

wähltem Beispiel wäre der Abstand zwischen Fernpunkt und Correctionspunkt = 90 mm, also das in diesem Abstände angebrachte Glas müßte = $(-11,11) D$ sein. Diese sog. Gläserrefraction nennt TH. „äußere“ Refraction im Gegensatz zu der reellen, die er „innere“ bezeichnet. Er schlägt vor, alle Fernpunktsbestimmungen, alle sciaskopischen directen Bestimmungen (d. h. ohne zwischengehaltene Linse) etc. auf den Correctionspunkt zu beziehen, da man dann ohne Weiteres das corrigirende Glas erhält.

Wichtiger, als dieser Vorschlag, der doch schließlich nur ein Subtractionsexempel darstellt, erscheinen die der Arbeit beigegebenen Tabellen, in denen TH. die einander entsprechenden inneren und äußeren Refractionen (in dankenswerther Akribie von $\frac{1}{4}$ zu $\frac{1}{4} D$) von $(+12,0) D$ bis $(-22,0)$ zusammengestellt hat. Daraus geht mit einem Schlage hervor, daß von $(+2,75)$ bis $(-2,5)$ ein Unterschied zwischen reeller und Gläserametropie nicht besteht, resp. geringer ist als der Unterschied zweier im Brillenkasten benachbarten Gläser. Bei einer reellen (oder „inneren“) Refraction von $(-7,0)$ ist aber die Gläser- (oder „äußere“) Refraction schon $= (-8,0)$, bei $(-10,0)$ „innerer“ ist die Differenz schon $2 D$, bei $(-16,0)$ innerer ist die äußere $(-22, 0)$, also eine Differenz von $6 D$.

Gerade die FUKALA'sche Operation mit ihrer immer noch discutirten numerischen Indication, macht diese colossale Differenz praktisch wichtig und interessant.

Zum Schlusse giebt TH. noch eine Vorrichtung an, mittels deren er an seinem „reflexlosen Augenspiegel“ den Abstand des Hornhautscheitels von der Frontlinse auf 10 mm fixiren, resp. controliren kann. Leider ist bei gewöhnlicher Brillenbestimmung eine derartige Genauigkeit nicht möglich; das Brillengestell wird auf Augenmaafs in den Correctionspunkt gebracht, und diese Ungenauigkeit wird den Werth klinischer Angaben verglichen mit den Resultaten der Theorie häufig illusorisch machen.

CRZELLITZER (Berlin).

HEINE. Ueber den Einfluß des intraarteriellen Druckes auf Pupille und intraocularen Druck. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, XL. Jahrg., 1, S. 25—31. 1902.

Wie die Annahme von elastischen Kräften zur Erklärung des Pupillenspiels durch den Nachweis eines Dilatatormuskels überflüssig gemacht wurde, so üben auch hydraulische Kräfte nach HEINE keinen Einfluß auf die Erweiterung und Verengung der Pupille aus, deren Zustandekommen nur auf Muskelwirkung zurückzuführen ist. Er führt als Beweis an, daß er bei Leichenversuchen durch Injection der großen Gefäße einen so hohen arteriellen Druck erzeugen mußte, wie er während des Lebens nicht vorkommt, — Gesicht- und Lidoedem etc. traten auf — um eine Pupillenverengung zu erzielen. Wenn ferner bei jungen Katzen nach Durchschneidung des einen Halssympathicus das Auge der betreffenden Seite atropinisirt wurde, so konnte durch Injection von Flüssigkeit auf derselben Seite in die Blutbahn nur die Pupille der anderen Seite verengt werden: auf der Seite des stärksten Druckes blieb also der Effect auf die Pupille aus, deren Weite auch vom intraocularen Drucke selbst innerhalb weiter Grenzen unabhängig ist.

G. ABELSDORFF.