

Redaktion: II., Ferdinandstrasse 4 (12—1 Uhr).  
Administration: I., Bauernmarkt II.

Man pränumeriert in Wien im Verlage dieser Zeitschrift, Buchhandlung von Moritz Perles, I., Bauernmarkt II. Ausser Wien in allen Buchhandlungen und Postanstalten.  
Geldsendungen müssen frankirt werden.

Erscheint jeden Sonnabend.  
MILITÄERARZT monatlich zwei Mal.

Pränumerationspreis mit Zusendung durch die Post inclusive Beilage „Der Militärarzt“ für das Inland ganzjährig 10 fl. ö. W., für das Ausland 24 Mark. Einzelne Blätter 40 kr. Inserate werden mit 20 kr. per einspaltige Nonpareillezeile berechnet.

Wiener

# Medizinische Wochenschrift.

Begründet 1851 von Dr. Leopold Wittelshöfer.

Redigirt von Dr. Heinrich Adler.

## Inhalts-Verzeichniss.

Originalartikel. Ein neues Symptom der Pericarditis. Von Dr. E. Pins in Wien.  
Ueber Diagnose der Simulation von Amaurose und Amblyopie. Von Dr. L. Kugel, Vorstand der Abtheilung für Augenranke im Alexander-Spitale in Sofia.  
Untersuchungen über den experimentellen Diabetes. Von Prof. G. Sée und E. Gley.  
Berichte aus den wissenschaftlichen Vereinen. Medizinische Gesellschaft in Berlin. (Orig.-Ber.)  
Referate und literarische Anzeigen. Neue Mittheilungen über Aortenaneurysmen. II. (Dr. Zerner jun.) — Dr. Giuseppe Bussi: Kritische Betrachtungen über den Icterus catarrhalis.  
Journal-Revue. Augen- und Ohrenheilkunde. Bakteriologische Untersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten Antiseptica. Von

Weeks. — Ueber Fremdkörper in der Cornea. Von Ritter. — Ueber die Gestalt der Orbita bei Kurzsichtigkeit. Von Otto Cohen. — Ueber Creolin, Jodoformsalbe und Antipyrin in der Augenheilkunde. Von Mergl. — Die Ursachen des grauen Staares. Von Schön. — Ueber Altersveränderungen in der Uvea. Von Rosa Kerschbaumer. — Ueber die elektrische Ophthalmie. Von Terrier. — Argyrie der Conjunctiva. Von Grossmann. — Ueber Chinin-amaurose. Von Peschel. — Ein Fall von pulsirendem Exophthalmus idiopathischer Natur. Von Peschel.

Therapeutische Notizen.

Feuilleton. Die physiologische Seite der Alkoholfrage. Von Dr. Adolf Jolles in Wien.

Notizen. Laboratorium für Nahrungsmitteluntersuchung. — Offene Stellen. — Anzeigen.

## Ein neues Symptom der Pericarditis \*).

Von Dr. E. PINS in Wien.

Die Pericarditis gehört bekanntlich zu jenen Krankheiten, deren Nachweis mitunter grossen Schwierigkeiten unterliegt. So sorgfältig auch diese Krankheit studirt ist, und so zahlreich auch die Symptome derselben sind, so schwer ist es manchmal, eine Pericarditis von einer Endocarditis oder von einem grossen pleuritischen Exsudate im linken Thoraxraume zu unterscheiden. Besonders schwierig gestaltet sich die Diagnose bei grösseren Ergüssen von Flüssigkeit in den Herzbeutel, wenn durch dieselbe das am meisten charakteristische Symptom der Pericarditis, nämlich das von Collin zuerst entdeckte Reibegeräusch der Wahrnehmung entrückt wird, oder wenn durch Adhäsionen zwischen den einzelnen Blättern des Herzbeutels die der Pericarditis eigenthümliche Beschaffenheit des Herzstosses und die charakteristische Figur der Herzdämpfung verwischt werden.

Es möge mir daher gestattet sein, auf eine Erscheinung aufmerksam zu machen, welche bis jetzt entweder übersehen oder unrichtig gedeutet wurde, bei gehöriger Würdigung aber die Diagnose der Pericarditis allerdings zu stützen geeignet ist, und in die Symptomatologie dieser Krankheit aufgenommen zu werden verdient.

