In der Ophthalmologie sind
Augenspezialitäten „Dr. Winzer“
ein Begriff für Güte und Zuverlässigkeit.

Im chemischen Aufbau der Wirkstoffe
und den physikalischen Konstanten der
Zubereitung sorgfältig auf die speziel-
len Anforderungen des Fachgebietes
abgestimmte Präparate.

Anaesthetica – Antibiotica
Antiphlogistica – Antiseptica
Corticosteroide – Fermente
Glaukomtherapeutica
(Miotica, Betarezeptorenblocker)
Mydriatica – Puffer – Sekretolytica
Sulfonamide – Virostatica – Vitamine

Ausführliche Druckschriften der
Spezialpräparate auf Anforderung.

DR. WINZER Chemisch-pharmazeutische Fabrik KONSTANZ

Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft
Bericht über die
78. Zusammenkunft in Kiel 1980

Uveitis

Redigiert von W. Jaeger, Heidelberg

Mit 707 Abbildungen und 226 Tabellen

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH 1981

Professor Dr. Wolfgang Jaeger, Universitäts-Augenklinik
Bergheimer Str. 20, D-6900 Heidelberg

ISBN 978-3-8070-0325-2 ISBN 978-3-642-88589-1 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-88589-1

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Vergütungsansprüche des § 54, Abs. 2 UrhG werden durch die „Verwertungsgesellschaft Wort“, München, wahrgenommen.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1981

Ursprünglich erschienen bei J.F. Bergmann Verlag, München 1981

Library of Congress Catalog Card Number 72-95315

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Satz: Fotosatz Service Weihrauch, Würzburg.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: B.J. Völker, Kurfürstendamm 237,
D-1000 Berlin 15
2122/3321-543210

Inhaltsverzeichnis

Eröffnung des Kongresses

Eröffnungsansprache des Ersten Vorsitzenden der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. W. Böke	XXXIII
Ansprache des Präsidenten der Universität Kiel. G. Griesser	XLVII
Ansprache zur Eröffnung der Industrieausstellung. W. Böke	IL
Sitzungspräsidenten	LI
Bericht über das Freiburger Herpes-Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. R. Sundmacher.	LIII

Uveitis

Klinik der endogenen Uveitis

Referate

W. Böke: Einführung	3
L. Neubauer: Akute Iritis, akute Iridozyklitis	7
A.-C. Martenet: Chronische Iridozyklitis, Zyklitis	15
H. Slezak: Intermediäre Uveitis	21
G. R. O'Connor: Chorioiditis, Chorioretinitis	25
H. Witschel, R. Sundmacher: Panuveitis	31
R. Witmer: Sympathische Ophthalmie	43

Vorträge

U. Demeler: Irisangiographische Befunde bei verschiedenen Uveitiden.	47
H. Bernsmeier, G. Kluxen, D. Friedburg: Irisangiographische Befunde bei Heterochromia complicata Fuchs.	49
K. W. Ruprecht, G. O. H. Naumann: Zur Klinik der sympathischen Ophthalmie	53
F. H. Stefani: Befunde bei Fuchsscher Heterochromie-Zyklitis	57

D. Hallermann, D. v. Domarus: Radiogene Uveitis	65
H. Remky: Retinochorioidale Spät-Manifestationen und Rezidive nach postnataler Toxoplasma-Infektion	69
R. Sundmacher: Die fokale Iritis durch Herpes simplex- und Varizellen-Zoster-Virus	73
F. Brandt: Über die Beteiligung der Uvea bei Morbus Hansen	77
A. Vehr, C. Hörster, M. Reim: Krankheitsverlauf und Therapie bei Morbus Harada	81
G. Richard, B. Diekhues, G. Jünemann: Klinische und immunologische Untersuchungen bei der Harada-Vogt-Koyanagischen Erkrankung.	83
H. H. Knöbel: Die endotheliale Atrophie der Cornea als Folge einer Uveitis anterior bei wiedereingetrübter perforierender Keratoplastik.	87
H. E. Völcker, G. O. H. Naumann: Hyperakute Hornhaut-Transplantat-Infiltration mit Uveitis anterior.	91
K. K. Mortensen, A. K. Sjølie, E. Goldschmidt: Uveitis. Eine epidemiologische Untersuchung	97
K. G. Wulle, M. Reichel, H. L. Christl: Endogene Uveitis bei Allgemeinerkrankungen.	101
W. Aust, G. Fügner: Altersverteilung und serologische Routinediagnostik bei Iridozyklitis	105

Ätiologie der endogenen Uveitis

Referate

K. F. Manthey: Möglichkeiten der ätiologischen Diagnostik bei endogener Uveitis	109
Diskussionen zum Referat K. F. Manthey	
A. Heydenreich	117
G. R. O'Connor	120
R. Witmer	121

Differentialdiagnose der Uveitis

R. Witmer: Differentialdiagnose der endogenen Uveitis	123
---	-----

Pathogenese der endogenen Uveitis

Referate

A. M. Silverstein: Immunpathologische Aspekte der endogenen Uveitis	127
W. Müller-Ruchholtz, E. Kraus-Mackiw: Endogene Uveitis – ein Autoimmunprozeß?	139
W. R. Mayr, G. Grabner: HLA-System und Uveitis	149

Vorträge

H. Krey: Vergleichende Untersuchungen zur Pathogenese virusinduzierter Uveo-Retinitiden	155
---	-----

H. J. Kaplan, T. M. Aaberg, R. H. Keller: Etiology of Recurrent Clinical Uveitis. Cell Surface Markers on Vitreous Lymphocytes.	159
A. G. Secchi, F. Tremolada, C. Antona, N. Malacarne, M. R. Angi: Lymphocyte Sub- populations in Uveitis	165
E. Bloch-Michel, J. Belehradek, J. K. Youn, Y. de Kozak, Le Hoang Phuc, A. Tanoe, T. C. Lexuan, F. Niessen, R. Campinchi, J. P. Faure: Evaluation of the Reactivity of Human Lymphocytes to Retinal Antigen Using Different In Vitro Methods in Patients with Posterior or Total Uveitis	169
H. K. Müller-Hermelink, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Zur Pathologie der endogenen Uveitis	175
W. Dechant: Überlegungen zur Uveitis bei Kala-Azar.	181
W. Kypke: Pigmentepitheliopathie und Uveitis	183
G. Duncker, K. F. Manthey, K. Fischer, W. Böke: Diagnostische und prognostische Bedeutung des Nachweises von antinukleären Faktoren (ANF) bei Uveitis	189
G. H. Walter, K. F. Manthey: Enzyme-Linked-Immunosorbent-Assay (ELISA) zum Nachweis von Antikörpern gegen Toxoplasmose	193
E. Kincses, G. Szegedi, M. Szabolcsi, G. Balázs: Immunologische Untersuchungen bei phakogener Uveitis	199
K. M. Saari, P. Miettinen, R. Saari: Reaktive Augenentzündungen nach Yersinia-, Salmonellen-, Shigellen-, Campylobacter- und Chlamydieninfektionen	203
F. Niessen, R. Campinchi, E. Bloch-Michel: Etiology of Endogenous Uveitis in Childhood. An Analysis of 102 Cases	209

Therapie der endogenen Uveitis

Referate

W. Böke: Kortikosteroide	215
A.-C. Martenet: Immunsuppression	223
H. Schmitt: Tuberkulostatika	229
R. Klöti: Vitrektomie bei chronischer Uveitis und anderen entzündlichen Eintrübungen des Glaskörpers	233
H.-J. Thiel, H. Krüger: Antibiotika bei endogener Uveitis?	243

Vorträge

K. Heimann, U. Tavakolian, H. Paulmann, R. Morris: Pars plana-Vitrektomie zur Behandlung der chronischen Uveitis	249
U. Tavakolian, H. Paulmann, K. Heimann, R. Morris: Die Pars plana-Vitrektomie in der Behandlung der bakteriellen und mykotischen Endophthalmitis	253
W. J. Dinning: The Visual Prognosis in Chronic Uveitis	259

F. Daxecker, M. Zirm, M. Ogriseg: Eine retrospektive Studie über die Behandlung der Uveitis anterior unter Berücksichtigung der Klassifikationskriterien der International Uveitis Study Group	261
J. Colin, J. Clavier, G. Renard, G. Kerbrat: Uvéites antérieures sarcoidosiques et corticothérapie orale	269
G. Jünemann, H. J. Kühle: Zur Kryotherapie bei peripherer Uveitis	273

Glaukom und Uveitis

Vorträge

M. Ober, E. Lütjen-Drecoll, A. Scharrer: Ist das Kaninchenauge als Modell für Untersuchungen der Kammerwasserdynamik geeignet?	275
G. K. Krieglstein, W. Glaab, E. Gramer: Die Perimetrie des Glaukomgesichtsfeldes mit kinetischer und automatisierter, überschwelliger Untersuchungsmethode	279
A. Scharrer, M. Ober: Periphere chemische Sympathektomie mit Guanethidin in niedriger Dosierung bei mit Adrenalin-Dipivalat eingestellten Patienten	285
A. Dellaporta: Trepano-Trabeculektomie (TTE)	291
D. Cvetkovic, D. Kontic, V. Dodic: Operative Therapie des Glaukoms bei Naevus flammeus	297
K. Lemmen: Sekundärglaukom bei Uveitis	301
W. Hammerstein, A. Schmitt-Gräff: Uveitis – ein Symptom des Morbus Hodgkin	305
G. O. Bastian, P. Hentsch, H.-P. Brodersen, D. Sellin: Uveitis, vorgetäuscht durch ein in Grenzsichten wachsendes „Retikulumzellsarkom“	311
O. Grajewski: Charakteristische Augenbeteiligung bei chronischer Polyarthritits im Kindesalter	317
J. Strobel: Hornhaut-Endothelzell-Geometrie bei Patienten mit Iritis.	323

Experimentelle Uveitis

Vorträge

A. Wizemann, V. Wizemann, G. Ebinger: Ophthalmologische Wirkung von Prostazyklin (PGI ₂).	327
M. Zirm, D. Stürznern, F. Schmalzl, B. Stiasny, J. Möse: Die herpetische Uveitis. Makrophagenstimulation im Tierexperiment.	329
S. Tilgner, A. Heydenreich: Experimentell allergische Retino-Uveitis der Ratte: Die Rolle des Neuroepithels	339
M. Tost: Immunsuppressiva und Entwicklungsstörungen des Sehorgans	343
A. Stanojević-Paović, M. Movsesijan, M. Blagojević, D. Borojević: Localization of Tissue Specific Antigen in the Retina	347

M. Dutescu, B. Hörster, G. Adams, T. Matuschek: Klinische Ergebnisse nach Applikation von Antigen aus den äußeren Stäbchensegmenten der Retina (ROS) im Tierexperiment	349
B. Hörster, M. Dutescu, T. Matuschek, G. Adams: Histologische Befunde nach Applikation von Antigen aus den äußeren Stäbchensegmenten der Retina (ROS) im Tierexperiment.	353

Immunologie der Uveitis

Vorträge

U. Gronemeyer, D. Friedrich, K.-F. Manthey, E. Westphal: Hat HLA-B-27 unter Berücksichtigung begleitender unspezifischer Immunphänomene eine prognostische Bedeutung für die Uveitis anterior?	357
H. Hartwig, C. Rittner: Assoziation von HLA-B-27 und akuter Iridozyklitis	363
K. M. Saari, A. Tiilikainen, S. Koskimies: HLA-Antigene und akute anteriore Uveitis bei finnischen Familien	367
J. Michiels, J. P. Dernouchamps: Immunkomplexe und C ₃ -Faktor des Komplements im entzündlichen Kammerwasser	373
B. Dieckhues, G. Jünemann, H. J. Kühle: Immunologische Untersuchungen bei endogenen Uveitiden	377

Freie Vorträge

Konjunktiva und Kornea

K. Aoki, M. Kato, H. Ohtsuka, H. Tokita, T. Obara, K. Ishii, N. Nakazono, H. Sawada: Clinical and Etiological Study of Viral Conjunctivitis During six Years, 1974-1979, in Sapporo, Japan	383
F. Hoffmann, H.-J. Thiel: Hornhauttrübungen im Kindesalter durch Erkrankungen des Endothels	393
W. Behrens-Baumann, U. Weber, R. Ansorg: Azyklovir und bakterielle Hornhautinfektion. Eine tierexperimentelle Studie	399
H. Brewitt: Über das Vorkommen von „Anchoring Fibrils“ in der Hornhaut	403
M. Spreng, F. Fankhauser, E. van der Zypen: Über die Bildung der Korneafibrose durch Bestrahlung mit der Xenonhochdrucklampe.	409
H.-J. Thiel, K. Müller-Hermelink: Zur Pathogenese der wabenförmigen Hornhautdystrophie	415
J. Wollensak, F. Pfannkuch: Keratomalazie bei chronischer Polyarthrits – histologische und elektronenmikroskopische Befunde	419
R. Turß, H. Teschler: Die Wirksamkeit von Verbänden und Schutzbrillen bei „trockenem Auge“	425

Keratoplastik

H. Hanselmayer, C. Faschinger: Hornhaut-Transplantation: Einfluß des Spender-Alters auf Spätergebnisse	431
J. Draeger, R. Winter, G. Kreysing: Endothelbefund und klinisches Ergebnis bei Verwendung frischen und konservierten Spendermaterials	437
C. C. Kok-van Alphen, H. J. M. Völcker-Dieben, J. E. A. v. d. Heuvel, A. J. Otto, C. L. Dake: Die Abstoßung des Hornhauttransplantates: Eine immunologische Krankheit. Einige Gedanken über die Therapie mit Zytostatika	443
Y. Tagawa, R. A. Prendergast, A. M. Silverstein: Role of T-Cells in Rejection of Corneal Endothelium: A Study of the Intraocular Graft-versus-Host Reaction	447
K.-B. Mellin, T. N. Waubke: Perforierende Keratoplastik bei primär chronischer Polyarthritits	451

Intraokulare Linsen und Kontaktlinsen

E.-J. Schmitt, R. Hackelbusch, T. Neuhann: Über die bilaterale Implantation von Iris-Clip-Linsen	453
J. G. F. Worst: Technik und Klinik der Iris-Medaillon-Linse als künstliche Linse nach intrakapsulärer und extrakapsulärer Star-Operation.	457
W. Konen, R. Schönhardt, M. Ziemssen, M. Severin, H. Neubauer: Ist die ultraschallgeschützte Berechnung intraokularer Linsen notwendig?	463
R. Winter, J. Draeger, G. Kreysing: Das Hornhautendothel nach Implantation von Kunstlinsen	469
D. v. Domarus, K. Bujara, H. Knöbel: Veränderungen am vorderen Augenabschnitt nach Cliplinsenimplantationen	475
H. Treumer: Ergebnisse der Kontaktlinsenbehandlung der Aphakie nach kongenitaler Katarakt	479

Glaskörper

P. Algvere, V. Jönsson: Breakdown of Blood-Aqueous Barriers Induced by Intravitreal Iron-Dextrin and the Inhibitory Effect of Indomethacin	487
E. van der Zypen: Ultrastruktur der Arteria hyaloidea und ihrer sog. Gliahülle	493
U. M. Klemen, H. Freyler: Eiweißkonzentrationen des Glaskörpers bei Erkrankungen der Netzhautgefäße	499
H. Kilp, H. Paulmann, Ch. M. Rüther: Temperatur- und Metabolitverhalten im Glaskörperraum bei vitrektomierten Kaninchenaugen	503
H. Paulmann, K. Heimann: Beitrag zur retrolentalen Fibroplasie: Chirurgische Möglichkeiten durch die Pars-plana-Vitrektomie	509

Intraokulare Tumoren, Gewebekleber

H. G. Trier, K. J. Otto, E. Weigelin: Zur Wachstumsbeurteilung intraokularer Tumoren mittels A-Bild-Echographie.	513
R. Guthoff, D. Hallermann, W. Schroeder: Zusammenhänge zwischen der P-32-Mehrspeicherung und der Tumorgroße beim malignen Melanom der Aderhaut.	519
E. Gerke, D. Mackensen, N. Bornfeld: Neovaskularisationen als Komplikation der Lichtkoagulation maligner Aderhautmelanome.	525
R. Hennekes: Nachweis und Lokalisation des seltenen Elementes Barium im Pigment der Netzhaut und des Melanoblastoms.	529
W. Buschmann, O. Gehrig, H. Raab: Zur Behandlung von Verletzungen der vorderen Linsenkapsel	533
F. Härtling, K.-B. Mellin: Fixation von lyophilisierter Dura Mater auf der Sklera durch Fibrinverklebung	541

