

Mißbildung.

Davis (Wisconsin) hat Kaninchenmütter mit Linsensubstanz und Uvealpigment vorbehandelt, um bei den Jungen **Mißbildungen** an den Augen zu erhalten. Die Resultate waren bis auf einen Fall negativ.

Fracassi (Arezzo): **Hydrophthalmus und Augenkolome** bei weißen Kaninchen, deren Vater an Tuberculosis testiculi leidet. Von neun Jungen zeigten drei Hydrophthalmus bzw. Kolome der Iris, des Glaskörpers und des Sehnerven.

Ormond (London): **Die Ätiologie der Arachnodaktylie.**

In drei Fällen bestand als Augenkomplikation Ektopia lentis und Miosis. Die Krankheit ist auf endokrine Störungen in der Embryonalzeit zurückzuführen, ähnlich dem Kretinismus, Mongolismus usw.

Steindorff (Berlin) berichtet über einen Fall von **Arachnodaktylie** bei einem Mädchen mit abnormer Länge der Hände und Füße, Intelligenz normal. Auf beiden Augen besteht eine Subluxatio lentis, keine Miosis, Hintergrund normal. Der Großvater des Kindes hatte schon auffallend lange Hände und Füße.

Ophthalmologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 21. Oktober 1929.

Demonstrationen:

P. Kronfeld: **Akuter Glaukomanfall bei einer 28 jährigen Patientin fünf Tage nach Atropinskiaskopie.** (Erscheint ausführlich in der Z. f. A.)

Aussprache:

L. Sallmann: Der Vortragende nimmt zur Erklärung des Mechanismus der Drucksteigerung in diesem Fall das Zusammenwirken zweier Ursachen — die Enge des Kammerwinkels und eine vaskuläre Komponente — an. Es wäre daher zur Stütze dieser Annahme der Ausfall des *Seidelschen* Dunkelversuchs wichtig. Auch das Verhalten des Augendruckes bei Einwirkung bestimmter, die Hirn- bzw. Kopfgefäße in ihrer Weite beeinflussender Pharmaka (Amylnitrit, Koffein) könnte vielleicht Aufschluß bringen. Schließlich könnte der Senk- bzw. Stauungsversuch *Thiels* bei der jugendlichen Kranken angewendet und zur Deutung des Mechanismus herangezogen werden.

Kronfeld (Schlußwort): Der *Seidelsche* Dunkelversuch hatte bei der vorgestellten Patientin kein konstantes Resultat. In der großen Mehrzahl der Versuche fiel er völlig negativ aus. In manchen (10%) traten ganz leichte Drucksteigerungen auf. Der Einfluß von Amylnitrit und Koffein wurde nicht studiert. Die interne Untersuchung ergab jedoch ein äußerst labiles Gefäßsystem.

G. Guist demonstriert die beim Amsterdamer Kongreß gezeigte **Durchleuchtungslampe**. Sie besteht aus einer handregulierbaren Bogenlampe in

einem Gehäuse. Die zur Durchleuchtung benützten Strahlen treten durch eine Linse aus Hitze absorbierendem Glas und werden in einer kegelförmigen Hülse, in der Spitze des Kegels vereinigt. Um das Bogenlicht voll auszunützen, ist die Linse in kurzer Distanz vor dem Lichtkrater angewendet. Das zur Herstellung der Linse verwendete Glas ist so hitzebeständig, daß es auch nach stundenlanger Benutzung der Lampe nicht zerspringt. Mit dieser Anordnung fallen sämtliche Kühlvorrichtungen, wie Kühlkuvetten und Drahtnetze, weg. Die Lichtintensität ist durch die Anwendung eines Rheostaten innerhalb weiter Grenzen variierbar, so daß die Lampe für helle und dunkle Augen gleich gut verwertbare Resultate gibt. Die Verwendung dieser Lampe erstreckt sich nicht nur auf die Durchleuchtung der Augen, sondern auch auf die der Nebenhöhlen. Die Lampe wird von der Firma Zeiss hergestellt.

