

Schärfe des Netzhautbildes möglich ist. W. beginnt seine Analyse mit dem Punkt und Doppelpunkt. Die Erkennbarkeit des einfachen Punktes hängt zu sehr von der Beleuchtung ab, die eines Punktpaares auch, allerdings mehr vom Sehwinkel, doch wird die Sehschärfe für Doppelpunkte zu sehr von ihrer Meridianlage abhängig. Nach sehr eingehender Kritik der bekannten Mängel der SNELLENSchen Tafeln geht Verfasser systematisierend das lateinische große Alphabet durch und entscheidet sich dafür, folgende 14 Buchstaben als „brauchbar“ anzuwenden: E F H L O T U (vertikal-horizontale Striche) und A K N V X Y Z (schräge Striche). Die Teilung in diese Gruppen hat den Sinn, daß leichtere Erkennbarkeit der einen oder der andern die Diagnose des Astigmatismus begünstigt. Denn Verfasser verlangt für eine wirklich genaue Sehschärfe-Prüfung, daß die normale volle „neuroptische“ Sehschärfe  $\nu = \frac{5}{3}$  bis  $\frac{5}{2}$  betrage. Wo sie es nicht thut, liegt, wenn Medientrübung ausgeschlossen ist, Astigmatismus zu Grunde, der korrigiert werden sollte. Die Analyse wird dann weiter auf Frakturschrift, Zahlen und die verschiedenen Optotypen anderer Herausgeber ausgedehnt. Schließlich kommt W. auch auf die Analphabeten, für die er neue Tafeln mit dem kindlichen Verständnis angepaßten Silhouettenbildern konstruiert hat: Schlüssel, Trompete, Kreuz, Stuhl, Leiter u. dergl.

Der Abhandlung beigelegt sind:

1. Eine lateinische und eine deutsche gewöhnliche Druckleseprobe. 8 Größen von 0.5 bis 5 m.
2. Eine Gebrauchsanweisung mit diagnostischer Hilfstabelle.
3. Vier verschieden geordnete lateinische Buchstabentafeln zum Gebrauch in 5 m Entfernung, der Zeitersparnis wegen nur je ein Buchstabe der 12 Größen von 50 bis 2 m. Von diesen Tafeln sind zwei für vertikal-horizontalen Astigmatismus, zwei für schrägen leichter lesbar.
4. Zwei ebensolche Tafeln, Fraktur und Ziffern in denselben zwölf Größen.
5. Eine daneben zu hängende Tafel mit den zugehörigen Meterzahlen der Entfernungen für den Arzt.
6. Eine abgetrennte Tafel der obigen sechs größten (50 m) Buchstaben, zum Prüfen von Amblyopen in größerer Nähe (Ersatz des Fingerzählens).
7. Die Silhouettenbilder auf einer Tafel.
8. Dieselben in Form eines Bilderbuches aufgezogen, um un-  
aufmerksamen Kindern die Bilder einzeln vorzeigen zu können.

C. DU BOIS-REYMOND.

H. FRIEDENWALD. Über die durch korrigierende Gläser hervorgerufene binokulare Metamorphopsie. *Knapp-Schweiggers Archiv f. Augenheilk.* Bd. XXVI. S. 362–370. (1893.)

Es werden hierunter die eigentümlichen Gesichtsstörungen, z. B. Veränderungen rechteckiger Flächen beschrieben, worüber Patienten zuweilen klagen, wenn man Gläser für beide Augen zugleich aufsetzt, mit denen das Sehen jedes einzelnen Auges allein normal ist.

SAVAGE war der Ansicht, daß die Erscheinungen durch eine Drehung des Augapfels um seine Längsaxe bedingt sind, und entwickelte daraufhin eine Theorie der „harmonisch nichtsymmetrischen Wirkung“ und der „harmonisch symmetrischen Wirkung der schrägen Augenmuskeln“.

Diese Theorie ist nicht richtig. FRIEDENWALD führt aus, daß diese Erscheinungen für einen Astigmatiker so zu erklären seien, wie es zu erklären sei, daß dem Emmetrop Gegenstände verzerrt erscheinen, wenn er künstlich durch Cylindergläser zum Astigmatiker gemacht wird. Obgleich dem Astigmatiker von Kindheit an die Gegenstände verzerrt erschienen sind, sieht er doch die Gegenstände, wie sie sind, nicht verdreht, denn das Gesichtsurteil hängt von der Erfahrung ab. Korrigiert man nun den Astigmatismus, so verursacht man eine relative Veränderung der Netzhautbilder. Infolgedessen ist das Gesichtsurteil verwirrt und die Vorstellung gestört. R. GREEFF (Frankfurt a. M.)

SCHMIDT-RIMPLER. **Doppelseitige Hemianopsie mit Sektionsbefund.** *Knapp-Schweiggers Archiv f. Augenheilk.* Bd. XXVI. S. 181—191. (1893.)

Fälle von doppelseitiger Hemianopsie sind von FÖRSTER, SCHWEIGGER, GROENOUW und VORSTER beschrieben. SCHMIDT-RIMPLER fügt einen neuen sehr interessanten Fall hinzu. Nach Verletzung des Schädels in der Nähe des oberen hinteren Winkels des rechten Scheitelbeines trat homogene rechtsseitige Hemianopsie auf. An der Stelle des Fixierpunktes war die bekannte bogenförmige Erweiterung des Gesichtsfeldes nach der einen Seite der Hemianopsie zu konstatieren. Später trat auch linksseitige Hemianopsie auf. Anfangs danach fast völlige Erblindung, später liefs sich konstatieren, daß beiderseits das Gesichtsfeld völlig defekt war mit Ausnahme einer kleinen Stelle, welche dicht an dem Fixierpunkte liegt.

Die Sektion ergibt im rechten Hinterhauptslappen Erweichungs-herde, im rechten Stirnlappen eine apoplektische Cyste, im linken eine apoplektische Narbe.

Bisher hatte man das häufige Hinübergreifen des Gesichtsfeldes in der Gegend des Fixationspunktes dadurch erklärt, daß die Macula-Gegend von beiden Tractus versorgt würde. Wäre dies der Fall, so hätte bei den Patienten mit doppelseitiger Hemianopsie völlige Blindheit eintreten müssen. Wenn man jedoch einfach eine gröfsere Widerstandsfähigkeit der das makulare Sehen vermittelnden Rindenpartie annimmt, so erklärt sich das Ausbleiben der Erblindung und das Vorhandensein eines ganz kleinen Gesichtsfeldes vollkommen.

R. GREEFF (Frankfurt a. M.)

C. HOTZ. **Ein bemerkenswerter Fall von totaler Lähmung des Internus und Externus beider Augen.** *Knapp-Schweiggers Archiv f. Augenheilk.* Bd. XXVI. S. 370—73. (1893.)

Der Befund der äufserst seltenen Störung in der Beweglichkeit der Augen ist folgender: Patient hatte vor 5 Jahren Sonnenstich. Plötzlich bemerkte er jetzt, daß, um etwas zu sehen, er nicht die Augen, sondern den Kopf bewegen mußte. P. hat einen eigentümlich starren Blick, das