Netzhaut

J. Wollensak: Akute periphere Netzhautnekrose	545
F. W. Schmidt-Martens, R. Christoph, M. Reim, P. W. Hartl: Entzündliche retinale Veränderungen beim Morbus Behçet	551
J. Röwer, D. Mackensen: Atrophia gyrata ohne Hyperornithinämie?	557
M. H. Foerster, A. Wessing: Langzeitveränderungen von Hypertrophien des retinalen Pigmentepithels	561
J.-H. Greite: Automatisierte Perimetrie System Octopus als Hilfsmittel zur Indikationsstellung und Optimierung der panretinalen Photokoagulation bei Retinopathia diabetica	567
P. U. Fechner: Prämakuläre Blutung, eine neue Indikation für die Argonlaser-Therapie	569
N. Körber, M. Gesch, M. Reim, H. Kiesewetter, H. Schmid-Schönbein: Zur Untersuchung der Retinadurchblutung mittels Fernsehfluoreszenzangiographie	573
R. Rochels, E.-J. Schmitt, Th. Neuhaus: Eine äquidensitometrische Methode zur objektiven Auswertung von Fluoreszenzangiographien	577
M. Fried, A. Wessing: Solar-Makulopathie und ähnliche foveomakuläre Veränderungen	579
R. Stodtmeister, I. Wilmanns: Lichtwirkung auf die Netzhaut bei Operationen unter dem Operationsmikroskop	583
E. Alexandridis, H. v. Krogh: Retinoschisis und Refraktion.	587
A. Kampik, W. R. Green, R. G. Michels, T. A. Rice: Epiretinale Membranen nach Photokoagulation (postkoagulative Maculopathie)	593
R. Birngruber, W. Weinberg, V.-P. Gabel: Der Einfluß der Expositionsparameter auf die Schadensausdehnung bei der Netzhautkoagulation, dargestellt anhand eines thermischen Modells.	599

W. Weinberg, V.-P. Gabel, R. Birngruber, B. Lorenz, W. Müller: Die zeitliche Entwicklung der Weißfärbung in Korrelation zur Schadensausdehnung bei der Photokoagulation der Netzhaut	603
B. Lorenz, R. Birngruber, V.-P. Gabel, A. Kampik: Netzhautveränderungen innerhalb von ringförmigen Laserkoagulationen aufgrund von Zirkulationsstörungen in der Aderhaut.	607
N. Bornfeld, E. Gerke, E. El-Hifnawi: Rasterelektronenmikroskopische Untersuchungen an frischen Xenon-Lichtkoagulationsherden der menschlichen Retina.	613
H. Kain: Untersuchungen zur Frage der mechanischen Belastbarkeit von ALK- und XLK-Effekten an der Kaninchenretina.	617
W. D. Schäfer, G. Hagenau, H. Metze: Prophylaxe der retrolentalen Fibroplasie.	625
M. Reim, M. Dutescu, B. Hörster, A. Scheidt: Über die Bedeutung uveitischer Symptome bei der Netzhautablösung	629

Pharmakologie und Biochemie

H. Bleckmann: Tränengasverätzung der Hornhaut im Experiment	633
J. Bours: Über das Vorkommen von Serum Proteinen und Kristallinen in der Hühner-Hornhaut und im Endothelium und Epithelium der Hornhaut.	637
A. Zemitis, H.-G. Dahnke, K.-O. Mosebach, M. U. Dardenne, U. Lippert: Pharmakokinetische Untersuchungen über die Penetration und Verteilung von Chloramphenicol und Dexamethason im Kaninchenauge unter identischen Bedingungen	643
U. M. Mayer, G. Freißler, H. Haberstumpf: Über die Einwirkung von Diazepam auf überlebend gehaltene Augenlinsen	647
L. Welge-Lüssen, K. Strebel: Einfluß von Hornhautendothelschädigungen auf den Aminosäuregehalt in den vorderen Augenabschnitten	651
C. Hartmann: Humorales IgE und Gewebe-IgE im menschlichen Auge. Ein Beitrag zum Problem der intraokularen Immunglobulin-Synthese	657

Verschiedene Themen

H. Gruber, G. Pendl, E. Auff: Über verschiedene Ursachen der Arachnopathie im Chiasmabereich	663
K. G. Wulle, R. Kneip, J. Wollenweber, H. L. Christl, W. Adam: Treffsicherheit der Ophthalmodynamometrie in der Diagnostik von Verschlußprozessen der Arteria carotis – Ein Vergleich mit der Ultraschall-Doppler-Sonographie und der Hirnperfusionsszintigraphie.	667
S. Tinning, E. Krogh, J. Edmund: Ein einfaches System zur elektronenrechnerischen Einordnung von Vitrektomie-Journalen	671
K. Hoffmann, L. Osterwald: Ergebnisse der transethmoidalen Revision des traumatisierten N. Opticus	675

U. Mester, A. Koenig, W. Baumgart: Thromboseprophylaxe in der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie.	679
D. Schmidt, D. Eisenlohr: Quantitative Auswertung von Papillenveränderungen (Verlaufskontrollen) mit Hilfe der Mikrodensitometrie	683
W. Hunold, I. Wilmanns: Die funktionelle segmentale Gliederung der menschlichen Choriocapillaris im Fluoreszenzangiogramm	689

Untersuchungsmethoden, Sinnesphysiologie, Elektrophysiologie

W. Jaeger, E. Eicher: Neue Möglichkeiten der Farbenperimetrie	693
M. Richter: Einfaches Gerät zur Bestimmung der Spektralwert-Funktionen	699
F. Fankhauser: Gegenwärtige Trends bei der Software-Entwicklung für das automatische Perimeter Octopus	703
E. Schulz, F. Simon: Binokulare Mikrobewegungen: Methodik, erste Ergebnisse.	707
D. Friedburg: Der off-Effekt beim Aulhornschen Löschphänomen	713
H. Krastel, W. Jaeger, A. Blankenagel: Nachweis von Resten eines „Rot-Rezeptors“ unter chromatischer Adaptation bei Patienten mit zunächst typisch erscheinender angeborener totaler Farbenblindheit	717
E. R. Lapp, J. Tanabe: Das Frühe Rezeptorpotential (ERP): Aktionsspektren bei normal Farbtüchtigen und Farbblinden	727
R. Rix, J. Tanabe, G. Koniszewski: Early Receptor Potentials (ERP) unter Vincristin	733
C. Teping, H. Krastel, R. L. Gärtner: Kortikale und pupillomotorische Antworten auf Umkehrreize	735
C. J. Krüger: Der Anteil zentraler und peripherer Netzhautbezirke an der langsamen Hellschwingung im Elektrookulogramm (EOG)	741

Strabologie

Lähmungsschielen

Referate

H. F. Piper: Einführung zum Lähmungsschielen	753
G. Kommerell: Neurophysiologische Grundlagen des Lähmungsschielens	759
A. Müller-Jensen: Ätiologie und Differentialdiagnose der Augenmuskelparesen aus neurologischer Sicht	767
W. Papst: Okuläre Myopathien	775
B. Neundörfer: Myopathien mit okulärer Beteiligung	785

D. Friedburg: Blow-out-Frakturen – Diagnose und Indikation zur Behandlung aus augenärztlicher Sicht	797
O. Kriens: Blow-out-Frakturen – Diagnose und Behandlung aus kieferchirurgischer Sicht	805
 <i>Vorträge</i>	
H. Kaufmann, G. Kolling: Operative Therapie bei Nystagmuspatienten mit Bino- kularfunktionen mit und ohne Kopfwangshaltung.	815
W. Rüßmann: Trochlealäsionen bei Windschutzscheibenverletzungen. Befunde und Behandlung.	821
A. Reny: Elektromyographische Untersuchungen bei Stilling-Duane-Syndrom	827
E. Mehdorn, S. Mattheus, A. Schuppe, U. Klein, G. Kommerell: Amblyopiebehandlung mit dem CAM-Stimulator und anschließender Okklusion: Eine kontrollierte Studie	831
K. Oggel, G. Sommer: Binokularsehen bei schreib- und leseschwachen Schülern	835
H. Flick: Augenmuskelsehnenverlängerungen mit lyophilisierter Dura	839

Consilium diagnosticum

A. Nover: Einführung	846
W. Jaeger, A. Blankenagel: Kearns-Sayre-Syndrom (Diagnosestellung aufgrund des weiteren klinischen Verlaufs)	847
E. Gößling-Ebhardt, W. Jaeger: Schwerste Augenbeteiligung bei einem cerebral- paretischen Kind mit ausgedehnten epidermalen Naevi (Schimmelpenning-Feuerstein- Mims-Syndrom?)	857
Consilium diagnosticum – Herr Nover.	857
W. Schmack, W. Jaeger, H. Krastel: Ringförmige Tapetoretinale Degeneration um Macula und Papille	861
Consilium diagnosticum – Herr Deutman.	865
H. Hansen: Umschriebener chorioidaler Prozeß mit subretinaler Exsudation und subretinalen Blutungen	867
Consilium diagnosticum – Herr François	870

Demonstrationssitzung

J. Casanovas: Harmonisierung der Optotypen für die Nahsicht.	875
H. Pau, A. Schmitt-Gräff: Durchblutung der Cornea	877
K. Bujara, D. v. Domarus: Zur sekundären Mukopolysaccharidose der Hornhaut. Ein klinisch-pathologischer Bericht	879
P. F. de la Fuente: Augenveränderungen bei der idiopathischen Hyperkalziurie	883

H. Neubauer: Rieger-Syndrom mit Mikrocornea, Sekundärglaukom und Keratopathie: Keratoplastik, Korexaxie und Trabekulektomie	887
G. Strasser, R. Haddad, G. Grabner: Schlichtingsche Hornhautdystrophie und Goniodysgenesie	891
H. Gernet: Einseitige Kunstlinse nach Maß bei Myopie	893
R. Wilcke: Phakogene Reizung bei Heterochromiezyklitis	899
J. Klein, B. Dieckhues: Mikrobielle Antikörperbestimmung zur ätiologischen Klärung endogener Uveitiden	903
C. Ohrloff, A. Puck: Spiegelmikroskopische Befunde des Hornhautendothels bei Iridozyklitis	905
G. Schneider: Erfahrungen mit Carticain bei der Anästhesie vor ophthalmologischen Eingriffen	909
H. J. Küchle, B. Dieckhues, H. Busse: Immunologische Untersuchungen beim Melanom der Aderhaut	911
H.-W. Meyer-Rüsenberg: Cyclitis anularis exsudativa pseudotumorosa bei M. Eales	915
S. Hiwatari, S. Okisaka, T. Kimura: Intravitreal Urokinase in the Treatment of Vitreous Hemorrhage	917
K. Hommer, F. Rehberger: Sagittale Bulbuseinschnürung mit konserviertem Skleraband	921
R. Makabe: Laserkoagulation einer zentralen serösen Netzhautablösung bei Grubenpapille	925
D. Vuillemin, E. van der Zypen, F. Fankhauser: Über die Wirkung eines Rubin-Picosekunden-Lasers auf die Iris pigmentierter und albinotischer Kaninchenaugen. Eine ultrastrukturelle Analyse.	929
J. G. H. Schmidt, H. E. Schaefer, R. Lütticken: Über mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen zum Erregernachweis eines Orbita-Skleroms	933
E. G. Weidle, H. E. Völcker, R. Schmelzle: Morbus Ollier der Orbita	937
H. Busse: Transkonjunktivale Revision des Orbitabodens bei Blow-out-Fraktur	941

Wissenschaftliche Ausstellungen

H. Baurmann, G. Chioralia, V. Dragomirescu, F. Kremer: Aspekte der Uvea bei verschiedenen Versuchstieren.	945
T. Püttmann, B. Dieckhues: HLA-Typisierung bei Uveitis	949
Chr. Hartmann, I. Audouin-Berault, B. David, S. Liotet: Immunologische Untersuchungen bei parasitärer Uveitis	953
W. Daus, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Die Rolle der Linse als Induktor und Target bei experimenteller Uveitis. V. Vaskularisation als pathogenetischer Faktor	959

K. A. Rusek, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Die Rolle der Linse als Induktor und Target bei experimenteller Uveitis VI. Adoptiver Transfer durch Blut	963
I. Wilmanns, E. Weigelin, W. Hunold: Darstellung der Aderhautgefäße bei der Fluoreszenzangiographie	965
W. Weder: Farbmessungen am Augenhintergrund	967
H. Conrads, H. Blaschke, U. Krug: Rasterelektronenmikroskopische und Transmissions-elektronenmikroskopische Untersuchungen der Keratitis Herpetica Dendritica	969
R. Welt, W. Goebels: Hornhautendothelveränderungen nach vorübergehender Berührung der Hornhautrückfläche durch Pseudophakos-Schlingen	975
H. Opitz, K.-O. Mosebach, U. Lippert, M. U. Dardenne, K. Koglin: Pharmakokinetische Untersuchungen über Penetration, Verteilung und Metabolisierung von D-threo-Chloramphenikol im Kaninchenauge	985
K. Ullerich, K. Langenbruch, O. Fishedick: Computertomographische Befunde der Orbita bei Opticuskomplikationen der endokrinen Ophthalmopathie	993
R. Buschner, U. Klingbeil, A. Plesch, J. Bille, O. Käfer, K. H. Blassmann, W. Jaeger: Neue Verfahren in der Augendiagnostik mit Hilfe mikroprozessorgesteuerter Laserscanner und digitaler Bildverarbeitung.	1003
G. Jahn, H. Helmle, J. Bille: Neues Verfahren zur nichtinvasiven Bestimmung von Augenmuskelparametern	1007
G. Sommer, Th. Neuhaus, R. Rochels: Farbsinnstörungen bei Patienten mit Hämophilie	1009
A. Roth, A. Petitjean, J. C. Renaud, J. Ch. Vienot: Neue Möglichkeiten zur klinischen Untersuchung des Farbsinnes mittels dem Besançon Anomalometer	1013
W. Jaeger: Das Tritanomaloskop. Diagnose, Beurteilung und Verlaufskontrolle bei angeborenen und erworbenen Störungen des Blausinns	1017
E. Zrenner, C. J. Krüger, M. Baier: Die Veränderungen der spektralen Empfindlichkeit bei Ethambutolschäden	1031
M. Reitz: Ein neues orthoptisches Untersuchungs- und Behandlungsgerät.	1039
H. Krastel, H. Grimm, M. L. Götz, K. Bergdolt: Der Grauglastest am Perimeter. Gesichtsfeldbefunde bei herabgesetzter Beleuchtung	1041
W. Dechant: Clinical Officer in Ophthalmology. Ausbildung und Tätigkeit augenärztlichen Hilfspersonals in Kenya	1049
L. Toppel, H.-P. Klinke: Augenärztliche Reihenuntersuchungen bei tibetischen Bergvölkern	1053
K. Riedel: Rötelnembryopathie mit einseitiger Katarakt, einseitigem Mikrophthalmus und beidseitiger Retinopathie.	1057
J. Barth, W. Jaeger: Benigne Zystinose. Zystin-Kristalle in der Hornhaut und Bindehaut bei zwei Geschwistern	1061
P. Kroll: Passagere Linsentrübungen bei intraokularer Gastamponade	1067
H. Promesberger: Nekrotisierende Skleritis	1069

G. C. Hasenfratz, F. H. Stefani: Karunkeltumoren	1073
H. Schmitt, W. Doden: Irisbefund nach endogenen Augenentzündungen	1081
R. Welt, W. Doden: Linsenpartikel nach Phakoemulsifikation.	1085
R. Wilcke: Monolaterale gigantopapilläre Konjunktivitis bei schlechtem Kontakt- linsensitz.	1091
O.-E. Schnaudigel, H. Schmitt, W. Doden, M. Schneider: Heterotope Haarbildung bei Rosazea .	1095
C. Emslander: Hornhautschäden durch exzessives Tragen von HEMA-Linsen	1101
H. J. Bernd: Zur Problematik der Dauertragelinse	1103
K. Blassmann, H. Krastel, K. Poth: Anwendungsmöglichkeiten der weichen Kontaktlinse als Hilfsmittel der Diagnostik	1105
K. Lemmen, H. Kilp: Tränenfilm- und Hornhautepithelbeobachtungen im Spiegelbezirk . .	1111

Filmvorführungen

H. Busse: Mikrochirurgische Rekonstruktion und ersatzteilchirurgische Eingriffe bei Canaliculusstenose	1117
H. Sautter: Lamelläre Keratoplastik bei Carcinoma in situ	1118
H. Sautter, U. Demeler: Die Anwendung des Vitreous-Strippers am vorderen Augenabschnitt	1119
U. Demeler: Exzision einer persistierenden Pupillarmembran	1120
R. Turß: Störungen der Blinkfrequenz und der Einfluß von Verbänden auf die Lidaktion	1120
G. O. H. Naumann, E. Kleinknecht: Blockexzision eines malignen Melanoms von Chorioidea und Ziliarkörper mit episkleraler Perforation.	1122
G. O. H. Naumann, E. Kleinknecht: Blockexzision eines malignen teratoiden Medullo- epithelioms des Ziliarkörpers	1124
N. Stärk: Die transkutane Levatorresektion nach Fox.	1124
J. Grützig: Die Entfaltung konjunkivaler Lymphgefäße	1125
H. Kilp, K. Lemmen, W. Konen: Tränenfilm und Epitheloberflächenveränderungen bei Austrocknung.	1125
H. Paulmann: Pars plana-Vitrektomie bei perforierenden Fremdkörperverletzungen	1127
S. Sugiura: Vogt-Koyanagi-Harada Disease	1127
F. Bigar: Die Endothelzelle. Vom Spender zum Empfänger.	1127
F. Hoffmann, U. Trost: Keratoplastik mit Kreuzstichnaht	1129

Vorstand der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 1131

Namenverzeichnis 1133

Sachverzeichnis 1137

Contents

Opening of the Congress

Inaugural Address of the First Chairman of the German Society of Ophthalmology. W. Böke	XXXIII
Address of the President of the University of Kiel. G. Griesser	XLVI
Address of the Opening of the Industrial Fair. W. Böke	IL
Presidents of the Meeting	LI
Report of the Freiburg Herpes Symposium of the German Society of Ophthalmology. R. Sundmacher	LIII