Die in Rede stehende Erscheinung gehört in die Reihe der objektiven Symptome der Pericarditis exsudativa und ist auf physikalischem Wege mittelst der Auskultation und Perkussion nachweisbar. Der Grund aber, dass sie bis jetzt unter den Symptomen der Pericarditis nicht erwähnt erscheint, liegt nach meinem Dafürhalten darin, dass der zu erwähnende physikalische Befund nicht in der Herzgegend und überhaupt nicht an der vorderen Brustwand vorkommt, wo ja die wichtigsten durch die Krankheit gesetzten Veränderungen gesucht werden und auch nachweisbar sind, sondern an der hinteren Thoraxwand zu finden ist. Perkutirt man nämlich den in sitzender Stellung oder in rechter Seitenlage befindlichen Kranken an der linken hinteren Thoraxwand, so findet man nicht selten vom Winkel der Skapula nach abwärts den

Perkussionsschall dumpf tympanitisch oder ganz leer. Dieser leere Perkussionsschall übergeht dann nach abwärts direkt in die Milzdämpfung und erstreckt sich an der Seite bis an die Axillarlinie, wo er entweder in den vollen Perkussionsschall der Lunge oder in die Herzdämpfung übergeht. Am stärksten ist die Dämpfung des Perkussionsschalles an einem rundlichen, über thalergrossen Bezirke ausgeprägt, welcher oben ungefähr drei Finger weit vom unteren Winkel der Skapula, unten zwei Finger weit vom unteren Lungenrande entfernt ist, und nach rechts von der Wirbelsäule begrenzt wird. Bei der Auskultation findet man an der Stelle der grössten Dämpfung deutliches bronchiales Athmen, der Stimmfremitus ist im ganzen Bereiche der Dämpfung verstärkt und im Zentrum derselben sogar deutliche Bronchophonie vorhanden; andere Konsonanzerscheinungen fehlen. Insbesondere ist weder Knisterrasseln noch Reibegeräusch in der gedämpften Partie nachweisbar. Lässt man den Patienten nach vorne über beugen und untersucht ihn nach einigen Minuten wieder, so findet man, dass die geschilderten Perkussionsverhältnisse sich auffallend verändert haben, die Dämpfung reicht nicht mehr bis an den Winkel der Skapula heran, man findet vielmehr an der Stelle der früheren Dämpfung ungefähr drei Querfinger unterhalb der Skapula vollen Perkussionsschall; an der Stelle der früheren absoluten Dämpfung ist der Perkussionsschall nunmehr tympanitisch, das bronchiale Athmen ist ganz oder theilweise geschwunden; statt dessen ist hier unbestimmtes Athmen zu hören. Dieselbe Aenderung in der Perkussion und Auskultation, wenn auch weniger deutlich ausgeprägt, tritt ein, wenn man den Patienten die linke Seitenlage einnehmen lässt. Am auffallendsten jedoch ändern sich die perkutorischen und auskultatorischen Verhältnisse, wenn die Dyspnoë es gestattet, den Patienten in die Knie-Ellbogenlage zu bringen. Nachdem der Kranke einige Minuten in dieser Lage verweilt hat, ist die Dämpfung bis auf einen schmalen Streifen, entsprechend dem unteren Lungenrande, fast ganz geschwunden, an der Stelle, wo früher bronchiales Athmen zu hören war, findet man jenes eigenthümliche Geräusch, welches als Zellknistern oder „Knacksen“ bezeichnet wird, welches jedoch nach einigen Athemzügen verschwunden ist, und einem normalen vesikulären Athmungsgeräusche Platz gemacht hat.

\*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doktorenkollegiums vom 21. Jänner 1889. — Manuskript des Vortragenden.

Dieses Phänomen tritt erst nach mehrtägigem Bestande der Pericarditis in die Erscheinung und ist lange vor dem Verschwinden der übrigen Symptome der Pericarditis nicht mehr nachweisbar. Das Aufhören derselben fällt mit der Besserung im subjektiven Befinden des Kranken zusammen. Bei akutem Verlaufe der Pericarditis habe ich diese Erscheinungen durchschnittlich 3—6 Tage lang beobachtet. Nimmt die Krankheit aber einen protrahirten Verlauf, so sind sie auch längere Zeit hindurch anzutreffen\*). Dieses Phänomen habe ich bis jetzt jedoch meistens bei jugendlichen Individuen von grazilem Körperbaue mit schmalem und von vorne nach rückwärts abgeflachtem Thorax beobachtet, bei denen die übrigen Erscheinungen der Pericarditis deutlich ausgeprägt waren.

