

REVUE
ÜBER DEN INHALT
DES
ÉRTESITŐ.

SITZUNGSBERICHTE DER MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN
SECTION DES SIEBENBÜRGISCHEN MUSEUMVEREINS.

I. ÄRZTLICHE ABTHEILUNG.

XVI. Band.

1894.

III. Heft.

INFECTION MIT TRICHINEN IN KLAUSENBURG.

Prof. Dr. Anton von Genersich.

Im Anschluss an seine früheren Berichte über einen in Klausenburg vorgefundenen Fall von geheilter Trichinose und dem Resultate seiner Untersuchungen bei den klausenburger Ratten (Értesitő 1891) hat V. zur Eruirung des eigentlichen Sachverhaltes seit 1891 alle zur Obduction gelangte Leichen mit Ausnahme der Neugeborenen und ganz junger Säuglinge mikroskopisch auf Trichinen untersucht. Das Ergebniss war bis Ende 1893 ein sehr spärliches, indem er unter 352 Leichen ausser jenem erst beschriebenen Fall nur bei einem 9 jährigen Knaben ganz vereinzelte Trichinen fand. Seither nahm er grosse Quantitäten der besonders praedisponirten Muskeln zur Durchsicht (5—10 gramm) und fand in laufenden Jahre bei 7 Leichen unter 153 einzelne Trichinen, alle eingekapselt, zumeist verkalkt und so spärlich, dass sie eben nur bei sehr extensiver mikroskopischer Untersuchung entdeckt wurden. Die betreffenden Personen waren theils in Klausenburg, theils in verschiedenen andern Orten Siebenbürgens zuständig von verschiedener Abstammung und Beschäftigung, die mit einander in gar keiner Verbindung standen.

Es ergibt sich hieraus, das leichte Trichininfektionen in Klausenburg und in verschiedenen andern Gegenden Siebenbürgens und zwar nicht sehr selten vorkommen, schwere Erkrankungen werden nur deshalb nicht beobachtet, weil die Bevölkerung den Genuss rohen Fleisches verabscheut.

MITTHEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DES PROF.
DR. J. BRANDT.

Ueber Plantation von Zähnen. (Mit Krankendemonstration.)

Von Dr. Koloman Höncz, chirurg. I. Assistent.

Wenn auch die heute noch gebräuchlichsten künstlichen Gebisse mit Metall-Celluloid- oder Kautschukplatte, falls sie korrekt hergestellt sind, dem Zwecke vollkommen entsprechen, da der Patient mit demselben gut zu kauen im Stande ist und auch die durch den Zahnmangel bedingte Entstellung behoben wird, so tritt doch bei der gegenwärtigen conservativen Richtung der Zahnheilkunde, das Streben immer mehr in den Vordergrund, die Zähne auf solche Weise zu ersetzen, dass der Ersatz der natürlichen Zahnreihe möglichst nahe komme. Bei den Goldkronen und Stiftzähnen, welche auf- oder in Zahnwurzeln befestigt werden, fällt schon die den Gaumen bedeckende Platte weg. Der idealste Ersatz wird jedoch durch die Plantation eines Zahnes erreicht. Zum Einsetzen können künstliche- und natürliche Zähne und Wurzeln verwendet werden. Nach *Dr. Iszlai* wäre ersteres Vorgehen als *plantatio dentalis atypica*, letzteres als *plant. dent. resp. dentiradicis typica* zu bezeichnen.

Die typische Plantation ist eine Replantation, wann der entfernte Zahn in seine eigene Alveolarzelle zurückversetzt — und eine Transplantation, wenn ein Zahn in die Zelle eines anderen gepflanzt wird. Die Implantation ist eigentlich eine Transplantation, bei welcher der Zahn ohne Rücksicht darauf, wie lange derselbe isolirt resp. aus der Mundhöhle entfernt gewesen, in eine, mit Meißel und Hammer, ganz oder theilweise künstlich hergestellte Lücke, behufs Einheilung eingesetzt wird. Deshalb ist der Vorschlag *Dr.*

Iszlaï's, der die Implantation, — Transplantation mit Osteotomie — zu benennen vorschlägt, ein durchaus gerechtfertigter.