Uveitis

Clinics of Endogenous Uveitis

Reports

W. Böke: Introduction	3
L. Neubauer: Acute Iritis, Acute Iridocyclitis	7
A.-C. Martenet: Chronic Iridocyclitis, Cyclitis	15
H. Slezak: Intermediary Uveitis	21
G.R. O'Connor: Chorioiditis, Chorioretinitis	25
H. Witschel, R. Sundmacher: Panuveitis	31
R. Witmer: Sympathetic Ophthalmia	43

Lectures

U. Demeler: Fluorescence Angiographical Studies in Different Forms of Uveitis	47
H. Bernsmeier, G. Kluxen, D. Friedburg: Fluorescence Angiographical Findings in Complicated Heterochromia of Fuchs	49
K.W. Ruprecht, G.O.H. Naumann: On the Clinics of Sympathetic Ophthalmia	53
F.H. Stefani: Findings in Fuchs' Heterochromic Cyclitis	57

D. Hallermann, D.v. Domarus: Radiogenic Uveitis	65
H. Remky: Late Retinochoroidal Manifestations and Relapses Following Postnatal Toxoplasmosis Infections	69
R. Sundmacher: Focal Iritis Caused by Herpes Simplex and Varicella-Zoster Virus	73
F. Brandt: On the Changes of the Uvea in Hansen's Disease	77
A. Vehr, C. Hörster, M. Reim: Report of one Case of Morbus Harada – Clinical Course and Treatment	81
G. Richard, B. Diekhues, G. Jünemann: Clinical and Immunological Studies in Harada-Vogt-Koyanagi's Disease	83
H.H. Knöbel: Endothelial Atrophy of the Cornea as a Consequence of Anterior Uveitis with Dystrophy of the Perforating Keratoplasty	87
H.E. Völcker, G.O.H. Naumann: Hyperacute Keratoplasty Infiltration with Anterior Uveitis	91
K.K. Mortensen, A.K. Sjølie, E. Goldschmidt: Uveitis. An Epidemiological Study	97
K.G. Wulle, M. Reichel, H.L. Christl: Endogenous Uveitis in Common Diseases	101
W. Aust, G. Fügner: Age Distribution and Serological Diagnostics in Iridocyclitis	105

Etiology of Endogenous Uveitis

Reports

K.F. Manthey: Etiologic Diagnosis of Uveitis	109
Discussions to K.F. Mantey's Report	
A. Heydenreich	117
G.R. O'Connor	120
R. Witmer	121

Differential Diagnosis of Uveitis

R. Witmer: Differential Diagnosis of Endogenous Uveitis	123
---	-----

Pathogenesis of Endogenous Uveitis

Reports

A.M. Silverstein: Immunopathologic Aspects of Endogenous Uveitis	127
W. Müller-Ruchholtz, E. Kraus-Mackiw: Endogenous Uveitis – an Autoimmune Disease?	139
W.R. Mayr, G. Grabner: HLA-System and Uveitis	149

Lectures

H. Krey: Virusinduced Uveo-retinitis in Rhesus Monkeys and Rabbits	155
--	-----

H.J. Kaplan, T.M. Aaberg, R.H. Keller: Etiology of Recurrent Clinical Uveitis. Cell Surface Markers on Vitreous Lymphocytes	159
A.G. Secchi, F. Tremolada, C. Antona, N. Malacarne, M.R. Angi: Lymphocyte Subpopulations in Uveitis	165
E. Bloch-Michel, J. Belehradek, J.K. Youn, Y. de Kozak, Le Hoang Phuc, A. Tanoe, T.C. Lexuan, F. Niessen, R. Campinchi, J.P. Faure: Evaluation of the Reactivity of Human Lymphocytes to Retinal Antigen Using Different In Vitro Methods in Patients with Posterior or Total Uveitis	169
H.K. Müller-Hermelink, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Pathology of Endogenous Uveitis	175
W. Dechant: Considerations on Kala-Azar-Uveitis	181
W. Kypke: Pigment Epitheliopathy and Uveitis	183
G. Duncker, K.F. Manthey, K. Fischer, W. Böke: Diagnostic and Prognostic Significance of the Indication of Antinuclear Factors (ANF) in Uveitis	189
G.H. Walter, K.F. Manthey: Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) for the Diagnosis of Toxoplasmosis	193
E. Kincses, G. Szegedi, M. Szabolcsi, G. Balázs: Immunologic Studies of Phacogenous Uveitis	199
K.M. Saari, P. Miettinen, R. Saari: Ocular Inflammation Associated with Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter and Chlamydia Infections	203
F. Niessen, R. Campinchi, E. Bloch-Michel: Etiology of Endogenous Uveitis in Childhood. An Analysis of 102 Cases	209

Treatment of Endogenous Uveitis

Reports

W. Böke: Corticosteroids	215
A.-C. Martenet: Immunosuppression	223
H. Schmitt: Tuberculostatics	229
R. Klöti: Treatment of Chronic Uveitis and Endophthalmitis by Pars Plana Vitrectomy	233
H.-J. Thiel, H. Krüger: Antibiotics in Endogenous Uveitis?	243

Lectures

K. Heimann, U. Tavakolian, H. Paulmann, R. Morris: Pars Plana Vitrectomy for the Treatment of Chronic Uveitis	249
U. Tavakolian, H. Paulmann, K. Heimann, R. Morris: Pars Plana Vitrectomy for the Treatment of Bacterial and Mycotic Endophthalmitis	253
W.J. Dinning: The Visual Prognosis in Chronic Uveitis	259

F. Daxecker, M. Zirm, M. Ogriseg: The Effectiveness of Various Uveitis Anterior Therapies Using the Criteria of the International Uveitis Study Group. A Retrospective Study	261
J. Colin, J. Clavier, G. Renard, G. Kerbrat: Anterior Uveitis in Sarcoidosis and Oral Corticosteroidtherapy	269
G. Jünemann, H.J. Kühle: Treatment of Peripheral Uveitis by Cryotherapy	273

Glaucoma and Uveitis

Lectures

M. Ober, E. Lütjen-Drecoll, A. Scharrer: Is the Rabbit-Eye Suitable for Investigations of the Aqueous Humor Dynamics?	275
G.K. Krieglstein, E. Glaab, E. Gramer: Perimetry of the Glaucoma Visual Field Using the Kinetic and Automatic, Suprathreshold Techniques	279
A. Scharrer, M. Ober: Peripheral Chemical Sympathectomy with Guanethidine in Low Concentrations in Patients Being on Dipivalyl-Epinephrine	285
A. Dellaporta: Trepano-Trabeculectomy (TTE)	291
D. Cvetkovic, D. Kontic, V. Dodic: The Operative Treatment of Glaucoma with Naevus Flammeus	297
K. Lemmen: Secondary Glaucoma with Uveitis	301
W. Hammerstein, A. Schmitt-Gräff: Uveitis — a Symptom of Hodgkin's Disease	305
G.O. Bastian, P. Hentsch, H.-P. Brodersen, D. Sellin: Uveitis, Simulated by a Growing Reticulum Cell Sarcoma	311
O. Grajewski: Characteristic Eye Changes in Juvenile Chronic Polyarthritis	317
J. Strobel: Corneal Endothelium Cell Geometry of Patients with Iritis	323

Experimental Uveitis

Lectures

A. Wizemann, V. Wizemann, G. Ebinger: Ophthalmologic Effect of Prostacyclin (PGI ₂)	327
M. Zirm, D. Stünzner, F. Schmalzl, B. Stiasny, J. Möse: Herpetic Uveitis — Macrophage Stimulation in an Animal Experiment	329
S. Tilgner, A. Heydenreich: Experimental Allergic Retino-Uveitis in Rats. The Role of the Neuroepithelium	339
M. Tost: Immunesuppression and Developmental Disturbances of the Human Eye	343
A. Stanojević-Paović, M. Movsesijan, M. Blagojević, D. Borojević: Localization of Tissue Specific Antigen in the Retina	347

M. Dutescu, B. Hörster, G. Adams, T. Matuschek: Clinical Results after Experimental Application of Antigenous Material from Rod Outer Segments (ROS)	349
B. Hörster, M. Dutescu, T. Matuschek, G. Adams: Histological Examination after Experimental Application of Rod Outer Segments	353

Immunology and Uveitis

Lectures

U. Gronemeyer, D. Friedrich, K.-F. Manthey, E. Westphal: Is There any Prognostic Value of HLA-B-27 in Uveitis Anterior in Consideration of Immunological Tests?	357
H. Hartwig, C. Rittner: Association of HLA-B-27 and Acute Anterior Uveitis	363
K.M. Saari, A. Tiilikainen, S. Koskimies: HLA Antigens and Acute Anterior Uveitis in Finnish Families	367
J. Michiels, J.P. Dernouchamps: Immunocomplexes and the C ₃ Factor of the Complement in Inflammatory Aqueous Humor.	373
B. Dieckhues, G. Jünemann, H.J. Küchle: Immunologic Studies on Patients with Endogenous Uveitis	377

Free Lectures

Conjunctiva and Cornea

K. Aoki, M. Kato, H. Ohtsuka, H. Tokita, T. Obara, K. Ishii, N. Nakazono, H. Sawada: Clinical and Etiological Study of Viral Conjunctivitis During six Years, 1974-1979, in Sapporo, Japan	383
F. Hoffmann, H.-J. Thiel: Corneal Dystrophy in Children with an Endothelial Disorder	393
W. Behrens-Baumann, U. Weber, R. Ansorg: Aciclovir and Bacterial Infection of the Cornea — an Experiment with Animals	399
H. Brewitt: On the Appearance of Anchoring Fibrils in the Cornea	403
M. Spreng, F. Fankhauser, E. van der Zypen: The Formation of a Corneal Fibrosis after Irradiation with the Xenon Arc Lamp	409
H.-J. Thiel, K. Müller-Hermelink: Pathology of the Honeycomb Corneal Dystrophy	415
J. Wollensak, F. Pfannkuch: Keratomalacia in Combination with Chronic Polyarthritis — Histologic and Electron Microscopic Findings	419
R. Turb, H. Teschler: The Effectiveness of Bandages and Goggles in Dry Eye Condition	425

Keratoplasty

H. Hanselmayer, C. Faschinger: Corneal Grafts: Influence of the Age of the Donor on the Late Results	431
--	-----

J. Draeger, R. Winter, G. Kreysing: Endothelial Cell Count and Clinical Results after Corneal Graft Using Fresh and Preserved Donor Material	437
C.C. Kok-van Alphen, H.J.M. Völker-Dieben, J.E.A.v.d. Heuvel, A.J. Otto, C.L. Dake: Corneal Graft Rejection: an Immunological Disease. Some Thoughts about the Therapy with Cytostatica	443
Y. Tagawa, R.A. Prendergast, A.M. Silverstein: Role of T-Cells in Rejection of Corneal Endothelium: a Study of the Intraocular Graft-versus-Host Reaction	447
K.-B. Mellin, T.N. Waubke: Perforating Keratoplasty in Primary Chronic Polyarthritis	451

Intraocular Lenses and Contact Lenses

E.J. Schmitt, R. Hackelbusch, T. Neuhaus: On the Bilateral Implantation of Iris-Clip-Lenses	453
J.G.F. Worst: Technical and Clinical Details of the Iris Medaillon Lens after Intra- and Extra-capsular Cataract Extraction	457
W. Konen, R. Schönhardt, M. Ziemssen, M. Severin, H. Neubauer: Is the Ultrasonographic Measurement of Intraocular Lenses Necessary?	463
R. Winter, J. Draeger, G. Kreysing: The Corneal Endothelium after Implantation of Intraocular Lenses	469
D.v. Domarus, K. Bujara, H. Knöbel: Morphological Changes in the Anterior Segment after Implantation of Iris Clip-lenses	475
H. Treumer: Results of the Correction of Aphakia after Congenital Cataract Operation	479

Vitreous Body

P. Algvere, J. Jönsson: Breakdown of Blood-Aqueous Barriers Induced by Intravitreal Iron-Dextran and the Inhibitory Effect of Indomethacin	487
E. van der Zypen: Ultrastructure of the Hyaloid Artery and its Cellular Wall	493
U.M. Klemen, H. Freyler: Intravitreal Protein Concentration Following Retinal Diseases	499
H. Kilp, H. Paulmann, Ch.M. Rüther: Temperature and Metabolite Behavior in the Intraocular Cavity of Vitrectomized Rabbit Eyes	503
H. Paulmann, K. Heimann: Contribution to Retrolental Fibroplasia: Surgical Possibilities with Pars Plana Vitrectomy	509

Intraocular Tumours, Tissue Glue

H.G. Trier, K.J. Otto, E. Weigelin: The Evaluation of Intraocular Tumour Growth by Means of A-mode Echography	513
R. Guthoff, D. Hallermann, W. Schroeder: Connections Between the Storage of P-32 and the Size of the Tumor in Choroidal Melanoma	519

E. Gerke, D. Mackensen, N. Bornfeld: Neovascularisation as a Complication of Photocoagulation of Malignant Choroidal Melanoma	525
R. Hennekes: Evidence and Localisation of the Rare Element Barium in the Pigment of the Retina and the Melanoblastoma	529
W. Buschmann, O. Gehrig, H. Raab: Treatment of Anterior Lens Capsule Perforations	533
F. Härting, K.-B. Mellin: Fixation of Lyophilised Dura Mater Transplants on the Sclera by Fibrin Glue	541

Retina

J. Wollensak: Acute Peripheral Necrosis of the Retina	545
F.W. Schmidt-Martens, R. Christoph, M. Reim, P.W. Hartl: Inflammatory Retinal Changes in Behçet's Disease	551
J. Röver, D. Mackensen: Gyrate Atrophy of the Choroid and Retina Without Hyperornithinemia?	557
M.H. Foerster, A. Wessing: Longterm Changes in Retinal Pigment Epithelial Hypertrophy	561
J.-H. Greite: Automatic Perimetry System Octopus as an Aid for the Indication and Optimization of Panretinal Photocoagulation in Retinopathia Diabetica	567
P.U. Fechner: Premacular Haemorrhage, a New Indication for Laser Therapy	569
N. Körber, M. Gesch, M. Reim, H. Kiesewetter, H. Schmid-Schönbein: Evaluation of the Retinal Blood Circulation by Television Fluorescein Angiography	573
R. Rochels, E.-J. Schmitt, Th. Neuhaus: An Equidensitometric Method for the Objective Analysis of Fluorescein Angiographies	577
M. Fried, A. Wessing: Solar Maculopathy and Similar Foveomacular Lesions	579
R. Stodtmeister, I. Wilmanns: Light Effects on the Retina in Operations Under the Surgical Microscope	583
E. Alexandridis, H.v. Krogh: Retinoschisis and Refraction	587
A. Kampik, W.R. Green, R.G. Michels, T.A. Rice: Epiretinal Membran Formation after Photocoagulation	593
R. Birngruber, W. Weinberg, V.-P. Gabel: The Influence of Exposition Parameters on the Extent of Damage in Retina Coagulation Demonstrated by Means of a Thermal Model	599
W. Weinberg, V.-P. Gabel, R. Birngruber, B. Lorenz, W. Müller: Time Sequence of the White Hue Correlated with the Extent of Damage in Photocoagulation of the Retina	603
B. Lorenz, R. Birngruber, V.-P. Gabel, A. Kampik: Retinal Changes Inside Ring-shaped Laser Coagulations Due to Disturbances of the Chorioidal Circulation	607
N. Bornfeld, E. Gerke, E. El-Hifnawi: Scanning Electron Microscopic Studies of Fresh Xenon Light Coagulation Centres of the Human Retina	613
H. Kain: Studies on the Mechanical Stress of ALK and XLK Effects on the Rabbit Retina	617

W.D. Schäfer, G. Hagenau, H. Metze: Prophylaxis of Retrolental Fibroplasia	625
--	-----

M. Reim, M. Dutescu, B. Hörster, A. Scheidt: On the Significance of Uveitic Symptoms in Retinal Detachment	629
--	-----

Pharmacology and Biochemistry

H. Bleckmann: Experimental Burns of the Cornea with Chloracetophenone	633
---	-----

J. Bours: The Presence of Albumin and Other Serum Proteins and Crystallins and Chick Cornea and in Corneal Endothelium and Epithelium	637
---	-----

A. Zemitis, H.-G. Dahnke, K.-O. Mosebach, M.U. Dardenne, U. Lippert: Pharmacokinetic Studies on the Penetration and Distribution of Chloramphenicol and Dexamethasone in Rabbit Eye Under Identical Conditions	643
--	-----

U.M. Mayer, G. Freißler, H. Haberstumpf: On the Effect of Diazepam on Preserved Eye Lenses	647
--	-----

L. Welge-Lüssen, K. Strebel: Influence of Damage of Corneaendothelium of the Content of Amino Acids in the Anterior Segment of the Eye	651
--	-----

C. Hartmann: Humoral IgE and Tissue IgE in the Human Eye. On the Problem of Intraocular Synthesis of Immunoglobulins	657
--	-----

Miscellaneous Topics

H. Gruber, G. Pendl, E. Auff: On Various Causes of Chiasmal Arachnoiditis	663
---	-----

K.G. Wulle, R. Kneip, J. Wollenweber, H.L. Christl, W. Adam: Precision of Ophthalmodynamometry in the Diagnostics of Obstructions of the Carotid Artery – in Comparison to Ultrasound-Doppler-Sonography and Brain Perfusion Scintigraphy	667
---	-----

