

16. v. Gräfes Arch. Bd. 73. S. 77.
17. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 47. Jahrg. II. S. 302, 382, 533.
18. Mitteilungen aus der Augenklinik zu Stockholm. H. 10. S. 41.
19. St. Petersburger med. Wochenschr. No. 43.
20. Berliner klin. Wochenschr. No. 26.
21. Arch. f. Augenheilk. Bd. 64. S. 165.
22. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 47. Jahrg. II. S. 594.
23. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. No. 6.
24. Arch. f. Augenheilk. Bd. 64. S. 29.
25. v. Gräfes Arch. Bd. 71. S. 175; Bd. 73. S. 184.
26. Berliner klin. Wochenschr. No. 21.
27. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 47. Jahrg. II. S. 721.
28. Arch. f. Augenheilk. Bd. 64. S. 259.
29. v. Gräfes Arch. Bd. 71. S. 573.
30. Münch. med. Wochenschr. S. 1101.
31. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 47. Jahrg. II. S. 443.
32. Arch. f. Augenheilk. Bd. 64. S. 344.

Gesellschaftsberichte.

Berliner ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Mai 1910.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr *Fehr* 2 Fälle: 1. einen nach *Krönlein* operierten Fall von **Lymphangioma orbitae**, dem, abgesehen von einer leichten Abducensparese, seine sämtlichen Funktionen erhalten blieben; 2. einen durch Trepanation geheilten Fall von **Stauungspapille**.

Herr *Halben* zeigt eine **Cataracta Morgagniana**, in der sich ein dunkelbrauner Kern in einer dickbreiigen kreidigen Corticalis je nach den Kopfbewegungen hin und her bewegte.

Alsdann nimmt Herr *Thorner* das Wort zu einem Vortrage über „**Die Grenzen der Sehschärfe**“.

Nach Besprechung der verschiedenartigen Ergebnisse, zu denen teils die subjektive Prüfung vermittels Sehproben, teils die anatomische Untersuchung der Sehelemente geführt hat, stellt *T.* die Frage, wodurch eigentlich die letzte Grenze für die Sehschärfe des Auges gegeben ist. Er sieht diese in den Beugungserscheinungen, die durch die Pupille erzeugt werden. Während schon von anderen Untersuchern diese Frage theoretisch erörtert worden ist, sind jedoch Folgerungen für die Sehprüfungen daraus nicht gezogen worden, weil es an praktischen Versuchen über den Einfluss der Beugung gefehlt hat und diese Frage theoretisch sehr schwer zu entscheiden ist. *T.* stellte seine Versuche an den verschiedenen gebräuchlichen Sehproben, die er auf photographischem Wege verkleinert hatte, mit einer Probetafel an, bei der sämtliche Proben das zu erkennende Intervall unter dem gleichen Winkel zeigten, und betrachtete diese Tafel mittels eines Fernrohrs, wodurch die Fehler des beobachtenden Auges ausgeschaltet waren. Durch einen regulierbaren Spalt konnte er messen, eine wie grosse Pupillenöffnung für die Erkennung der einzelnen Proben notwendig war. Am leichtesten verschwinden schmale Linien, am schwersten die Punktproben. Es ergibt sich einerseits daraus, dass ein reines Urteil über die Auflösungs-fähigkeit des Auges nur durch Beobachtung von schmalen hellen Linien gegeben wird, andererseits, dass zu einer Sehprüfung über höhere Grade von Sehschärfe die Pupillenweite berücksichtigt werden muss. Z. B. gehört zu einer dreifachen Sehschärfe schon eine Pupillenweite von mindestens 5 mm, die bei Tageslicht wohl kaum überschritten werden dürfte.

Herr *Levinsohn* spricht dann „Ueber den Einfluss der äusseren Augenmuskeln auf den intraokularen Druck“.

L. weist zunächst auf die Tatsache hin, dass die von den bekanntesten Myopietheorien gemachte Voraussetzung, nach welcher das Auge bei der Naharbeit durch die äusseren Augenmuskeln unter einen erhöhten Druck gesetzt und dadurch allmählich ausgedehnt wird, durch die zur Zeit vorliegenden Untersuchungen keine genügende Unterstützung erfährt. Er berichtet dann über einige manometrische Untersuchungen an Katzen, aus denen hervorgeht, dass sowohl bei direkter wie bei indirekter (Reizung der Nerven an der Schädelbasis) Muskelreizung Drucksteigerung nur bei kräftigen Bewegungen des Auges auftritt und dass an dieser Drucksteigerung noch andere Faktoren, sowie Kontraktion der glatten Orbitalmuskeln, der Vasomotoren und der Vasodilatatoren sehr wesentlich beteiligt sind. Ausserdem hat Vortragender noch am lebenden Menschen mittels des *Schiötz*-schen Tonometers festgestellt, dass sowohl bei der Konvergenz als auch in allen anderen Blickrichtungen niemals die geringste Drucksteigerung sich bemerkbar macht. Die von der obigen Voraussetzung ausgehenden Muskeltheorien haben sich daher als falsch erwiesen und dieses umsomehr, als die bei der Myopie auftretenden anatomischen Veränderungen in direktem Gegensatz zu den durch intraokulare Drucksteigerung hervorgerufenen Veränderungen stehen.

In der Diskussion weist Herr *Halben* darauf hin, dass er bei intendierten Bewegungen sehr wohl Drucksteigerungen gefunden habe und dass zwangsweise Führung, wie sie beim Lesen vorkäme, noch etwas anderes wäre, wie die freie Bewegung der Augen in den *Levinsohnschen* Versuchen.

Zum Schlusse spricht Herr *Paderstein* „Ueber Splitter in der Linse ohne Starbildung und ihre Bedeutung“.

In zwei Fällen eigener Beobachtung trat 4 bzw. 8 Wochen nach dem Eindringen des Splitters Starbildung auf. In einem dritten Fall sass ein hakenförmiger Splitter von ansehnlicher Grösse 7 Jahre reizlos in der Iris und Linse. Auch im Anschluss an die mit der Pinzette vorgenommene Entfernung trat während der Beobachtungsdauer ($\frac{1}{2}$ Jahr) keine Totalkatarakt auf.

P. rät, bei normalem zweitem Auge den Versuch der sofortigen Entfernung des Splitters auf seinem Eintrittswege vorzunehmen, da die dauernde Einheilung der Splitter ohne Starbildung die seltene Aufnahme, das Klarbleiben der Linse bei der sofortigen Entfernung nicht völlig ausgeschlossen sei. Bei abwartendem Verhalten bestehe die Gefahr, dass das Auge nach allmählicher schmerzloser Erblindung durch Auftreten von Glaukom der rechtzeitigen Entfernung entzogen wird.

Gelingt die Entfernung auf dem Eingangswege nicht, so ist ein Versuch mit der von *Elschnig* neuerdings angegebenen Methode der Entfernung in zwei Zeiten mit Hülfe einer artifiziellen peripheren radiären Disziisionswunde angezeigt.

Sitzt der Splitter reizlos in der klaren Linse eines funktionsfähigen Arbeitsauges bei Amblyopie oder Aphakie des anderen, so kann ohne Gefahr abgewartet werden.

Herr *Fehr* bemerkt in der Diskussion, dass er gleichfalls ein Stationärbleiben der Katarakt nach Extraktion beobachtet habe.

Herr *Gutman* meint, dass auch noch nach $\frac{1}{2}$ Jahr die Linse sich trüben könne.

Herr *v. Michel* stimmt dem zu.

C. Adam-Berlin.