Allgemeine Verbreitung dürfte dieses Verfahren aber erst dann finden, wenn sich die Fachleute eine genügende Uebung in operativen Eingriffen angeeignet haben, da das Gelingen dieses Eingriffes, durch strenges anti- resp. aseptisches Verfahren, — dann aber, durch den wichtigen Umstand gesichert, dass der Operateur sicher, in der Tiefe der Kieferbeine, zwischen die Platten der Zahnzellen-Fortsätze gelange. Ein Hauptaugenmerk ist auf strenge Asepsis zu richten; geschieht dies, so ist der Verlauf ein ganz- oder nahezu vollkommen reaktionsloser. — Bei den hierorts vorgenommenen Plantationen wurde der Mund wiederholt mit einer Thymol-Sublimat-Alcohol Lösung ausgespült; die Instrumente sorgfältig sterilisirt. — Die zur Trans- und Implantation benützten, von gesunden Leuten stammenden Zähne, waren in einer 3^o/_o-igen Carbol-Alcohol Lösung konservirt. Nach der Operation mussten die Kranken den Mund wiederholt mit der obigen Thymol-Sublimat-Alcohol Lösung ausspülen.

Die 19 Replantationen, 2 Trans- und 1 Implantation ergaben das denkbar günstigste Resultat, indem die Zähne stets, ohne Reaction einheilten und feststehend wurden.

Von diesen Fällen werden drei demonstirt. — Die Implantation bei einem Kranken der Klinik, dem ein Schneidezahn vor 7¹/₂ Monaten extrahirt wurde, gelangte auf folgende Weise zur Durchführung: An Stelle des rechten oberen Schneidezahnes, war das Zahnfleisch zusammengeheilt und geschrumpft. Der im Besitze des Patienten befindliche extrahirte Zahn, wurde nach Plombirung desselben in 3^o/_o-igen Carbol-Alcohol gelegt. Am 12/_{VI} wurde Patient narkotisirt, dann die dem mangelnden Zahne entsprechenden Weichtheile aufgeschnitten und daselbst eine zur Aufnahme der Wurzel genügende Höhlung im Zahnzellen-Fortsätze ausgemeisselt. Nach gestillter Blutung wurde der Zahn in die künstliche Alveole geschoben. Patient erhielt 5 Tage hindurch nur flüssige Nahrung und spülte sich den Mund fleissig mit antiseptischen Mundwasser aus. Heute 2¹/₂ Monate nach der Operation sitzt der Zahn nahezu fest.

MITTHEILUNGEN AUS DER INTERNEN KLINIK DES PROFESSOR
DR. SIGMUND PURJESZ IN KLAUSENBURG.

Beobachtungen über die Wirkung des Symphorol.

Von Dr. Moritz Rosenberger klinisch. Praktikant.

Dr. Heinz der Entdecker des Symphorol, macht dasselbe unter dem Titel: »Coffeinsäure ein neues Diureticum« in Nro 45, der deutschen mediz. Wochenschrift bekannt. Der wirksame Bestandtheil des Mittels soll das Coffein sein, dem an und für sich eine diuretische und eine angiospastische Wirkung zukommt. Während nun bei diesem, die eine Wirkung, die andere paralytirt und auch sonst noch unangenehme Nebenerscheinungen von Seite des Herzes und des Nervensystems auftreten können, soll im Symphorol die diuretische Wirkung des Coffein, ohne dessen unangenehme Nebenerscheinungen, zur Geltung gelangen. Dieser Umstand finde auch in der Praxis seine vollinhaltliche Bestätigung, da 4 grm. des Mittels, auch nur einmal verabreicht, die Diurese schon am folgenden Tage bedeutend steigern und halte die Wirkung dann 3-4 Tage an, so dass die Diurese erst am 4-5 Tage wieder auf das früher bestandene Quantum zurückkehre. *Dr. Heinz* theilt in der zitierten Publication 4 beobachtete Fälle mit, welche sich jedoch nur auf gesunde Individuen beziehen und hebt hervor, dass das Mittel bei jenen Krankheiten, welche mit Verminderung der Diurese einhergehen, von guter Wirkung sei.