S. Tinning, E. Krogh, J. Edmund: A Simple System for Electronic Data-processing of Vitrectomy Records	671
---	-----

K. Hoffmann, L. Osterwald: Results of the Transthemoidal Revision of the Traumatized Optic Nerve	675
--	-----

U. Mester, A. Koenig, W. Baumgart: Prophylactic Heparin Therapy in Retinal and Vitreous Surgery	679
---	-----

D. Schmidt, D. Eisenlohr: Quantitative Evaluation of Papillary Changes (Follow-up Study) by Microdensitometry	683
---	-----

W. Hunold, I. Wilmanns: The Functional Segmental Pattern of the Human Choriocapillaris in Angiograms	689
--	-----

Methods of Examination, Sensory Physiology, Electrophysiology

W. Jaeger, E. Eicher: New Concepts of Color Perimetry	693
---	-----

M. Richter: A Simple Device for Determining the Spectral Cone Sensitivity Curves	699
--	-----

F. Fankhauser: Present Tendencies in the Development of Software for the Automatic Perimeter Octopus	703
--	-----

E. Schulz, F. Simon: Binocular Micromovements: Methodes and First Results	707
D. Friedburg: The Off-Effect in Aulhorn's Phenomenon	713
H. Krastel, W. Jaeger, A. Blankenagel: Remnants of a "Red Receptor Mechanism" Detected under Chromatic Adaptation in Three Cases of Typical Congenital Archmatopsia	717
E.R. Lapp, J. Tanabe: Early Receptor Potentials (ERP): Action Spectra in Normals and Colour-blind Subjects	727
R. Rix, J. Tanabe, G. Koniszewski: Early Receptor Potentials (ERP) under Vincristin	733
C. Teping, H. Krastel, R.L. Gärtner: Cortical and Pupillomotoric Responses to Pattern Reversal	735
C.J. Krüger: The Contribution of Central and Peripheral Retinal Areas to the Light Induced Slow Oscillation of the Electrooculogram (EOG)	741

Strabism

Paralytic Strabism

Reports

H.F. Piper: Introduction to Paretic Strabism	753
G. Kommerell: Pathophysiology of Paretic Strabism	759
A. Müller-Jensen: Etiology and Differential Diagnosis of Eye Muscle Pareses from a Neurological Point of View	767
W. Papst: Ocular Myopathies	775
B. Neundörfer: Myopathies with Ocular Symptoms	785
D. Friedburg: "Blow out Fractures" — Diagnosis and Indications for Therapy from the Ophthalmologic View	797
O. Kriens: Blow out Fractures — Maxillofacial-surgical Aspects on Diagnosis and Treatment	805

Lectures

H. Kaufmann, G. Kolling: Operative Treatment of Nystagmus Patients with and without Abnormal Head Position	815
W. Rüßmann: Trochlear Lesions in Windshield Injury. Ocular Motility and Surgical Management	821
A. Reny: Electromyographic (EMG) Investigations in Duane Syndrom	827
E. Mehdorn, S. Mattheus, A. Schuppe, U. Klein, G. Kommerell: Amblyopia Treatment with the CAM Stimulator and Subsequent Occlusion: a Controlled Study	831
K. Oggel, G. Sommer: Binocular Vision in School Children with Reading and Writing Disabilities	835
H. Flick: Lengthening of Eye Muscle with Lyophilized Dura	839

Consilium Diagnosticum

A. Nover: Introduction	846
W. Jaeger, A. Blankenagel: Kearns-Sayre Syndrome (Diagnosis Based on Further Clinical Development)	
E. Gößling-Ebhardt, W. Jaeger: Serious Visual Impediment in a Cerebral Paretic Child with Extensive Epidermal Naevi (Schimmelpenning-Feuerstein-Mims Syndrome?)	
W. Schmack, W. Jaeger, H. Krastel: Ring-shaped Tapetoretinal Degeneration Around the Macula and the Papilla	861
H. Hansen: Description of a Choroidal Process with Subretinal Exudation and Bleeding	867

Presentations (Without Discussion)

J. Casanovas: Harmonization of the Optotypes for Near Sight	875
H. Pau, A. Schmitt-Gräff: Blood Staining of the Cornea	877
K. Bujara, D.v. Domarus: On Secondary Mucopolysaccharidoses of the Cornea. A Clinico-pathological Report	879
P.F. de la Fuente: Eye Alterations in Idiopathic Hypercalciuria	883
H. Neubauer: Rieger-Syndrome with Microcornea, Secondary Glaucoma and Keratopathy: Keratoplasty, Corectomy and Trabeculectomy	887
G. Strasser, R. Haddad, G. Grabner: Schlichting's Corneal Dystrophy and Goniodysgenesis	891
H. Gernet: Precalculated Unilateral Artificial Lens in Myopia	893
R. Wilcke: Phakogenic Irritation in Heterochromia of Fuchs	899
J. Klein, B. Dieckhues: Microbial Examination of Antibodies in Order to Define Etiology of Endogeneous Uveitis	903
C. Ohrloff, A. Puck: Biomicroscopic Findings of the Cornea Endothelium in Iridocyclitis	905
G. Schneider: Experiences with Carticain in Anaesthesia Prior to Ophthalmic Operation	909
H.J. Küchle, B. Dieckhues, H. Busse: Immunological Studies in Cases of Malignant Melanoma of the Choroid	911
H.-W. Meyer-Rüsenberg: Cyclitis Anularis Exsudativa Pseudotumorosa and Morbus Eales	915
S. Hiwatari, S. Okisaka, T. Kimura: Intravitreal Urokinase in the Treatment of Vitreous Hemorrhage	917
K. Hommer, F. Rehberger: Sagittal Semi-Encirclement of the Bulbus with a Band of Preserved Sclera	921
R. Makabe: Lasercoagulation of a Central Serous Retinal Detachment with Optic Pit	925
D. Vuillemin, E. van der Zypen, F. Fankhauser: The Effects of a Ps-Rubylaser upon the Iris of Pigmented and Albinotic Rabbit Eyes. An Ultrastructural Study	929

J.G.H. Schmidt, H.E. Schaefer, R. Lütticken: On Histiological and Bacteriologic Procedures for Determining the Etiologic Agent of an Orbit Scleroma	933
E.G. Weidle, H.E. Völcker, R. Schmelzle: Ollier's Disease of the Orbita	937
H. Busse: Transconjunctival Revision of the Orbital Floor in Cases of Blow-out Fracture	941

Poster Session

H. Baurmann, G. Chioralia, V. Dragomirescu, F. Kremer: Aspects of the Uvea in Various Animals	945
T. Püttmann, B. Dieckhues: HLA-Typing in Uveitis	949
Ch. Hartmann, I. Audouin-Berault, B. David, S. Liotet: Immunologic Studies in Parasitic Uveitis	953
W. Daus, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Lens as Inductor and Target in Uveitis. V. Vascularization as Pathogenic Factor	959
K.A. Rusek, E. Kraus-Mackiw, W. Müller-Ruchholtz: Lens as Inductor and Target in Uveitis. VI. Adoptive Transfer Through Blood	963
I. Wilmanns, E. Weigelin, W. Hunold: Presentation of Choroidal Vessels in Fluorescence Angiography	965
W. Weder: Colour Measurement of the Fundus of the Eye	967
H. Conrads, R. Blaschke, U. Krug: Scanning and Transmission Electron Microscopical Examinations of the Keratitis Herpetica Dendritica	969
R. Welt, W. Goebels: Changes in the Cornea Endothelium after Contact with Pseudophakos Loops	975
H. Opitz, K.-O. Mosebach, U. Lippert, M.U. Dardenne, K. Koglin: Pharmacokinetic Experiments on the Penetration, Distribution and Metabolisation of D-Threo-Chloramphenicol in the Rabbit's Eye	985
K. Ullerich, K. Langenbruch, O. Fishedick: Computerized Tomography of the Orbit in Grave's Ophthalmopathy with Opticus-complication	993
R. Buschner, U. Klingbeil, A. Plesch, J. Bille, O. Käfer, K.-H. Blassmann, W. Jaeger: New Methods in Eye Diagnostics by Microprocessor Based Laser Scanning Devices and Digital Image Processing	1003
G. Jahn, H. Helmle, J. Bille: A New Method for Noninvasive Determination of Eye Muscle Parameters	1007
G. Sommer, Th. Neuhann, R. Rochels: Colour Vision Deficiencies in Patients with Haemophilia	1009
A. Roth, A. Petitjean, J.C. Renaud, J.Ch. Vienot: New Possibilities in Clinical Studies of Color Vision with the Besançon Anomalometer	1013
W. Jaeger: The Tritanomaloscope in Diagnosis, Classification and Follow-up of Congenital and Acquired Tritan-Defects	1017

E. Zrenner, C.J. Krüger, M. Baier: The Toxic Effects of Ethambutol on Spectral Sensitivity . .	1031
M. Reitz: A New Orthoptic Examination and Therapy Equipment	1039
H. Krastel, H. Grimm, M.L. Götz, K. Bergdoldt: The Neutral Density Filter Test in Perimetry. Evaluation of Visual Field in Reduced Illumination	1041
W. Dechant: Clinical Officer in Ophthalmology. Training and Work of Ophthalmological Auxiliaries in Kenya	1049
L. Toppel, H.-P. Klinke: Ophthalmologic Examinations on the Tibetan Mountain People . .	1053
K. Riedel: Congenital Rubella Syndrome with Unilateral Cataract, Unilateral Microphthalmus and Bilateral Retinopathy	1057
J. Barth, W. Jaeger: Benign Cystinosis. Two Siblings with Cystine-Crystals in Cornea and Conjunctiva	1061
P. Kroll: Transitory Lens Opacities Following Intravitreal Gas Tamponade	1067
H. Promesberger: Necrotizing Scleritis	1069
G.C. Hasenfratz, F.H. Stefani: Tumors of the Caruncle	1073
H. Schmitt, W. Doden: Iris after Endogenous Uveitis	1081
R. Welt, W. Doden: Lens Particles in Phakoemulsifikation	1085
R. Wilcke: Monolaterale Giant Papillary Conjunctivitis Due to Body Fitting Contact Lenses	1091
O.-E. Schnaudigel, H. Schmitt, W. Doden, M. Schneider: Rosacea with Heterotope Hairs . .	1095
C. Emslander: Corneal Lesions as Acquired by Excessive Wearing of HEMA-Lenses	1101
H.J. Bernd: Problems with Soft Contact Lenses Worn Day and Night	1103
K. Blassmann, H. Krastel, K. Poth: Soft Contact Lenses as Diagnostic Aid	1105
K. Lemmen, H. Kilp: Observations with Reflecting Microscopy on Tear Film and Cornea Epithelial Structure	1111

Films

H. Busse: Microsurgical Reconstruction and Plastic Surgery in Canalicular Stenosis	1117
H. Sautter: Lamellar Keratoplasty on a Carcinoma in situ	1118
H. Sautter, U. Demeler: The Application of a Vitreous Stripper in the Anterior Segment . .	1119
U. Demeler: Excision of a Persisting Pupillary Membrane	1120
R. Turß: Blink Frequency Disorders Due to Eye Bandages	1120
G.O.H. Naumann, E. Kleinknecht: Block Excision of a Malignant Melanoma of Chorioidea and Ciliary Bodies with Episcleral Perforation	1122

G.O.H. Naumann, E. Kleinknecht: Block Excision of a Malignant Teratoid Medullo-epithelioma of the Ciliary Body 1124

N. Stärk: The Transcutaneous Resection of the Levator Muscle According to Fox 1124

J. Grützig: The Unfolding of Lymphatic Vessels of the Conjunctiva 1125

H. Kilp, K. Lemmen, W. Konen: Tear Film and Corneal Epithelium After Drying 1125

H. Paulmann: Pars-Plana-Vitrectomy in Perforating Foreign Body Injury 1127

S. Sugiura: Vogt-Koyanagi-Harada Disease 1127

F. Bigar: The Endothelium Cell from Donor to Host 1127

F. Hoffmann, U. Trost: Keratoplasty with Cross Stitch Suture 1129

Index of Names 1133

Subject Index 1137

Eröffnung des Kongresses

Eröffnungsansprache des Ersten Vorsitzenden der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

W. Böke (Kiel)

Herr Präsident, Herr Ministerialdirigent, meine sehr verehrten Damen, meine Herren!

Im Namen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft begrüße ich alle Anwesenden sehr herzlich, vor allem unsere Ehrenmitglieder Casanovas, Custodis, Fronimopoulos, Harms und Sautter.

Weitere Ehrenmitglieder und Mitglieder, die in diesem Jahr nicht unter uns sein können, haben in Telegrammen oder Briefen ihre Grüße und ihre Wünsche zum Kongreß übermittelt.

Danach gilt mein Gruß den zahlreichen Teilnehmern aus dem Ausland, zunächst den uns seit Jahrzehnten verbundenen Freunden aus Österreich, aus der Schweiz, aus den Beneluxländern, Frankreich, Griechenland und Jugoslawien, ferner den Kollegen aus den USA, die heute zum erstenmal bei uns weilen, darunter Dr. Richard O'Connor (San Francisco), Dr. Theodor Schlaegel (Indianapolis) und Dr. Arthur Silverstein (Baltimore). Wir danken ihnen dafür, daß sie uns ihr überragendes Fachwissen zur Verfügung stellen werden.

Nicht minder herzlich begrüße ich die Teilnehmer aus Großbritannien, Italien, Japan und Spanien.

Ferner Vertreter aus Ungarn und mit besonderer Freude die Herren Heydenreich, Schulz und Tost aus der DDR. Wir bedauern zwar, daß es weiteren Kollegen aus der DDR nicht möglich war zu uns zu kommen, begrüßen aber, daß die Kontakte überhaupt wieder in Gang gekommen sind und hoffen sehr, daß sie künftig intensiviert werden können.

Einen ganz besonders herzlichen Willkommensgruß rufe ich unseren Freunden

und Kollegen aus den skandinavischen Ländern zu. Sie sind in großer Zahl gekommen. Wir danken ihnen für diese Verbundenheit. Ich sehe damit meine jahrelangen Bemühungen um gute nachbarschaftliche Beziehungen zu den skandinavischen Augenärzten belohnt. Die Kieler Klinik hat inzwischen zahlreiche Freunde in Nordeuropa gewonnen; ich rechne dazu vor allem die Professoren Jens Edmund und Eilif Gregersen aus Kopenhagen, Ernst Goldschmidt und Paul Möller aus Odense, Niels Ehlers aus Aarhus, Erik Palm aus Lund und Bengt Hedbys aus Göteborg. Mit Herrn Prof. Goldschmidt begrüße ich gleichzeitig den Präsidenten der Dänischen Ophthalmologischen Gesellschaft. Hjertelig velkommen til Kiel!

Schon jetzt danke ich allen Referenten für ihre Mitarbeit; ich danke Herrn Prof. Jaeger nicht nur für seine Hilfe bei der Vorbereitung dieses Kongresses, sondern auch für seinen unermüdlichen Einsatz für unsere Gesellschaft, der auch in meinem Amtsjahr wieder vorbildlich war. Dank auch all jenen, die hinter den Kulissen geholfen haben, diesen Kongreß vorzubereiten, insbesondere meinen Mitarbeiterinnen Frau Witthöft und Frau Semmler sowie den Assistenten der Kieler Klinik, vornehmlich Herrn Dr. Arndt Gutzeit, die zahlreiche zusätzliche Aufgaben übernehmen mußten und diese mit unermüdlicher Einsatzbereitschaft auf sich genommen haben.

Ich möchte nunmehr den Präsidenten unserer Universität Herrn Prof. Dr. Griesser um seine Grußadresse bitten.

Sehr geehrter Herr Präsident! Wir danken Ihnen für Ihre Worte. Der Christian-

Albrechts-Universität zu Kiel danken wir für die Gastfreundschaft, die uns in diesen Räumen gewährt wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Da ich derzeit das Amt des Dekans der Medizinischen Fakultät wahrnehme, möchte ich Ihnen auch die Grüße und Wünsche unserer Fakultät überbringen. Diese Fakultät besteht ebenfalls seit 1665, also 315 Jahre. Sie weist ebenso wie die Universität eine interessante und wechselvolle Geschichte auf. Erlauben Sie mir, daraus die der Augenheilkunde kurz zu beleuchten.

Bereits 1802 fanden Augenranke in der ersten »Akademischen Heilanstalt« Aufnahme. 1804 kündigte Christian Friedrich Hagens, Priv.-Doz. für Augenheilkunde und Chirurgie, eine zweistündige Vorlesung »Publica de morbis oculorum« an. Nachdem zunächst auch noch andere Fakultätsmitglieder, darunter der Gynäkologe Gustav Adolf Michaelis, die Augenheilkunde lehrten, wurde diese ab 1837 ganz dem Fach Chirurgie zugeordnet.

1841 wurde Bernhard Rudolf Conrad Langenbeck, der später berühmte Berliner Chirurg, erster Professor für »Chirurgie und Augenheilkunde« in Kiel. Langenbeck hat übrigens mit einer Arbeit über die Retina in Göttingen promoviert und sich später mit einem Retinathema in Kiel habilitiert. Ihm folgte Georg Friedrich Louis Strohmeyer, der Mitbegründer der Dieffenbachschen Schieloperation. Strohmeyer soll sich allerdings in den unruhigen Jahren der Schleswig-Holsteinschen Erhebung (1848–1850) vornehmlich militärärztlichen Aufgaben gewidmet und die Ophthalmologie seinen Assistenten Gustav Ross und Friedrich Esmarch weitgehend überlassen haben.

