

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESTITÓ“.

SITZUNGSBERICHTE DER MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN
SECTION DES SIEBENBÜRGISCHEN MUSEUMVEREINS.

I. ÄRZTLICHE ABTHEILUNG.

XXII. Band.

1900.

III. Heft.

Ueber die sogenannte Schulkurzsichtigkeit.*

vom Professor DR. KARL HOOR.

In einer vor 9 Jahren erschienenen Abhandlung habe ich die Existenz einer s. g. Schulkurzsichtigkeit geleugnet. Zu dieser Ueberzeugung war ich durch den Umstand gelangt, dass ich als Militärarzt Jahre hindureh die Augen der einrückenden Rekruten untersuchte und die Kurzsichtigen, — sowohl der Zahl, als dem Grade der Kurzsichtigkeit nach, — beinahe gleichmässig unter Jenen vertheilt fand, die Schulen besucht hatten und solehen, die weder lesen, noch schreiben konnten, Schulen überhaupt gar keine, oder nur kaum besucht hatten. Nach ähnlichen Erfahrungen durfte ich natürlich die Behauptung, dass die Kurzsichtigkeit zum grossen Theile durch die Schule verursacht werde und dass dieselbe ein Attribut der fortschreitenden Bildung und der wachsenden Ansprüche der Schule darstelle nicht ohneweiters gelten lassen. Ueber die aufgetanehten Zweifel half mir auch der folgende Passus nicht hinweg: „Nicht selten“ sagt Fuchs¹ „suchen Leute wegen Myopie in der Klinik Hülfe, welche der Landbevölkerung angehören, vielleicht nie lesen gelernt haben, sicher aber niemals ihre Augen mit Naheschen angestrengt hatten. Sie haben meist eine höhergradige Myopie und geben an, kurzsichtig gewesen zu sein, so lange sie sich erinnern

* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung der ärztlich-naturwissenschaftlichen Section des Siebenb. Museum-Vereins am 15-ten Dezember 1900.

¹ Die Ursachen und die Verhütung der Blindheit. pag. 25.

können. Das sind Fälle von *angeborener Myopie*; sie haben mit der Art der Beschäftigung nichts zu thuen Ich hielt und halte auch heute die Folgerung für nicht gerechtfertigt, die Kurzsichtigkeit Jener, welche Schulen besuchen oder besuchten, als durch diese bedingt hinzustellen, die Kurzsichtigkeit Jener aber, die keine Schule besuchten als angeboren zu erklären. Nebstbei möchte ich bemerken, dass eine angeborene Kurzsichtigkeit höchst selten, vielleicht gar nie vorkommt, die Augen des Neugeborenen sind fast immer hypermetropisch und nur die Disposition zur Kurzsichtigkeit ist eine angeborene und eben dieser Disposition kommt meiner Ueberzeugung nach, bei der Kurzsichtigkeit die Hauptrolle zu.

FUCHS bezieht sich auf die Untersuchungen TSCHERNING's, der eine Myopie von 9 D. und mehr, bei seinen Untersuchten der verschiedensten Beschäftigungen, nahezu gleichmässig vertheilt fand; ferner auf die Untersuchungen SORMANI's der eine Myopie von 6:5 D. und darüber bei 2:8% seiner Untersuchten fand, von denen ca. 70% nicht lesen konnten. Dies wären also Myopien die ganz unabhängig von der Beschäftigung, angeboren vorkämen; während aber die Grenze dieser Kurzsichtigkeiten nach den Untersuchungen TSCHERNING's mit 9 D. und mehr fixiert erscheint, sind nach den Untersuchungen SORMANI's zu urtheilen Kurzsichtigkeiten von schon 6:5 D. und mehr solehe, die von der Beschäftigung unabhängig, also angeboren zustande kämen. HIPPEL untersuchte die Schüler des Giessener Gymnasiums und sagt u. a. folgendes: Die durch Naharbeit erworbene Kurzsichtigkeit wächst nur langsam, erreicht nur geringe, oder mittlere Grade, während ihre weitere Entwicklung mit der vollkommenen Entwicklung des Körpers aufhört. Myopien von 6 D und mehr sind nicht als Schulmyopien anzusehen. HIPPEL unterscheidet also auch eine Schulmyopie und eine solehe, die von der Beschäftigung unabhängig zustande kommt und stellt 6 D als Grenze auf. Mit demselben Rechte mit welchem HIPPEL den, TSCHERNING'schen 9 D. die 6 D. als Grenze gegenüberstellt, könnte ich von 3 D. behaupten, dass dies die Grenze der durch Naharbeit erworbenen Kurzsichtigkeit sei, was darüber hinaus ist sei angeboren und komme von der Beschäftigung unabhängig zustande und dann verliert die s. g. Schulkurzsichtigkeit ihren besorgnisserregenden Charakter, denn so geringgradig kurzsichtige Augen pflegen nicht nur nicht kranke,



sondern im Gegentheil ganz gute Augen zu sein und gewiss ist die Ansicht DONDERS eine vollkommen richtige, wenn er sagt, dass wenn die höchsten Grade der Kurzsichtigkeiten besorgnissregend sind, so schaffen die geringen Grade derselben eine derartige Befähigung zu den feineren Handarbeiten und wissenschaftlichen Untersuchungen, die schwer zu entbehren wäre und weiters „würde es an mir liegen die Kurzsichtigkeit aus der Welt zu schaffen, ich würde es nicht thuen“. Freilich gefällt dieser Ausspruch COHN durchaus nicht und er meistert wie SCHNABEL sagt von den Zinnen des babylonischen Thurmes der Myopie-Statistik „den alternden DONDERS“ dem er es nicht verzeihen zu können scheint, dass dieser am Schlusse seiner glorreichen Laufbahn einen Irrthum, mit welchem er jedes kurzsichtige Auge als ein krankes bezeichnete, einsah und gut machte.

Sicher ist es vollkommen willkürlich und durchaus nicht gerechtfertigt, wenn einer 9 D., der zweite 6,5 D., der dritte 6 D. gleichsam als Grenze hinstellt, über die hinaus die Kurzsichtigkeit keine erworbene, sondern eine angeborene ist. Die dies thuen und eine andere Aetiology für die eine Kurzsichtigkeit suchen, nur deshalb, weil diese um 1 oder 2 D. grösser, oder geringer ist als die andere, stellen sich auf einen vollkommen unhaltbaren Standpunkt. Ein anderes Unterscheidungszeichen zwischen erworbener und angeborener Kurzsichtigkeit, als der vollkommen willkürlich angenommene Grad derselben wird nicht erwähnt. Nun untersucht man Schulknaben und findet unter diesen eine gewisse Anzahl Kurzsichtiger von 2—3 D.; diese Myopie wird im Sinne des Gesagten als erworben hingestellt und fällt natürlich der Schule zur Last; weiters findet man eine gewisse Anzahl Kurzsichtigkeiten von 5—7 D.; diese Myopie ist schon keine erworbene, sondern eine angeborene. Dann werden solche Individuen untersucht die die Schulen kaum, oder gar nicht besucht, weder lesen noch schreiben können und Naharbeit überhaupt nie geleistet haben. Auch unter diesen finden wir eine gewisse Anzahl (vielleicht gerade so viele, eventuell mehr, oder weniger) Kurzsichtiger von 2—3 D. Welche Art von Kurzsichtigkeit sind diese? Erworbene,? Schulkurzsichtigkeiten,? doch die Träger dieser Kurzsichtigkeiten gingen ja nie in eine Schule; ihre Myopie kann daher nur als eine angeborene gelten. Und mit wel-

chem Rechte nennen wir dann die gleichen Grade der Kurzsichtigkeiten bei Schulkindern Schulkurzsichtigkeit? nur deshalb, weil sie die Schule besuchten? Würden, oder hätten sie die Schule nicht besucht, wären sie dann etwa nicht kurzsichtig geworden? die andere Gruppe ging ja nicht in die Schule und wurde doch gerade so kurzsichtig.