Die Erfahrungen, welche an der obigen internen Klinik bei 16 Fällen gewonnen wurden, entsprechen keineswegs den Erwartungen, zu welchen das Mittel, nach den Behauptungen des *Dr. Heinz* wohl berechtigte. Von den 16 Fällen waren die ersten 6, Leute mit normaler Diurese; von diesen erhielten 4, je einmal, je 4 grm; da

aber nach dieser Dosis nicht die geringste Wirkung beobachtet wurde, erhielt Fall 5—6 zuerst 2 Tage, dann 4 Tage hintereinander je 4 grm., schliesslich Fall 6, drei Tage hiedurch je 6 grm. Symphorol, ohne dass sich eine nennenswerthe Wirkung eingestellt hätte. Die beiden letzteren, sowie 10 weitere Beobachtungen, die solche Individuen betreffen, welche an mit vermindelter Diurese einhergehenden Leiden kranken, sind in der, dem ungarischen Originaltexte beigegebenen Tabelle ersichtlich. Aus dieser ergibt sich's, dass bei der von *Dr. Heinz* angegebenen Dosis von 4 grm. nicht verblieben, sondern dass dieselbe auf 6—8 grm. ja in einem Falle auf 10 grm. gesteigert und 3—4 Tage hintereinander, selbst öfter verabreicht wurde, ohne dass jedoch der Erfolg auch nur einmal ein genügender gewesen wäre, was unso beklagenswerther erscheint da dass Mittel in keinem einzigen Falle zu unangenehmen Nebenerscheinungen Veranlassung bot. In drei Fällen wurde nach erfolglos angewendeten Symphorol, Calomel verabreicht, welches dann die Diurese binnen 2--4 Tagen von 4--600 cm. auf 2500—3000 cm. steigerte. Mehr als 10 grm. des Mittels wurden nicht verabreicht.

Es stehen demnach die gesammelten Erfahrungen mit denen des *Dr. Heinz* in Widerspruch und darf, gestützt auf die Beobachtungen behauptet werden, dass das Symphorol nicht die geringste diuretische Wirkung entfaltetete.

MITTHEILUNGEN AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DES PROF.
DR. J. BRANDT.

Ueber Brüche des Unterkiefers.

Von *Dr. Koloman Höncz* chirurg. I. Assistent.

Unter den Brüchen der Gesichtsknochen, sind jene des Unterkiefers die häufigsten, trotzdem gehören sie unter die seltenen Brüche, was in der bogenförmigen Gestalt, in der Beweglichkeit und in der compacten Consistenz des Knochens seine Ursache findet. In London-Hospital wurden unter 51938 Knochenbrüchen 1·245%, in New-York Hospital unter 1722, 66, also 3·19% Brüche des Unterkiefers beobachtet; auf obiger Klinik während 5 Jahren, 6 solche Brüche.

Der Bruch des Unterkiefers kann ein einfacher, ein multipler, und ein comminutiver sein. Er betrifft zumeist den Körper des Knochens, nahe der Mittellinie; entfernter, rückwärts von derselben, nehmen die Brüche an Häufigkeit ab, so dass ein isolirter Bruch des Process. condyloid. zu den Seltenheiten gehört. Während ein Theil der Beobachter den Bruch zumeist in der Nähe der Symphyse fand, beobachtete ein anderer Theil, diesen zumeist in der Gegend des Schneidezahnes. Die Häufigkeit des Bruches an dieser Stelle, lässt sich durch den Umstand ungezwungen erklären, dass der Knochen hier dünner ist und ausserdem eine Höhle zur Aufnahme der langen Wurzel des Augenzahnes besitzt. Auch in den von uns beobachteten Fällen, handelte es sich häufiger um Brüche in der Gegend des Augenzahnes. Das foramen ovale scheint übrigens auch von Einfluss zu sein; so fand *Hamilton* unter 20 Brüchen, die Bruchlinie 14-mal hier verlaufen. Allerdings ist auch in der Symphyse, oder in der Nähe derselben, ein Bruch häufig; nach einigen Beobachtern liegt derselbe selbst bei Personen im vorge-