In gleicher Zeit (1853–1864) war auch Peter Ludwig Panum als Physiologe in Kiel tätig; er sollte uns Ophthalmologen wohl bekannt sein (Panumsches Areal).

1854 ging die Kieler Professur für »Chirurgie und Augenheilkunde« an Friedrich Esmarch, den später berühmten und geadelten Kieler Chirurgen. Dieser beantragte 1866 – nunmehr in preußischer Zeit – die Trennung der Augenheilkunde von der Chirurgie. Sein Assistent, Priv.-Doz. Dr. Carl Völckers, wurde am 3. September gleichen Jahres zum außerordentlichen Professor der Augenheilkunde ernannt, mußte aber gleichzeitig

Ohrenranke mitbetreuen. 1868 wurde für die erste Augenklinik in Kiel ein Privathaus – etwa an der Stelle der heutigen Orthopädischen Klinik – angemietet. 1888 wurde die neu erbaute Augenklinik bezogen; sie wird noch heute – wenn auch mehrfach erweitert und umgebaut – von uns benutzt.

Carl Völckers wurde 1873 zum ersten ordentlichen Professor der Augenheilkunde in Kiel ernannt; er leitete die Klinik bis 1907. 1886 wurden Augen- und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde voneinander getrennt. Danach war Otto Schirmer kurzfristig Direktor der Klinik, doch folgte ihm im gleichen Jahr (1907) Leopold Heine, der den Lehrstuhl bis 1935 innehatte. Diesem folgten Alois Meesmann (1953–1959), Hans Pau (1959–1967) und Wilhelm Böke (1967–1974). Mit der Hochschulreform in Schleswig-Holstein wurde die Universitäts-Augenklinik ab 1. Juli 1974 in eine Abteilung Ophthalmologie (Direktor Prof. Dr. W. Böke) und eine Abteilung Orthoptik und Pleoptik (Direktor Prof. Dr. W. de Dekker) aufgeteilt. Beide Abteilungen wurden mit anderen Disziplinen (HNO, Orthopädie, Neurochirurgie) in einem Zentrum für Operative Medizin II organisatorisch zusammengefaßt.

Ein Rückblick von der Gegenwart in die Vergangenheit macht uns unsere eigene Vergänglichkeit bewußt. Ich habe die traurige Pflicht Ihnen mitzuteilen, daß seit unserer letzten Zusammenkunft 13 Mitglieder verstorben sind. Wir werden ihrer in der Mitgliederversammlung gedenken. Erlauben Sie mir jedoch, drei Kollegen schon hier zu nennen.

Am 1. Januar 1980 verstarb in Tucson (Arizona) unser Ehrenmitglied Prof. Dr. Peter Clemens Kronfeld.¹ Er wurde am 12. September 1899 in Wien geboren, studierte dort Medizin, promovierte 1923 und begann danach seine augenärztliche Ausbildung bei Prof. Meller an der Ersten Universitäts-Augenklinik in Wien. 1927 folgte er einer Einladung nach Chicago, wo er – mit kurzen Unterbrechungen – bis 1933 tätig war, zuletzt als Associated Professor. Von 1933–1939 war Kronfeld Professor und Leiter einer Augenklinik in Peking (China), kehrte

¹ Die folgenden Ausführungen entnehme ich den Nachrufen von Prof. Dr. Josef Böck, Wien (1980) Klin Monatsbl Augenheilkd 176:1025 sowie Arch Ophthalmol (Chic) 98:924

dann nach Chicago zurück, wo er in der Eye and Ear Infirmary tätig war. Von 1958–1968 hatte er dort die Position eines Professors für Ophthalmologie sowie die des Leiters des Departments of Ophthalmology der Universität von Illinois inne. Danach war er bis zu seinem Tode augenärztlicher Berater des Indian Health Service in Tucson (Arizona).

Das wissenschaftliche Werk Kronfelds ist vielfältig; es befaßt sich mit physiologischen, biochemischen, morphologischen und klinischen Problemen, vornehmlich jedoch mit der Bildung und Zirkulation des Kammerwassers und als Folge davon mit dem Glaukom. Seine Messungen ließen ihn das Prinzip der Tonographie entdecken und zeigten ihm die Bedeutung des vermehrten Abflußwiderstandes als Ursache des Weitwinkelglaukoms. Er beschäftigte sich ferner mit der Kalibration und Eichung des Impressionstonometers, stellte vergleichende Studien über unterschiedliche Tonometer an und studierte die Bedeutung der Sklera für die Messung des intraokularen Drucks. Er untersuchte die Wirkungsweise drucksenkender Medikamente und der Pathogenese der glaukomatösen Papillenexkavation.

Peter Kronfeld war als Forscher, Lehrer und Kliniker gleichermaßen profiliert. Seine besondere Neigung galt jedoch der Musik, die er als Violaspieler praktizierte, in seiner Jugend sogar als Mitglied des Orchesters der Wiener Staatsoper. Er war Ehrenmitglied der Wiener, der Österreichischen und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft; er war Inhaber von 4 Ehrenmedaillen für Leistungen in der Ophthalmologie. Unsere Gesellschaft verliert in ihm nicht nur eine der großen international anerkannten Persönlichkeiten, sondern auch einen langjährigen Freund.

Am 1. März 1980 verstarb in Frankfurt/Main Prof. Dr. Joseph Linnen. Er wurde am 28. April 1913 in St. Tönis bei Krefeld geboren und studierte in Gießen und Düsseldorf Medizin. Im zweiten Weltkrieg war er als Truppenarzt eingesetzt. Nach zweimaliger Verwundung, und nachdem er sich im Feld eine chronische Erkrankung zugezogen hatte, begann Joseph Linnen 1944 seine augenärztliche Ausbildung an der Düsseldorfer Klinik unter Prof. Custodis. 1948 wurde er mit der Oberarztfunktion betraut, 1951 Habilitation und 1957 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor.

Ab 1. September 1961 übernahm er die Leitung der Augenklinik des St. Marien-Krankenhauses in Frankfurt/Main. Joseph Linnen erwarb sich dort einen überregionalen Ruf. Nicht nur als Augenarzt, sondern auch als Mensch zog er viele an, die bei ihm Heilung und Rat suchten. Seine Güte, seine Hinwendung zum Kranken und sein unermüdlicher Einsatz werden zu Recht von allen gerühmt, die ihn kannten.

Erlauben Sie mir, einige persönliche Worte hinzuzufügen: Als ich 1952 in die Düsseldorfer Klinik eintrat, war Joseph Linnen erster Oberarzt. Dankbar erinnere ich mich seiner fachlich qualifizierten Führung und seines vorbildlichen Einsatzes für die Patienten, aber auch seiner heiteren Art, mit der er dem Novizen half, sich in einer strengen Schule zurechtzufinden und daran zu wachsen. Schon damals durch eine chronische Erkrankung gezeichnet, hat Joseph Linnen sein Schicksal mit Würde getragen und es gemeistert, indem er den Patienten selbstlos diente. Wir haben mit ihm einen Kollegen vornehmen Charakters und einen Menschen besonderer Prägung verloren.

Am 20. Juli 1980 verstarb in Bad Brückenau Prof. Dr. Karl Schmidt. Er wurde am 25. Oktober 1899 in Oberhausen geboren, studierte in Erlangen, Rostock und Bonn Medizin, wurde 1928 Privatdozent für Augenheilkunde in Bonn und 1935 dort ordentlicher Professor und Direktor der Universitäts-Augenklinik. 1936–1938 Rektor der Universität Bonn. 1941 Berufung auf den Lehrstuhl für Augenheilkunde an der Universität Straßburg, dort Direktor der Universitäts-Augenklinik und Rektor der Universität bis 1944.

Während der Tätigkeit an der Universität galt sein Hauptaugenmerk der Frage des Glaukoms, insbesondere der Störungen des Wasserhaushalts bei Glaukomkranken sowie den Flüssigkeitsbelastungsproben. Weitere Arbeiten beschäftigten sich mit den Folgen perforierender Augenverletzungen und mit der Fokalinfection des Auges.

Nach dem Krieg Tätigkeit als Augenarzt in Melle bei Osnabrück und in Mühlheim an der Ruhr mit kleiner Belegabteilung. In diesen Jahren hat sich der Verstorbene mit großem Einsatz um ärztliche Selbstverwaltungsorgane gekümmert.

Ich darf Sie bitten, sich von Ihren Plätzen

zu erheben und dieser Verstorbenen zu gedenken.

Ich danke Ihnen und nehme Gelegenheit, an dieser Stelle auch des 50. Todestages von Theodor Axenfeld zu gedenken, der am 29. Juli 1930 verstorben ist, sowie des 100. Geburtstages seines Schülers Aurel von Szily, der am 1. Juni 1880 geboren wurde. Axenfeld und von Szily gehören zu den großen Persönlichkeiten unserer Gesellschaft, derer wir uns in Dankbarkeit erinnern.

Wir wenden uns wieder den Lebenden zu. Auch wenn wir wissen, daß – sub specie mortis et aeternitatis – Ehrungen, die wir zu vergeben haben, vergänglich sind, so dürfen wir uns dennoch dazu bekennen, sprechen wir doch damit jenen Dank und Anerkennung aus, die sich für unsere Gesellschaft und für deren Auftrag, nämlich für die Förderung der Ophthalmologie, besonders eingesetzt haben.

Ich habe die große Freude, Ihnen mitteilen zu können, daß die Mitglieder unserer Gesellschaft durch Briefwahl drei neue Ehrenmitglieder gewählt haben, nämlich

1. Herrn Professor Harold Henkes, Rotterdam

2. Herrn Professor Feruccio Moro, Catania und

3. Herrn Professor Arvo Oksala, Turku.

Prof. Dr. Harold Henkes, Direktor der Augenklinik in Rotterdam, war Schüler von Weve in Utrecht und von Flieringa in Rotterdam, dessen Nachfolger er 1961 wurde. Seine Forschung auf dem Gebiet der Elektroretinographie und Elektrookulographie hat grundlegende neue Erkenntnisse gebracht. Auf zahlreichen Kongressen hat Henkes über seine Erfahrungen berichtet, darunter auch anlässlich der 63. und 64. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Prof. Henkes war lange Zeit Präsident der »International Society for Clinical Electrophysiology of Vision« (ISCEV); er ist seit 1973 Mitglied der Königlich-Niederländischen Akademie der Wissenschaften und derzeit Generalsekretär der Europäischen Ophthalmologischen Gesellschaft. Seit 1956 ist Prof. Henkes Mitglied unserer Gesellschaft. Er hat nahezu regelmäßig an allen Kongressen teilgenommen und entscheidend zu einer ständigen Verbesserung der Beziehung zwischen holländischen und deutschen Augenärzten beigetragen. Es ist mir eine große Freude und

Ehre, Ihnen, Herr Kollege Henkes, die Ehrenmitgliedschaft in unserer Gesellschaft aussprechen zu dürfen.

Prof. Feruccio Moro, Direktor der Augenklinik in Catania, gehört zu den italienischen Ophthalmologen, die seit Jahren Kontakt mit der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und mit zahlreichen deutschen Augenärzten pflegen. Sein wissenschaftliches Arbeitsgebiet sind die Erkrankungen des Nervus opticus. Über die vaskulären Erkrankungen des Sehnerven hat Prof. Moro 1975 ein außerordentlich erfolgreiches internationales Symposium in Catania abgehalten. Die Publikation dieses Symposions und eine 1979 gemeinsam mit Prof. M. Maione herausgegebene umfangreiche Monographie über die Optikopathien, in der wesentliche Abschnitte aus seiner Feder stammen, sind ein wichtiger Beitrag zum internationalen ophthalmologischen Schrifttum. Indem ich Ihnen, sehr verehrter Herr Kollege Moro, die Ehrenmitgliedschaft in unserer Gesellschaft ausspreche, gebe ich gleichzeitig unserer Zuversicht Ausdruck, daß Sie den von dem verstorbenen, für uns unvergessenen, Prof. G. B. Bietti gepflegten engen und freundschaftlichen Beziehungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Italienischen Ophthalmologie Kontinuität verleihen werden.

Prof. Dr. Arvo Oksala, Direktor der Augenklinik Turku (Finnland), ist durch seine frühzeitigen fundamentalen Arbeiten über die Anwendung des Ultraschalls in der Ophthalmologie international bekannt geworden. Er gilt zu Recht als einer der Pioniere und als einer der führenden Spezialisten auf diesem Gebiet. Ein großer Teil seiner Arbeiten wurde deutschsprachig publiziert. Da er auch sonst seine besonderen Erfahrungen und Kenntnisse in vorbildlicher Weise den deutschen Augenkliniken und den Augenärzten zur Verfügung gestellt hat, verdankt ihm die deutsche Ophthalmologie viel. Er ist seit 1961 Mitglied unserer Gesellschaft. 1966 wurde er mit dem Axenfeld-Preis ausgezeichnet. Herr Prof. Oksala gehört heute zu den führenden Ophthalmologen der skandinavischen Länder. Es ist mir daher eine besondere Freude, Ihnen, Herr Kollege Oksala, gerade hier in Kiel die Ehrenmitgliedschaft unserer Gesellschaft aussprechen zu dürfen.

Ich komme nunmehr zu den Preisverleihungen.

Zunächst der Franceschetti-Liebrecht-Preis:

Die Kommission, bestehend aus den Herren J. Babel (Genf), W. Jaeger (Heidelberg), L. F. Del l'Osso (Miami), M. Zirm (Innsbruck), J. Wollensak (Berlin, federführend), hat den Preis Herrn Priv.-Doz. Dr. F. Körner (Bern) zuerkannt. Die Kommission gibt dazu folgende Begründung:

Die ersten eingehenden neurologisch-ophthalmologischen Studien befassen sich mit dem Bewegungssehen, wobei eine vergleichende Skalierung des afferenten und efferenten Bewegungssehens beim Menschen besondere Aufmerksamkeit verdient. Elektronystagmographische Untersuchungen im Zusammenhang mit mehreren klinischen Krankheitsbildern werden dokumentiert und analysiert. Wichtige Studien gelten Gesichtsfelddefekten bei Hirnverletzungen mit erneuter Diskussion der bislang ungeklärten Makulaaussparung. Ausführliche Publikationen befassen sich mit der nichtvisuellen Kontrolle von Augenbewegungen. Ihnen liegen wesentliche experimentelle Arbeiten zugrunde. Sie ergeben Hinweise sowohl auf ein efferenzgebundenes Signal als auch auf eine propriozeptive Teilkontrolle sakkadischer Augenbewegungen. Die Okulomotorik scheint demnach sowohl über die Muskelaferenz wie über die Efferenz eine Regelung zu finden.

Mehrere Arbeiten befassen sich mit den zwei Typen retinaler Pigmentdegeneration bei chronisch-progressiver Ophthalmopathie. Herr Körner hat entscheidende Impulse für die Differenzierung dieser beiden Krankheitsbilder gegeben. Die Arbeiten zeichnen sich aus durch hervorragende experimentelle Versuche, die meist im Zusammenhang mit klinischen Beobachtungen stehen. Sie ergänzen in glücklicher Weise das Experiment mit klinischen Beobachtungen und Untersuchungen.

Sodann darf ich den diesjährigen Preisträger des *Ophthalmologischen Förderpreises (Dr. Thilo)* bekanntgeben. Die Kommission, bestehend aus den Herren Eisner (Bern), Lund (München, federführend), Miesterneck (Sauerlach), Slezak (Wien) und Thiel (Kiel), hat den Preis Herrn Prof. Dr. Trier, Bonn, zuerkannt. Sie gibt dafür folgende Begründung:

Mit dem Förderpreis werden die sehr eingehenden und umfangreichen Untersuchungen von Herrn Trier zur Anwendung des

Ultraschalls in der Ophthalmologie gewürdigt. Besondere Berücksichtigung fanden hierbei die Arbeiten zur Ultraschallfremdkörperlokalisation, zur Biometrie, zur Optimierung des Ultraschall-Dopplerverfahrens sowie die Forschungsvorhaben zur Gewebedifferenzierung. Herr Trier hat hierbei ein hohes Maß an Originalität in seiner Arbeit erkennen lassen, die durch Einfallsreichtum, Sorgfalt und kritisches Abwägen der Resultate besticht.

Meine sehr verehrten Damen, meine Herren! Ich möchte diese Ehrungen nicht abschließen, ohne meine eigenen akademischen Lehrer ehrend zu erwähnen:

Bei Ernst Custodis (geb. 1898, ordentlicher Professor der Augenheilkunde in Düsseldorf von 1948–1967) erfuhr ich eine klinische Schule, die streng war, deren Vorzüge ich aber um so mehr schätzen lernte, je älter ich wurde und je mehr Verantwortung ich selbst tragen mußte. Ich bin Ihnen, Herr Prof. Custodis, für diese Schule dankbar. Nicht nur dafür, daß ich die von Ihnen inaugurierten entscheidenden und Epoche-machenden Fortschritte der Netzhautchirurgie erleben und erlernen durfte, sondern auch dafür, daß Sie Ihre Assistenten unnachgiebig dazu angehalten haben, sich für die Klinik bedingungslos einzusetzen, ein großes Arbeitspensum zügig zu bewältigen und das Wesentliche eines Krankheitsfalles schnell zu erfassen. Bei Ihnen mußte und durfte man lernen, daß Selbstdarstellung nach außen, Selbstzufriedenheit und eigener Stolz nichts, die Sache und der Patient dagegen alles sind. Mit Lob wurde niemand verwöhnt. Wir mußten zufrieden sein, wenn Ihr Schweigen oder eine kurze Bemerkung anzeigte, daß wir nichts falsch gemacht hatten. Dadurch haben wir frühzeitig gelernt, unabhängig von äußerem Lob Selbstvertrauen und innere Sicherheit zu suchen, eine Selbsterziehung, die nach meinem Eindruck der heutigen Generation schwerfällt.

