916
	REINMÖLLER, J. und *) BURCHARD	Die zahnärztliche Röntgenologie	Leipzig, *)

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	SALAMON, H. und J. SZABÓ	Röntgenologische Kontrolle der Diagnostik und Therapie bei Kieferbrüchen	Leipzig, 1916
	SOERENSEN, J. und L. WARNEKROS	Chirurg und Zahnarzt	Berlin, 1917
	WILLIGER, F.	Chirurgische Verbandlehre für Zahnärzte	*)
1918	COHEN, T.	Die Kronenstruktur der unteren Prämolaren und Molaren	Amsterdam, 1917
	ERTL, J. v.	Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte	*)
	MAMLOK, H. J. und G. CASPARY	Der Aluminiumguß	Berlin, *)
	PFAFF, W.	Regierung, Volksvertretung und Zahnheilkunde	Berlin, *)
	PFAFF- SCHÖNBECK, *)	Kursus der zahnärztlichen Kriegschirurgie und Röntgentechnik	Leipzig, 1916
	n. n.	Wiener Medizinalkalender und Rezeptaschenbuch für praktische Ärzte	Wien, 1918

Jahr- gang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
1919	DEUTSCH, A.	Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten	Wien, 1919
	FEILER, E.	Leitfaden für den Phantom- kurs der konservierenden Zahnheilkunde	Berlin, 1919
	GUTTMANN, G.	Die Syphilis mit besonde- rer Berücksichtigung ihrer Erscheinungen im Munde	Berlin, 1919
	GUTTMANN, W.	Medizinische Terminologie	Berlin, 1919
	HOLZKNECHT G. (Hg.)	Röntgenologie	Wien, 1918
	KANTORO- WICZ, A.	Der Zukunft der Zahnheilkunde und die zahnärztliche Sanierung des deutschen Volkes	Berlin, 1919
	KAUTT, E.	Über die Behandlung alter Knochenfisteln nach Schußverletzungen	Heidelberg, 1917
	KLOPSTOCK M. und A. KOWARSKI	Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden	Wien, 1918

Jahrgang	Autor	Titel	Erscheinungs- ort und -jahr
	LENHARDT- SON, A.	Vorschlag zur Regelung der Schulzahnpflege in Schweden	Berlin, *)
	NEUMANN, R.	Zahnärztlich - technische Propädeutik für Studie- rende der Zahnheilkunde	Berlin, 1919
	PARREIDT, J.	Handbuch der Zahnersatz- kunde mit Einschluß der Technik des Kiefer-, Gau- men- und Nasenersatzes	Leipzig, 1918
	SOERENSEN, J. und L. WARNEKROS, (Hg.)	Chirurg und Zahnarzt	Berlin, 1918

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen einer Schriftenreihe über zahnärztliche Zeitschriften des deutschen Sprachraumes befaßt sich die vorliegende Arbeit mit der „Österreichische Zeitschrift für Stomatologie“ von ihrer Gründung im Jahre 1902 durch den „Zentralverband der österreichischen Stomatologen“ bis zum Jahre 1919. Sie verstand sich als Organ für die wissenschaftlichen und Standesinteressen der österreichischen Zahnärzte, wollte den fachlichen Austausch verbessern und den Zusammenhalt unter den Zahnärzten fördern.

Standespolitisch war der untersuchte Zeitraum geprägt von der Auseinandersetzung mit den Zahntechnikern, von der Bekämpfung von Kurpfuscherei und Strohmännertum, aber auch von dem Bemühen, die praktische Ausbildung der österreichischen Zahnärzte zu verbessern. Diese hatten im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen ein Vollmedizinstudium absolviert, das eine hohe theoretisch-wissenschaftliche Kompetenz begründete, aber keine entsprechende manuelle Ausbildung vermittelte.

Das große fachspezifische Fortbildungsbedürfnis bewirkte, daß Originalarbeiten einen breiten Raum einnahmen. In der Zeitschrift läßt sich die wissenschaftliche Entwicklung in jener Zeit der beginnenden Elektrifizierung verfolgen. Sie war u. a. geprägt von der zunächst vorwiegend den Kliniken vorbehaltenen Röntgentechnik, die Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie der Wurzel-erkrankungen sowie in der Chirurgie ermöglichte. Die Fortschritte in der Lokalanästhesie reduzierten das von ihr ausgehende Behandlungsrisiko und erlaubten ein zeitaufwendigeres, sorgfältigeres

Arbeiten und damit Verbesserungen in nahezu allen zahnärztlichen Fachbereichen. ANGLEs Lehrsätze revolutionierten die Kieferorthopädie. Für die weitverbreitete „Alveolarpyorrhoe“ fehlte noch ein überzeugendes Therapiekonzept; häufig griff man zu fragwürdigen Verätzungstherapien.