rückterem Alter immer in der Symphyse selbst, nach anderen aber nie in derselben, sondern seitwärts von ihr. Doppelbrüche sind meist symmetrisch gelagert, so dass das Mittelstück des Kiefers vollkommen herausbricht, doch kann die eine Bruchstelle in der Mittellinie, die andere seitlich sein; auch an einer Seite kann ein Doppelbruch bestehen. Comminutivbrüche sind selten, dagegen sind Brüche der Alveolen bei Zahnextraktionen häufig. Der Bruch ist gewöhnlich ein vollkommener, die Bruchflächen sind glatt. Die Bruchrichtung ist bei Brüchen des Collum eine schiefe, desgleichen bei jenen des Processus coronoid; bei Brüchen des Körpers ist sie ebenfalls zumeist schief, von vorne oben, nach unten rückwärts, nicht selten aber auch senkrecht. *Malgaigne* fand in der Literatur nur 2 Fälle, bei welchen die Bruchlinie schief von vorne und unten, nach rückwärts- und oben verlief.

Beim Zustandekommen des Bruches, kommt den direkten Einwirkungen, wie Schlag, Fall, Hufschlag u. s. w. die grösste Rolle zu. Durch Schuss werden zumeist Comminutivbrüche erzeugt, die mit ausgedehnten Zerstörungen, — mehr durch die Einwirkung der Pulvergase, als durch jene des Projectils bedingt — einhergehen können. Brüche der Zahnzellenfortsätze sind ausnahmslos direkte Brüche, die theilweise durch Ungeschicklichkeit bei Zahnextraktionen hervorgerufen werden, theilweise aber bei dieser Manipulation nicht zu umgehen sind. Bruch des Astes in der Nähe des Angulus maxill. ist gewöhnlich durch direktes Trauma, Bruch des Processus coronoideus, ebenfalls durch solches, u. zw. zumeist durch Schuss, Bruch des Collums aber, entweder durch directes oder indirectes Trauma bedingt. Zumeist ist Fall auf den Unterkiefer Veranlassung des Bruches.

Die Symptome des Bruches sind Gestaltsveränderungen des Knochens, abnorme Beweglichkeit in der Continuität desselben, Crepitation und Schmerzen, vereint mit Blutung und später mit Speichelfluss. Beim Sprechen und Schlingen stützt der Kranke gewöhnlich den Kiefer mit den Händen.

Die Untersuchung des Mundes zeigt, eine Unterbrechung der Zahnreihe. Die Verschiebung der Bruchende, bei Brüchen in der Mittellinie ist zumeist gering, auch bei solchen, welche unter dem Masseter sitzen, doch können die Bruchende auch klaffen; das vor-

dere Bruchende ist zumeist nach unten innen, das rückwärtige aber, nach aussen verschoben. Bei Bruch beider Condylen kann der Kiefer nach der einen- oder der anderen Seite, seltener nach vorne disloziert sein. Die Dislocation beruht auf Muskelwirkung. Die Schmerzen, theils durch Zerstörung der Weichtheile, theils durch Insult der Zahnnerven bedingt, sind zumeist gross; die Blutung ist gewöhnlich durch Zerreiſung des Zahnfleisches induziert, selten ist sie eine arterielle; der Speichelfluss wird durch das offenstehen des Mundes hervorgerufen.

Das Lockerwerden eines Zahnes, oder mehrerer Zähne ist eine häufige Complication; excessive Blutungen sind selten. *Munder* beschreibt einen Fall, wo die Blutung nur durch digital-Compression der Carotis gestillt werden konnte. Bruch der fossa glenoidea, kann bei Sturz auf den Kiefer zustande kommen; Blutungen aus dem Ohre, zumeist auch Gehirnsymptome deuten auf diese Complication.

Die Diagnose ist bei Brüchen des Körpers und der Alveolarfortsätze leicht zu stellen, minder leicht wird sie bei Brüchen der Kieferbeinfortsätze, doch macht die innere und äussere Untersuchung, die Behinderung der Kaubewegung und die Schmerzen, die Erkennung der Erkrankung möglich.