Aussprache:

A. Fuchs hat einen Konus an die *Heßsche* Lampe anbringen lassen, deren Lichtstärke in der Regel genügt.

G. Guist demonstriert einen **Lidhalter für intraokulare Operationen**. (Er scheint ausführlich in der *Z. f. A.*)

Aussprache:

K. Sajar bemerkt dazu, daß er ein am *Olahs*chen Lidhalter angebrachtes Knöpfchen seit mehr als einem Jahr bei den intrakapsulären Staroperationen fallweise angewandt hat. Eine Publikation dieses Knöpfchens erfolgte nicht, weil es bereits von *Orlando Pes* beschrieben wurde. Diese Art von Lidhaltern ist gewiß ein gutes Hilfsmittel, wenn keine genügend ausgebildete Assistenz zur Verfügung steht. Sie haben aber den großen Nachteil, daß bei etwas tiefliegenden Augen der Augendruck so erniedrigt wird, daß Blut ins Augeninnere angesaugt wird und das Herausmassieren der Reste bei Ausziehung aus der Kapsel sehr erschwert ist. Bei Zuhilfenahme eines guten Assistenten hält dieser mit einem *Desmarres*schen Halter das Oberlid ab, während das Unterlid mit dem Finger abgezogen wird. Man hat hier die Möglichkeit, je nach Bedarf die Lider stärker oder schwächer abzuziehen und mit Hilfe des Unterlides etwa eingesaugtes Blut oder die Starreste herauszumassieren.

H. Lauber demonstriert ein **neues Material zur Befestigung für Kupfer- und Alaunstifte**. Dieses Material — Ambrasit genannt — wird von gewöhnlichen Säuren nicht angegriffen.

Mitteilung:

K. Lindner: **Über die bisherigen Erfolge der Gouinschen Behandlung der Netzhautabhebung** mit Demonstration von sieben bis jetzt geheilt gebliebenen Fällen.

Lindner bespricht nochmals die wesentlichsten Einzelheiten seiner Lokalisationsmethode auf Grund der bisherigen Erfahrungen. Weiter zeigt und bespricht er sieben Fälle von bis jetzt geheilt gebliebener Netzhautabhebung, von denen der älteste nahezu ein Jahr alt ist, der jüngste (ein nichtklinischer Fall) erst vor einem Monat operiert wurde. An der Hand der einzelnen Fälle wird mit Benutzung von Skizzen gezeigt, daß nur dann eine Heilung der Abhebung zu erwarten ist, wenn die perforierende Kauterisierung den Riß wirklich getroffen hat und der Riß verheilt.

Vom 1. November 1928 bis Ende Juli 1929 kamen an seiner Klinik 21 Fälle von Netzhautabhebung zur Beobachtung. Mit Zurechnung eines Falles, den er Prof. *Meller* verdankt, sind es 22. In 15 dieser Fälle waren Risse oder Löcher festgestellt worden. Davon bei zweien ein Loch in der Makula, bei einem zwei sehr ausgedehnte Risse. In diesen drei Fällen wurde die *Goninsche* Behandlung nicht versucht. Von den restlichen zwölf Fällen kamen sieben zur Heilung, davon ist aber bis heute ein Fall rezidiv geworden.

(Erscheint ausführlich in der Z. f. A.)

Auf Antrag *Mellers* wird die Diskussion auf die spätere Sitzung verschoben.

Berliner augenärztliche Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Oktober 1929.

Bericht von

Dr. ROSENBERG.

Joßmann a. G. demonstriert einen Fall von **echter Dyslexie** mit Filmvorführungen. Die Störung des Lesens beruht nicht auf einer Störung des optischen Apparates. Die Augenorgane, Sehnerv, Netzhaut und Augenmuskelapparat sind vollkommen intakt. Es handelt sich um eine Störung der räumlichen Gliederung. Es werden die Symbole, die Textzeichen richtig erkannt, aber es besteht die Unfähigkeit, die Anordnung der Worte so zu erfassen, wie es textlich notwendig ist. Daß es sich um eine Störung der räumlichen Gliederung handelt, kann man an den Augenbewegungen beim Lesen erkennen. Während beim Normalen die Rückbewegungen des Auges beim Lesen einer gewöhnlichen Zeile drei- bis viermal erfolgen, sind die Augenbewegungen hier ganz ungleichmäßig abgewandelt, mit rückläufigen Bewegungen und doppelten Rückbewegungen, wie sie beim Normalen nicht vorkommen.

Je länger die Prüfung dauert, um so stärker treten die unregelmäßigen Bewegungen auf und desto schlechter wird das Lesen. Nach Ruhepause wieder Besserung.

Der Sitz der Krankheit liegt im Okzipitallappen (Embolie).

Auf Anfragen von *Comberg*, *Abelsdorf*, *Krückmann*, *Bücklers* führt *J.* weiter aus: Der Patient hat das Gefühl der Unsicherheit beim Zielen auf einen Punkt. Die kongenitale Leseschwäche bei Kindern soll auf einer mangelhaften Entwicklung der Lesezentren beruhen. Die Leseschwäche bleibt dauernd gleich, während bei der Dyslexie die Zunahme der Lesestörung beim Lesen charakteristisch ist. Der Augenmuskelapparat weist keine Störung auf. Es ist auch stereoskopisches Sehen vorhanden. Es wird Einseitigkeit des Zentrums angenommen.