Welche Schlüsse übrigens COHN und die Anhänger der Schulkurzsichtigkeit, aus der Myopie-Statistik ziehen, auf die sie sich auf Schritt und Tritt berufen, sei durch folgendes erläutert. In seinem Lehrbuche der Hygiene des Auges führt COHN über das Resultat der Untersuchungen der Augen von Studenten u. A. folgende Daten an: GÄRTNER fand bei Theologen in Tübingen 81 dann 78% Myopen. COHN selbst in Breslau 60% dann 57%, TSCHERNING in Kopenhagen 38%, MANULESCU in Bukarest 33%, KREMER in Gröningen 32%, ANROY in Leyden 31%, CRENICEAN in Budapest 30%, COLLARD in Utrecht 27%, DAVIDSON in Aberdeen 16—12%, RANDAL in Philadelphia 10%. Aus allen diesen Daten folgt nach COHN mit Sicherheit, dass in der ganzen civilisirten Welt, bei allen Nationen, die Zahl der Myopen mit den Anforderungen, welche die Schule stellt, zunimmt; und doch ist der Unterschied zwischen den 81% GÄRTNERS und den 10% RANDAL's ein ziemlich grosser.

Ich sehe den Beweis nicht nur dafür nicht erbracht, dass die Schule Kurzsichtigkeit zu verursachen imstande ist, sondern auch dafür nicht, dass es heute überhaupt mehr Kurzsichtige geben würde, als früher. Denn steht die anstrengende Augen-Naharbeit beim Schreiben, Lesen und ähnlichen Beschäftigungen mit der Entstehung der Kurzsichtigkeit im Zusammenhange, so war diese im Mittelalter sicher verbreiteter, als heute. Treffend bemerkt STILLING, wenn er bedenke, mit welchem Fleisse und welcher Ausdauer die Handwerker des Mittelalters ihre Arbeiten verrichteten und bei welcher ungünstiger Beleuchtung sie arbeiteten, so sei die Annahme, dass die Kurzsichtigkeit damals verbreiteter war, als heute, durchaus nicht abzuweisen. STILLING weist überdies mit historischen Daten nach, dass man die Kurzsichtigkeit schon sehr lange kannte und dass diese schon im Altherthum verbreitet war, die Welt sei doch ihren Gang gegangen. Auch BEEKER wies schon vor langer Zeit darauf hin, dass die Behauptung als wäre die Zahl der Kurzsichtigen heute grösser, als früher durchaus nicht bewiesen ist.

Eines scheint mir jedoch ziemlich sicher u. zw. das, dass es in den nach allen Regeln der Hygiene erbauten Schulen heute nicht weniger Kurzsichtige giebt, als früher. Auch SCHNABEL meint, dass die diesbezüglichen Erfahrungen keine aufmunternde genannt werden können, da heute in den Mittelschulen ebensoviele Kurzsichtige sind, wie vor 40 Jahren. SCHNABEL bestreitet übrigens die Existenz einer Schulkurzsichtigkeit nicht, doch hält er den Glauben als würde die Kurzsichtigkeit der Schulkinder einen hohen Grad erreichen und die Augen bedrohen können für vollkommen unrichtig und hofft, dass sich die Hygiene nicht weiters mit solchen Utopien befassen, und dass man endlich einsehen werde, es sei ganz überflüssig das Anwachsen der Schulkurzsichtigkeiten zu hochgradigen Myopien verhindern zu wollen, da dies auch ohne der vermeintlichen prophylaktischen Massregeln nicht geschieht.

Unter welchen Einflüssen diese s. g. Schulkurzsichtigkeit entsteht, konnte bis jetzt nicht erklärt werden. Dies würde übrigens an und für sich das Vorkommen einer Schulkurzsichtigkeit nicht in Frage stellen können, denn wenn wir auch die Einflüsse und Umstände nicht kennen unter deren eine sichtbare und greifliche Thatsache entsteht, die Thatsache lässt sich nicht wegleugnen. Dagegen halte ich es für einen grossen Fehler, wenn man die Unmöglichkeit der einzelnen gemeinten Einflüsse und Umstände beweisend zu dem Schlusse gelangt, dass die Kurzsichtigkeit weder durch den einen, noch durch den zweiten, oder den dritten — sondern wahrscheinlich durch alle zusammen verursacht werde — und dies thut COHN in seiner Naharbeit-Theorie.

(Es folgt nunmehr die Schilderung der GRAEFE DONDERS'schen Entzündungs- und Convergenz-Theorie, der Accomodations-Theorie (HENSEN-, VÖLKERS u. A.), der Zerrungs-Theorie (WEISS, PAULSEN, HASNER u. A.), sowie die Motivirung weshalb die in denselben herangezogenen Einflüsse und Umstände nicht als verursachende Momente der Myopie gelten können). Nach STILLING kommt dem Museulus obliquus superior, resp. dessen verschiedenem Verlaufe und seiner wechselnden Insertion an den Bulbus die Hauptrolle im Entstehen der Myopie zu. Der wechselnde Verlauf und die verschiedene Insertion hänge von der Höhe der Trochlea und deren Höhe vom Index der Orbita ab. Eine hohe Orbita wäre die Bedin-

gung der Emmetropie und Hypermetropie, eine niedere der Myopie. Die Theorie STILLING's scheint durch die Untersuchungen SCHMIDT-RIMPLER's, SEGEL's, BÄR's u. A. wiederlegt. Auch COHN spricht sich ausserordentlich scharf gegen dieselbe aus, hauptsächlich darum, weil dieselbe geeignet ist, die hygienischen Bestrebungen als unnütze hinzustellen, da nach dieser Theorie nicht die Ausserachtlassung der hygienischen Massnahmen, sondern die angeborene Niedrigkeit der Augenhöhle die Ursache der Kurzsichtigkeit ist.

Viele muthen der *Erb'ichkeit* einen grossen, ja ausschliesslichen Einfluss beim Entstehen der Myopie zu, viele dagegen schlagen dieselbe gering an und meinen, dass sie kaum in Betracht komme. Ich bin der Überzeugung, dass bei der Kurzsichtigkeit der Erblichkeit, der ererbten Disposition, der angeborenen, oder ererbten Eigenthümlichkeit der Augen die ausschliessliche Rolle zukommt.

Sehen wir uns einmal die bezüglich der Erblichkeit im Lehrbuche der Hygiene des Auges angeführten Daten und die aus denselben gezogene Folgerung an und stellen wir diese jener gegenüber, die COHN aus den statistischen Daten über die Myopie der Studenten zieht. ERISMANN fand bei 30% der Myopien, DOR bei 59% Erblichkeit. SCHMIDT-RIMPLER in 7 Gymnasien bei 26%, 49, 55, 59, 64, 67 und 76%. STRAUMANN bei 56%. PFLÜGER bei 395 Kindern von 100 Familien 19%, dann bei 55 Familien 26% KIRCHNER bei 1156 Kindern von 356 Familien 21% u. s. w.

