

III.

Bericht über die holländische ophthalmologische Litteratur
des Jahres 1903.

(2. Semester.)

Von

Dr. G. J. SCHOUTE und Prof. Dr. W. KOSTER Gzn.
in Amsterdam. in Leiden.

M. R. = Medische Revue.

M. W. = Medisch Weekblad.

N. T. G. = Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Die mit * versehenen Nummern werden weiter unten referiert.

1. *Amstel, P. J. de Bruïne Ploos van, Ophthalmia neonatorum. M. W. S. 189.
2. *Bijlsma, R., Onze zintuigen (Unsere Sinnesorgane). Amsterdam, F. van Rossen.
3. Blaauw, E. E., Brillenglazen en monturen (Brillengläser und Gestelle). M. W. S. 161.
4. *Bouvin, M. J., Pemphigus conjunctivae. N. T. G. II. S. 969.
5. DURING, C. P., Skiaskoop. N. T. G. II. S. 976.
6. *Dyckmeester, H., Een geval van gepigmenteerde papilla nervi optici (Ein Fall von pigmentierter Sehnervenpapille). N. T. G. II. S. 82.
7. *Elias, J. Ph., De pupilreflexen (Die Pupillenreflexe). M. W. S. 334, 361, 387 und 449.
8. *Faber, E., Papilla conica. N. T. G. II. S. 960.
9. *Geuns, J. R. van, Vena optico-ciliaris. N. T. G. II. S. 950.
10. *Derselbe, Arterielus in het glasvocht (Arterienschlinge im Glaskörper). N. T. G. II. S. 951.
11. *Haafden, A. W. van, Over de beteekenis der staphylococcen voor het ontstaan der ophthalmia scrophulosa s. eczematosa (Die Rolle der Staphylokokken in der Erzeugung der Conjunctivitis scrophulosa s. eczematosa). Inaug.-Diss. Amsterdam.
12. *Haas, H. K. de, Lichtprikkels en retinastroomen in hun quantitatief verband (Die quantitative Beziehung zwischen Lichtreizen und Netzhautströmen). Inaug.-Diss. Leiden.
13. *Hazewinkel, C., Siderosis bulbi. N. T. G. II. S. 964.
14. Derselbe, Een familie met epicanthus en ptosis (Eine Familie mit Epicanthus und Ptosis). N. T. G. II. S. 953.
15. Hildesheim, E., De blik onzer oogen (Der Blick unsrer Augen). Populäre Angeskundkunde. Groningen, van der Klei.
16. *Lechner, C. S., Aangeboren woordblindheid (Angeborene Wortblindheit). N. T. G. II. S. 235.
17. Mulder, M. E., Inrichting voor ooglijders te Groningen (Augenklinik in Groningen). Bericht für 1902.
18. *N. N., Spaart uwe oogen (Schont die Augen). Rotterdam, C. Moser.
19. Nicolai, C., J. L. A. Kremer als oogarts. N. T. G. II. S. 953.
20. *Noyon, J., Carcinoma parotidis en de gevolgen daarvan (Carcinoma parotidis und dessen Folgen). N. T. G. II. S. 965.

21. *Peeters, Bestaat er glaucoma door gemoedsaandoening veroorzaakt? (Gibt es ein Glaukom, verursacht durch Gemütsregung?). M. W. S. 394.
22. *Pinkhof, H., Gezonde oogen (Gesunde Augen). Amsterd., F. van Rossen.
23. Pulle, A. W., Het onderzoek naar het kleuronderscheidingsvermogen bij de Kon. Ned. Marine (Die Untersuchung des Farbensinnes bei der Königl. Niederländ. Marine). (Komisch-polemischen Inhalts.) M. W. S. 196.
24. *Rochat, G. F., Sympathische Ophthalmie. N. T. G. II. S. 969.
25. *Ruys, J. A., Acute dubbelzijdige abducensparalyse (Akute, doppel-seitige Abducenslähmung). N. T. G. II. S. 1405.
26. *Salomonson, J. K. A. Wertheim, Ulcus rodens en X-stralen (Die Behandlung des Ulcus rodens mittelst X-Strahlen). N. T. G. II. S. 642.
27. Schoute, G. J., Een geval van cinchonine-intoxicatie (Ein Fall von Cinchonin-Intoxikation). N. T. G. II. S. 25. (In dieser Zeitschrift erschienen.)
28. *Derselbe, Enophthalmus. M. R. S. 481.
29. Snellen, H. Sr., Oogheelkundige verslagen en bijbladen No. 44 (Berichte über 1902 aus verschiedenen holländischen Augenkliniken. Utrecht, Boekhoven.
30. *Stark, W. A., Hoe herkent men oogziekten bij kinderen (Wie erkennt man Augenkrankheiten bei Kindern?). Arnhem, Gouda Quint.
31. *Straub, M., Gezichtszwakte door niet-gebruik (Schwäche durch Nicht-Gebrauch). N. T. G. II. S. 590.
32. *Derselbe, Het mes van Taylor bij oogoperaties (Das Taylorsche Messer für Augenoperationen). N. T. G. II. S. 634.
33. *Vries, W. M. de, Een geval van aangeboren oogmisvorming (Ein Fall von angeborener Missbildung des Auges). N. T. G. II. S. 585.