Einmal habe ich es auch bei einem älteren Manne mit umfangreichem Thorax mit Pericarditis und Hydrops in Folge von Morbus Brightii gefunden.

Das Zustandekommen der geschilderten Erscheinungen lässt sich aus den bei der Pericarditis obwaltenden mechanischen Verhältnissen in ungezwungener Weise erklären.

Die im Herzbeutel angesammelte Flüssigkeit verdrängt das Herz nach hinten. Dieses, sowie die pericarditische Flüssigkeit drücken bei der Rückenlage des Patienten auf den linken unteren Lungenlappen, so dass derselbe beinahe ganz luftleer wird; am meisten aber wird jener Theil des unteren Lungenlappens komprimirt, der vom Herzen selbst getroffen wird. Daher die relative Dämpfung links hinten unten in grösserer Ausdehnung und eine kleinere absolute Dämpfung in der Mitte der ersteren, mit den konsekutiven Konsonanzerscheinungen: bronchiales Athmen und Bronchophonie. Lässt bei Lageveränderung des Patienten der Druck auf die Lunge theilweise nach, so tritt in einen Theil derselben wieder Luft ein, der Schall wird im oberen Theile der früheren Dämpfung voller. Der Wiedereintritt der Luft in die früher kollabirten Alveolen erzeugt das „Zellknistern“ in denselben, daher die ersten Inspirationen von „knacksendem“ Rasseln begleitet sind, das sich aber, nachdem die Alveolen ihren normalen Luftgehalt wieder bekommen, bald wieder verliert. Je weiter der Oberkörper nach vorne geneigt wird, und je ausgiebiger die Entlastung der komprimirten Lunge durch das nach vorne sinkende Herz ist, wie das in der Knie-Ellbogenlage der Fall ist, desto deutlicher treten die Unterschiede in der Auskultation und Perkussion hervor.

Die geschilderten Kompressionserscheinungen der Lunge können allerdings nur bei grösserer Ansammlung von Flüssigkeit im Herzbeutel zu Stande kommen, allein bei engerem Brustkorbe, insbesondere aber da, wo der Durchmesser von vorne nach rückwärts verkürzt ist, also bei abgeflachtem Thorax werden schon geringere Flüssigkeitsmengen hinreichen, um diese Kompressionserscheinungen deutlich hervortreten zu lassen. In der That fand ich die erwähnten Erscheinungen bei Pericarditis mit nur mässiger Ausscheidung von Flüssigkeit. Keinesfalls war die Flüssigkeitsmenge so gross, dass das charakteristische Reibegeräusch an der Herzbasis durch dieselbe gedeckt werden konnte, was ja bei reichlichem pericardialem Exsudate gewöhnlich der Fall zu sein pflegt.

Die Erscheinungen, aus welchen sich dieses Symptom zusammensetzt, fallen theilweise mit dem physikalischen Befunde bei Pneumonie oder Pleuritis zusammen, und es liegt daher die Vermuthung nahe, dass es sich in meinen Fällen vielleicht um eine Komplikation der Pericarditis mit einer dieser Krankheiten gehandelt haben könnte. In der That habe ich auch bei den ersten Untersuchungen stets an diese Möglichkeit gedacht, doch lässt sich bei fortgesetzter Untersuchung und sorgfältiger Beobachtung die Verwechslung mit einer dieser Krankheiten mit Sicherheit ausschliessen. Zum Bilde der Pneumonie fehlen: Rasselgeräusche, Sputum und das

Initialfieber (Schüttelfrost); gegen Pleuritis spricht das exquisite bronchiale Athmen, der verstärkte Fremitus, Mangel an Reibegeräusch. Wenn aber etwas diese beiden Krankheiten mit Sicherheit ausschliessen lässt, so ist es der geschilderte rasche Wechsel im physikalischen Befunde bei Lageveränderungen.

Es wäre zu ermüdend und unnütze Wiederholung, wollte ich den Verlauf sämtlicher von mir beobachteten Fälle hier anführen, weshalb ich mich nur auf die Mittheilung der markantesten zwei Fälle beschränke.