Wenn wir diese Zahlen betrachten, so finden wir, dass es zumindestens bei 19%, und am meisten bei 76% der Kurzsichtigen nachweisbar war, dass Vater, oder Mutter, oder beide Eltern der kurzsichtigen Kinder ebenfalls kurzsichtig waren. Obgleich auch hier der Abstand zwischen den 19% PFLÜGERS und den 76% SCHMIDT-RIMPLER's ein grosser ist, denn er beträgt 57%, so ist der Unterschied doch kein so gewaltiger, als zwischen den 81% GÄRTNER's und den 10% RANDAL's, denn dieser kommt 71% gleich. Während aber aus diesen Daten nach COHN mit Sicherheit folgt, dass in der ganzen Welt unter allen civilisirten Nationen die Kurzsichtigkeit infolge der Schulansprüche zunimmt, folgert er aus jenen Daten nur, dass die Erblichkeit der Myopie sehr wahrscheinlich sei. Doch käme dies seiner Erfahrung nach weniger häufig vor, als man glaube, denn er habe in seiner Privatpraxis TAUSENDEN von kurzsichtigen

Kindern untersucht, deren Eltern nicht kurzsichtig waren. Allen Respect vor den Untersuchungen und Statistiken COHN's, dass er jedoch Tausende von Kindern kurzsichtig gefunden hätte, deren Eltern nicht kurzsichtig waren, das muss ich mit einer gewissen Reserve entgegennehmen. In übrigen hielte er für die Erblichkeit nur eine nach Tausenden zählende Statistik für beweisend, wo Eltern und Kinder zugleich auf ihre Kurzsichtigkeit hin untersucht wurden. Wozu wünscht dies jedoch COHN? Er hat ja seine eigene nach Tausenden zählende Statistik, wo Kinder und Eltern zugleich untersucht wurden und wo bei Tausenden von Kindern die Eltern nicht kurzsichtig waren. Dies dürfte ja dann für ihn genügend beweisend sein, dass eine Erblichkeit überhaupt nicht besteht, warum hält er dann diese doch für höchst wahrscheinlich?

Einfach deshalb, da die tägliche Erfahrung lehrt, dass sich dies nicht leugnen lässt. Und wenn wir es auch nicht sagen können, worin eigentlich das Wesen der ererbten Disposition liegt, so können wir auf zahlreiche Analogons der Erblichkeit hinweisen, und wenn das Kind Kopfform und Körperbau, Gesichtsschnitt und Ähnlichkeit der Eltern, Eigenthümlichkeiten und Fehler verschiedener Organe derselben, Grösse und Gestalt der Nase, des Mundes, der Ohren derselben erben kann und erbt, warum sollte es nicht Grösse und Form ihrer Augen erben können; wäre es im Durchschnitte anders, so wäre dies wiedernatürlich sagt SCHMIDT-RIMPLER. Ich selbst habe 37 kurzsichtige Kinder mit ihren Eltern gleichzeitig untersuchen können und fand 23 mal Vater, Mutter, oder beide kurzsichtig. Freilich sind diese Daten sehr gering, doch muss es auffallen, dass ich 23 kurzsichtige Eltern bei nur 37 kurzsichtigen Kindern fand und COHN bei Tausenden Kindern keine kurzsichtigen Eltern.

Ich wiederhole, dass wir das eigentliche Wesen der ererbten Disposition nicht kennen und darin hat COHN vollkommen Recht wenn er bemerkt, dass diejenigen, die die Erblichkeit beschuldigen selbst nicht wissen, worin sie bestehe, es wird eine angeborene geringere Resistenzfähigkeit der Sklera angenommen, die freilich noch Niemand sah. Freilich wissen und sahen wir das nicht. Dagegen wissen wir aber, dass keine der übrigen Myopie-Theorien der Kritik standzuhalten vermag und sehen wir die Kurzsichtigkeit in alle Graden

auch bei solchen Personen, die die Schule überhaupt nie besucht haben und schliesslich wissen wir, dass selbst die Verfechter der Schulmyopie bei diesen Personen die Erblichkeit nicht leugnen. Wo liegt hier Logik? Bei der einen Gruppe die Erblichkeit zuzugeben, weil dieselbe nicht zur Schule ging, bei der anderen dieselbe zu leugnen, weil sie in die Schule ging!

Nach alldem stünde zu erwarten, dass COHN in seiner Naharbeits Theorie ganz neue Gesichtspunkte eröffne, nachdem er die übrigen Theorien alle, die STILLING'sche besonders scharf abgefertigt. Dem ist jedoch nicht so, denn die Theorie ist beiläufig die folgende: Dass das Vornüberbeugen des Kopfes Blutstauung im Auge u. Inhaltszunahme desselben veranlassen kann bestreitet Niemand. Ebensowenig ist zu bestreiten, dass je dunkler der Arbeitsplatz und je kleiner das Object, desto mehr das Auge der Schrift oder der Arbeit genähert werden muss, dass dadurch also alle Bedingungen für stärkere Accommodation, Convergenz, Rollmuskelarbeit, Nervenzerrung gegeben wird. Vermuthlich wirken also beim Entstehen der Myopie Accommodationsmuskel, Convergenz, Trochlearis, Kopfbeugung mit behindertem Blutrückfluss, Nervenzerrung und Erblichkeit zusammen. Dies ist die COHN'sche — pars pro toto — Naharbeits-Theorie! Muthmasslich zur Stützung derselben wurden auch Uhrmacher untersucht die ständig in geringer Entfernung, vornübergebeugt, ausserordentlich kleine Gegenstände arbeiten. Das Ergebniss sprach aber nicht für die Theorie. COHN selbst fand unter 100 Uhrmachern nur 3 Kurzsichtige, oder wie er sagt nur 3 hatten während ihrer Beschäftigung Myopie „erworben“. (Warum „erworben“? und weshalb die übrigen 97 nicht?) Nachdem diese Befunde die Naharbeits-Theorie nicht eben bekräftigen, vermuthet COHN, dass das nahe Betrachten feiner, feststehender Gegenstände dem Auge weniger schädlich sei, als das Verfolgen der Zeilen beim Lesen und Schreiben. Aber da haben wir ja die Schneider, unter denen es nicht mehr Kurzsichtige giebt als unter anderen Handwerkern, und doch arbeiten sie täglich 10—12 Stunden lang, vornübergebeugt, kleine, feine Dinge, die nicht feststehen, zumeist bei recht mässiger Beleuchtung.

Kurz diese mixtum compositum Theorie steht auf recht schwachen Füßen, ebenso wie viele andere Raisonnements COHN's jenen gegenüber, die die s. g. Schulmyopie gar nicht leugnen, und nur

ihre angebliche Wichtigkeit und Gefährlichkeit nicht gehörig zu würdigen imstande sind. So hat beispielweise v. HIPPEN den nach COHN ungeheuerlichen Satz aufgestellt, dass Bildung und Kenntnisse sich nun einmal ohne eine gewisse Schädigung des Körpers nicht erwerben zu lassen scheinen. Dem gegenüber behauptet nun COHN, dass wenn dem so wäre, *alle* Schulkinder, die doch sämmtlich mit Lesen und Schreiben beschäftigt werden, kurzsichtig werden müssten, während die Myopie doch durchschnittlich nur 20% aller Schüler befällt.

Ich brauche wohl kaum bemerken zu müssen, dass diese Folgerung eine vollkommen irrite ist. Wie oft sehen wir es, dass sämmtliche Individuen einer bestimmten Gruppe ganz die gleiche Arbeit verrichten unter den nämlichen Verhältnissen existieren, denselben Einflüssen und schädlichen Einwirkungen ausgesetzt sind, und das eine Individuum hält die Arbeit ohne jegliche Schädigung aus, das andere nicht, der Organismus des einen erleidet unter diesen Einflüssen ständigen Schaden, auf den Organismus des anderen bleiben sie ohne Spur, das eine geht zugrunde, das andere bleibt trotz der schädlichen Einwirkungen gesund u. s. w. Stellen wir uns jedoch auf den Standpunkt COHN's, so wirft sich unwillkürlich die Frage auf, warum bleiben aber dann 80% der Schüler doch emmetropisch oder hypermetropisch? Die Antwort ist meiner Ueberzeugung nach die, dass den Augen jener 20% schon von vorneherein die geringere Resistenzfähigkeit innewohnte, dass diese schon angeboren oder ererbt zur Myopie praedisposed waren und eben deshalb auch kurzsichtig wurden u. zw. nicht infolge des Schulbesuches, sondern vielmehr während desselben, ebenso wie die vielen anderen kurzsichtig wurden, die keine Schule besuchten.

