

# REVUE

AUS DEM INHALTE DER NATURWISSENSCHAFTLICHEN ABTHEILUNG  
DES

## „ORVOS-TERMÉSZETTUDOMÁNYI ÉRTESITŐ.“

(MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHE MITTHEILUNGEN).

ORGAN DER MEDIC. NATURWISS. SECTION DES SIEBENBÜRGISCHEN  
MUSEUMVEREINS.

XIV. Band.

1889.

I. Heft.

### DIE GESCHICHTE DER KLAUSENBURGER MED. CHIRURG. LEHRANSTALT VOM JAHRE 1775—1872.

*Von Prof. Dr. Johann Maizner.*

Verfasser unterscheidet in der Geschichte der erwähnten Lehranstalt drei Perioden, u. z. 1. die Periode der successiven Entwicklung; 2. die der fremden Ingerenz; und 3. die Periode der Selbständigkeit und des Aufblühens, letztere *a)* unter dem Absolutismus und Provisorium, und *b)* unter der verfassungsmässigen kön.-ungarischen Regierung.

Bezüglich der 1-ten Periode, dauernd vom Jahre 1775 bis 1808, wird erwähnt, dass nach der Auflösung des Jesuiten-Ordens die Königin Maria Theresia eine Hochschule in Klausenburg mit dem Titel „Universita“ errichtete, in welcher die medicinische Facultät auch Vertretung gefunden hat — provisorisch nur durch einen Professor, Josef Laffer, der die Anatomie Chirurgie und Geburtshülfe vortrug. Kaiser Josef errichtete die zweite Lehrkanzel auf welche Peter Fuhrmann ernannt wurde. Unter König Franz wurde die weitere Entwicklung und das Gedeihen der Anstalt bewerkstelligt durch die Errichtung der Lehrkanzeln für Chemie-Physiologie und Pathologie, und für die Geburtshülfe; auf die Lehrkanzel für Chemie, Physiologie etc. ist Dr. Andreas Etienne, auf für Geburtshülfe Joannes Molnár von Müllersheim ernannt worden.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Adjuncten-Stelle war schon früher (1790) systemisirt, und darauf Franz Horváth ernannt worden.

Dr. Etienne ist kurze Zeit darauf (1797) gestorben und wurde auf seine Stelle Dr. Michael Intze zum Professor der Physiologie-Pathologie und Pharmacognosie ernannt; Später 1798 Starb Josef Laffer, sein Nachfolger als Professor der Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe ist Dr. Chirurgiae Joannes Eckstein geworden, der im Schuljahre 1807 $\frac{1}{3}$  auf die Pester Universität übersetzt wurde.

Die zweite Periode vom Jahre 1808 bis 1849 kann mit Recht die Periode des fremden Einflusses genannt werden, weil die Aufsicht über die Lehranstalt, sowie über die angewendete Lehrmethode zur Competenz eines ausser dem Lehrkörper stehenden, obgleich medicinischen Fachmannes, nämlich des Protomedicus von Siebenbürgen gehörend declarirt wurde, welcher bei den Prüfungen nicht nur das Praesidium führte, sondern thatsächlich als Censor fungierte und die ausgestellten Diplome unterschrieb. Nach der Übersiedelung des Dr. Chir. Joannes Eckstein nach Pest, am Anfang dieser Periode, war die Lehrkanzel beinahe ein Jahr vacant, bis Alexius Keresztes de Léczfalva im Jahre 1809 ernannt werden ist. Mit der Zeit ist auch die Adjuncten-Stelle vacant geworden und Alexius Bruszt Mr. Chir. und Obstetr. damit betraut. Aus den derzeitigen Diplomen verdient unter Anderen der Umstand Erwähnung, dass die Lehranstalt Mr. Chirurgiae und mit separatem Diplome Mr. Obstetr. qualifizirt hat; dieses Privileg war im Jahre 1825. noch in voller Giltigkeit; später, namentlich im Jahre 1833 wurde es zurückgezogen, und seit dem geschicht in den Diplomen nur von chirurgischen und zugleich von der gebürtshülflichen Qualification Erwähnung. In den damaligen kriegerischen Zeiten (1814) war die Zahl der zweitjährigen Chirurgie-Studierenden bedeutend geringer, weil Sie, beinahe Alle in Kriegs-Chirurgischen Dienst getreten sind.