Nach erfolgtem Bruche gerathen die Speichel und Lymphdrüsen, sowie auch das Bindegewebe in entzündliche Schwellung, die auch auf das Gesicht übergreift; Foetor ex ore tritt ebenfalls auf; Abscedirung und Nekrose der Bruchende verzögern die Heilung, die sonst zumeist binnen 30—40 Tagen, durch vollkommene Konsolidirung der Bruchende erfolgt. Pseudarthrosen ist etwas äusserst seltenes, vorauf *Noezis* und *Brandt* hinweist.

Die Prognose ist daher eine günstige, nur Gehirnsymptome erschweren diese, je nach ihrer Dignität; partielle Brüche der Zahnzellenfortsätze sind ohne jede Bedeutung.

Die Behandlung der Kieferbrüche strebt die Coaptation der Bruchende und die Retention derselben in der richtigen Lage an. Die Verbände, welche dem Zusammenhalten der Bruchende dienen, sind dreierlei: 1. Solche, bei welchen das Fixiren mit Hilfe der gesunden Zahnreihe geschieht u. zw. entweder direkt, oder indirekt, durch Application von Schienen zwischen der Zahnreihe,

2. solche, bei welchen das zusammenhalten der Bruchende, am Knochen selbst vorgenommen wird u. zw. dadurch, dass die Bruchende direkt vereinigt, oder dass sie durch entsprechende Schienen zusammengehalten werden, 3. Kautschuk- oder Metallverbände, die durch Zug oder durch Druck, die Bruchende in die richtige Stellung bringen und in dieser erhalten.

Sorames hat das Capistrum simplex, duplex und die Funda maxillar. *Morel Lavallée* eine, den ganzen Kiefer umspannende Schiene empfohlen (1855). *Tyffe* und *Housley* haben eine solche Schiene aus Silber hergestellt. Nachdem bei allen diesen Verbänden, die ganze Zahnreihe, also der Mund geschlossen bleiben muss, sind diese Schienen für den Kranken, aus naheliegenden Gründen nachtheilig, ja selbst gefährlich. Deshalb hat *Boyer* (1845) die Application von Korkschienen zwischen die Praemolar- und Molarzähne vorgeschlagen, so dass die Desinfection der Mundhöhle und die Nahrungsaufnahme, durch die, zwischen den Schneidezähnen bleibende Spalte hindurch, möglich ist. Bei einfachen Brüchen hat sich dieses Verfahren auf obiger Klinik ganz gut bewährt. *Spoeth* und *M. O. Heydok* applizirten ähnliche Schienen, jedoch aus Horn-, oder Metall, *Allport* eine gehöhlte Schiene. *Guillaume de Galicet*, schlägt die Verbindung der Zähne des gebrochenen Theiles, mit den correspondirenden Zähnen des gesunden vor. *E. J. Fountain* hat bei einer dreifachen Fractur, zwei correspondirende Zähne durchbohrt und sie mit Draht verbunden.

In die zweite Kategorie gehören jene Verbände, welche an den gebrochenen Knochen direct angebracht werden. Die schon zu Zeit des *Hippokrates* durchgeführte Verbindung der Bruchende mit Hanf- oder Seidenfäden Rosshaar oder Metaldraht, hat sich nicht bewährt; doch wird dieses Vorgehen, auch heutzutage noch häufig geübt u. zw. so, dass durch die vorhandene Zusammenhangstrennung, oder durch neu hergestellte Schnitte zum Knochen vorgezogen und dann die Bruchende an 1—2 Stellen durchbohrt werden, durch die Löcher wird Silberdraht geführt und dieser zusammengedreht, so dass die Bruchende sich genau berühren. *Baudens* (1840) hat diese Naht zuerst angewendet, während *Hamilton*, *Buck* und *Kinlach* die Priorität für sich in Anspruch nehmen. *Owen Thomas* hat dem Nachtheil, dass die Drähte allmählig nach-

lassen, dadurch gesteuert, dass er ein schlüsselartiges Instrument applizirte, mit dem der Draht später angezogen werden konnte. *Wellhause* (1867) rieth zur Vereinigung der Bruchende mittelst Achternaht. Aus den Arbeiten von *Girdano*, *Stevens* und *Letin-neur* ist ersichtlich, dass diese Naht seit 1870 häufig angewendet wurde. — *Brandt* hat diese Naht in 5 Fällen mit dem denkbar günstigstem Erfolg gemacht. Auch mit Elfenbeinstiften ist die Vereinigung der Bruchende durchführbar. Doch halte ich dafür, dass dieses Verfahren bei subkutanen Brüchen nicht angewendet werden soll, weil dadurch der einfache Bruch, zu einem complizirten, offenen wird.

