

3. Die U. E. kommt bei Leuten mit vollständig intaktem Nervensystem in ausgesprochenem Masse nicht vor. In geringem Grade ist sie allerdings zu beobachten; es beruht dies teils auf den durch die Untersuchung an sich entstehenden Fehlern, teils ist sie bedingt durch Aufmerksamkeitsstörungen.

4. Man darf daher bei einem sonst für Weiss und Farben normal grossen G. F. einer gefundenen U. E. nur dann diagnostischen Wert beilegen, wenn diese U. E. temporalwärts mindesten 5—10° beträgt und sich bei öfters wiederholter Untersuchung als konstant erweist.

5. Bei bereits konzentrisch eingeengtem G. F. ist die Beobachtung dieser Regel deswegen nicht so wichtig, weil durch die C. G. F. E. bereits die Abnormität des Gesichtsfeldes nachgewiesen ist.

6. Da eine U. E. vorkommen kann sowohl bei rein funktionellen Nervenkrankheiten, wie bei G. F.-Defekten, welche durch organische Erkrankungen bedingt sind, und die Nichtbeachtung dieser Komplikation naturgemäss zu sehr falschen Resultaten führen kann, so mufs es als eine unabweisbare Forderung angesehen werden, jedes G. F. zuerst auf U. E. zu untersuchen.

7. Ein G. F., welches bei Anwendung der WILBRANDSchen Methode anfangs eingeschränkt erscheint und dann normal wird, ist nicht als pathologisch anzusehen. Dies beruht vielmehr auf Aufmerksamkeitsstörungen bzw. auf Untersuchungsfehlern.

A. GOLDSCHIEDER (Berlin).

H. KRIENES. **Über Hemeralopie, speziell akute idiopathische Hemeralopie.** VI u. 185 S. mit 7 Tafeln und 17 Textabbildungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1896.

Der Verfasser hat im Verlaufe der letzten Jahre in der Universitäts-Augenklinik zu Breslau Gelegenheit gehabt, eine grössere Anzahl Hemeralopen genau zu untersuchen. Auf Grund dieser Untersuchungen gelangt er zu Resultaten über das Wesen der Hemeralopie, welche einesteils von dem Hergebrachten in manchen Punkten abweichen, anderenteils geeignet sind, den Symptomenkomplex der Hemeralopie zu vermehren und das Krankheitsbild zu klären.

Die ursächlichen Faktoren der Hemeralopie sind „Blendung und Ernährungsstörung“, d. h. eine Störung zwischen Verbrauch und Ersatz der Sehstoffe. Die anatomische Grundlage dieses Krankheitsprozesses beruht hauptsächlich auf Veränderungen in dem Retinalpigmentepithel und der Aderhaut.

Bei der chronischen Hemeralopie, der sog. angeborenen Hemeralopie ohne Pigmentdegeneration, handelt es sich um ein unheilbares, zeitweise exacerbierendes Leiden, wahrscheinlich Sklerose der Aderhautgefässe mit Degeneration der äusseren Netzhautschichten etc.

Bei der akuten essentiellen Hemeralopie handelt es sich um ein heilbares Leiden, welches hauptsächlich charakterisiert ist durch die Funktionsuntüchtigkeit des Pigmentepithels resp. unzureichende Ernährung durch das Aderhautsystem.

Die Diagnose der akuten Hemeralopie wird durch die Untersuchung mit der sog. Reizschwelle nach FÖRSTER gestellt. Verfasser

reicht dem Symptom der Erhöhung der Reizschwelle als weiteres konstantes Symptom der Hemeralopie die Herabsetzung der Blauempfindung im Zentrum und in der Peripherie der Netzhaut an. Bei Erkrankungen des lichtleitenden Apparates ist bekanntlich die Rotempfindung hauptsächlich affiziert, wahrscheinlich darf man dagegen aus einer Störung des Blausinnes auf ein Leiden des lichtempfindlichen (photochemischen) Apparates des Auges schließen, d. h. auf eine Aderhautrekrankung.

Der gleiche Symptomenkomplex findet sich bei der chronischen Hemeralopie.

Es ist nicht mehr gerechtfertigt, die Hemeralopie unter die funktionellen Erkrankungen des Auges zu rechnen, sondern es gebührt ihr ein Platz unter den chorioidealen, resp. chorio-retinitischen Krankheitsformen.

R. GREEFF.

H. KRIENES. **Über Adaption und Adaptionstörung.** *Festschrift zu Försters 70. Geburtstage. Ergänzungsband zu Knapp u. Schweiggers Arch. f. Augenheilkde.* Bd. XXXI. S. 141—193.

Die Schrift bildet eine Ergänzung des Buches von KRIENES: „Über Hemeralopie“, (Wiesbaden, J. F. Bergmann). Aus der inhaltsreichen Arbeit sei nur Folgendes hervorgehoben:

Adaption ist ein Vorgang, welcher sich aus zwei Faktoren zusammensetzt. Sie ist gebunden:

- a) an die Produktion der Sehstoffe (Sehrot etc.) seitens der Chorioidealdrüse,
- b) an die Vorwanderung des retinalen Pigmentes bei Belichtung des Augengrundes.

Hinzu kommen gewisse Schutz- und Hilfsvorrichtungen, einmal solche, welche dazu dienen, einen relativ zu starken Sehstoffverbrauch hintanzuhalten (Augenbrauen, Lidspaltenverengung, Pupillarreaktion, die fluoreszierenden brechenden Medien: Hornhaut, Linse, Glaskörper), dann solche, welche den Ersatz der Sehstoffe beschleunigen (Muskelbewegung, Lidschlag, Akkommodation).

Hieraus geht hervor, daß eine Störung der Adaption eintreten muß, wenn die unter a und b angeführten beiden Faktoren versagen oder mangelhaft funktionieren.

Die oberste Stufe der Helladaption muß niedriger liegen, als beim gesunden Auge, wenn

- a) die Sehstoffproduktion seitens des Pigmentepithels nicht einer solchen Steigerung fähig ist, um bei stärkeren Lichtreizen dem wachsenden Verbrauch das Gleichgewicht zu halten, entweder infolge eines Entwicklungsfehlers oder eines chorioidealen Entzündungsvorganges, oder als Folgezustand einer Allgemeinerkrankung, die die Ernährung und den Stoffwechsel beeinflusst,
- b) das retinale Pigment entweder als angeborener oder erworbener Zustand mangelhaft entwickelt oder maceriert ist.

Es folgt Kasuistik über akute Hemeralopie.

R. GREEFF.