Die erste Patientin, bei der ich die in Rede stehenden Erscheinungen wahrnahm, war ein 16 Jahre altes Mädchen von schlankem Körperbaue. Fräulein H. F. wurde in ihrem 6. Lebensjahre zum ersten Male von Gelenkrheumatismus befallen, der seither 5 Mal rezidivirte. Seit mehreren Jahren leidet sie an Herzklopfen und Kurzatmigkeit, als deren Ursache Insuffizienz und Stenose der Bicuspidalklappe mit konsekutiver Hypertrophie des Herzens nachweisbar waren. Seit 14 Tagen leidet sie wieder an Gelenkschmerzen und Fieber. Seit 2 Tagen hat die Kurzatmigkeit bedeutend zugenommen, so dass die Patientin grösstentheils im Bette sitzen muss. Die Untersuchung des Herzens ergibt: Dämpfung vom 2. bis zum 7. Interkostalraume. In der Höhe des letzteren erstreckt sich die Dämpfung vom rechten Sternalrande bis nahe an die linke Axillarlinie, in der Höhe des 2. Interkostalraumes von der Mitte des Sternums ungefähr 4 Ctm. weit nach links. An dieser Stelle ist ein deutliches Reibegeräusch hörbar, welches in der übrigen Herzgegend durch die Geräusche an den Ostien gedeckt ist und nur hier und da wahrgenommen wird; der Herzstoss ist im 7. Interkostalraume etwas nach aussen von der Mamillarlinie zu finden, er ist schwach, aber verbreitert. Der Puls ist klein, sehr frequent und irregulär, so dass die Zahl der Schläge nur schwer zu bestimmen ist. Respiration mühsam, 64 in der Minute. Die Halsvenen sind strotzend gefüllt und undulirend. Die Gesichtsfarbe leicht cyanotisch, um die Augen leichtes Oedem, desgleichen an den Händen und Füssen, Harnsekretion sehr spärlich. Die Temperatur bewegt sich zwischen 38.5 und 39.5 C. Zunge stark belegt, aber feucht, heftiger Durst, Appetitlosigkeit, starker trockener Husten, Kopfschmerzen und zeitweilige Delirien. Die Perkussion der Lunge ergibt vorne, sowie rechts hinten ziemlich normale Verhältnisse, an der linken hinteren Brustwand ist der Perkussionsschall bis zum Winkel der Skapula herab ziemlich voll, von da ab wird er tympanitisch, 2 Finger weiter nach unten klingt derselbe ganz dumpf und hellt sich erst in der Nähe des unteren Lungenrandes wieder etwas auf, im Querdurchmesser reicht die Dämpfung von der Wirbelsäule bis nahe an die linke Axillarlinie. Bei der Auskultation ist vorne und hinten mit Ausnahme der Gegend über dem linken unteren Lungenlappen allenthalben vesikuläres Athmen und trockenes, aus der Trachea fortgeleitetes Rasseln zu hören.

In jener Gegend jedoch ist das Athmungsgeräusch unbestimmt und die Rasselgeräusche fehlen, der Stimmfremitus daselbst erhalten. Am folgenden Morgen bei gleichgebliebenem sonstigen Befunde ist in der Mitte dieser Gegend, entsprechend der stärksten Dämpfung, exquisites bronchiales Athmen und Bronchophonie zu hören. Als ich jedoch am Abend desselben Tages die Patientin im Bette mit nach vorne übergebeugtem Oberkörper sitzend, den Kopf auf ihren aufgerichteten Knien gestützt, fand und sie in dieser Stellung untersuchte, war das bronchiale Athmen wieder geschwunden, der Stimmfremitus war jedoch erhalten. Als ich die Patientin beim nächsten Morgenbesuche wieder untersuchte, war das Bronchialathmen wieder nachweisbar.

Knisterrasseln konnte ich auch diesmal weder im Bereiche der Dämpfung noch in deren Peripherie hören.

Nun liess ich die Kranke die Stellung einnehmen, in der ich sie am Abend zuvor fand, und untersuchte sie in derselben nach kurzer Zeit wieder. Zu meinem Erstaunen war das Bronchialathmen abermals verschwunden, die Dämpfung weniger deutlich ausgeprägt. Ich wiederholte nun dieses Experiment die folgenden Tage mehrmals und konnte jedesmal den gleichen Wechsel der Erscheinungen konstatiren.