Doch treten noch weitere Umstände in den Vordergrund, die den Glauben an die Schulmyopie bedeutend erschüttern, während sie die scheinbar vollkommene Unfähigkeit der hygienischen Maasregeln zur Verhinderung der Kurzsichtigkeit grelt beleuchten. Vor 11 Jahren wurde ich aufgefordert die Augen der Schüler einiger Elementar und Bürgerschulen in Budapest, zu untersuchen, gleichzeitig wurde ich vom Cultus- und Unterrichts-Minister als Sachverständiger zu den Sitzungen und Verhandlungen des Unterrichts-Senates über die Einführung der Steilschrift delegiert. Damals wurde eben die

Steilschrift als Panace gegen die Kurzsichtigkeit besonders gerühmt. Gegen die versuchsweise Einführung dieser Schrift machte ich keinerlei Einwendung, stellte aber den Versuch als überflüssig hin mit Hinweis darauf, dass die Schrägschrift nichts anderes als Steilschrift sei, bei schräger liegendem Hefte und dass man bei dem Uebergange von der einer Schreibart in die andere, weder Kopf- noch Körperhaltung, noch die Richtung der Augen zu ändern genötigt ist; hieraus folgt dass die Schüler bei der Schrägschrift gerade so entsprechend sitzen können, wenn die Schreibdisciplin eine gute ist und die Schüler nicht ermüdet werden, und umgekehrt, dass sie bei der Steilschrift ebenso schlecht sitzen werden, wenn es an der Schreibdisciplin mangelt und die Schüler ermüdet werden.

In einer nach allen Regeln der modernen Hygiene eingerichteten und geleiteten Elementar und Bürgerschule fand ich unter 870 Schülern 32 d. i. 3·7% Myopen; darunter 1 mit einer Myopie von 6 D. und 3 mit einer von 10 D. In einer zweiten, nach hygienischen Begriffen sehr schlecht bestellten Schule war unter 159 Schülern 1 Kurzsichtiger = 0·8%. Die Myopie desselben betrug 8 D. In der dritten Schule, die in hygienischer Beziehung einfach unter jeder Kritik stand, fand ich unter den 58 Schülern keinen Kurzsichtigen.

Es fällt hier ausser dem Umstände, dass in den beiden schlechten Schulen ein, resp. kein Kurzsichtiger gefunden wurde noch folgendes auf. In der zuerst erwähnten Schule fand ich in der ersten und zweiten Classe einen Myopen von 6 D. und drei von 10 D. Diese vier Schüler konnten ihre Kurzsichtigkeit doch nicht in der Schule erworben haben; dass dieser also ein ganz anderer Einfluss zugrunde liegen musste, wird selbst der fanatischeste Schulhygieniker nicht leugnen können! In der anderen schon ungleich ungünstigeren Schule, fand sich 1 Kurzsichtiger mit einer Myopie von 8 D. Auch dieser Schüler, der das vierte Monat in die Schule ging, hat seine Kurzsichtigkeit nicht dort erworben, wenn auch diese Schule den hygienischen Bedingungen nicht im geringsten entsprach; dass aber nicht der Mangel derselben die Ursache sein konnte, dafür spricht die Thatsache, dass unter den anderen 158 Schülern, die schon Jahre hindurch die Schule besuchten kein einziger kurzsichtig war, weiters dass ich gleich hochgradige, ja höhergradige 4 Kurzsichtigkeiten

in der anderen Schule fand, die nach allen Regeln der Hygiene ausgestattet war. Doch nehmen wir an, dass thatsächlich die ungünstigen hygienischen Verhältnisse diese Myopie veranlassten, so frage ich warum diese gerade nur das eine Augenpaar kurzsichtig machten und auf die übrigen 158 Augenpaare ganz ohne Einfluss blieben?

Vor 4 Jahren untersuchte ich die Schüler der hierortigen Bürgerschule. Zur Charakterisierung ihrer damaligen hygienischen Verhältnisse (jetzt ist sie in einem Schulpalast untergebracht!), erwähne ich beispielweise, dass sich die eine Classe in einem aufgelassenen Frucht-Magazin befand. Unter den 327 Schülern, waren 3 Kurzsichtige = 0·9%. Wo sich hier der Einfluss der Schule auf die Häufigkeit der Kurzsichtigkeit manifestiert, liesse sich schwer sagen.

Noch manches könnte ich vorbringen, was die s. g. Schulkurzsichtigkeit in einer ganz anderen Beleuchtung zu zeigen geeignet ist, als in der sie von Vielen präsentiert wird. Nur eines möchte ich noch erwähnen, dass ich nämlich über Beobachtungen verfüge, nach welchen in ganz ausser Gebrauch gestellten, abgelenkten amblyopischen Augen die Kurzsichtigkeit zunehmen könne; so steigere sie sich in einem solchen Auge innerhalb 2 Jahren um 3 D.

Meiner persönlichen Erfahrung und Ueberzeugung nach existiert die Schulkurzsichtigkeit in dieser Form überhaupt nicht, dagegen ist es die Erblichkeit, die angeborene, oder ererbte Disposition die auf die Gestalt und den Refractionszustand des Auges von entscheidendem Einflusse ist, — ferner dass die Behauptung, als wäre die Myopie heute verbreiteter als sie es früher war, noch gar nicht bewiesen ist. Im Grossen — und Ganzen ist mein Standpunkt jener SCHNABEL's und HERNHEISER's: »Augen, die in der Schule myopisch werden, sind abnorm ehe sie kurzsichtig werden, werden myopisch, weil sie abnorm sind“ — und werden meiner Meinung nach auch ohne Schule myopisch.

Sichert der gegen Stein vorgenommene hohe Blasenschnitt gegen Recidive?

Von DR. SÁMUEL BORBÉLY,* Operateur, Spitals-Primararzt in Torda.

Der hohe Blasenschnitt wird heute thatsächlich nicht zu den gefährlichen Operationen gerechnet. Dies verdankt er der Asepsis, der PETERSEN'schen Rectaltamponade, der TRENDelenburg'schen Hochlagerung des Beckens und schliesslich der Blasennahrt und Blasenfixation. Durch die Asepsis wurden jedoch die Erfolge des Blasenschnittes noch keine so bedeutend bessere, wie beispielweise jene der Bauchchirurgie. Der Grund lag darin, dass die Verhinderung der Infection des praevesicalen Raumes eine schwere Aufgabe ist. Erst der Blasenfixation verdankt der hohe Blasenschnitt seinen jetzigen Aufschwung. Die Mortalität wurde eine bei Weitem geringere und es mehren sich die Daten, das wir bei dieser Operation gerade so eine prima reunio erzielen können und dem Kranken die Heilung ebenso sicher in Aussicht stellen dürfen, wie nach irgend einer anderen Operation. Welche Motive führen nun die Anhänger der sectio alta, den anderen Steinoperationen gegenüber in's Treffen? Die schnelle Heilung und hauptsächlich der Lithotrypsie gegenüber, die Möglichkeit der gründlichen Ausräumung der Blase. Gewiss bedarf der Dammeschnitt eine längere Heildauer, doch die Lithotrypsie heilt bedeutend rascher. Ein angreifbarerer Punkt der Lithotrypsie wäre, dass Steinstückchen in der Blase zurückbleiben und Impuls zur Recidive abgeben können.

* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung der ärztl.-naturwissenschaftlichen Section des Siebenb. Museum-Vereines am 23. November 1900.

Doch wird dieser Einwand durch den Gebrauch des Irrigationscystoskopes hinfällig. Gegen eine diathetische Recidive des Steines schützt die Fixation der Blase nicht, da wir bei derselben naturwiedrige anatomische Verhältnisse schaffen, die das vollkommene Entleeren des Harns erschweren. Auch die übrigen Steinoperationen sichern im Falle der Diathese nicht gegen Recidiven, doch schaffen wir wenigstens durch die Operation keine derartigen Veränderungen in der Lage der Blase, welche die Möglichkeit der erneuerten Steinbildung fördern. Nicht durch die naturwiedrige Fixierung der Blase dürfen wir diese Gefahr zu verhindern suchen, sondern durch die praeecise Vereinigung der Blase, die wir dann an ihren natürlichen Platz zurück versenken. Was sichert den Erfolg der Blasennaht? In erster Linie dass die Blase thunlichst aseptisch sei. Dies ist schwer, aber immerhin erreichbar. Gleich wichtig ist es, dass die Nähte in des Wortes strengster Bedeutung vollkommen sein. Nebst vollkommener Aseptik ist die Vereinigung der Blase nur dann eine wirklich gute, wenn aus der prall gefüllten Blase nirgends Flüssigkeit heraussickert. Ob die Naht in ein, zwei oder drei Etagen gemacht wird, ist gleichgültig und muss dem Operateur anheimgestellt bleiben; als Nähmaterial ist die Seide unentberlich. Ich mache stets Knopfnähte; bei diesen muss jedoch nebst Aussehlsung der Schleimhaut noch auf zwei Umstände Acht gegeben werden, erstens darf mit den s. g. Sicherungs-Nähten kein so breites Stück eingefasst werden, dass die Blase hiedurch faltig wird, zweitens dürfen die Nähte nicht spannen.

Das Hauptargument der Anhänger des hohen Blasenschnittes ist der, dass nach der Litholapaxie Sand zurückbleiben kann, um den sich dann ein neuer Stein bildet. Doch auch bei dem Blasenschnitt kann, falls keine prima reunio zustande kommt, vom Nähmateriale etwas in die Blase gelangen und zum Kerne eines neuen Steines werden; und selbst bei der prima reunio ist es nicht ausgeschlossen, dass von der Seide etwas in die Blase fällt und den Impuls zur Bildung eines neuen Steines giebt. So geschah dies bei einem 12 Jahre alten Knaben, den ich mit hohen Blasenschnitt operierte, wo trotz idealer Heilung der Blasenwunde, zwei Nähte, innerhalb eines Jahres, in die Blase gelangten und zum Kerne eines neuen Steines wurden.

Der eine Stein wog 0.065 grm.; der zweite 0.08 grm.; in

beiden fand sich in der Mitte die geknüpfte Seide vor. Das erste Stück wurde aus der Harnröhre entfernt, nachdem sich bei dem Knaben cystische Erscheinungen zeigten; das zweite wurde spontan entleert.

Ähnliche Fälle sind meines Wissens in der Literatur 7 beschrieben, dies wäre der achte; und was beweisen diese Fälle? Nichts anderes, als dass das Hauptargument der Gegner der Litholapaxie in sich zusammenfällt, da wir sehen, dass ebenso wie bei der Lithotrypsie der zurückgebliebene Sand — den wir aber gleich nach der Operation zu entdecken imstande sind, — die Veranlassung zur Bildung eines neuen Steines abgeben kann, bei der Blasennaht die in den Blasenraum gelangte Seide ebenso eine neuere Steinbildung zufolge haben könne.

Nach alledem müssen wir folgenden Standpunkt einnehmen: Die Ausführung der Sectio alta ist eine gefahrlose, sie ist in ihrem Heilverlaufe besser und rascher, als jede andere Steinoperation, dennoch kann dem hohen Blasenschnitt der erste Platz nicht eingeräumt werden, da die Blasennaht zur Neubildung eines Steines Veranlassung geben kann.

Protocolle

Über die ärztlichen Fachsitzungen der ärztlich-naturwissenschaftlichen Section des Siebenbürg. Museum-Vereins.

Vorsitzender: Prof. JOSEF BRANDT.

Schriftführer: DR. JULIUS FILEP.

VII. Fachsitzung am 27. October 1900.

1. Prof. Thomas MARSCHALKÓ demonstriert:

a) Einen Fall von *Syphilis maligna* und erörtert den Unterschied zwischen dieser und der *Syphilis gravis*. Eine Form der letzteren ist auch die *Syphilis praecox* oder *galopante*, wo eine Recidive der anderen folgt und wo schon sehr bald nach der Infection tertäre, gummöse Efflorescenzen auftreten. Die *Syphilis maligna* dagegen ist dadurch charakterisiert, dass das Leiden einerseits von rascher Abmagerung, Fieber, Kachexie u. s. w. begleitet wird, anderseits, dass sehr frühe schon eigenartige, schnell umsichgreifende jedoch oberflächliche Geschwüre an der Haut entstehen, die sich aber schon klinisch von den zerfallenen Gummata unterscheiden, weshalb diese Form der Syphilis nach *Haslund* auch *Syph. ulcerosa secundaria* genannt wird. Der Zerfall des spezifischen Infiltrates dieser Geschwüre erfolgt so rasch, dass wir die Infiltration selbst gar nicht wahrnehmen, sondern nur die eingetrockneten, austernschalenähnlichen Auflagerungen. Das Quecksilber wirkt bei dieser Form der Syph. nicht immer gut, mitunter thut es jedoch Wunder; zumeist sind nebstbei Roborantien, Zittmann- und Badekuren nöthig. Die Prognose ist quo ad vitam eine gute, da das Leiden, wenn auch häufig nach Jahren heilt. Der demonstrierte Patient V. J. ist 32 Jahre alt. Ueber die Infection weiss er nichts anzugeben. Vor 2 Monaten ergriffen die Geschwüre die ganze Haut, es stellte sich Fieber, Abmagerung, Kachexie ein. Vor 5 Wochen wurde er auf die Klinik aufgenommen und bekam hier 2 Sublimat-Injectionen (à 0.05 gr.). Unguent. hydrarg. c. resorbino 4 Touren à 3 grm. Kapseln. 24 Flaschen Zittmann-Decoc. Seitdem hat Pat. um 5 Kilo zugenommen, die Stelle der Geschwüre sind nur mehr durch oberflächliche Narben und schmale Flecken angezeigt.

b) M. K. 40 Jahre alt mit einem den ganzen Thorax und das ganze Abdomen einnehmenden *tubero-serpiginoso-ulcerösen Syphilid*. Ueber die Infection keine Daten. Die Efflorescenz begann vor 5 Jahren in der Gegend des

Nabels und greift seitdem schlangenförmig, in der Mitte abheilend, weiter. Seit seiner Aufnahme machte er 3. Touren Einreibungen, bekam 3 grm. Jodkali pro die, local Emplastr. hydrarg. Zunahme 6 Kilo, die Efflorescenzen sind nahezu vollkommen geheilt.

c) Einen 40 Jahre alten Mann, mit einem faustgrossen, von der T.bia ausgehenden *exulcerierten* Gumma. Von der Infection weiss er nichts, antilueticisch wurde er nie behandelt. Die unmittelbare Veranlassung des Auftretens des Gumma war ein Hufschlag. Therapie: Inunction, Jodkali, auf die geschwürgen Stellen Calomelpaste, auf die infiltrierten Knochenränder Quecksilberpflaster. Das Leiden ist im Heilen begriffen.

d) Einen 45 Jahre alten Landmann mit *multiplen* aus der Tiefe hervorbrechenden *Gummata*, an der linken Tibia. Anamnese negativ.