Die Zahl derjenigen Verbände, welche an den Knochen, jedoch nur indirect, mit Schienen angebracht werden, ist eine sehr grosse. Diese Verbände lassen sich wieder in 2 Categorien scheiden. In die erste rangiren jene Verbände, welche in jedem Falle, — in die zweite, jene, welche nur Fallweise angewendet werden können. — In die erste Kategorie gehört der seit 1799 bekannte, von *Rüthenik* angegebene Verband, der später von *Kluge*, *Sürssen*, *Gusvold*, *Black* und *Bleichsteiner* modificirt wurde. Am Verbands des Letzteren habe ich einige Aenderungen vorgenommen und halte ich den so hergestellten Verband, für vollkommen. An Stelle der Kautschukschiene habe ich nämlich eine mit vielen Öffnungen versehene, sich an den Unterkiefer fest anschmiegende Blechschiene gesetzt, die mit zwei Riemen an den Stürngürtel fixirt ist. An diese Schiene wird eine, mit halbkreisförmigen Ausschnitten versehene Platte angebracht, in welche die Hacken eingelügt werden. Diese sind so gestaltet, dass sie die Lippe nicht beschädigen und werden direkt an die Zähne angelegt; bevor wird jedoch der auf die Zähne kommende Theil der Hacken, mit Watte, oder mit weichen Gummi ausgepolstert.

Nachdem alle diese Verbände für den Kranken beschwerlich und unangenehm sind, fanden die aus Kautschuk und Draht hergestellten Verbände, ungetheilt freudige Aufnahme. Der Vortheil dieser Verbände ist der, dass die Behandlung eine schonungsvolle und bequeme ist, dass der Kranke gleich sprechen und konsistentere Nahrung zu sich nehmen kann. — Der Verband muss dem einzelnen Falle entsprechend stets hergestellt werden und setzt

einige gesunde Zähne, zumindestens aber einen gesunden Alveolarfortsatz voraus. Jeder dieser Verbände schmiegt sich möglichst gut an die Zähne, oder Zahnzellenfortsätze an. Nachdem die bei diesem Verbände angewandte Schiene, auf — resp. zwischen die Zähne appliziert wird, heisst sie Dental- oder Interdentalschiene. Die erste Interdentalschiene konstruirte *Tomes* im Jahre 1860 aus Silber, mit Guttapercha ausgefüllt. Drei Jahre später verfertigte *Sands* in New-York, eine den Zähnen sich trefflich anschmiegende Schiene, welche als epochemachend gilt. Nach Anderen war Dr. *Gunning* derjenige, der die erste solche Schiene fertigte. Bei allen diesen Schienen muss ein genauer Abguss des gebrochenen Kiefers genommen werden. — Nachdem diese Abgussnahme für den Patienten schmerzhaft ist, haben *Weber* und *Hann*, bezüglich dieses einige direktiven gegeben, welche die Schmerzhaftigkeit beseitigen. Die *Morel-Lavallée*-sche Interdentalschiene aus Guttapercha, wird überall mit grossem Lobe erwähnt, obgleich die Resistenzfähigkeit des Guttapercha eine zu geringe ist.