De Vries (33) berichtet über ein Auge, welches enukleiert worden war, weil ein sich vergrößernder weisser Kegel auf der Linsenhinterfläche für Gliom imponiert hatte; aus diesem Kegel zog ein feiner Faden zum N. opticus (s. vorigen Bericht). Das Auge hatte unten medial ein Coloboma iridis, von dessen unterer Spitze ein bald geteilter Fortsatz nach der Linsenhinterfläche zog; auch von dem Ziliarkörper zogen drei solche Fortsätze nach der nämlichen Stelle. Sie waren endwegs von einem Netzhautausläufer bekleidet, sodass die Ora serrata sehr unregelmässig gebildet war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass einer dieser Stränge aus einer Duplikatur des inneren Blattes des Augenbechers bestand; ein anderer aus einer bindegewebigen Grundmasse mit doppelter Epithelbekleidung durch beide Blätter des Augenbechers, also ein verlängerter Processus ciliaris. Die Stränge, welche aus dem Colobom kamen, stellten die unmittelbare Fortsetzung des Corpus ciliare vor: hier also fanden sich die beiden Netzhautblätter auf der Hinterseite der Stränge. (Diese Besonderheiten, sowie auch die übrigen Anomalien, welche im vorigen Berichte nur gestreift worden sind, sind deutsch ausführlich beschrieben in der anatomischen Zeitschrift „Petrus Camper“. II. Lief. 3. S. 269.) Sch.

Rochat (24) betont die Wichtigkeit der epithelioiden Tuberkeln als häufigen Befund in Augen, welche eine sympathische Ophthalmie entweder erregt oder erlitten haben. Wie verschiedene Autoren sah auch Verf. in der verdickten Aderhaut, im Ciliarkörper und in der Iris zahlreiche

stark tingierte einkernige Leukozyten und dazwischen zerstreut schwach gefärbte mit grossen ovalen Kernen; von Verkäsung niemals eine Spur. Aus den in der Literatur niedergelegten Fällen und aus den eigenen Beobachtungen geht hervor, dass man diese Veränderungen nur in den frühzeitig enukleierten Augen findet und wenn die Entzündung eine sehr bösartige war. Er reiht dieselben den infektiösen Granulomen mit unbekanntem Kontagium an. Bei der nicht-sympathisierenden Cyclitis hat man solche Veränderungen nie gesehen. — Wegen der Seltenheit der Ätiologie verdienen unter Verfassers Fällen von sympathischer Ophthalmie besondere Erwähnung ein Fall nach Panophthalmie und Phthisis bulbi und ein anderer nach Kalkverätzung. Sch.