2. Prof. MARSCHALKÓ hält einen Vortrag: *Einige Worte über die Prophylaxe der venerischen Leiden, speciell des Trippers.*

IX. Fachsitzung am 24. November 1900.

1. Professor K. HOOR stellt einen Kranken mit *epithelialer Xerose*, *Irisringel*, *Glaskörpertrübungen* und *Linsenluxation* am l. Auge vor. Die Linse hängt oben noch mit der Zonula zusammen. Am rechten Auge so ziemlich die selben Veränderungen, nur ist hier die trübe Linse vollkommen abgetrennt und kommt bei Bewegungen des Auges bald nach vorwärts, bald sinkt sie wieder in den Glaskörperraum.

2. Dr. S. BORBÉLY hält einen Vortrag: *Sichert der hohe Blasenschnitt gegen Recidive?* (Siehe Revue Seite 60--62.)

Discussion: Dr. K. HÖNCZ bemerkt, dass die Litholapaxie als selbständige Operation ihre vollkommene Berechtigung habe, von der er an der Klinik Prof. BRANDT's ideale Erfolge sah. Wiederholt wurde die Operation an ambulanten Kranken und solchen aus der Provinz gemacht und verliessen sie nach der Operation geheilt die Klinik; weder diese, noch andere Kranke stellten sich mit einer Recidive ein; allerdings ist die Zertrümmerung und das Auswaschen einer sehr schwere Operation, die sehr viel Erfahrung und ein feines Tastgefühl erfordert.

Dr. HEVESI meint, Vortragender habe die aufgeworfene Frage, inwieferne nämlich der hohe Blasenschnitt vor Recidiven sichert, nicht gehörig erörtert. Vergleichen wir die *Sectio alta* mit der Litholapaxie, so muss letztere für ein vollkommeneres, idealeres Verfahren angesehen werden, da es nahezu allsogleich den gesunden Zustand herstellt. Freilich ist die Litholapaxie eine Kunst, zu deren Ausführung selbst eine grosse Uebung nicht genügt; dazu ist angeborenes feines Gefühl und manuelle Geschicklichkeit erforderlich. Sind diese Bedingungen vorhanden, so können Steine von bedeutender Grösse und solche von hoher Härte zertrümmert werden; selbst in Diverticeln sitzende können herausgehoben und zermalmt werden. Allerdings bleiben noch immer solche Fälle, bei denen der Blasenschnitt, sagen wir der hohe Blasen-

schnitt der Zertrümmerung überlegen ist. So beispieleweise, wo die Enge der Harnröhre das Einführen des Instrumentes verhindert, oder wo der Stein den Blasenraum derart ausfüllt, dass zwischen ihm und der Blasenwand nicht genügend Raum für die Manipulation mit dem Instrumente übrig bleibt, oder wenn ein runder Stein ständig dem Instrumente entchlüpfpt. Dass der Blasenschnitt eine leichtere Operation ist als die Zertrümmerung, ist ein individueller Grund. Beziiglich der Recidiven sprach Vortragender von zwei Momenten, von der harnsauerer Diathese und von dem Hineingelangen von Nähten in die Blase. Es frägt sich jedoch ob wir berechtigt sind, in Fällen, in denen sich der Stein nicht um einen Fremdkörper herum neubildete, einzig die Diathese zu beschuldigen? Mit welchem Instrumente immer wir den Stein herausheben, kann doch ein kleines Stückchen desselben abspringen und in den Falten der Blase verschwinden. Die uneröffnete Blase kann nach der Zertrümmerung mittelst Auspumpen vollkommener von den Partikelchen befreit werden. Bei den s. g. diatherischen Recidiven muss auch an solche zurückgebliebene Steinpartikelchen gedacht werden, die den Kern zu neueren Ablagerungen bilden können. Was die in die Blase gefallenen Fäden betrifft, so brauchen wir dieselben nicht zu fürchten, wenn wir bei der Blasennaht das neuere Verfahren RAZUMOVSKY's anwenden, der die Blase mit zwei Silberdrähten vereinigt, deren Ende durch die Bauchwand herausstehen und nach einer gewissen Zeit entfernt werden können.

Prof. BRANDT: Er passe die Operation den Verhältnissen an und mache einmal die Lithotrypsie ein andersmal die Litholapaxie, oder den Blasenschnitt. Grosse Steine entferne er mittelst Blasenschnittes. Litholapaxien habe er 40 gemacht, Recidiven keine gesehen.

Dr. TURCSA glaubt, dass sich der jüngere Operateur eher den Blasenschnitt zu machen traue, da ihm noch das feine Gefühl mangelt, das zur Zertrümmerung nötig ist.

Dr. S. BORBÉLY: Docent Dr. Hösz hat meinen Vortrag missverstanden; ich wollte mit demselben ja eben beweisen, dass das Hauptargument der Anhänger des hohen Blasenschnittes, das Ausbleiben von Recidiven nicht unbedingt richtig ist.

Was die Bemerkung des Herrn Assistenten Dr. HEVESI betrifft, so hat RAZUMOWSKY die Blasennaht eben deshalb derartig modifiziert, dass sie entfernt werden könne, weil die Naht so nicht in die Blase fallen und keinen Anlass zu einer neuen Steinbildung geben kann. Auf die Bemerkung, dass nach der Seccio alta eine Recidive leichter zustande kommen könne als nach der Lapaxie, so möchte ich erwiedern, dass dem nichts im Wege steht, dass wir die Blase selbst mit einem Gebärmutterspiegel durchmustern können und uns leicht davon überzeugen können ob Bruchtheile zurückgeblieben sind, oder nicht. Meiner Ueberzeugung nach ist es viel leichter einen oder zwei sichtbare Steine in toto so zu extrahieren, dass keine Reste in der Blase zurückbleiben, als den nämlichen Stein in zahllose Partikelchen zerstückelt aus der Blase zu pumpen. Ich halte alle drei Typen der Blasenstein-Operation für berechtigt. In erster

Linie ist die Trypsie zu versuchen: ist diese undurchführbar, so kommt der Blasenschnitt an die Reihe; hier muss dann auf das Alter des Patienten Rücksicht genommen werden. Professor Kovács wies es nach, dass sich bei Patienten nach der Geschlechtsreife zum Dammschnitt deshalb schwere Phlegmonen gesellen können, da die Gebilde des Dammes, hauptsächlich dessen Venen viel entwickelter und zahlreicher sind, als vor der Geschlechtsreife, es werden viele Venen durchschnitten und die Infectionsgefahr wird daher eine grössere. Der Dammschnitt ist daher vor der Geschlechtsreife indiziert, nach derselben die Lapaxie und kann diese nicht durchgeführt werden, so muss die Sectio alta gemacht werden.

3. Assistent Dr. Desiderius MALOM demonstriert einen Dermoidsack des Ovariums, der von einem 21 Jahre alten Mädchen herrührt. Die Geschwulst bestand seit Jahren und veranlasste zuletzt bald vermehrte, bald unregelmässige Blutungen. Vor einem Jahre litt Patientin an einer Bauchfellentzündung muthmasslich durch die Geschwulst veranlasst.

Die Geschwulst war als manneskopf-grosse, prall-elastische Cyste fühlbar. In der Narkose wurde die Gebärmutter klein, retrovertiert gefunden, linkseitige Adnexe zeigen keine Veränderung, im vorderen Gewölbe nimmt das Kugelsegment der erwähnten Geschwulst vor der Gebärmutter Platz, am unteren Ende ein kleiner Knoten, der den Eindruck des Ovariums macht. Am 30. Okt. I. J. Entfernung der Geschwulst mittelst Bauchschnittes.