Die Dentalschienen haben manche Nachtheile der obigen Interdentalschienen beseitigt. Bei den Dentalschienen ist der Stützpunkt in der Zahnreihe, resp. in den Zahnzellenfortsätzen und kann der Mund nach Anlage der Schiene sogleich geöffnet und geschlossen werden. Die erste Dentalschiene hat der Nizzaer Zahnarzt Dr. *Weber* konstruirt. Diese Schiene erfreute sich aber erst allgemeiner Verbreitung, als *Sürssen*, über 52, mit dieser Schiene, im deutsch-französischen Kriege behandelter Fälle referirte; die Schiene wurde von ihm auch entsprechend modifizirt. *Compbell* benützt statt Kautschuk, Blech; *Neppel* räth zu Zinn-guss; letzteren empfiehlt auch Dr. *Port* den praktischen Ärzten. — Ich halte die Kautschuk-schienen für sehr praktisch, da sie sobald wir nur ein Modell haben, leicht herzustellen sind und da die Bruchende durch sie gut fixirt werden und weise ich daher die Behauptung *Körners* zurück, dass die Schienen bei complicirten Brüchen die gehörige Behandlung der Wunde erschweren, ja unmöglich machen.

An Stelle der breiten Kautschukschiene hat *Hammond* (1874) eine, die Zähne genau umspannende Schiene aus Metalldraht hergestellt. Diese Schiene wurde durch *Sauer* vervollkommt und von *Langenbeck* und *Bardleben* warm empfohlen.

Schliesslich hat Dr. *Löhers* im Anfange dieses Jahres, den sehr praktischen Ringmutterverband konstruirt, der meiner Meinung nach, nicht nur bei Brüchen entspricht, sondern sich auch bei Resectionen des Kiefers Bahn brechen wird, da mit den Ringen, die durch Muskelzug bewirkte Verschiebung hintangehalten werden kann.



F 1922/23-25.



Az egyesület tagjai az egyesület kiadványait ingyen kapják, szakosztályi tagok csak az illető szak kiadványait.

55. §. Az egyesületi tagnak joga van amúzeum gyűjteményeibe oly meghatározott napokon is bemenni, melyeken azok a nagy közönség előtt zárvák.

56. §. Megszűnik tagja lenni az egyesületnek:

a) A ki meghal.

b) A ki önkéntesen kilép.

c) Amely részvényes kötelességeit a választmány ismételt felszólítására sem teljesíti

d) A ki az egyesületből kizáratik.

A tagdíjak a szakosztály titkárához, *Koch Ferencz* dr. egyesületi tanárhoz (ásványtani intézet) küldendőek be.

Új tagok az *Értesítő* 1876., 1877., 1878-ki folyamának egyes füzetek példányait egy-egy forintért, az 1879—1893-ki folyamatok két-két forintért a titkári hivatal útján megszerezhetik.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület kiadásában megjelent *Herbich Ferencz* dr. hátrahagyott műve: **Paläontologiai adatok a romániai Kárpátok ismeretéhez.** I. A *Dambovitia* forrásvidékének krétaképződményei, 17 kőnyomatú táblával magyar és német nyelven. Ezen munka bolti ára 1 frt 50 kr., az egyesület tagjainak azonban csak 1 frt, mely összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőnek.

A titkár.

A t. munkatársaknak tudomásvételre.

A tiszteletdíjat és a különlenyomatokat illetőleg szakosztályunk választmánya a következőkben állapodott meg:

a) A népszerű előadás tiszteletdíja 35 frt, mely összeg csak a kézirat benyújtása után adatik ki; ezenkívül csupán 25 különlenyomatra tart hat igényt a szerző.

b) A szakdolgozatok egy nyomtatott ívének tiszteletdíja 16 forint, a petittel szedett közleményeké ellenben 24 frt, mely tiszteletdíj a dolgozat megjelenése után adatik ki.

c) Egy füzetben egy szerzőtől 2 ívnél több nem díjazható; ha pedig valamely értekezés 2 ívnél többre terjedne, a nyomdai költség az illető szerzőnek 2 ív után járó tiszteletdíjából levonatik.

d) A szakdolgozatok és népszerű előadások csak azon esetben díjaztatnak, ha a szakosztály közlönyében látnak először napvilágot.

e) Különlenyomatok csakis a szerzők költségére adhatók ki. Ezek ára a szerzők tiszteletdíjából levonatik.