Überdies hörte ich, wenn ich nur wenige Minuten nach dem Vorbeugen des Oberkörpers auskultirte, unterhalb des Angulus

\*) Bei einem Patienten mit Pericarditis in Folge von Lungentuberkulose bestand das Symptom durch mehrere Wochen, allein es konnte nicht immer nachgewiesen werden. Ob dies in der wechselnden Menge der Exsudatflüssigkeit oder in anderen Verhältnissen (zufälliges Verlegtsein eines Bronchus durch Schleim?) begründet ist, vermag ich nicht anzugeben.

scapulae deutliches Knistern, das jedoch schon nach einigen Athemzügen wieder verschwand. Im Ganzen war dieses Phänomen 6 Tage lang zu hören; nach dieser Zeit konnte ich es nicht wieder nachweisen. Gleichzeitig mit dem Verschwinden desselben besserte sich der Zustand der Patientin, die Respiration wurde freier, der Puls wurde regelmässiger, 104—116 Schläge in der Minute, die Herzdämpfung nahm ab und änderte auch ihre Form; 4 Tage nach dem Aufhören jenes Phänomens war auch das Reibegeräusch verschwunden. Nach weiteren 14 Tagen konnte die Patientin in status quo ante das Bett verlassen.

(Schluss folgt.)

## Ueber Diagnose der Simulation von Amaurose und Amblyopie.

Von Dr. L. KUGEL, Vorstand der Abtheilung für Augenkranke im Alexander-Spitale in Sofia.

Die Diagnose der Simulation von Amaurose und Amblyopie war in den letzten 15 Jahren ein mit Vorliebe behandeltes Thema seitens der Aerzte, besonders seitens der Militärärzte. Die Sache findet ihren Grund in der praktischen Wichtigkeit, die diese Frage hat, sowohl in forensischer Beziehung, als auch in Bezug der Häufigkeit einschlägiger Fälle seit Einführung der allgemeinen Militärpflicht. Die Gründe, welche mich bestimmten, die Sache hier in ihrem Zusammenhange ausführlicher zu besprechen, sind folgende: Ich finde zwar den Gegenstand in einer grossen Zahl von mehr oder weniger wichtigen Arbeiten in verschiedenen Fachorganen behandelt, finde jedoch nirgends das ganze Thema in seiner Totalität fachmännisch wiedergegeben. Ausserdem schien es mir von einigem Vortheil, in dieses Thema etwas Ordnung hineinzubringen und die verschiedenen Methoden in Gruppen zu klassifiziren und diejenigen Methoden hervorzuheben, deren Anwendung ich für den Militärarzt auf dem Assentplatze für die praktischste und leicht exekutirbarste halte. Als Leiter der Augenabtheilungen in den Militärspitälern von Bukarest und Konstantinopel durch eine Reihe von Jahren hatte ich Gelegenheit, zu beobachten, wie wünschenswerth es für die Militärärzte ist, mit dem betreffenden Thema genauer bekannt zu sein. Ausserdem hatte es sich für mich darum gehandelt, hier den schon bekannten Methoden neue anzureihen. Ich werde vor Allem die bis jetzt bekannten Methoden zur Erkennung monolateraler Amaurose und Amblyopie in chronologischer Reihenfolge, wie ich dieselben veröffentlicht finde, anführen. Bei all' diesen Methoden wird vorausgesetzt, dass die objektiven Symptome uns keine genügenden Anhaltspunkte geben, um durch dieselben die Frage zu lösen: ob in dem betreffenden Falle Simulation vorhanden sei oder nicht?

A) Prof. Albrecht v. Graefe (Archiv für Ophthalmologie Bd. II, Jahrgang 1885) rath die Anwendung eines Prismas an, mit der Basis nach oben oder unten vor eines der Augen gehalten. Sicht der Kranke doppelt, so ist die Simulation diagnostizirt.

B) Im Jahre 1870 habe ich in Graefe's Archiv für Ophthalmologie (XVI. Bd., Abtheilung I) folgende Methode angegeben, wodurch nicht nur, wie durch das frühere Verfahren, Simulation von Amaurose, sondern auch Simulation von monokulärer Amblyopie konstatiert werden kann. Ich schrieb damals Folgendes darüber:

„Es kam häufig in meiner militärärztlichen Praxis vor, dass ich wegen einseitiger Amblyopie und Amaurose amtlich befragt wurde. Ich konnte durch das folgende Verfahren rasch und bequem selbst dann zum Ziele kommen, wo andere Verfahren schwer verwendbar waren, oder wo mich letztere im Stiche liessen. Das Verfahren ruht auf der Beobachtung, dass, im Falle wir Jemanden durch gleichgefärbte Gläser mit beiden Augen sehen lassen und eines dieser Gläser undurchsichtig ist, dies im Allgemeinen (besonders wenn beide Augen gleiche Sehkraft besitzen) nicht bemerkt wird;

in den meisten Fällen kann, selbst wenn man den betreffenden Individuen früher sagt, dass eines der Gläser undurchsichtig ist, in sehr unbestimmter Weise angegeben werden, vor welches seiner Augen wir das undurchsichtige Glas gegeben haben, oder mit anderen Worten, von welchem seiner beiden Augen in diesem Falle der Gesichtseindruck herrührt.