Im Jahre 1816 starb Peter Fuhrmann und dessen Lehrkanzel für Thier-Medicin hat wahrscheinlich der Adjunct Alexius Bruszt als Supplent vertreten, weil er zwei Jahre Später als Prof. ord. dieses Faches erscheint; auf die Adjuncten-Stelle ist Anton Pffemingsdorf Mr. der Chirurgie und Geburtshilfe gewürdigt worden. Zu dieser Zeit fehlt aus dem Register der Professoren auch Joannes Müller von Müllersheim, dessen Stelle durch Michael Judenhoffer Doctor der Medicin und Mr. der Chirurgie, der Geburtshilfe und der Oculistik ernannt worden ist. Im Jahre 1830 ist Dr. Alexius Keresztes

in Ruhestand getreten, dessen Fächer theils von Dr. Judenhoffer, theils von dem Adjuncten Anton Pfenningdorf supplirt wurden. Im 1831 scheint die med. chirurgische Lehranstalt in Decadence zu verfallen, aus welcher sie Dr. Josef Szóts, Chefarzt des „Karolina“ Landespitals dadurch rettete, dass er auf seiner Abtheilung aus eigenem Antriebe, ohne jeglicher Belohnung für die Hörer der Chirurgie clinische Vorträge hielt. Im Jahre 1836, nachdem Dr. Michael Intze in Ruhestand getreten, ist Dr. Josef Szóts zum Professor ord. für Specielle Pathologie und Therapie ernannt worden, und hat als Supplent auch die Lehrkanzel für Physiologie-, Pathologie- und Pharmacologie versehen. Im Jahre 1837 hat die medic. chirurg. Lehranstalt einem bedeutenden Aufschwunge entgegengesehen, insofern, dass einerseits für die Vorbildung bezweckenden Wissenschaften, namentlich für die Physik-, Chemie- und Botanik eine Lehrkanzel errichtet, andererseits der Conkurs auf die seit längeren Zeit vacanten Lehrkanzeln publicirt wurde, und in Folge dessen im Jahre 1838 Dr. Michael Szilágyi für Physiologie-, Pathologie- und Pharmacognosie, Dr. Josef Szabó für Anatomie und Geburtshülfe, und Dr. Stefan Joó für die propaedeutischen Wissenschaften zum Professor ord. ernannt worden sind. In Folge der Errichtung dieser letzteren Lehrkanzel haben die in Klausenburg studierenden Hörer eine gründlichere Ausbildung als auf der Pester Universität genossen, wo in der Zeit (1828—1849) die betreffende Lehrkanzel noch nicht existirte. Im Jahre 1846 ist an Stelle des seit längerer Zeit kränklichen und Später sich zurückziehenden Dr. Michael Judenhoffer, Dr. Abraham Bogdán zum Professor ord. für practische Chirurgie ernannt worden. Es ist erwähnenswerth, dass vom Monat Jänner des Jahres 1849 bis zum Ende Juli, die Vorlesungen in Klausenburg ununterbrochen dauerten, und dass die absolvirten dritnjährigen Hörer der Chirurgie nach dem erfolgreichen Ablegen ihrer Prüfungen provisorisches chirurgisches Diplom erhalten haben. Damit schliesst sich die zweite Geschichts-Periode der medic. chirurg. Lehranstalt.

## DIE PLASTISCHEN OPERATIONEN \*)

von Prof. Dr. Joseph Brandt.

Nach einleitendem geschichtlichen Rückblick auf die plastischen Operationen, bespricht Verfasser zwei von ihm behandelte Fälle, von welchen der erste eine „Fistula vesico-vaginalis“, der zweite eine „Narbige Kieferklemme“ (Anchylostoma.) betraf.