Der Dermoidsack in Formaldehyd aufbewahrt ist auch gegenwärtig trotz Schrumpfung manneskopf-gross; an seinem unteren Ende ein 2 cm. hoher Zapfen von der gleichen Peripherie, an dessen Ränder einige dunkelbraune Haare zu sehen sind. Sonst ist die Wandung glatt, an einzelnen Stellen mit graugelben Belag bedeckt; in der Gegend des Zapfen sind die Wände am dicksten, nirgend jedoch über einige Millimeter. Der Inhalt des Sackes war eine sehr dick-flüssige graugelbe, an der Lut rasch erstarrende Masse, in derselben grosse Fettropfen und einige Cholestearin-krystalle unter dem Mikroskop sichtbar; außerdem fanden sich noch frei im Sacke drei, mit Haut überzogene Zapfen vor, an denselben zusammen 15 Schneide, — vordere und hintere Mahlzähne, ferner in ein Knäuel zusammengeballte Haare. Sack und Inhalt betrug 900 grm.

Die Dermoide des Ovariums gehören unter die selteneren Geschwülste. VEIT theilt die Neugebilde des Ovariums in solche die aus dem Parenchym und dem Stroma entstehen und in gemischte Geschwülste ein und behandelt im Sinne WILMS die aus dem Parenchym entstandenen Dermoide und Teratome als ovulogene Geschwülste, ohne jedoch die von WILMS herrührende Benennung derselben als *Embryoma ovarii* beizubehalten. WILMS meint die Dermoide des Ovariums von solchen an anderer Stelle des Körpers vorkommenden streng unterscheiden zu müssen. Letztere wären rein Hautgebilde, während ersterer die Elemente aller 3 Keimblätter enthaltend, nur aus der Keimzelle entstehen könnten. Er sucht seine Behauptung auch durch klinische Erfahrungen zu stützen, dass nämlich die Dermoide des Ovariums in den seltensten Fällen angeboren, vielmehr gewöhnlich zwischen dem 20—40 Lebensjahr vorkommen.

BANDLER hält diese Geschwülste von den WOLFF-schen Körperechen und Gängen und von wässrigeschwemmtten embryonalen Keimen herrührend.

Die Dermoide sind im Grossen und Ganzen gutartige Geschwülste der Ovarien. Doch bieten die unangenehmen, ja häufig gefährlichen Complicationen, wie wiederholte Blutungen, Reizung des Peritoneums, Anlöthungen, Platzen des Sackes u. s. w. genügende Indication zum operativen Eingriffe, der umso gerechtfertigter erscheint, wenn man bedenkt, welch eigenthümlich grossen Hang diese Geschwülste zur Vereiterung besitzen, deren Ursache jedoch unbekannt ist. In unserem Falle gaben die wiederholten Blutungen, die schon einmal von der Geschwulst ausgegangene Bauchfellentzündung, Veranlassung zur Entfernung derselben.

Ob eine Ovarialcyste ein Dermoid ist, oder nicht, lässt sich mit Sicherheit kaum bestimmen. Die erwähnten Kennzeichen, wie das jugendliche Alter, die Blutungs-Anomalien, die Schmerhaftigkeit in der Geschwulst, das langsame Wachsthum, Anwachsungen an die Umgebung, Torsionen, können bei allen anderen Geschwülsten auch vorkommen; die teigartige Anfühlbarkeit fehlt in unserem Falle ebenfalls, einzelne härtere Partien in den Wandungen können zu Täuschungen Anlass bieten. Das KÜSTNER'sche Zeichen, dass nämlich die Geschwulst vor der Gebärmutter liege und von ihrem Platze herausgehoben, dorthin wieder zurück sinkt, ist meiner Meinung nach kaum des Erwähnens wert, denn jede andere Ovarialgeschwulst kann derartig gelegen sein und nimmt nach der Entfernung, ausgelassen, wieder ihren ursprünglichen Platz ein. Vielleicht könnte wie STRASSMANN es andeutet, mit Hilfe der ROENTGEN Strahlen eine sichere Diagnose gestellt werden, wenn es gelänge die Geschwulst zu durchleuchten, wo dann die dunklen Stellen im Bilde die Natur der Cyste verrathen würden.

Discussion. Dr. GENERSICH bemerkt er hätte den Fall vor der Operation gesehen.

Prof. BRANDT erwähnt die Schwierigkeit der Diagnose. Er besitze in seinem Museum eine gleich schöne Cyste. Thatsächlich sei das Wachsthum dieser Cysten ein langsameres; im Übrigen sei er auch der Meinung des Vortragenden.

4. Dr. Nikolaus JANCsó referiert über folgende Beobachtungen an der internen Klinik:

a) J. A. erlitt einen *Bruch der Schädelbasis* und verstarb an eitriger Meningitis. Obgleich das rechte Trommelfell nur Verdickung und Einziehung zeigte, wurde bei der Section die rechte Trommelhöhle mit Blut gefüllt gefunden. Von hier ging die Meningitis aus. Bei der Lumbalpunction waren im Eiter nur lanzenförmige Diplokokken mit Hülle sichtbar.

b) Demonstriert *Agarplatten aus dem Blute nach Milzpunction* geimpft, wo sich reiche Colonien des Staphylokokkus pyogenes aureus entwickelt hatten. Der Fall konnte klinisch nicht klargelegt werden; das Ergebniss der Milzpunction weist auf *Pyaemia occulta* hin; diese wurde durch die Section bestätigt.

c) Fieberkurven und Blutpräparate eines Falles von *Malaria apoplecti-*

formis. Schon der erste Paroxysmus ging mit Aphäsie und Haemiparesis einher; diese Erscheinungen gingen rasch zurück und kamen nicht wieder.

d) S. T. lag mit *Tetanus* an der Klinik und genas bei symptomatischer Behandlung. Als er im Begriffe stand die Klinik zu verlassen, fand man in der Haut der Ferse einen 1 cm. langen Dorn, aus dem virulente *Tetanus*-Bacillen gezüchtet werden konnten. Obgleich der Dorn, welcher den *Tetanus* verursachte im Organismus verblieben war, trat dennoch Genesung ein.

e) Einen Fall von *Periarteritis nodosa*.

IX. Fachsitzung am 15. December 1900.

1. Dr. N. JÁNCSÓ stellt einen Fall von *Melanosarcom* vor, bei dem zahlreiche Metastasen in der Haut und dem Bindegewebe sichtbar sind, die von einem, am rechten Fusse exstirpierten Melanosarkom ausgingen. Pat. hat ein pleuritisches Exsudat in welchem flache Epithel-Zellen und viel schwarzes Pigment gefunden wird. Melanin ist im Harn nachweisbar.

Discussion. Prof. BRANDT meint dass Metastasen beim Melanosarkom selten seien. Er errinere sich eines Nasenpolypen ähnlicher Natur, bei dem trotz 6 maliger Recidive, Metastasen nicht entstanden.

2. Prof. Karl Hoor hält einen Vortrag: „Ueber die sogenannte Schulkurzsichtigkeit“. (S. Revne Seite 49—59.)

3. Dr. Desiderius VESZPRÉMI: „Vergleich der Virulenz von *Tuberkulose*-Bacillen verschiedenem Ursprungs“. (Erscheint im nächsten Hefte.)

4. Dr. Julius FÜLER demonstriert Bakterien-Culturen zum Lehrzwecke conserviert.

REVUE ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESTITÓ“.