Um die Simulation zu konstatiren, setzt man das dunkelgefärbte durchsichtige Glas vor das angeblich erblindete Auge, das gleichgefärbte, jedoch undurchsichtige Glas vor das angeblich sehende Auge, und ich konnte dadurch häufig anderen Leuten demonstriren, dass das betreffende Individuum mit dem angeblich ganz erblindeten Auge ganz gut sieht. Ich konnte auf diese Weise nicht nur absolute Amaurose, sondern auch in einigen Fällen von Simulation einseitiger Schwachsichtigkeit ad oculos demonstriren, indem Kranke, welche z. B. nach ihrer Angabe kaum auf kurze Distanzen mit einem Auge die Finger zählen konnten, mit diesem einem Auge selbst die allerfeinste Schrift lasen.

Um die Simulation desto leichter zu konstatiren, ist es vortheilhafter, die Sache so einzurichten, dass der eben genannte Versuch den zu untersuchenden Menschen womöglich unvorbereitet treffe, und man erreicht dies sehr gut dadurch, dass man ihn unmittelbar vor dem genannten Versuche durch verschiedenfarbige, jedoch für beide Augen durchsichtige Lupen sehen lässt. Ich habe es ausserdem am besten gefunden, beide Gläser bei dem Versuche womöglich in demselben Momente vor beide Augen zu schieben, und ich habe auch den undurchsichtigen Belag des Glases womöglich unkenntlich zu machen gesucht, damit das betreffende Individuum nichts merke.

Ich habe in einigen Fällen, wo wegen Vorhandenseins von Strabismus mich die Prismenprobe im Stiche liess, durch dieses Verfahren das Vorhandensein der Simulation leicht konstatiren können. Diese Methode dürfte namentlich bei Anwendungen auf dem Assentplatze gewisse Vortheile bieten, da sie auch dem beitzendenden Laien das Vorhandensein der Simulation in auffälliger Weise demonstrirt.“

Dem eben Gesagten will ich jetzt noch Folgendes hinzufügen: Es kamen mir in den letzten Jahren Fälle vor, wo die brüske Exklusion eines Auges vom Sehakte durch den Inquisiten bemerkt wurde. Um dieses zu verhüten, wende ich in letzter Zeit folgende Modifikationen dieses Verfahrens mit Vortheil an: Ich nehme zwei blau gefärbte Gläser von verschiedener Nuancirung, gebe das dunklere vor das sehkräftigere, das hellere vor das angeblich amblyopische Auge. Die betreffende Nummer der Schriftskala und die Differenz in der Nuancirung der Gläser ist in der Weise gewählt, dass der Normalsichtige diese Nummer durch das hellere Glas noch liest, während er diese Nummer durch das dunkel gefärbte Glas nicht lesen kann. Seitdem ich diese Modifikation anwende, bin ich in fast allen Fällen von Simulation, sowohl monokulärer Amaurosis, als auch Amblyopie mit dieser Methode ganz gut ausgekommen.

C) Coignet (Recueil des mém. d. médéc., chir. et pharm. milit. 1870) gibt folgende drei Methoden an:

a) Der blinde Fleck des angeblich gesunden Auges kann bei Simulation monokulärer Amaurose beim binokulären Sehen nicht wahrgenommen werden. Es ist dies ein unpraktischer diagnostischer Behelf, da es schon einer grösseren Aufmerksamkeit von Seite des in solchen Experimenten Ungeübten überhaupt bedarf, um den blinden Fleck bei monokulärem Sehen zur Anschauung zu bringen.

β) Man führt in einem dunklen Zimmer eine Kerzenflamme von der Seite des angeblich sehkräftigen Auges allmählig nach der Seite des anderen Auges, bis das erstere durch den Nasenrücken vom Sehakte exkludirt wird. Gibt der Inquisit auch dann noch an, die Flamme zu sehen, so ist Simulation festgestellt.

γ) Hält man einen Bleistift zwischen dem angeblich gesunden Auge und der Schriftskala, so wird beim binokulären Sehen, im Falle monokuläre Amaurose vorhanden ist,