Als eine der Hauptbedingungen, für die schnelle Cicatrisation nach operativer Vereinigung, bezeichnet Verfasser die Vermeidung jeder grösseren Gewebsdehnung, bei welcher nicht nur die Blut und Säfte-Circulation, sondern auch die Bildung der für die Vereinigung getrennter Theile nothwendigen plastischen Exsudates verhindert wird. Seine Experimente an der Schwimnhaut des Frosches und am Mesenterium des Kaninchens haben die Stichhältigkeit dieser Theorie bestätigt. Beim Dehnen der genannten Theile, sieht man unter dem Mikroscope, dass der Lauf der Gefässe gerader und ihr Lumen enger wird, ja in kleineren Gefässen ganz verschwindet; die Blutcirculation in den grösseren Gefässen sich verlangsamt, sogar in rückläufige Strömung geräth und je nach dem die Dehnung vergrössert wird, eine vollkommene Stasis eintritt. An Kaninchen Ohren führten diese Versuche zu einem weiteren Resultate; indem aus den kleineren Gefässen das Blut in Folge gesteigerter Dehnung sich völlig entleerte, entstand in den grösseren Aesten momentan Stasis, während das stete Blässerwerden der dazwischen liegenden Theile auch das Aufhören der plasmatischen Strömung in den Gewebs-Interstitien markirte. Die erblassenden Theile wurden folgenden Tags dünner, trockener; am dritten Tage in Folge Mumification an zwei Stellen in der Ausdehnung einer Linse durchlöchert. Während dieses Verlaufes entstand

---

\*) Vorgetragen und demonstrirt in den Fachsitzungen der medizinischen Abtheilung von 21. Debr. 1888. und 1-ten Februar 1889.

in der Nähe der thrombotischen Gefässe neue Injection, bald darauf eine diffuse rothe Verfärbung, welcher die bekannte Trübung der entzündlichen Zellen-Infiltration folgte. Der Dehnung analog wirkt auch der Druck und zwar sowohl der äussere, als der innere.

Im demonstrirten Falle der vesico-vaginal Fistel fehlte die vordere Wand der Vagina mit der entsprechenden hinteren Wand der Blase vom Orificium internum angefangen aufwärts über die vordere Wölbung und portio uteri vaginalis sich ausbreitend, bis zur hinteren Scheiden-Wölbung. Durch diesen Defect prolabirte die Blasenschleimhaut in der Grösse eines Hühnereies in die Vagina. Von der Portio vaginalis war nur der Rest der hinteren Lippe zu sehen, welcher im Niveau der hinteren Scheiden-Wölbung gelegen, von dieser blos durch eine seichte Furche getrennt erschien; die Seitenränder der Fistel bildeten dünnwandige, kaum 0.5 ctr. breite, am Arcus pubis fixirte narbige Stränge. Der Defect hatte dieserweise die Form eines querliegenden Sphaeroids. Es lag auf der Hand, dass die Deckung dieses Defectes nur dadurch möglich erschien, dass die Nachbarschaft von allen Seiten, hauptsächlich aber die hintere Vaginal-Wand mit dem Cervix-Stumpf soweit gegen den Defect gezogen werden, damit die Ränder ohne jedweder Dehnung vereinbar wären, im gegebenen Falle der Uterus in die Blase münden, mithin der Menstruationsprocess durch die Urethra hindurch stattfinden würde.

Die Vorbereitung zu diesem Operationsplane wurde vom 14-ten Jänner 1888. bis zum 27-ten März desselben Jahres auf die Art ausgeführt, dass der Cervix-Stumpf und die hintere Scheidenwölbung mittels Museux-scher Zange, die Seitenränder der Fistel aber mit den Fingern zwei-dreimal in der Woche gedehnt wurden, was in der genannten Zeit dermassen gelang, dass die Ränder perfect beweglich, zur Vereinigung ohne jedwede Dehnung, geeignet erschienen. Diese Dehnungs-Procedur war ziemlich schmerzhaft, wesshalb die Kranke zu deren Ausführung einigemale narkotisirt werden musste.