De Haas (12) hat nach verschiedenen Richtungen Versuche über die elektrischen Ströme im Froschauge angestellt. Zur Erzeugung derselben durch Lichtreize (Aktionsströme) brachte er das Auge in einen Dunkelkasten, welcher an einer Seite mit einem Schirme aus Seidenpapier versehen war; das letztere konnte durch das Licht einer Lampe diffus beleuchtet werden, welches mittelst einer Konvexlinse auf das Seidenpapier gesammelt wurde. Eine Irisblende kurz vor der Konvexlinse ermöglichte es, die Beleuchtung des Seidenpapiers abzustufen, ohne die Grösse der bestrahlten Fläche zu ändern. Weil nun die beleuchteten Teile des Schirmes den Lichtreiz für das Auge bildeten, war dadurch erreicht, dass die Netzhaut immer ein gleich grosses Bild mit wechselnder Lichtintensität erhielt. Die Dauer der Beleuchtung wurde reguliert durch Scheiben mit ausgeschnittenen Sektoren, welche kurz vor der Lampe drehten. Ohne Beleuchtung war die Einrichtung zur Messung der Ruheströme geeignet. — Als Elektroden wurden solche aus feinen Tondrähnen, in NaCl getränkt, am besten befunden. — Von dem Ruhestrom sei erwähnt, dass Verf. denselben um so stärker fand, je näher der Lamina cribrosa die eine Elektrode aufgesetzt war (am liebsten auf der Lamina) und je näher der Hornhaut die andere. Eine negative Zone beim Äquator (Holmgren) wurde nur einmal konstatiert. Über die Aktionsströme sei mitgeteilt, dass dieselben nach momentaner Beleuchtung oft nicht weniger als 30" währten. Ein plötzliches Aufhören des Lichtreizes wirkt zwar viel schwächer, aber immer im gleichen Sinne als der Lichtreiz selber. — Wenn Verf. zwei Gegenstände beobachtet, welche verschieden stark beleuchtet und ungleich lange sichtbar sind, aber in dem Sinne, dass das Produkt aus Beleuchtungs-Intensität und Sichtbarkeits-Dauer für beide Gegenstände stets dasselbe ist, nimmt er immer zwei gleichgrosse Gegenstände wahr, solange die Sichtbarkeits-Dauer 0,04" nicht überschreitet: beim Froschauge aber folgte auf ein immer gleiches Produkt aus Beleuchtungs-Intensität und Reizdauer noch dieselbe photo-elektrische Reaktion, bis die letztere auf 8" gestiegen war. Eine solche lange Dauer gilt also für das Froschauge noch als Moment-Reiz; das wird auch dadurch bestätigt, dass die photo-elektrische Reaktion dieselbe bleibt, wenn man eine gewisse Reizstärke entweder ununterbrochen oder in Intermissionen anwendet, wenn nur die Dauer des Reizes 8" nicht übersteigt. Die Versuchsanordnung machte es möglich, den Einfluss der Adaptation für verschiedene Farben auf die Retinaströme zu beurteilen während der farbigen Beleuchtung. So wie Waller mit einer successiven Methode gefunden hat, konnte Verf. mit

seiner simultanen Methode feststellen, dass die Adaptation für eine beliebige Farbe die Aktionsströme nach allen farbigen Reizen in gleichem Masse abschwächt. Er vermutet darum Farbenblindheit des Frosch-anges. — Die quantitative Beziehung zwischen Reizstärke und Stromstärke ist bis jetzt nur für ein sehr kleines Gebiet der wahrnehmbaren Lichtintensitäten untersucht worden durch Waller. Verf. hat die Untersuchungen ausgedehnt bis über die Hälfte dieses grossen Gebietes. (Nennt man den schwächsten wahrnehmbaren Lichtreiz 1, dann wird der stärkste, für das Auge noch unschädliche, dargestellt durch 10^{13} .)

In dieser untersuchten Hälfte wies die photo-elektrische Reaktion sehr bedeutende Abweichungen vom Fechnerschen Gesetze auf. Wenn man die Lichtintensitäten logarithmisch auf die Abscissen-Achse einteilt und als Ordinaten die Stromstärken aufträgt, fordert das genannte Gesetz für die Beziehung zwischen diesen beiden eine gerade Linie, welche nach rechts aufwärts geht. Anstatt dessen erhielt Verf. eine krumme Linie mit der Konvexität nach unten und rechts. Im noch nicht untersuchten Gebiete, bei sehr starken Lichtintensitäten, wird, so meint Verf., die Linie die Konvexität nach oben wenden. — Verf. nimmt an, dass die photo-elektrische Reaktionsstärke in einem festen Verhältnisse zu der Intensität der Gesichtswahrnehmung stehen muss; unter dieser Voraussetzung gestatten uns die Ergebnisse dieser Untersuchungen einen Blick auf die Prozesse, aus welchen die Wahrnehmungen mit dem Auge zusammengestellt sind. Sch.