Ausführliche Protokolle der Vereinsversammlungen informierten die Leser über das Vereinsgeschehen und den Gang der Standespolitik. Daneben erschienen Berichte über nationale und internationale Kongresse, Referate aus in- und ausländischen Fachzeitschriften und kritische Besprechungen neuer Fachbücher.

Der 1. Weltkrieg veränderte den Schwerpunkt der Zeitschrift; während dieser Zeit erschienen vorwiegend Beiträge zur Militärzahnheilkunde, wobei die Versorgung und Rehabilitation der Kieferschußverletzten im Mittelpunkt stand.

Die Schriftführer der Zeitschrift, die in den ersten Jahren häufig wechselten, traten selten als Autor hervor; sie wirkten vorwiegend als Moderatoren. Erst STEINSCHNEIDER brachte Kontinuität; er führte das Amt über mehrere Jahrzehnte. Die Originalarbeiten stammten anfangs überwiegend aus der Feder von praktischen Zahnärzten, später – nach dem Ausbau der zahnärztlichen Lehrinrichtungen – meldeten sich vermehrt Hochschullehrer zu Wort. Damit begleitete das Blatt den Weg von der empiriebestimmten Praxis zu einer wissenschaftlich untermauerten Zahnheilkunde.

LITERATURVERZEICHNIS

- ARTELT, Walter Einführung in die Medizinhistorik.
Stuttgart, 1949.
- BALDUS, Edgar Die Entwicklung der zahnärztlichen
Alois Röntgengeräte von 1896 bis 1981.
Med. Diss. Gießen, 1983.
- BAUR, Herbert Drei historische Darstellungen
der Zahnheilkunde im Vergleich:
Geist-Jacobi, Sudhoff und Hoffmann-Axthelm.
Med. Diss. Zürich, 1988.
- BENDER, Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel
Wolfgang der Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde
1915 - 1924.
Med. Diss. Düsseldorf, 1970.
- DITTBERNER, Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel
Ulrich der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“
1898 - 1919.
Med. Diss. Düsseldorf, 1978.
- DUMESNIL, René Die berühmten Ärzte.
u. Hans 2. Aufl., Köln, 1966.
SCHADE-
WALDT (Hg.)
- DUSEMUND, Der Zahnarzt
Ursula Die älteste zahnärztliche Zeitschrift
Deutschlands.
Med. Diss. Düsseldorf, 1965.
- FISCHER, Guido Die lokale Anästhesie in der Zahnheilkunde.
2. Aufl., Berlin, 1912.

- FISCHER, Isidor
(Hg.) Biographisches Lexikon der hervorragenden
Ärzte der letzten fünfzig Jahre.
2. Bd., 2. u. 3. Aufl., München, 1962.
- GEIST - JACOBY, George Pierce Geschichte der Zahnheilkunde.
Tübingen, 1896.
- GLASHOFF, H.
und P. IHM Zeitschriftenverzeichnis zum Index Medicus.
Marburg, 1968.
- GREVE, H.
Christian Vom Zahnheilhandwerk zur Zahnheilkunde.
München, 1952.
- HARDJANEGA-
RA, Lindajani Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel
der „Zahnärztlichen Rundschau“ 1945 - 1955.
Med. Diss. Düsseldorf, 1997.
- HOFFMANN-
AXTHELM,
Walter Die Geschichte der Zahnheilkunde.
Berlin, 1973.
- HOFFMANN-
AXTHELM,
Walter Lexikon der Zahnmedizin.
Berlin, 1974.
- HOFFMANN-
AXTHELM,
Walter „Ein Jahrhundert Lokalanästhesie“.
in: Aktuelle Aspekte der zahnärztlichen
Lokalanästhesie,
Hoechst AG, 1985.
- HOSCH, Winfried Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel
der „Zahnärztlichen Rundschau“ 1904 - 1919.
Med. Diss. Düsseldorf, 1988.
- IMMELMANN, M. „Über die Anwendung der Röntgenstrahlen
in der Zahnheilkunde“.
Dt. Zahnärztl. Ztg. (1908) Nr. 202, S 4 f.