Die Operation führte Verfasser in zwei Sitzungen aus. In der ersten Sitzung wurde die rechte Seite des Defectes in transversaler Richtung gedeckt durch die Vereinigung des, den obern, dicken Cervicaltheil enthaltenden Wundrandes der hintern Vaginal-Wand mit dem untern Wundrand der Blase. Diese Operation wurde am 27-ten März 1888. unter allgemeiner Narkose ausgeführt; zu den Nähten nur

Catgut verwendet. Wegen der beginnenden Feldarbeiten verliess die Kranke am 13-ten April die Klinik mit dem Versprechen im Herbst wieder zu kommen, welches sie am 13-ten December auch einhielt.

Um diese Zeit ergibt sich der Status praesens in Folgendem: Von rechts nach links zieht sich eine halbmondförmige feine Narbe; im ersten Drittel derselben befindet sich eine haarfeine Oeffnung als Zeichen dessen, dass die Vereinigung hier nicht stattfand. Die erwähnte Narbe führt in einen 1.5 ctr. langen, 1 c/m. breiten vesico-vaginal Defect, durch welchen die Blaseschleimhaut nicht mehr prolabirt.

In der zweiten Sitzung wurde die Operation am 1-ten Jänner 1889. in der Weise ausgeführt, dass nach Anfrischung der Fistelhänder dieselben in sagittaler Richtung vereinigt wurden. Verfasser demonstriert das vollkommen entsprechende Resultat. Statt der vorigen Fistelöffnung auf der linken Seite der Vagina, finden wir eine sagittal gelegene, mit der frühern transversalen verbundene Narbe (siehe. Abb.) Die Vagina hat vom Introitus angefangen eine Tiefe von  $2\frac{1}{2}$  Zoll und endet scharf umschlossen, konisch. Der Conus communicirt mit der Blase nur durch die, in der älteren Narbe befindliche Haarfistel, durch welche bei erst völlerer Blase etwas Urin sich entleert. Die Funktion der Blase ist genügend, die Kranke im Stande den Harn einige Stunden zu halten, der Harn ist sauer und entleert sich meistentheils durch die Harnröhre. Die Behandlung der Haarfistel wird mittelst Thermocauter, eventuell concentrirter Salpetersäure in Angriff genommen.

Der zweite Fall (Anchylostoma) betrifft einen 19 Jahre alten jungen Mann und ist die Folge einer Schussverletzung, wobei das Projectil rechts am untern Rande des Unterkiefers eingedrungen und beim rechten Nasenflügel ausgetreten war, nachdem vom Körper des Unterkiefers ein zwei ctr. grosses Stück, unten rechterseits die zwei Schneidezähne, der Eckzahn, 1—2 Backenzähne und der erste Mahlzahn, oben die zwei medialen Schneidezähne, der Eckzahn und zwei praemolare Zähne herausgebrochen, gleichzeitig die Weichtheile des rechten Mundwinkels durchrissen wurden. Vom 4. September 1888. bis zum 4-ten October war die conservative Behandlung angewendet worden mit Hinweisung darauf, dass die nach Heilung der Wunden zurückbleibenden Folgen durch eine plastische Operation beseitigt werden. Am 19-ten December wurde folgender Status praesens auf-

genommen: die rechte Gesichtshälfte grösser, verunstaltet, gleich hinter dem rechten Nasenflügel beginnt eine rosarothte Narbe, welche sich über den Mundwinkel bis zum Kieferbogen erstreckt. Die Narbe ist hart, die Weichtheile ganz penetrirend und sowohl am obern, als unteren Alveolarfortsatz angewachsen (Abbild.) In Folge dieser Anwachsung ist das Oeffnen des Mundes soweit verhindert, dass man trotz Abganges einiger Zähne in den hintern Mundraum nur die Fingerspitze einführen kann. Am Unterkiefer ist eine kaum bemerkbare, mit geringer Crepitation verbundene Beweglichkeit an jener Stelle zu beobachten, wo die Kugel den Bruch bewirkt hatte. Der narbige Mundwinkel ist absolut unbeweglich. Die Breite der Narbe im untern Theile etwas breiter, als oben; beträgt auswendig 2—3 ctm. und umfängt beide Bruchenden des Unterkiefers. Unter dem rechten Kieferbogen, inmitten röthlich verfärbter narbiger Haut befindet sich eine linsengrosse, mit träger Granulation ausgekleidete Oeffnung, in deren Tiefe die Sonde auf rauhen Knochen trifft. Patient kann nur die Zungenspitze etwas herausstrecken; das Sprechen ist mit Ausnahme des Consonanten „r“ ziemlich gut, das Essen stark behindert.