Wie andere Untersucher, fand auch van Haaften (11) bei Conjunktivitis phlyctenulosa den *Staphylococcus aureus* sehr oft in üppigen Kulturen und immer in viel grösseren Quantitäten als auf der gesunden Bindehaut. Es könnte sein, dass die krankhafte Hyperämie des Auges diesen *Staphylococcus* zu besserem Gedeihen Gelegenheit gäbe; das wird aber dadurch widerlegt, dass Verf. ihn bei anderen hyperämischen Zuständen (durch *Corpus alienum corneae*, bei Iritis u. s. w.) nur in geringer Menge vorfand. Vielmehr erblickt Verf. in diesem *Staphylococcus* die Ursache der phlyktänulösen Entzündung. Derselbe stammt, wie fast mit Gewissheit behauptet werden kann, von denjenigen *Staphylokokken* her, welche der normalen Bindehaut so gut wie immer anhaften. Warum werden dieselben plötzlich pathogen? Daran ist die Skrophulose schuld, denn wenn Verf. Kaninchen tuberkulös gemacht hatte, reagierte deren Hornhaut viel heftiger auf eine *Staphylokokken*-Infektion, als das bei normalen Tieren der Fall ist. Sch.

De Bruïne (1) schlägt vor, allen Neugeborenen 2 pCt. Nitr. arg. einzuträufeln. Sch.

Bouvin (4) berichtet über den Kranken mit *Pemphigus conjunctivae*, welchen er vor anderthalb Jahren vorgestellt hat (vergl. den Bericht für das I. Semester 1902). Letzterer hat sich bedeutend gebessert, es ist keine Xerosis, sondern nur ein kleines laterales Symblepharon aufgetreten. Sch.

Elias (7) gibt eine Übersicht des Pupillenspieles im krankhaften und gesunden Zustande. Die Darstellung weicht darin von der gewöhnlichen ab, dass Verf. den *M. dilatator pupillae* nicht in die Iris verlegt, sondern in den Ziliarkörper, und dass er sich den Ziliarmuskel bei Myopie in einem kontrahierten Zustande denkt. Sch.

Hazewinkel (13) gibt eine Illustration zu dem Gesetze, dass Augen, welche Eisen enthalten, früher oder später zugrunde gehen. Die Mitteilung betrifft ein Auge, welches vor 11 Jahren durch einen Eisensplitter verwundet wurde, 5 Jahre später noch S. = $\frac{1}{8}$ aufwies, bei einer leicht vorübergehenden Iritis, und jetzt der Siderosis anheimgefallen ist: rotbraune Verfärbung der atrophischen, reaktionslosen Iris, braune, punktförmige Trübungen in den tieferen Hornhautschichten, Amaurose, also wahrscheinlich Atrophie der nicht mehr sichtbaren Netzhaut und Iridodonesis als erstes Zeichen der Schrumpfung. Sch.

Straub (31) betont, dass man weder die Amblyopia ex anopsia, noch die Anopsia ex amblyopia verneinen kann. Aber auch keine dieser beiden Hypothesen erklärt alle Erscheinungen: öfters hat Verf. Amblyopie ohne Anopsie gefunden, nämlich die einseitigen Amblyopien ohne Strabismus, welchen man nicht selten bei den Militärprüfungen begegnet (vergl. Straub, Archiv f. Augenheilk., 1896). Umgekehrt kann die Amblyopie nicht immer primär sein, weil das Auge sich oft bessert, wenn man ihm Gelegenheit zur Übung gibt, z. B. durch Schieloperationen. Verf. teilt darüber einen sprechenden Fall mit. — Nun hat Str. bei der einseitigen Amblyopie fast immer Hypermetropie gefunden. Er erinnert daran, dass viele Hypermetropen, auch solche mit zwei guten Augen und binokularem Sehen, ein „œil directeur“ besitzen (Tscherning). Diese Tatsache, dass von zwei normalen Augen das eine viel wichtiger sein kann, sowohl was die Erregung der Netzhaut wie die Innervation der Muskeln betrifft, betrachtet Verf. als die primäre Abweichung. Dieselbe kann sowohl zu Strabismus (mit oder ohne Amblyopie) wie zu Amblyopie (mit oder ohne Strabismus) führen. Eine weitere Frage bleibt noch offen: Ob die Hypermetropie — die Refraktion der Säuglingsaugen — bestehen bleibt, weil das Binokularsehen schwach angelegt ist, oder aber, ob das Binokularsehen schwach wird, weil die Hypermetropie persistiert. Sch.