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN SECTION
DES SIEBENBÜRGISCHEN MUSEUMVEREINS.

*

I. ÄRZTLICHE ABTHEILUNG.

XXII. BAND. 1900.

(XXV. JAHRGANG.)

—
REDIGIRT VON:

Dr. DIONYSIUS SZABÓ.



KOLOZSVÁR, 1901.
BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAI.

INHALT DER REVUE.

	Seite.
Verwachsung des äusseren Muttermundes bei einer wiederholt Gebärenden von Dr. KARL ÁKONTZ	1
Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss einiger Medicamente auf die Ausscheidung der Galle und auf deren Zusammensetzung von Dr. SIGMUND JAKABHÁZY	4
Über die Strahlenpilz-Erkrankung (Aktinomykose) von Dr. EMERICH HEVESI	11
Untersuchung und Begutachtung eines neuen Wasserfilters von Dr. JULIUS FILEP	15
Rückenmarks-degenerationen bei perniöser Anaemie von Dr. D. VESZPRÉMI	18
Über die Wirkung des Heroin von Dr. JOSEPH JACOBI	23
Verhärtung im Ammons-Horn in einem Falle von Epilepsie, von Dr. D. VESZPRÉMI	30
Über die baktericide Wirkung des „Chininum lygosinatum Fabinyi“ von Dr. JULIUS FILEP	32
Über die sogenannte Schulkurzsichtigkeit vom Prof. Dr. KARL HOOR	49
Sichert der gegen Stein vorgenommene hohe Blasenschnitt gegen Recidive von Dr. SAMUEL BORBÉLY	60
Protocolle der ärztlichen Fachsitzungen	35
" " " " "	63



Kivonat az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának ügyrendjéből.

1. S. Az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának alszakai: I. Orvosi szak, II. Természettudományi szak.

15 § A szakosztály folyóirata: Értesítő az E. M. E orvos-term-tud. szakosztályából címen évente 3 orvosi, 3 természettudományi és az esetleges népszerű estélyekről kiadott több füzetben jelenik meg és tartalma-za: azokat az értekezések, melyek az E. M. E. orvos-term-tud. szakosztályának szakülési előkerülnek, továbbá az esetleges népszerű előadásokat és a magyar orvosi és természettudományi szakirodalomban évről-évre megjelenő önnálló dolgozatoknak névjegyzékét, valamint a szakosztály ügyeire vonatkozó apróbb közményeket. Mindez legalább kivonatban közli az Értesítőnek „Revue“-je, német vagy egyéb világnyelven.

18. §. Az Értesítőben megjelent értekezésekért tiszteletdíj jár, mégpedig:

a) A népszerű előadás tiszteletdíja 35 frt, mely összeg csak a kérirat benyújtása után adatik ki; ezenkívül 25 különlenyomatra tarthat igényt a szerző.

b) A szakdolgozatok nyomtatott ívének tiszteltdíját a választmány határozza meg a viszonyok szerint és az Értesítő bo既éjkján közli.

c) Egy-egy értekezésből 2 ívnél több ném díjazható; ha pedig valamely értekezés 3 ívnél többre terjedne, ezen többlet nyomdai költsége az illető szerzőnek 2 ív után járó tiszteletdíjjából levonatik.

d) A szakdolgozatok és népszerű előadások csak azon esetben díjaztatnak, ha a szakosztály Értesítőjében jelennek meg először.

e) Különnyomatok csak a szerzők költségére adhatók ki. Áruk a szerző tiszteletdíjból levonatik, kivéve az a) alatti esetet.

Tudnivalók.

A szakosztályi tagdíjak az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának titkárához, dr. **Jakabhaúz Zsigmondhoz** (Libuezgáti-utca 4. sz.) küldendők be.

(Új tagok az Értesítő 1876., 1877., 1878-ki folyamának egyes füzetek példányait egy-egy forintért, az 1883—1895-ki folyamokat két-két forintért a titkári hivatal útján megszerezhetik.

Az Erdélyi Múzeum-Egylet kiadásában megjelent egy hátrahagyott műve
Herbich Ferenc drnak: *Paläontologai adatok a romániai
Kárpátok ismeretéhez*. I. A Dambovitia forrásvidékének krétekép-
zödményei, 17 könyomatú táblával, magyar és német nyelven. E
munka bolti ára 1 frt 50 kr., az egylet tagjainak azonban csak 1 frt, mely
összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőknek.

Az „Értesítő“ ben megjelent szakdolgozatok egy nyomtatott ívnek tiszteletdíja 24 forint, a petittel szedett közleményeké ellenben 32 forint, mely tiszteletdíj a dolgozat megjelenése után adatik ki.

A külön lenyomatok ára (lapszámozva, borítékkal, fűzve) a következőre van szabva:

25 pěldány $\frac{1}{4}$ ives.....	1 frt 25 kr.	25 pěldiny $\frac{3}{4}$ ives.....	2 frt 75 kr.
50	1 frt 60 kr.	50	3 frt 80 kr.
100	2 frt — kr.	100	4 frt 95 kr.
25	2 frt — kr.	25	3 frt 50 kr.
50	2 frt 70 kr.	50	4 frt — kr.
100	3 frt 40 kr.	100	5 frt 40 kr.

Több íves fűzeteknél a második sat ívek 25% engedménnyel

100 peldányon felül, a második sat. 100 peldánynál meg külön 10%.
külön címlap: 25 pld. 1 frt. 50 pld. 1 frt 25 kr. 100 pld. 1 frt 75 kr.

NYILVÁNOS NYUGTATÓ.

Az orvos-természettudományi szakosztály tagjai közül tagdíjaikat befizettek:

1900-ra (Helybeliek): Höncz Kálmán dr., Büchler Ignácz dr., Bartha János dr., Frank-Kis István dr., Demeter György, Loki Béla dr., Pintér Pál, Novotni Endre, Scheitz Vilmos dr., Tompa János dr., Ajtai K. Albert, Parádi Ferenc dr., Orbók Mór, Meizner János dr., Páter Béla, Szentkirályi Ákos dr., Keresztély Lajos, Jakobi József dr., Filep Gyula dr., Genersich Gusztáv dr., Kolozsváry Sándor, Jancsó Miklós dr., Sigmund József dr., Nagy Lajos dr., Gálfy Endre dr., Pataky Jenő dr., Kerekes Gyula dr., Turcsa János dr., Állattani intézet, Kovács Béla dr., Borbély László, Reich Albert, Veress Vilmos dr., Ásványtani intézet, Rosenberger Mór dr., Székely Tibor, Hangay Oktáv, Széchy Ákos dr., Orient Gyula dr., Biró Béla, Boncztani intézet, Engel Gábor dr., Gámán Béla dr., Hegyi Mózes dr., Jancsó Ödön dr., Kórbonecztani intézet, Klug Lipót dr., Malom Dezső dr., Matusowsky András dr., Merza Lajos, Mezey Sándor dr., Perl József, Pfeiffer Péter dr., Strobl Willibald dr., Szolga Ferencz, Szombathelyi Gábor dr., Szvaesiña Géza, Unitárius collegium, Wettenstein József dr., Veszprémi Dezső dr. — (*Vidékiek*): Réczey Imre dr., Hanasziewicz Oszkár dr., Győrfy István, Beregszászi áll. főgymnasium, Jahn Károly dr.

1901-re (Vidékiek): Ferenczy István, Farnos Árpád dr., Szentkirályi Géza dr., Marosán György, Fehér Dávid dr., Kósch Árpád, Szontágh Adolf dr., Székely-udvarhelyi ev. ref. collegium, Orlovszky István, Daday Vilmos dr., Ajtay Endre dr., Boér Jenő dr., Réczey Imre dr.