Im Weiteren bespricht Verfasser die auf operativem Wege hergestellte Pseudarthrosis, von ihm auch ausgeführt in einem Falle nach Noma, wo der Kranke vor dem definitiven Resultate die Klinik verlassend, dasselbe ihm unbekannt geblieben. Dass im vorliegenden Falle die Mundsperrre trotz der Pseudarthrose den erwähnten Grad erreicht hat, spricht nicht gegen den eventuellen Vortheil derselben, da hier die Pseudarthrose in der Narbe gelegen ist. Uebergehend auf die Operation, bestand der erste Schritt in der Excision der ganzen Narbe, worauf die Mundsperrre momentan verschwindend, der Unterkiefer vom Obern sich bis zur Einführung dreier Finger entfernte.

Nachdem die Alveolar-Wundflächen einen Epithelium-Ueberzug von der Umgebung durch den Eiterungsprocess erhalten konnten, wenn die gegenüberzustellenden Partien mit Epithelium versehener Schleimhaut gedeckt wären, so war nur darauf zu sehen, dass die letzteren mit gesunder Schleimhaut versehen werden, was Verfasser durch folgendes Verfahren auf das Ueberraschendste erreichte. An der lateralen Seite des untern Wundgebietes wurde die Schleimhaut in der Umbiegungsfurche (Fornix) in der Länge von 3 c/m nach rückwärts durchschnitten, durch einen zweiten beinahe parallel in

der Backenschleimhaut verlaufenden Schnitt ein längliches Dreieck umgrenzt vom ungefähr 10—12 mm. breiten hinteren Basis, welches von der Spitze gegen diese zu abgelöst wurde. Auf der medialen Seite der untern Wunde, also an der herabhängenden Unterlippe wurde die Schleimhaut ebenfalls in der Umbiegungsfurche in transversaler Richtung nach rückwärts fortlaufend durchschnitten, worauf hier nur in Folge Klaffens eine dreieckige Wundspalte entstand. In diese Schleimhaut-Wundspalte den jenseitigen Schleimhautlappen hineinziehend, d. h. das negative Dreieck mit einem Positiven deckend, wurde die Spitze des letzteren mit entsprechendem Wundwinkel und der vordere Seitenrand mit dem vorderen Schmittrand der Lippenschleimhaut vereinigt; den inneren, gegen die Alveolen gerichteten Seitenrand des also fixirten Schleimhautlappens vernähte Verfasser mit einem Schleimhautlappen, welcher dadurch gewonnen wurde, dass die rückseitige Schleimhaut des Alveolarfortsatzes dieser Gegend mittelst scharfen Elevatoriums losgelöst, diese Loslösung am Boden der innern Mundhöhle unter der Zunge fortgesetzt und die also halb getrennte Schleimhaut über den Alveolenrand, somit aus dem inneren in den äussern Mundraum geführt wurde, welche Manipulation mit umsoweniger Schwierigkeit verbunden war, als hier die Zähne fehlten und die scharfen Alveolar-Ränder überdies gut geebnet wurden. Zum Gelingen dieser Plastik ist der Mangel der Zähne durchaus nothwendig; dort wo sie in Anwendung kommen könnte, fehlen auch dieselben gewöhnlich, oder sie sind schlecht und dann so wie so zu entfernen. Uebrigens würde Verfasser des guten Operations-Resultates halber auch vor Opfer gesunder Zähne nicht zurückschrecken.