- JOHN, Gerd Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“ 1920 - 1933.
Med. Diss. Düsseldorf, 1974.
- KANTOROWICZ, Alfred Klinische Zahnheilkunde.
1. Bd., 3. Aufl., Berlin, 1929.
- KUHN, Peter Das „Archiv für Zahnheilkunde“ 1900 - 1921 im Spiegel der Zeit.
Med. Diss. Düsseldorf, 1987.
- LORENZ, Erich Die Entwicklung des deutschen Zeitschriftenwesens.
Charlottenburg, 1937.
- METNITZ, Joseph Ritter von Lehrbuch der Zahnheilkunde.
2. Aufl., Wien und Leipzig, 1895.
- NETTESHEIM, Klaus Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der „Zahnärztlichen Rundschau“ 1919 - 1933.
Med. Diss. Düsseldorf, 1974.
- NORDHEIM, Günter Die deutschen zahnärztlichen Zeitschriften bis zum Ausgang des 19. Jahrhunderts.
München, 1957.
- PFAFF, Wilhelm „Kontra Körbitz-Berlin“
Dt. Mschr. Zahnheilk. 25 (1907) S. 492 - 510.
- PFEIFFER, Aribert Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel der Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde 1900 - 1914.
Med. Diss. Düsseldorf, 1968.
- PORT, Gustav u. Hermann
EULER Lehrbuch der Zahnheilkunde.
2. u. 3. Aufl., München, 1920.

- REGEL, Ursula „Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“ von ihrer Gründung 1861 bis zu ihrer Vereinigung mit dem „Zahnarzt“ 1872. Med. Diss. Düsseldorf, 1970.
- REINMÖLLER, J. Die Zahnärztliche Röntgenologie. Berlin, 1914.
u. A.
BURCHARD
- RUBERG, Günter Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel Heinrich der „Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift“ 1934 - 1944. Med. Diss. Düsseldorf, 1977.
- SCHAAL, Hans- Die zeitgenössische Zahnheilkunde im Spiegel Günter der Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde 1925 - 1933. Med. Diss. Düsseldorf, 1968.
- SCHMIDT, H. J. Index der zahnärztlichen Zeitschriften der Welt. 2. Aufl., München, 1970.
- SMITH, William A. World List of Scientific Periodicals u. Francis L. Published in the Years 1900 - 1950. KENT (Hg.) 3. Edition, London, 1952.
- SPERLING, H. O. Sperlings Zeitschriften-Adressbuch. (Hg.) 48. Aufl., Stuttgart, 1914.
- STEPHAN, Die Zahnheilkunde in der Andreas Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie 1934 - 1949. Med. Diss. Düsseldorf, 1988.
- STIEBITZ, R. „125 Jahre zahnärztliche Chirurgie, Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie“. Z Stomatol 83 (1986) S. 463 - 477.

- STRÖMGREN,
Hedvig
Lidforss
Die Zahnheilkunde im neunzehnten
Jahrhundert.
Kopenhagen, 1945.
- STRÜBIG,
Wolfgang
Geschichte der Zahnheilkunde.
Köln, 1989.
- SUDHOFF, Karl
Geschichte der Zahnheilkunde.
2. Aufl., Leipzig, 1926.
Reprograph. Nachdr. Hildesheim, 1964.
- WEINRICH,
Ursula
„Die Deutsche Vierteljahrs(Monats)-Schrift für
Zahnheilkunde“ 1873 -1900.
Med. Diss. Düsseldorf, 1969.
- „LINGNER – Pionier der Gesundheitserziehung“
Die Zahnarzt Woche (1988) 27. Woche, S. 16.
- Österreichische Zeitschrift für Stomatologie.
Jg. 1 - 17 (1903 - 1919).

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt an dieser Stelle allen, die mit ihrer Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Hans SCHADEWALDT sage ich herzlichen Dank für die freundliche Überlassung des Themas, die stete Hilfsbereitschaft, die Anregungen während der Durchführung meiner Arbeit und sein Bemühen, mich immer wieder zu motivieren.

Herrn Universitätsprofessor Dr. med. dent. Alfons HUGGER danke ich für seine Bereitschaft, meine Arbeit zu begutachten.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Universitätsprofessor Dr. Dr. Michael HUBENSTORF, Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Medizinischen Universität Wien, für seine freundlichen Auskünfte.

Frau Christiane WIESE und Frau Heidi MEYER von der Staatsbibliothek zu Berlin sage ich Dank für die großzügige und unbürokratische Überlassung der Jahrgangsbände der von mir bearbeiteten Zeitschrift.

Herrn Ulrich KOPPITZ vom Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf danke ich für seine Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Schließlich bedanke ich mich bei meiner Familie für die ständige Ermutigung und ihre Geduld.