Zu meiner großen Freude kann ich mitteilen, daß Herr Prof. Custodis zum Ehrengast der diesjährigen Tagung der American Academy of Ophthalmology (2.–6. November 1980 in Chicago) gewählt worden ist. Erlauben Sie mir, Herr Prof. Custodis, Sie dazu im Namen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft sehr herzlich zu beglückwünschen.

Wolfgang Riehm (1896–1971), ordentlicher Professor der Augenheilkunde in Gießen (1935–1941), Bonn (1941–1945) und Münster (1953–1964) hat sich wissenschaftlich vornehmlich mit den Fragen der Allergie und Immunität des Auges befaßt. Seine Experimente zur elektiven Sensibilisierung der Uvea und zur Pathogenese der Phlyktäne dürfen auch heute noch als klassische Beispiele dafür gelten, wie sich klinische Phänomene mit naturwissenschaftlichen Methoden reproduzieren lassen, um die Natur eines Krankheitsprozesses aufzudecken. Mein Interesse für die Uveitis, besonders für die relevanten immunologischen Aspekte, wurde durch Riehm geweckt und gefördert. Er war dabei anregend, aber niemals dogmatisch. So konnte ich unter Riehm eine eigenständige Entwicklung nehmen und mich wissenschaftlich wie klinisch auf weitere Aufgaben vorbereiten.

Fritz Hollwich (geb. 1909), ordentlicher Professor der Augenheilkunde in Jena (1958–1964) und Münster (1964–1978), war mein Vorgesetzter von 1964–1967. Ich habe von ihm Operationsmethoden gelernt, die für mich neu waren; ich habe von ihm administrative Erfahrungen übernommen. Ich habe – rückblickend – gelernt, daß unsere Lehrjahre niemals enden, und daß jede Phase davon ihren Wert haben kann, wenn man für das Neue offen ist und das Eigenständige nicht verleugnet.

Den Dank, den jemand seinen akademischen Lehrern schuldet, wird er wohl am ehesten dadurch abtragen können, daß er versucht, die besten ihrer Eigenschaften zu bewahren und der nächsten Generation weiterzugeben.

Erlauben Sie mir nunmehr einige Worte zu diesem Kongreß. Erstmals wurde eine Programmkommission tätig. Sie hatte den Auftrag und die Absicht, aus der Fülle der Vortragsanmeldungen eine qualitative Auswahl zu treffen, um das schon im letzten Jahr überladene Kongreßprogramm zu entlasten. Die Kommission konnte sich jedoch zu einem sehr strengen Vorgehen nicht entschließen, da ihr ein gerechtes Abwägen des Wertes jeder der zahlreichen Anmeldungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich war. Die Kommission hat auch jene Worte bedacht, die der Vorsitzende des Jahres 1960, Prof. Hugo Gasteiger, damals aus

ähnlichem Anlaß gesagt hat: „Oft tritt das Wichtige uns zunächst in unscheinbarem Kleide entgegen, auch dem Kundigen noch nicht erkennbar. Jeder soll sagen dürfen, was er erarbeitet hat, was er für richtig hält. Die Zeit und die Kritik scheiden Spreu vom Weizen, unnötiger Ballast wird abgestoßen. Die Freiheit, das zu sagen, was er glaubt sagen zu müssen, soll aber jedem gewahrt bleiben.“

Die Kommission war ferner der Ansicht, daß dem wissenschaftlichen Nachwuchs die Möglichkeit, sich der Fachgesellschaft vorzustellen, soweit wie möglich erhalten bleiben muß, und daß man in dieser Hinsicht trotz berechtigter Qualitätsansprüche eher zu großzügig als zu eng verfahren sollte. Die Kommission hat schließlich das besondere Interesse ausländischer Kollegen am diesjährigen Kongreß berücksichtigt; sie ist der Meinung, daß diese nicht nur als rezeptive Teilnehmer, sondern auch als Vortragende willkommen sein sollten.

Es wurden daher nur wenige Beiträge abgelehnt, aber ein großer Teil in die wissenschaftliche Ausstellung, in die Demonstrationssitzung und in Parallelsitzungen verlegt, wobei es nicht möglich war, nur wissenschaftliche Spezialgebiete in die Parallelsitzungen zu verweisen.

Wissenschaftliche Ausstellungen bieten die Möglichkeit, eigene Forschungsergebnisse ohne den Druck der Vortragszeit vorzulegen. Um die wissenschaftliche Ausstellung attraktiver und wirkungsvoller zu gestalten als bisher, wurde in diesem Jahr erstmalig eine öffentliche Diskussion in besonderer Sitzung am letzten Kongreßtag vorgesehen. Damit sollen möglichst viele Teilnehmer Gelegenheit haben, diese Ausstellung zu sehen und Fragen oder Diskussionsbemerkungen vorzubereiten.

Parallelsitzungen sind nicht ideal. Als solche 1961 erstmalig in der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft eingeführt wurden, rechtfertigte der Vorsitzende des Vorstandes, Prof. Wilhelm Rohrschneider, die Neuerung damit, daß der Vorstand sich nicht habe entschließen können, angemeldete Vorträge abzulehnen und dadurch die Freiheit des wissenschaftlichen Vortrages zu beschneiden. Die Programmkommission war auch jetzt der Meinung, daß es besser sei, in Parallelsitzungen ein breites Spektrum von

Vortrags- und Diskussionsmöglichkeiten anzubieten, selbst wenn diese nur vor einem kleinen Kreis besonders Interessierter stattfinden können, als eine größere Anzahl von Beiträgen abzulehnen.

Dennoch darf nicht übersehen werden, daß heute – 20 und 19 Jahre nach den Entscheidungen Gasteigers und Rohrschneiders – eine andere Situation gegeben ist. Die technologischen Voraussetzungen, experimentell und klinisch zu forschen, wurden in damals kaum vorstellbarem Maße verbessert und erweitert. Die Anzahl der in Kliniken und Instituten wissenschaftlich Tätigen hat sich etwa verdoppelt. Die Folge davon ist eine erheblich größere Produktion neuer wissenschaftlicher Daten und Fakten.

Dieser Prozeß wird voraussichtlich noch zunehmen. Da jeder der daran Beteiligten auch über seinen Beitrag berichten möchte, müssen wir künftig mit noch mehr Vortragsanmeldungen zu unseren Kongressen rechnen. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft, die der Förderung der ophthalmologischen Wissenschaft dient, müssen wir eine solche Entwicklung sogar begrüßen.

Ich meine aber, daß wir in diesem Jahre endgültig die Grenze dessen erreicht haben, was in einem 4-Tage-Kongreß auch bei großzügiger Nutzung von wissenschaftlichen Ausstellungen und Parallelsitzungen möglich und sinnvoll ist. Der Vorstand, die nächste Programmkommission und auch die Mitglieder müssen sich Gedanken darüber machen, ob und wie die Freiheit, vor unserer Gesellschaft vortragen zu dürfen, aufrechterhalten werden kann.

Wenn man andere Wege sucht als den, den wir bei diesem Kongreß wieder oder noch einmal gegangen sind, wird man nicht ohne eingreifende Neuerungen auskommen, sei es, daß der Kongreß um 1 bis 2 Tage verlängert wird, sei es, daß man noch mehr Parallelsitzungen mit besonderer Thematik ansetzt, sei es, daß man den bisher aus guten Gründen angebotenen Fortbildungsanteil einschränkt oder aufhebt (ich würde mich allerdings entschieden dagegen aussprechen!) oder sei es, daß die Programmkommission in Zukunft eben doch die Anzahl der individuellen Beiträge erheblich reduziert.

Entsprechende Vorschläge sind dem Vorstand bereits vor einiger Zeit von unserem Ehrenmitglied, Herrn Prof. Sautter, und im letzten Jahre von Herrn Prof. Neubauer ge-

macht worden, wurden aber in diesem Jahr – wir bitten dafür um Verständnis – aus den genannten Gründen noch nicht konsequent praktiziert.

Die Ablehnung einer großen Anzahl von Vortragsanmeldungen aus dem In- und Ausland will wohlüberlegt sein. Sie setzt nicht nur ein kompetentes und absolut integeres Entscheidungsgremium voraus, sondern auch, daß dieses Zeit für die Entscheidung hat. In praxi müßte man wohl verlangen, daß anstelle der kurzen, meist wenig informativen Autoreferate vollständige Manuskripte mit allen erforderlichen Detailangaben mindestens ein halbes Jahr vor dem Kongreß der Programmkommission vorgelegt werden.

Die Annahme eines Vortrags zum Kongreß wäre dann eine besondere Auszeichnung. Um den wissenschaftlichen Nachwuchs jedoch nicht nur auf diesen Weg verweisen zu müssen, wenn er seine Ergebnisse der Fachgesellschaft vorlegen möchte, könnte man auch vorsehen, die nicht zum mündlichen Vortrag angenommenen Manuskripte gleichwohl zu bewerten und bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen im Kongreßbericht zu publizieren.

Würde es auf diese Weise gelingen, nur erstklassige und aktuelle Beiträge in- und ausländischer Autoren zu Worte kommen zu lassen, gleichwohl aber auch andere qualifizierte Beiträge durch Druck anzuerkennen, so könnte das Programm tatsächlich entlastet und gleichzeitig das Niveau des Kongresses gehalten oder angehoben werden. Der Möglichkeit, daß die geringere Anzahl von mündlichen Vorträgen etwa eine geringere Teilnehmerzahl zur Folge hätte, sollte durch die besondere Attraktivität des Gebotenen entgegengewirkt werden.

Parallelsitzungen haben den Nachteil, daß hervorragende Arbeiten des wissenschaftlichen Nachwuchses u. U. ins Abseits gedrängt werden, und daß solche Arbeiten der Mehrheit der Mitglieder unbekannt bleiben. Um dem zu begegnen, hat gestern erstmalig eine besondere Sitzung für ausgewählte Beiträge stattgefunden. Ich möchte empfehlen, diese künftig zum festen Bestandteil unserer Kongresse zu machen, um damit, unabhängig vom Kongreßthema aktuelle und wissenschaftlich oder praktisch bedeutsame Beiträge besonders hervorzuheben und bekanntzumachen.

Die diesjährige Kommission, die auf-

grund der Autoreferate nach bestem Wissen und Gewissen diese Sitzung zusammengestellt hat, schließt nicht aus, daß in Zukunft bessere Auswahlkriterien gefunden werden können; sie war aber der Meinung, daß es an der Zeit sei, einen Anfang zu machen, erste Erfahrungen mit einer solchen Sitzung zu sammeln und den qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchs damit zu besonderen Beiträgen zu ermutigen.

Sodann möchte ich begründen, weshalb selbst fremdsprachige Beiträge in die Parallelsitzungen verlegt wurden, obwohl dort keine simultane Übersetzung zur Verfügung steht. Die Programmkommission hat sich diese Entscheidung nicht leichtgemacht; sie bittet die Betroffenen um Verständnis. Die Kommission mußte jedoch berücksichtigen, daß nicht alle fremdsprachigen Beiträge zum Hauptthema gehören, daß einige davon vielmehr nur einen engen Spezialistenkreis interessieren werden, und daß wichtige Beiträge zum Hauptthema oder von allgemeinem Interesse nicht durch fremdsprachige Vorträge aus dem Hauptprogramm verdrängt werden sollten.

Erlauben Sie mir noch ein Wort zu Vorträgen in fremder Sprache. Die Benutzung der deutschen Sprache muß bei den Veranstaltungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft bevorzugt und erwünscht bleiben; sie sollte aber nicht obligat sein. Jede wissenschaftliche Gesellschaft wird von internationalen Kontakten belebt. Gerade unsere Gesellschaft fühlt sich durch ihre Tradition sowie im Andenken an Albrecht von Graefe und seine Freunde in besonderem Maße verpflichtet, internationale Kontakte zu pflegen. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß die deutsche Sprache nicht mehr wie z. Zt. Albrecht von Graefes die gemeinsame Sprache der internationalen Wissenschaft ist. Wir müssen daher bemüht bleiben, unseren ausländischen Freunden und Gästen nicht nur die Übersetzung deutschsprachiger Vorträge in englische und französische Sprache anzubieten, sondern denen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, auch zu erlauben, in einer der genannten Sprachen vorzutragen.

Im April dieses Jahres fand zum erstenmal ein Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft statt, das ausdrücklich auf die englische Sprache abgestellt war. Diese Entscheidung, die der Vorstand mitge-

tragen hat, ist nicht überall gebilligt worden. Die erste Erfahrung mit einem DOG-Symposium in englischer Sprache war jedoch nach meinem Eindruck überaus positiv; ist es doch gelungen, nicht nur einige, sondern eine ganze Reihe von international anerkannten Experten für diese Veranstaltung zu gewinnen. Dementsprechend hoch war das wissenschaftliche Niveau; es hätte ohne die englische Sprache als gemeinsame Basis nicht erreicht werden können. Den Reaktionen der ausländischen Kollegen war zu entnehmen, daß unsere Gesellschaft mit diesem Symposium für ihre internationale Reputation viel gewonnen hat. Dies bedeutet nicht, daß wir in Zukunft jedes Symposium in englischer Sprache abhalten sollten. Ich möchte jedoch die Gesellschaft ermutigen, sich diesen Weg für bestimmte Situationen offenzuhalten, etwa wenn die Weltelite eines Forschungsgebietes sich überwiegend außerhalb unserer Sprachgrenze befindet. Gewiß, es ist nicht für jeden leicht, die fremde Sprache zu verstehen und sich darin auszudrücken. Wir sollten aber nicht nachlassen, uns darum zu bemühen, d. h. im Interesse unserer eigenen Fortbildung und im Interesse des Ansehens unserer Gesellschaft profunde Kenntnisse in der englischen Sprache zu erwerben, um diese im wissenschaftlichen Bereich und im internationalen Kontakt einzusetzen, wie das z.B. für unsere Freunde aus den Beneluxländern und aus Skandinavien längst die Regel ist.

Auch für die jetzige Generation junger Wissenschaftler ist das nahezu selbstverständlich. Ich meine aber, daß sich der jüngere niedergelassene Kollege ebenfalls darauf vorbereiten sollte, wissenschaftlichen Kongressen wie Fortbildungsveranstaltungen in englischer Sprache folgen zu können. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, durch den regelmäßigen Bezug von Fortbildungsaudiobändern sich nicht nur in der Ophthalmologie, sondern auch in der englischen Sprache fortzubilden. Die englische Sprache ist heute das von den meisten Völkern dieser Erde anerkannte gemeinsame Kommunikationsmittel. Wer sich ihrer bedienen kann, ist im Vorteil, sowohl im wissenschaftlichen wie im praktischen Bereich.

Meine Damen und Herren! Mein Vorgänger in diesem Amt, Herr Prof. Neubauer, hat 1979 angeregt, es möge Tradition werden, daß der erste Vorsitzende anlässlich des Jah-

reskongresses zu grundsätzlichen Problemen kritisch Stellung nehmen, die unsere Gesellschaft und unseren Beruf betreffen. In meinen Ausführungen zur Programmgestaltung dieses Kongresses und zum Sprachenproblem habe ich dies schon z. T. getan. Ich habe Herrn Neubauer jedoch so verstanden – und ich würde ihm darin voll zustimmen –, daß unsere Verantwortung nicht bei den Aufgaben der Gesellschaft im engsten Sinne enden kann, sondern sich auch auf Voraussetzungen, Grundlagen und Folgen ophthalmologischer Wissenschaft und Praxis erstrecken soll. Die jüngste Vergangenheit hat zwar gezeigt, daß wohlbegründete Voten einer wissenschaftlichen Gesellschaft in der Öffentlichkeit, d.h. im politischen und journalistischen Bereich, ja selbst im administrativen und sogar im akademischen Bereich oft wirkungslos bleiben und daß wir damit ohne Einfluß sind. Dennoch sollten wir immer wieder Position beziehen und nicht schweigen. Qui tacet consentire videtur. Lassen Sie mich daher der Anregung Neubauers folgen.

Auch in dem vergangenen Jahr gab es viele Probleme, die uns Sorge bereitet haben. Etliche davon sind von meinen Vorgängern in diesem Amte aufgezeigt worden; so die Probleme der Studentenausbildung (Approbationsordnung) und der Facharztweiterbildung (Schmid 1965; Hallermann 1971; Küchle 1978; Neubauer 1979), der Strukturen und der Leitung großer Augenkliniken (Sautter 1967; Harms 1968; Pau 1972; Ullerich 1973), ferner Fragen der Auswirkung gesellschaftlicher Veränderungen auf unsere Aufgabe (Mylius 1969; vgl. Kuhlendahl 1972), aber auch so heikle Themen wie das Verhalten unserer Mitglieder gegenüber den Verführungen der Massenmedien (Küchle 1978).