Nach Vollführung der bisher beschriebenen Operationsacte blieben noch zwei freie Schleimhautränder, der eine war der an der untern Lippe befindliche verticale Schleimhautrand, der zweite lag an der rechten Backe, entstanden durch die Excision des dreieckigen Lappens und in Folge Herüberführung dieses, wobei auch dessen Basis-Winkel mitfolgte, ebenfalls in verticale Richtung, mithin dem vorigen gegenübergestellt erschien; beide mit einander mittelst Näthen vereinigt und diese Vereinigung nach aufwärts eine Strecke weit fortgesetzt, war dem früher gebildeten untern Fornix eine epithelbedeckte Schleimhaut gegenübergestellt.

Bei der Bildung des obern Fornix waren die Verhältnisse insoweit günstiger, als hier das ganze Wundgebiet enger war, in Folge dessen die gegenüberstehenden Schleimhaut-Ränder ohne weiterem Schnitte in verticaler Richtung zusammen genäht, mithin vis à vis der obern Alveolar-Wunde mit Epithel bedeckte Schleimhaut gestellt werden konnte. Die Vereinigung nach abwärts fortgesetzt, bis zu jener, welche von unten nach aufwärts geführt war und beide im Mundwinkel zusammentreffend, erschien die vordere Mundhöhle mit Schleimhaut ganz verschlossen und durch die darüber vollführte Vereinigung der äussern Hautränder der ganze Defect verdeckt. Die schnelle Vernarbung sowohl der Haut- als Schleimhautwunden gelang vollkommen und Patient kann nun den Mund bis auf 46 mm. Weite öffnen; den Finger kann man zu beiden Umbiegungsstellen (Fornices) der Schleimhaut bis zum aufsteigenden Fortsatz des Unterkiefers einführen; die obere Zahnfleischwunde ist mit Epithel bedeckt. Zwischen Haut und Schleimhautnarbe ist ein beinahe Kleinfinger dicker, harter Narbenstrang, welcher vom Körper des Unterkiefers zu jenem des Oberrn hinzieht und sowohl unten wie oben hinter beiden Fornices fixirt ist. Dieser Narbenstrang hindert den Unterkiefer an dessen freier Bewegung nicht und wird durch Massage behandelt. Was das Endresultat beider Fälle anbelangt, ist die haarfeine Öffnung der vesico-vaginal Fistel vom 1-ten Febr. 1889 an, einmal mittelst dünnen Thermocauterbrenners, zweimal mit Acid. nitr. conc. berührt bis zum 21-ten Februar, als Austrittstag der Patientin ganz geheilt.

Im Falle der narbigen Kieferklemme sind in letzter Zeit die Schleimhautnarben kaum sichtbar, der Alveolarrand von Schleimhautlappen der inneren Mundhöhle vollkommen überbrückt; letzterer geht in den Fornix über die Zunge etwas mit sich ziehend, ohne die Beweglichkeit derselben zu hindern. Die Hautnarbe ist dünner geworden und das darunterliegende dicke Narbengewebe in Folge der angewendeten Massage verschwunden. Zwischen den Bruchenden des Unterkiefers besteht auch jetzt Beweglichkeit, die Bewegungs-Excursion ist aber so gering, dass das Anchylostoma dadurch allein nicht behoben wäre. Die Osectomie wäre also bei Anchylostoma nur in dem Falle von Vortheil, wenn man die darnach entstandene Pseudo-Arthrose systematischen Übungen unterwerfen würde.