LEBENS LAUF

Ich, Bernd Christian Schmalbuch, wurde am 15. März 1947 als Sohn des Werkmeisters Hermann Schmalbuch und seiner Ehefrau Else, geb. Köth, in Düsseldorf geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule von 1953 bis 1957 und des Görres-Gymnasiums in Düsseldorf von 1957 bis 1966 legte ich dort am 3. November 1966 das Abitur ab.

Zum Wintersemester 1966 / 67 nahm ich das Studium der Zahnmedizin an der Universität Düsseldorf auf. Nach dem Vorphysikum am 19. März 1968 und dem Physikum am 8. Oktober 1969 bestand ich am 17. Mai 1972 das Staatsexamen.

Nach Erhalt der Approbation am 28. Juni 1972 leistete ich meinen Grundwehrdienst als Stabsarzt bei der Bundeswehr ab. Danach übte ich meinen Beruf als Assistent in einer zahnärztlichen Praxis aus. Seit 1975 bin ich in eigener Praxis in Düsseldorf niedergelassen.

Neben meiner freiberuflichen Arbeit bin ich standespolitisch tätig als Delegierter zur Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein und zur Bundeszahnärztekammer.

DIE ZEITGENÖSSISCHE ZAHNHEILKUNDE IM SPIEGEL DER
„ÖSTERREICHISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOLOGIE“ 1903 – 1919
BERND SCHMALBUCH

ABSTRACT

Im Rahmen einer Schriftenreihe über zahnärztliche Zeitschriften des deutschen Sprachraumes befaßt sich die vorliegende Arbeit mit der „Österreichische Zeitschrift für Stomatologie“ von ihrer Gründung im Jahre 1902 durch den „Zentralverband der österreichischen Stomatologen“ bis zum Jahre 1919. Sie verstand sich als Organ für die wissenschaftlichen und Standesinteressen der österreichischen Zahnärzte, wollte den wissenschaftlichen Austausch verbessern und den Zusammenhalt unter den Zahnärzten fördern.

Standespolitisch war der untersuchte Zeitraum geprägt von der Auseinandersetzung mit den Zahntechnikern, von der Bekämpfung von Kurpfuscherei und Strohmannertum, aber auch von dem Bemühen, die praktische Ausbildung der österreichischen Zahnärzte zu verbessern. Diese hatten im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen ein Vollmedizinstudium absolviert, das eine hohe theoretisch-wissenschaftliche Kompetenz begründete, aber keine entsprechende manuelle Ausbildung vermittelte.

Das große fachspezifische Fortbildungsbedürfnis bewirkte, daß Originalarbeiten einen breiten Raum einnahmen. In der Zeitschrift läßt sich die wissenschaftliche Entwicklung in jener Zeit der beginnenden Elektrifizierung verfolgen. Sie war u. a. geprägt von der zunächst vorwiegend den Kliniken vorbehaltenen Röntgentechnik, die Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie der Wurzelkrankungen sowie in der Chirurgie ermöglichte. Die Fortschritte in der Lokalanästhesie reduzierten das von ihr ausgehende Behandlungsrisiko und erlaubten ein zeitaufwendigeres, sorgfältigeres Arbeiten und damit Verbesserungen in nahezu allen zahnärztlichen Fachbereichen. ANGLEs Lehrsätze revolutionierten die Kieferorthopädie. Für die weitverbreitete „Alveolarpyorrhoe“ fehlte noch ein überzeugendes Therapiekonzept; häufig griff man zu fragwürdigen Verätzungstherapien.

Ausführliche Protokolle der Vereinsversammlungen informierten die Leser über das Vereinsgeschehen und den Gang der Standespolitik. Daneben erschienen Berichte über nationale und internationale Kongresse, Referate aus in- und ausländischen Fachzeitschriften und kritische Besprechungen neuer Fachbücher.

Der 1. Weltkrieg veränderte den Schwerpunkt der Zeitschrift; während dieser Zeit erschienen vorwiegend Beiträge zur Militärzahnheilkunde, wobei die Versorgung und Rehabilitation der Kieferschußverletzten im Mittelpunkt stand.

Die Schriftführer der Zeitschrift, die in den ersten Jahren häufig wechselten, traten selten als Autor hervor; sie wirkten vorwiegend als Moderatoren. Erst STEINSCHNEIDER brachte Kontinuität; er führte das Amt über mehrere Jahrzehnte. Die Originalarbeiten stammten anfangs überwiegend aus der Feder von praktischen Zahnärzten, später – nach dem Ausbau der zahnärztlichen Lehrinrichtungen – meldeten sich vermehrt Hochschullehrer zu Wort. Damit begleitete das Blatt den Weg von der empiriebestimmten Praxis zu einer wissenschaftlich untermauerten Zahnheilkunde.

bernd schmalbuch