Obwohl diese Probleme keineswegs gelöst sind und immer wieder diskutiert werden müssen, möchte ich meine Ausführungen auf einen weiteren, mir derzeit besonders wichtig erscheinenden Punkt richten, nämlich auf die Situation des Nachwuchses, insbesondere des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Für die Existenz unserer wissenschaftlichen Gesellschaft und für das Niveau der praktischen Augenheilkunde in unserem Wirkungsbereich ist die Qualität des Nachwuchses, aber auch eine ausreichende Quantität von vitaler Bedeutung. Die expansive Entwicklung der wissenschaftlichen wie der

praktischen Ophthalmologie wird wahrscheinlich neben den jetzt institutionalisierten Positionen weitere erfordern, d.h. der Bedarf an wissenschaftlich ausgebildeten Kollegen und an solchen, die auf wissenschaftlicher Basis für die Praxis vorbereitet sind, wird steigen. Wird dieser Bedarf in Zukunft gedeckt werden können? Unser Kongreßprogramm mit zahlreichen und überwiegend qualifizierten Beiträgen junger Kollegen stimmt in dieser Hinsicht optimistisch.

Wird es aber auch gelingen, eine genügende Zahl von langfristig engagierten, fachlich und charakterlich ausgewiesenen Persönlichkeiten für eine leitende Position in unserem Fach zu interessieren? Noch in diesem Jahrzehnt werden voraussichtlich die meisten der leitenden Positionen an den Universitäts-Augenkliniken und an den großen kommunalen Augenkliniken ihre Inhaber wechseln. Werden sich genügend qualifizierte Kollegen dazu entschließen, solche Positionen mit Ausdauer und Geduld anzustreben? Ich sehe Veranlassung, diese Frage zu stellen und ernsthaft darüber nachzudenken, warum begabte Mitarbeiter früher oder später davon zurücktreten. Ich möchte meine Sorge in diesem Punkte nicht verschweigen. Das Problem ist vielschichtig. Ich kann es hier nicht im Detail darlegen. Lassen Sie mich nur einige Punkte vortragen:

Von den jüngeren Kollegen werden vorrangig drei Motive gegen eine langfristige Hochschultätigkeit in unserem Fach genannt: begrenzte Erfolgsaussichten, die außergewöhnliche berufliche Belastung und ein vergleichsweise geringes Einkommen. Was ist dazu zu sagen?

Die wirtschaftliche Situation des Nachwuchses an den Kliniken kann m. E. als gesichert gelten, solange Anstellungsverträge gültig sind. Sorgen machen uns jedoch in dieser Hinsicht Zeitverträge, die nach einer bestimmten Anzahl von Jahren selbst dann nicht mehr verlängert werden sollen, wenn der Betroffene sich hervorragend bewährt hat und möglicherweise kurz vor einer Berufung in eine Lebenszeitposition steht. So sehr gerade im Interesse des akademischen Nachwuchses eine Zementierung der verfügbaren Stellen durch „Dauerbesetzer“ verhindert werden muß, so wenig sollte die Zeit das endgültige Kriterium sein, das darüber entscheidet, ob jemand eine akademische Laufbahn abbrechen muß oder fortsetzen kann.

Daß eine Hochschulklinik sich von einem wissenschaftlich nicht erfolgreichen Mitarbeiter früher oder später wieder trennen können muß, wird auch vom akademischen Nachwuchs eingesehen. Daß aber der letzte Zeitvertrag auch dann unwiderruflich ablaufen soll, wenn besondere Leistungen erbracht worden sind, bleibt problematisch. Die Alternative, unter solchen Bedingungen das Wagnis einer Hochschulkarriere auf sich zu nehmen oder frühzeitig eine eigene Praxis anzustreben, wird vom Nachwuchs sehr sorgfältig geprüft.

Die Verlockung des geringeren Risikos ist groß, zumal dieses derzeit noch mit der Aussicht auf eine bessere wirtschaftliche Situation verbunden zu sein scheint. Ich möchte hinzufügen, daß in diesem Zusammenhang auch die weitere Entwicklung des Nebentätigkeitsrechts für Klinikärzte von großer Bedeutung sein wird. Leider zeichnet sich eher eine restriktive, vielleicht sogar repressive Tendenz seitens der Krankenhausträger und der Kultusministerien ab, deren sachliche Begründung nicht überzeugend ist. Zur Ehre der Besten unseres Nachwuchses sei jedoch gesagt, daß für sie finanzielle Aspekte keineswegs im Vordergrund stehen, gleichwohl sind sie nicht ohne Bedeutung.

Gewichtiger scheint mir der Einwand zu sein, daß Krankenversorgung und Lehrverpflichtung den Assistenten und Oberärzten kaum mehr Zeit zu einer gründlichen wissenschaftlichen Arbeit lassen; dieser Einwand trifft meines Erachtens im Prinzip zu, wenn auch mit individuellen und örtlichen Unterschieden. Es sind die besonders Gewissenhaften, die darunter leiden, neben einer die gesamte Augenheilkunde umfassenden anspruchsvollen Krankenversorgung wissenschaftliche Aufgaben nicht mehr mit der notwendigen Sorgfalt wahrnehmen zu können. Solche Aspekte dürften in der Tat entmutigend sein.

Was kann getan werden? Wer große ophthalmologische Zentren in England, Kanada und in den USA besucht hat, ist immer wieder beeindruckt davon, daß kompetente Krankenversorgung und qualifizierte wissenschaftliche Arbeit sich in einer Atmosphäre der Ruhe und Entspannung vollziehen, nach meinem Eindruck nicht nur deshalb, weil generell mehr Personal zur Verfügung steht, sondern vornehmlich deshalb, weil Differenzierung und Spezialisierung, also Arbeitstei-

lung innerhalb des Faches Augenheilkunde weiter fortgeschritten sind als bei uns. Entsprechende Bestrebungen gibt es zwar auch bei uns seit zehn Jahren; nicht wenige Lehrstuhlinhaber unseres Faches haben sich schon damals dazu bekannt. Leider haben jedoch die neuen Hochschulgesetze eine sinnvolle Entwicklung in dieser Richtung eher gehemmt als gefördert, indem sie überwiegend nicht sehen wollten, daß Spezialisierung und Differenzierung innerhalb eines Faches dann nicht akzeptiert werden können, wenn dadurch die Einheit des Faches aufgehoben wird, d.h. die Fachklinik als Betriebseinheit aufgelöst und die Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in Frage gestellt wird.

Ein Modell, das in anderen Ländern sehr erfolgreich ist, nämlich: mehrere Spezialisten – auch in Lebenszeitposition – unter der Leitung und Koordination eines bei Bewährung langfristig tätigen Leiters der Fachklinik, hat sich in unseren Hochschulgesetzen nicht durchsetzen können, m.E. mehr aus politisch emotionalen als aus sachlichen Gründen.

Auch wenn die Verhältnisse in anderen Ländern nicht ohne weiteres auf unsere übertragen werden können, so hätte doch bei weniger Ideologie und bei mehr Sachbezug eine bessere Situation erzielt werden können. Betrachten wir die bisherigen Ergebnisse der Strukturreform in den Augenkliniken der Bundesrepublik, so sind diese keineswegs ermutigend, nicht einmal für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Negative Erfahrungen überschatten positive Ansätze. Nach meinem Eindruck überwiegt das Positive dort, wo eine Klinik, auch wenn spezialisierte Arbeitsschwerpunkte oder institutionalisierte Abteilungen geschaffen wurden, weiterhin langfristig durch eine führende Persönlichkeit koordiniert wird. Negative Erfahrungen überwiegen dort, wo eine klare Führungskompetenz unter den in einer Klinik tätigen Professoren nicht festgesetzt wurde oder unterlaufen werden kann. Dieses Versäumnis dürfte mehr zu den enttäuschenden Ergebnissen und zu den Widerständen gegen Strukturreformen beigetragen haben als Differenzierung und Spezialisierung an sich.

Wenn begabte junge Kollegen trotz Hochschulreform und Strukturveränderungen in den Augenkliniken der akademischen Laufbahn skeptisch gegenüberstehen, so, jedenfalls nach meinem Eindruck, auch des-

halb, weil in einer so wichtigen Frage wie der Klinikführung, und sei es nur im administrativen und organisatorischen Bereich, optimale Lösungen verfehlt wurden. Es ist bereits eine Realität, daß selbst für namhafte Augenkliniken,

- an denen die leitende Funktion eines Direktors durch die Auswirkungen von Hochschulreformen eingeschränkt wird,

- oder an denen der Direktor von gleichgestellten und gleichambitionierten Hochschullehrern periodisch abgewählt werden kann,

- oder an denen mehrere Direktoren Leitungsfunktionen wahrnehmen sollen,

daß für solche Kliniken die Besetzung leitender Positionen problematisch geworden ist.

Diese Situation und deren Auswirkungen auf Arbeitsklima und Betriebsablauf in einer großen Klinik muß auch den begabten, leistungswilligen und zielstrebigem akademischen Nachwuchs nachdenklich machen. Illusion und Realität der Hochschulreform mögen deutlich werden in dem Schiller-Wort

*„... leicht beieinander wohnen die Gedanken,
doch hart im Rahme stoßen sich die Sachen“.*

(Wallenstein's Tod II/2)

Es ist eben eine allgemeine menschliche Erfahrung, daß „viele Köche den Brei verderben“ und schon Homer hat gesagt

*„... οὐκ ἀγαθὸν πολυκοιρανίη.
εἰς κοίρανος ἔστω ...“*

*„... nie bringt Segen die Herrschaft vieler,
einer muß der Führende sein ...“*

(Ilias 2. 204/205)

Leider haben Wissenschaftsrat, Hochschulgesetzgeber und nicht wenige Universitätsgremien diese grundsätzliche Erfahrung zu wenig beachtet.

Sofern im Interesse einer verbesserten Forschung, Lehre und Krankenversorgung dem Differenzierungs- und Spezialisierungsprozeß innerhalb unseres Faches weiter Raum gegeben werden soll – ich bin der Meinung, daß dies dringend notwendig, aber unter den derzeitigen Hochschulgesetzen nicht überall ohne Schaden praktikabel ist –, müssen gerade im Interesse überschaubarer Entwicklungsmöglichkeiten für den Nach-

wuchs Modelle verfolgt werden, wie sie sich in anderen Ländern bewährt haben. Wer daran zweifelt, daß solche Modelle demokratische Prinzipien respektieren und zugleich hervorragend funktionieren, sehe sich die von unserem Ehrenmitglied Blodi geleitete Klinik in Iowa-City oder andere gleichwertige Institute an. Wir müssen den Mut haben zu bekennen, daß die Hochschulmedizin im Interesse der ihr anvertrauten Aufgaben ihre elitären Führungsprinzipien nicht aufgeben darf, wobei das Adjektiv elitär sich auf die wissenschaftliche Leistung, auf das ärztliche Wissen und Können, auf administrative Erfahrung sowie auf charakterliche Eigenschaften bezieht. Diese Forderung wird auch vom Nachwuchs akzeptiert werden können; sie sollte im Interesse einer langfristig befriedigenden beruflichen Tätigkeit von ihm unterstützt werden. Leider sehen wir z. Zt. in der westdeutschen Hochschulgesetzgebung keinerlei Anzeichen für eine Einsicht oder gar für eine Revision in diesem Punkt.

Auch ein weiteres, für den Nachwuchs relevantes Problem der Personalstruktur sei erwähnt, nämlich die nach dem Hochschulrahmengesetz vorgesehene Einführung von Professuren auf Zeit. Die Anforderungen an die Qualifikation sind eher bescheiden; die Beibehaltung des Titels nach Ablauf der vorgesehenen Zeit soll möglich werden. Fürwahr ein sehr bequemer Weg, einen begehrten Titel zu bekommen.

Auch diese Neuerung dient m.E. nicht dem qualifizierten Nachwuchs. Wem es zu leicht gemacht wird, ein bisher hohes Ziel zu erreichen, wird nicht gefordert, entwickelt keine Initiative, keine Ausdauer, bringt keine überdurchschnittlichen Leistungen. Der „Discount-Professor“ wird legalisiert. Ich verzichte auf weitere Kommentare, bitte aber die leistungswilligen jüngeren Kollegen, sich zu überlegen, ob dieses Konzept wirklich zu ihrem Nutzen ist.

Schließlich noch ein Wort zu den „Erfolgsaussichten“ einer langfristigen klinischen Tätigkeit. Ich sagte schon, daß in absehbarer Zeit zahlreiche Lebenszeitpositionen zu besetzen sein werden und daß vermutlich weitere geschaffen werden müssen. Allerdings kann in unserem Beruf so wenig wie in jedem anderen eine erfolgreiche Laufbahn garantiert werden. Jedoch, wer anhaltend engagiert bleibt, akzeptable Leistungen erbringt und zu einer Persönlichkeit in unse-

rem Fach heranreift, sollte mit guten Chancen rechnen können.

Es mag weitere Faktoren, etwa psychologischer oder soziologischer Ursache geben, die wir dem Zeitgeist zurechnen und die es der jüngeren Generation schwermachen, in überdurchschnittlichem, unermüdlichem Einsatz und unter Verzicht auf das, was unsere Zeit als Lebensqualität und Glück anpreist, eine leitende Position in unserer Gesellschaft anzustreben, ganz besonders im Bereich der medizinischen Wissenschaft und des ärztlichen Berufes. Insofern mag es der heutigen Generation und der kommenden schwerer fallen als der unsrigen, sich frühzeitig für ein hohes Ziel zu entscheiden und dieses konsequent zu verfolgen.

Und doch möchte ich die Besten unseres Nachwuchses dazu aufrufen, alle jene, die sich das Ideal der wissenschaftlichen Erkenntnis und der anspruchsvollen ärztlichen Tätigkeit bewahren wollen und dieses als Lebensziel verfolgen:

Lassen Sie sich trotz aller Schwierigkeiten nicht entmutigen! Wer gern im Hochgebirge wandert, weiß, daß der Weg zum Gipfel aus der Ferne oft nicht zu erkennen ist oder unüberwindlich steil zu sein scheint, daß er sich aber, wenn man ihn zielstrebig, zuversichtlich und ausdauernd beschreitet, mehr und mehr als begehbar erweist, häufig sogar weniger schwierig ist, wenn auch nicht weniger mühsam, als es zunächst den Anschein hatte.

So möchte ich den engagierten Nachwuchs ausdrücklich ermutigen: Suchen Sie die Geheimnisse der Natur und des menschlichen Leidens wissenschaftlich zu ergründen. Suchen Sie den Dienst an jenen, die Ihrer Hilfe bedürfen. Beides kann – auch oder gerade bei Verzicht auf die „Errungenschaften“ der Wohlstandsgesellschaft – Sinn, Erfüllung und Glück des Lebens bedeuten. Suchen Sie aber nicht den Ruhm, von dem Schopenhauer gesagt hat, er sei wie Seewasser: je mehr man davon trinkt, um so durstiger wird man. Suchen Sie nicht materielle Vorteile; diese werden, wenn sie Ihrer Generation überhaupt noch gewährt werden, mit viel Einsatz und mit viel Verzicht teuer erkaufte. Sehen Sie darin nicht das Wesentliche: Vor 2000 Jahren hat Marcus Tullius Cicero (106–43 v. Chr.) geschrieben, daß Führungspositionen „einer zu leistenden Aufgabe wegen zu übernehmen“ und „nicht des Lohnes oder des Ruhmes wegen zu erstreben“

seien; dieser Klassiker des Altertums zählte Führungspositionen nicht zu den begehrenswerten, sondern zu den notwendigen Dingen in der menschlichen Gesellschaft (de re publica libri I/17). Es ist also ein Dienst, auf den Sie sich vorbereiten müssen.

Verfallen Sie nicht der Sucht unserer Zeit, nach außen glänzen zu wollen. Suchen Sie ophthalmologische Freunde in aller Welt zu gewinnen, um von ihnen zu lernen, aber erliegen Sie nicht der Versuchung, sich eher durch geschäftiges Reisen als durch solide wissenschaftliche Publikationen international bekanntzumachen. Ihre Bewährung müssen Sie hier im Lande finden, und zwar durch harte klinische Arbeit, durch valide wissenschaftliche Resultate und durch charakterliche Vorzüge. Bewahren Sie die Tradition unserer Gesellschaft, die in Albrecht von Graefe einen ebenso begnadeten wie bescheidenen, humanen und sozialen Arzt und Wissenschaftler verehrt. Er hat einmal geschrieben: „Ich will, was ich treibe, nicht stümperhaft treiben, und ich will Menschen, die mir vertrauen, nicht enttäuschen.“²

Wenn Sie und wir alle dieser Überzeugung folgen, werden wir ein ganzes Leben lang voll zu tun haben, und dann wird auch ein 12-Stunden-Tag nicht zuviel werden.