## Erklärung der Abbildungen.

- Figur I.** Medianer Schnitt des weiblichen Beckens. 1. Uterus. 2. Destruirte vordere Uteruslippe. 3. Die Blasenschleimhaut in die Scheide prolabirt. 4. Schambein. 5. Öffnung der Harnröhre. 6. Kleine Schamlippen. 7. Grosse Schamlippen. 8. Schliessmusculatur des Blasenhalsses. 9. Scheide. 10. Vorgelegte und destruirte hintere Uterus Mundlippe. 11. Afteröffnung.
- Figur II.** Medianer Schnitt durch das weibliche Becken. 1. Uterus. 2. Die vordere Uterusmundlippe in den gebildeten Blasenraum schauend. 3. Schambein. 4. Blase. 5. Musculatur der Urethra. 6. Kleine Schamlippe. 7. Grosse Schamlippe. 8. Pyramidenförmiger Rest des Scheidenraumes. 9. Vereinigungslinie des Wundrandes vom hinteren Uterushals mit dem Wundrande des Blasenhalsses. 10. Afteröffnung. 11. Uterusmund in dem Blasenraume.
- Figur III.** 1. Grosse Lippe. 2. Kleine Lippe. 3. Vesico-vaginale Ritze. 4. Vereinigungsnaarbenlinie nach der I. Operation. 5. Haarfistel im untern Drittel der Naarbenlinie. 6. Katheter eingeführt durch die Harnröhre und durch die Vesico vaginal Ritze hervor gestossen.
- Figur IV.** 1. Katheter durch die Harnröhre eingeführt. 2. Grosse Lippe. 3. Kleine Lippe. 4. Naarbenlinie nach der II. Operation. 5. Naarbenlinie nach der I. Operation. 6. Haarfistel zwischen Scheide und Blase.
- Figur V.** Anchylostoma. 1. Hautnarbe. 2. Substanzverlust, mit Granulation bedeckt, in der Tiefe ist rauhe Knochenfläche zu fühlen.
- Figur VI.** Eröffneter Mund nachdem die Narbe herausgeschnitten wurde. 1. Frischer Wundrand der oberen Lippe. 2. II. rechter Schneidezahn der oberen Reihe. 3. II. Mahl Zahn links, unten. 4. Linker unterer I. Schneidezahn. 5. Ein Stückchen des II. Schneidezahnes. 6. Linker Augenzahn. 7. Linker I. Vordermahlzahn. 8. Hinunterhängende untere Lippe.
- Figur VII.** 1. Obere Lippe. 2. Ausgedrehte Wangenschleimhaut. 3. Schleimhautlappen aus dem Fornix gebildet. 4. Hinunterhängende untere Lippe. 5. Wundritze der Schleimhaut.
- Figur VIII.** 1. Obere Lippe. 2. Fläche der herausgedrehten Wangenschleimhaut. 3. Schleimhautlappen in die Schleimhautwundritze gezogen und vereinigt. 4. Hinunterhängende untere Lippe.
- Figur IX.** 1. Seitlicher Wundrand der oberen Lippe. 2. Vereinigungslinie der Schleimhaut von der oberen Lippe und Wange. 3. Wundrand der Wange. 4. Mundwinkel gebildet durch die Vereinigung der Schleimhautränder der obern und untern Lippe. 5. Mundraum.
- Figur X.** Anchylostoma geheilt.

## SAJTÓHIBÁK.

26-dik	oldal felülről	16-dik	sor	Oroszországban	helyett:	<i>Olaszországban.</i>
27-dik	"	alulról	14-dik	"	vált. Egész	" <i>vált, egész.</i>
28-dik	"	"	13-dik	"	történi. A mult	" <i>történi, a mult.</i>
32-dik	"	felülről	5-dik	"	nyakcsontjával	" <i>nyakcsontjával.</i>
"	"	"	16-dik	"	méhnyakcsont	" <i>méhnyakcsont.</i>
33-dik	"	"	9-dik	"	bemutatnom	" <i>bemutatom.</i>
98-dik	"	"	10-dik	"	der	" <i>des.</i>
"	"	alulról	6-dik	"	grässerén	" <i>grösseren.</i>
101-dik	"	felülről	11-dik	"	is	" <i>ist.</i>
"	"	"	17-dik	"	Ausnahme das	" <i>Ausnahme des.</i>
103-dik	"	"	10-dik	"	verdect	" <i>verdeckt.</i>
"	"	alulról	3-dik	"	Osectomie	" <i>Ostectomie.</i>