A külön lenyomatok ára, ha külön lapszámozni és tördelni nem kell úgy füzve készen a következőre van szabva:

25 példány	1 ives különlenyomaté	. . .	1 frt 50 kr.
"	"	2 " "	. . . 2 frt 30 kr.
"	"	3 " "	. . . 2 frt 80 kr.
"	"	4 " "	. . . 3 frt 80 kr.
50	"	1 " "	. . . 2 frt 60 kr.
"	"	2 " "	. . . 4 frt 20 kr.
"	"	3 " "	. . . 5 frt 30 kr.
"	"	4 " "	. . . 6 frt 50 kr.

100 példánynál 10% engedmény.

INHALT DER REVUE. Dr. Dezső Haftl: Die schlafbringende Wirkung des Trionals und Tetronals S. 213—217. Dr. Karl Ákontz: Ein Fall von Salpingotomie S. 218—220. Dr. Dezső Malom: Ein Fall von Gebärmutter-Atresie S. 221—223. Dr. Gerő Rudas: Die Untersuchungsweise Lepkowski's und seine Resultate S. 224—226. Dr. Gabriel Papp: Der äussere Harnröhrenschnitt an der Chirurg. Klinik des Prof. Brandt in Kolozsvár S. 227—231. Dr. Gabriel Papp: Ein Fall von Myxosarcoma mammae cysticum. S. 232—233. Dr. Koloman Höncz: a) Drei Fälle von gelungener Rhinoplastik; b) Ein Fall von Polypus sarcomatosus in antro Highmori. S. 231—235. Prof. L. Udránszky und Doc. F. Koch: Über die Bestimmung der Reductions-fähigkeit des Harns S. 235. Doc. F. Koch: Beiträge zur Kenntniss der Reductions-fähigkeit des Menschenharns S. 236.

Tagdíjaikat befizették:

1893-ra (helybeliek): Nyerges Gábor dr. (Vidékiek) Adler Mihály dr., Altmann Jakab dr., Ajtai Sándor dr., Antal Mihály dr., Barabás Ferencz, Besztercebányai f. leányiskola, Bód Sándor, Dávid Lajos dr., Dokmányi Frigyes, Fenyő Ármin dr., Fodor József dr., Fuchs Gusztáv, Gerevich Emil dr., Imre Gábor dr., Istvánffy Gyula dr., Kellner Viktor dr., Kiss Ferencz dr., Koller Norbert, Kovács Sándor dr., Magyarai Károly dr., Neubauer Lajos, Orvogyógyysz. egyesület Debreczen, Preysz Kornél dr., Rohonczy Zsigmond, Roth Adolf dr., Somkerekí Gusztáv, Süss Nándor, Szentpéteri Lajos dr., Szentpéteri Bálint dr., Szabó Ödön dr., Szekeres Ödön, Wachsmann Ede dr.

1894-re (helybeliek): Ajtai K. Albert, Ákontz Károly dr., Bartha János dr., Benedek Zoltán dr., Benel János dr., Bíró Béla dr., Bíró Gyula, Bogár Kálmán dr., Bonczfani intézet, Büchler Ignátz dr., Farkas Gyula dr., Farkas Géza dr., Friedmann József dr., Frank-Kiss István dr., Genersich Vilmos dr., Goth Manó dr., Haftl Dezső dr., Hangai Octáv, Jakabházy Zsiga dr., Issekutz Hugó dr., Kerekes Gyula dr., Keresztély Lajos, Kisegítő pénztár, Kórbonczfani intézet, Kórtani intézet, Kovács Béla, László Ferencz, Maizner János dr., Matusovszky András dr., Merza Lajos, Mihály László, Nappendruck Kálmán dr., Pachinger Alajos dr., Reich Albert, Rózsahegyí Aladár dr., Sárkány Lajos dr., Szabó Dénes dr., Széles Dénes dr., Szenkovich Márton, Unitarius tanári kar, Urbanetz Ede, Vályi Gyula dr., Valentini Adolf, Veress Vilmos dr., Weisz Mór, Wettenstein József dr. (Vidékiek) Antal Mihály dr., Bód Sándor, Besztercebányai f. leányiskola, Kiss Ferencz dr., Marosvásárhelyi róm. kath. gym. Orvos-gyógyysz. egyet Debreczen, Vörös Ciril.

1895-re (vidékiek): Vörös Ciril.