Dyckmeester (6) beschreibt den folgenden ophthalmoskopischen Befund: In einem gesunden hypermetropischen Auge sah er in dem unteren äusseren Quadranten der Sehnervenpapille eine seichte Ausbuchtung von blauschwarzer Farbe mit olivgrünem Glanze. Eine Retinal-Vene verlief bis zum Rande dieser gefärbten Stelle und wurde daselbst unsichtbar. Verf. betrachtet die Anomalie als eine kongenitale Anhäufung von Netzhautpigment. Sch.

Einen anderen Befund hat van Geuns (10) verzeichnet: In den klaren Glaskörper eines astigmatischen Auges drang eine arterielle Gefässchlinge 6 D. weit hinein. Bei der einmaligen Beobachtung, welche bei dem ängstlichen Kinde nicht ganz sicher war, schien die Schlinge aus der A. centralis retinae hervorzukommen und sich in die A. temp. infer. fortzusetzen. Sch.

In einem geringen Vordringen der Arterien und Venen in den Glaskörper erblickt Faber (8) ein Zeichen, dass die Papille selbst hervortritt. Er nennt diese Eigentümlichkeit „Papilla conica“ und hat dieselbe oftmals gefunden in gesunden Augen und auch bei verschiedenen Krankheiten, ja selbst bei Atrophie des Sehnerven. Es geht aus der Mitteilung nicht deutlich hervor, ob wirklich eine prominierende Papille

gesehen wird oder ob dies nur aus dem Hervortreten der Gefässe geschlossen wird. Sch.

Über die Vena optico-ciliaris, welche van Geuns (9) sich während einer Papillitis entwickeln sah (s. vorigen Bericht), teilt er weiter mit, dass das Gefäss sich gänzlich zurückgebildet hat, während die Entzündung in eine neurotische Atrophie der Papille übergegangen ist. S. ist jetzt mehr als $\frac{5}{10}$, das Gesichtsfeld auf beiden Augen nasal eingeschränkt. Sch.

Schoute (28) nahm einen Enophthalmus traumaticus wahr: Beim Öffnen einer Blechbüchse schlug der Hofmeister eines Schiffes sich selbst mit der Faust gegen den oberen Orbitalrand. Die verletzte Stelle war mit Blut unterlaufen und das vorher normal stehende Auge in die Orbita hineingesunken. Sch.

Noyon (20) berichtet folgendes: Einer Krankenwärterin war ein Carcinom der Parotis fortgenommen worden mit Aufopferung des N. facialis und der A. carotis externa. Eine kleine Kratzwunde auf der Hornhaut der gelähmten Seite führte später eine langdauernde Keratitis herbei; obwohl ausser dem Facialis auch der Abducens und Trigemini gelähmt gefunden wurden, war das Auge der Sitz heftiger Schmerzen, weil nämlich Patientin an Neuralgien zu leiden anfang, welche sie in das Auge verlegte. Die suggestive Wirkung einer optischen Irid-ektomie auf dem bereits sehr abgeschwächten Auge vermochte die Neuralgien nicht zum Verschwinden zu bringen, sie wurden bloss nach dem Hinterkopfe verlegt und dann eine Zeit lang mit Chinin bezwungen. Bald stellten sie sich aber wieder halbseitig im Kopfe ein; das Auge, von einem Pannus crassus überzogen und nahezu blind, wurde auf Wunsch der Patientin entfernt; die Neuralgien schwanden nicht. Nach dieser letzten Operation wurde Patientin von Schwindelanfällen getroffen. Es nahm ohne andere objektive Erscheinungen als die Aufhebung der Pupillenreaktion auch die Sehkraft des übriggebliebenen Auges allmählich ab, bis es schliesslich erblindete. Auch dann hielten die Neuralgien und Schwindelanfälle unverändert an. Verf. nimmt als Ursache der Blindheit sowie der subjektiven Erscheinungen ein Rezidiv des Carcinoms innerhalb der Schädelhöhle an mit Blutungen ins Chiasma oder N. opticus. Verzeichnet muss werden, dass Pat. nicht an Hysterie litt und dass weder in der Orbita oder Nase noch in den Nebenhöhlen etwas Krankhaftes zu entdecken war. Merkwürdig ist, dass nach längerer Dauer der Blindheit noch immer nicht mit Sicherheit eine Atrophie der Sehnervenscheibe festgestellt werden konnte. Sch.

Peeters (21) beschreibt das Auftreten von akuten Glaukomanfällen nach einem Schrecken. Dieses ätiologische Moment reizt den Sympathikus, verursacht dadurch einen Gefässkrampf der kleinen Venen, also eine Stauung, welche zur Erhöhung der Spannung des Auges führen soll. Sch.

Die Krankengeschichte, welche Ruys (25) mitteilt, ist die eines älteren Mannes, der nach einer bedeutenden Anstrengung bewusstlos gefunden wurde. Der Getroffene schielte stark konvergierend und die Reflexe des ganzen Körpers, mit Ausnahme derjenigen der Pupille, waren aufgehoben. Wenn der Mann erwachte, klagte er über Kopfschmerz und Doppeltsehen; alle Muskeln waren ihm steif. Es handelte

sich, was die Augen betrifft, um eine akute doppelseitige Abducenslähmung; ausserdem wies jedes Auge eine Stauungspapille auf mit einer grossen Netzhautblutung. In wenigen Monaten wurde der Kranke geheilt; die Augensymptome verschwanden am spätesten. Wahrscheinlich hatte eine Blutung stattgefunden in der Gegend des vierten Hirnventrikels. Sch.

Stark (30) hat eine Darstellung der Bindehauterkrankungen für Laien gegeben, Pinkhoff (22) eine sehr fassliche und doch kurze Beschreibung der Laienfürsorge gegen Augenerkrankungen, eine freie Umarbeitung eines gleichen Aufsatzes in der „Deutschen Praxis“.

Bijlsma (2) hat einen Leitfaden für Krankenwärter geschrieben.

N. N., ein Laie (18), hat durch Verwechslung von grünem und grauem Staar seine Arbeit selbst verurteilt. Sch.

Straub (32) empfiehlt, die Lanze für alle Fälle mit Taylors geknicktem Schmalmesser zu vertauschen. So wie das Gräfesche Messer das Beersche verdrängt hat, weil nur das erstere frei zu manövrieren gestattet, so muss aus denselben Gründen das Taylorsche Messer die breiten Lanzen verdrängen. Sch.

Salomonson (26) berichtet über zwei Fälle von Ulcus rodens des Unterlides, geheilt durch Röntgenstrahlen; einer dieser Patienten ist seit 8 Monaten rezidivfrei, der andere noch in Behandlung. Sch.

Lechner (16) hat einen Fall von angeborener Wortblindheit bekannt gegeben, welcher in allen Einzelheiten den anderen gleicht, auf welche in letzterer Zeit die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist. Er betraf einen Jungen mit gutem Verstand und ganz normalen Augen; allein es war ihm nicht möglich, lesen zu lernen. Er kennt nur vereinzelte Buchstaben. Er hört gut, kann vorgesagte Wörter fehlerfrei nachsprechen, ohne Aphasie noch Paraphasie. Spontan schreiben kann er nur seinen Namen; beim Kopieren macht sich Paragraphie bemerkbar. Wie in den anderen Fällen auch vermerkt wurde, kann er die Ziffern lesen und schreiben ohne jedwede Beschwerde. Sch.

Gesellschaftsbericht.

Berliner Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. Februar 1905.

Vorsitzender: Herr v. Michel.

Schriftführer: Herr Wertheim.

Herr Hirschberg: **Kranken-Vorstellung.** Der Patient erlitt am 31. XII. 1904 eine Verletzung mit Hypopyonbildung und Hämorrhagie der unteren Netzhautpartie: bei Anwendung des Handmagneten buckelte sich die Iris vor und es zeigte sich ein Eisensplitter, der dann mittels Schnittes und Magneten leicht entfernt wurde. Er ist ca. 13 mm lang,