Der kongeniale Freund und Zeitgenosse Albrecht von Graefes, Sir William Bowman, hat, wie wir anlässlich der Hundertjahrfeier der Ophthalmological Society of the United Kingdom im April dieses Jahres erfahren durften, in seinen „Thoughts for the Medical Student“ am 1. Oktober 1851 an den ärztlichen Nachwuchs beeindruckende Worte gerichtet, die ich hier auszugsweise wiedergeben möchte, auch um sie für unsere Gesellschaft und für unsere Zeit der Vergessenheit zu entreißen:

„Meine Herren, denken Sie edel von Ihrem Beruf. ... Beachten Sie, daß er der Wohltätigkeit dient, daß sein Erlernen adelt ... und daß seine Ausübung unsere besten Fähigkeiten schult. ... Sich darin auszuzeichnen ist ein Ziel, das all Ihres Strebens, all Ihrer Tatkraft wert ist, aber geistige und moralische Disziplin, geduldige und ausdauernde Arbeit erfordert. Gehen Sie den Weg mit Hingabe, lassen Sie sich Schwierigkeiten eine Lehre

² Blida Heynold Von Graefe (1969) In: Albrecht Von Graefe, Mensch und Umwelt, Verlag Karl Thieme KG, München, S. 44

sein, in der Charakterstärke erprobt und ausgeprägt werden kann. . . . Streben Sie danach, mehr in sich selbst zu leuchten, als andere zu überstrahlen. Suchen Sie weniger, aus Ihrem Beruf Ehren zu gewinnen, sondern mehr, Ihrem Beruf Ehre zu machen durch Ihre Tugenden. . . . Pflegen Sie die Liebe zur Wissenschaft um der Wohltaten willen, die auszuteilen sie befähigt, aber auch zur Befriedigung Ihrer höheren Neigungen und Fähigkeiten. Welch' irdisches Schicksal dann auch kommen mag, Sie werden das Kostbarste gewinnen, womit ein Lebenswerk gesegnet werden kann, nämlich rückblickend Zufriedenheit darin zu finden, daß Sie Ihre Möglichkeiten

genutzt und richtigen Grundsätzen gemäß gehandelt haben . . .“³

Meine Damen und Herren, ich bin sicher, daß in unserem ophthalmologischen Nachwuchs sehr viele gute Kräfte schlummern. Es ist unsere Pflicht und unsere Verantwortung, diese durch Vorbild zu wecken und ihnen zum Wirken zu verhelfen. Indem ich hoffe, daß uns dies gelingen wird und daß die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft auch das neunte Jahrzehnt dieses Jahrhunderts mit vollen Segeln bei ruhiger See glücklich wird durchlaufen können, eröffne ich nunmehr offiziell die 78. Tagung.

³ Wortlaut des Textes aus: „Thoughts for the Medical Student“, an Introductory Address delivered at King's College, London, October 1st, 1851, by Sir William Bowman, the first President of the Ophthalmological Society of the United Kingdom; verlesen anläßlich des 'Service of Thanksgiving Rededidaction to mark The Centenary of the Ophthalmological Society of the United Kingdom, Westminster Abbey, London, 16. April 1980'.

„Gentlemen, think nobly of your profession, and by your own conduct make it worthy in your own persons of the standard at which you estimate it. Remember that its end is beneficent, its studies ennobling and elevating, its administrations an exercise of our best faculties, and in harmony with the whole constitution of our nature. To excel in it is an aim worthy of all your aspirations, of all your energies; but requiring mental and moral discipline, patient and sustained labour. Go forward in this path

with diligence. Make of your difficulties a school in which strength of character may be tried and formed, and convert them from adversaries into your best friends. There is no sweeter recollection than the sense of difficulties overcome. Strive rather to shine in yourselves than to outshine others. Seek less to derive honour from your profession, than to honour your profession by your virtues. Cultivate a love of knowledge for the sake of the benefits it will enable you to dispense, as well as for the gratification of your own higher tastes and capacities; and then, whatever worldly fortune betide, you will win the most valuable of the blessings which the occupation of a life can confer, the satisfaction in the retrospect, of having improved your opportunities, of having acted on right principles, of having been the honoured means of benefiting your fellow creatures, while humbly yet earnestly endeavouring under the Divine blessing, to accomplish the will of your Maker, and to live to His glory.“

Ansprache des Präsidenten der Universität Kiel

G. Griesser

Herr Präsident, Spektabilitäten, Herr Ministerialdirigent, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren!

Erlauben Sie mir, Sie im Namen der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sehr herzlich zu begrüßen. Besonders freue ich mich, die ausländischen Kollegen aus aller Welt, die in so großer Zahl als Gäste zum Deutschen Ophthalmologen-Kongreß 1980 erschienen sind, begrüßen zu können. Mit Genugtuung habe ich von der großen Beteiligung der Kollegen aus den skandinavischen Ländern gehört, eine Tatsache, die die Funktion der Kieler Universität als Brücke zum Norden unterstreicht.

Es ist für unsere Universität eine große Freude, die traditionsreiche Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, die – soweit ich informiert bin – die älteste wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland ist, in unseren Mauern begrüßen zu dürfen. Wie mir berichtet wurde, hat sich Ihre Gesellschaft in 122 Jahren ihres Bestehens nur wenige Male außerhalb des traditionellen Sitzes, also in der Stadt Heidelberg, versammelt, um so mehr wissen wir die Ehre zu schätzen, daß Ihr Kongreß in diesem Jahr in der Stadt Kiel stattfindet. Daß Ihre Gesellschaft die Universität Kiel als Tagungsort ausgesucht hat und daß sie unseren Kollegen, Prof. Dr. Wilhelm Böke, mit der Vorbereitung und Durchführung der 78. Tagung der Ophthalmologischen Gesellschaft beauftragt hat, wertet die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und ihr Präsidium als ein Zeichen der Anerkennung der wissenschaftlichen Leistung der Universitäts-Augenklinik Kiel.

Die Kieler Universität, das ist im allgemeinen weniger bekannt, hat ebenfalls eine lange Geschichte und eine bemerkenswerte Tradition. Sie wurde 1665 von Christian Albrecht Herzog von Holstein-Gottorf, der auch in Ihrem Programm abgebildet ist, gegründet.

Der Wahlspruch der Universität aus dem Gründungsjahr: „Pax optima rerum“ drückt die Sehnsucht nach Frieden der Zeitgenossen 17 Jahre nach dem Westfälischen Frieden aus. Dem entsprechen auch Siegel und Wappen der Christiana-Albertina, die die Figur der Friedensgöttin, ein Füllhorn tragend, führen. Wahlspruch und Signum der Universität haben auch heute noch ihre tiefe Bedeutung für die Kieler alma mater.

Infolge unruhiger Zeitläufe ging der Lehrbetrieb aber im 18. Jahrhundert mehr und mehr zurück und nahm erst nach 1772 einen erneuten Aufschwung, der nicht unwesentlich gefördert war durch die russische Kaiserin Katharina II., deren Russischem Reich das Herzogtum Holstein eine zeitlang auf dem Wege der Erbfolge angehört hatte. Am Ende des 19. Jahrhunderts – unter der Förderung durch das Königreich Preußen und noch mehr durch das Deutsche Kaiserreich – ging die Universität einer glanzvollen Entwicklung entgegen, die sich bis in das erste Drittel des 20. Jahrhunderts ausgewirkt hat. Im 2. Weltkrieg wurde die Universität nahezu vollständig zerstört. 1945 begann ein mühsamer Wiederaufbau. Zunächst haben Professoren und Studenten gemeinsam und mit großem Enthusiasmus die Trümmer beseitigt, behelfsmäßig Institute und Hörsäle geschaffen und den Unterricht wieder aufgenommen. Als der Wiederaufbau der Universität etwa abgeschlossen war, mußte auch die Kieler Universität studentische Unruhen hinnehmen, die eine weitere Entwicklung auf höchste zu gefährden schienen. Der festen Haltung der Landesregierung und dem mutigen Eintreten einiger Rektoren ist es zu verdanken, daß die Universität einigermaßen ihren Kurs halten konnte. Der weitere Ausbau wurde fortgesetzt. Heute sind an der Kieler Universität ca. 13 600 Studenten eingeschrieben, davon in der Medizinischen Fakultät über 1 900 Studierende. Diese große

Zahl, die weit über die sogenannte „Normallast“ hinausgeht, bedingt u.a. eine erhebliche räumliche Enge, vor allem in Kursen und Praktika, und wirft für Lehrende und Lernende erhebliche Probleme auf.

Der Lehrkörper umfaßt etwa 350 Professoren und an die 250 Dozenten und apl. Professoren. Der gesamte Personalbestand liegt bei mehr als 5 000 Personen, einschließlich des Klinikums.

Die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel anerkennt dankbar die Bemühungen von Landtag und Landesregierung Schleswig-Holstein im Rahmen des Möglichen, die Universität und vor allem das Klinikum auszubauen und auf den neuesten Stand zu bringen. So wird in wenigen Tagen das Richtfest für den Neubau der Chirurgischen Disziplinen gefeiert werden. Leider sind hier die Blümenträume einer neuen Augenklinik nicht ge-

reift. Doch hofft die Universität und ihr Präsidium zuversichtlich, daß das nunmehr älteste Klinikgebäude durch einen Neubau in nicht allzu ferner Zukunft ersetzt werden kann.

Sie mögen daraus sehen, daß die Kieler Universität – auch wenn sie glücklicherweise nicht zu den größten –, so doch zu den attraktiven Universitäten der Bundesrepublik gehört.

Ich gebe meiner Zuversicht Ausdruck, daß Sie in diesen Tagen einen Hauch von jener Anziehungskraft verspüren mögen, die nicht nur von unserer Universität, sondern auch von Land und Leuten, von der Stadt und von der Förde ausgeht. Seien Sie herzlich willkommen!

Ich wünsche Ihnen für Ihren Kongreß und für Ihren Aufenthalt in Kiel viel Erfolg und viel Freude.

Ansprache zur Eröffnung der Industrieausstellung

W. Böke (Kiel)

Meine Damen und Herren!

Wie in jedem Jahr bildet die Eröffnung der Ausstellungen den Auftakt zum Jahreskongreß der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Ich möchte alle Aussteller begrüßen, Ihnen für Ihre Arbeit danken und jedem einzelnen Erfolg wünschen. Dies gilt sowohl für die Autoren der wissenschaftlichen Ausstellungen wie für die Firmen, die an der Industrieausstellung teilnehmen.

Die *wissenschaftliche Ausstellung* hat in diesem Jahr ein besonderes Gewicht dadurch erhalten, daß sie einerseits ein bisher unbekanntes Ausmaß erreicht hat und zum anderen dadurch, daß eine öffentliche Diskussion der Ausstellung vorgesehen ist, auf deren Ergebnis wir gespannt sind.

Auch für die *Industrieausstellung* gab es neue Aspekte insofern, als erstmalig ein Beitrag der Aussteller mit dem Ersten Vorsitzenden der Gesellschaft einen Verteilungsplan erarbeitet hat. Obwohl dieser Plan durch die eigenwillige Architektur unseres Auditorium maximum erschwert war, meine ich doch, daß gerade in Anbetracht der besonderen Raumsituation die Tätigkeit des Aussteller-Beirates für die gemeinsame Lösung der Probleme von Nutzen war, auch wenn nicht allseitig uneingeschränkte Zufriedenheit erreicht werden konnte. Ich möchte den Herren des Aussteller-Beirates, der am 6. Mai 1980 hier in einer langen und schwierigen Sitzung, aber in harmonischer Atmosphäre getagt hat, besonders danken.

Erneut möchte ich den hohen Wert einer leistungsfähigen Industrie für die Weiterentwicklung der Medizin im allgemeinen und der Ophthalmologie im besonderen betonen. Ich bin der Meinung, daß ohne eine dynamische pharmazeutische, optische oder feinmechanische Industrie und ohne die Zusammenarbeit zwischen Sachverständigen in Indu-

strie und praktischer Medizin die Fortschritte des letzten Jahrzehnts auch in unserem Fach nicht möglich gewesen wären. Denken wir an die Fortschritte der Keratoplastik, der Laser-Koagulation, der Vitrektomie, Ultraschall-Diagnostik, der Angiographie, denken wir an die computerisierte Perimetrie und an vieles anderes mehr, so dürfen wir getrost feststellen, daß hier Entwicklungen ermöglicht sind, die tagtäglich auch unzähligen der Ärmsten unserer Patienten zugute kommen.

Lassen Sie mich daher sagen, daß wir nicht nur die ständige Entwicklungsarbeit der Industrie, sondern auch den Wert einer Industrieausstellung wie dieser für unsere ärztliche Tätigkeit sehr hoch einschätzen. Die hier aufgestellte Industrieausstellung wird den Kongreßteilnehmern Gelegenheit geben, sich über relevante technologische Fortschritte in- und ausländischer Firmen durch direkte Besichtigung umfassend zu informieren. Auch wenn finanzielle Restriktionen ein ständiges „keep up“ mit der neuesten Entwicklung erschweren mögen, so kann doch ein Rundgang durch die Ausstellung und ein Gespräch mit den Ausstellern zur fachärztlichen Fortbildung beitragen. Somit möchte ich jeden Kongreßteilnehmer dazu auffordern, trotz unseres gedrängten Programmes die Industrieausstellung aufzusuchen und sich darüber zu unterrichten, wie er zum Wohle seiner Patienten seine Praxis oder seine Klinik apparativ und instrumentell modernisieren kann, welche sinnvollen Neuerungen es auf dem Arzneimittelsektor gibt und welche neuen Bücher er anstelle der veralteten anschaffen und lesen sollte.

In diesem Sinne wünsche ich allen Ausstellern und ihren Besuchern erfolgreiche Kongreßtage. Ich erkläre die Ausstellungen der 78. Tagung für eröffnet.

Sitzungspräsidenten

Glaucom und Uveitis

Präsident: Herr Fronimopoulos (Athen)

Koprapäsident: Herr Naumann (Erlangen)

Untersuchungsmethoden, Sinnesphysiologie, Elektrophysiologie

Präsident: Herr Harms (Tübingen)

Koprapäsident: Herr Fankhauser (Bern)

Ausgewählte Beiträge des wissenschaftlichen Nachwuchses

Präsident: Herr Sautter (Hamburg)

Koprapäsident: Herr Ullerich (Dortmund)

Klinik der endogenen Uveitis (Ringvorlesung)

Präsident: Herr Francois (Gent)

Koprapäsident: Herr Kühle (Münster)

Vorträge zur Klinik der Uveitis

Präsident: Herr Casanovas (Barcelona)

Koprapäsident: Herr Pau (Düsseldorf)

Netzhaut

Präsident: Herr J. Edmund (Kopenhagen)

Koprapäsident: Herr Heimann (Köln)

Glaskörper

Präsident: Herr Hruby (Wien)

Koprapäsident: Herr Reim (Aachen)

Pathogenese der endogenen Uveitis

Präsident: Herr Witmer (Zürich)

Koprapäsident: Herr Hanselmayer (Graz)

Vorträge zur Pathogenese der Uveitis

Präsident: Herr Dinning (London)

Koprapäsident: Herr Sundmacher (Freiburg)

Pharmakologie und Biochemie

Präsident: Herr Henkes (Rotterdam)

Koprapäsident: Herr Wessing (Essen)

Vorträge über verschiedene Themen

Präsident: Herr Oksala (Turku)

Koprapäsident: Herr Straub (Marburg)

Immunologie der Uveitis

Präsident: Herr Silverstein (Baltimore)

Koprapäsident: Herr Remky (München)

Intraokulare Linsen

Präsident: Herr Jacobi (Gießen)

Koprapäsident: Herr Kilp (Köln)

Klinik der Uveitis

Präsident: Herr Blagojevic (Belgrad)

Koprapäsident: Herr Wollensak (Berlin)

Ätiologie der endogenen Uveitis

Präsident: Herr Schlaegel (Indianapolis)

Koprapäsident: Frau Martinez (Zürich)

Demonstrationssitzung

Präsidenten: Herr Friedburg (Düsseldorf),

Herr Witschel (Freiburg), Herr Krey (Gießen)

Consilium diagnosticum

Präsident: Herr Francois (Gent)

Koprapäsident: Herr Nover (Mainz)

Differentialdiagnose der endogenen Uveitis

Präsident: Herr Slezak (Wien)

Experimentelle Uveitis

Präsident: Herr Saari (Tampere)

Koprapäsident: Herr Doden (Frankfurt)

Hornhaut (insbesondere Keratoplastik)

Präsident: Herr Goldschmidt (Odense)

Koprapäsident: Herr Waubke (Essen)

Netzhaut (insbesondere Amotio retinae)

Präsident: Herr Klöti (Zürich)

Koprapäsident: Herr Paulmann (Köln)

Vorträge zur Pathogenese der Uveitis

Präsident: Herr Tost (Halle)

Koprapäsident: Herr Alexandridis (Heidelberg)

Hornhaut

Präsident: Herr Hofmann (Graz)

Koprapäsident: Herr Stefani (München)

Intraokulare Tumoren, Gewebekleber

Präsident: Herr Moro (Catania)

Koprapäsident: Herr Jaeger (Heidelberg)

Therapie der endogenen Uveitis (Ringvorlesung)

Präsident: Herr O'Connor (San Francisco)

Koprapäsident: Herr Gronemeyer (Kiel)

Vorträge zur *Therapie der Uveitis*

Präsident: Herr Gliem (Berlin)

Koprapäsident: Herr Honegger (Hannover)

Netzhaut

Präsident: Herr Deutman (Nijmegen)

Koprapäsident: Herr Körner (Bern)

Vorträge zur *Uveitis*

Präsident: Herr Heydenreich (Jena)

Koprapäsident: Herr Holland (Duisburg)

Strabologische Sitzung Lähmungsschielen

Präsident: Herr Piper (Lübeck)

Koprapäsident: Herr de Decker (Kiel)

Lähmungsschielen (Referate)

Präsident: Herr Reny (Nancy)

Koprapäsident: Herr Kaufmann (Gießen)

Freie Vorträge zum Thema *Lähmungsschielen*

Präsident: Herr Friedburg (Düsseldorf)

Koprapäsident: Herr Herzau (Tübingen)

Diskussion der wissenschaftlichen Ausstellungen

Präsident: Herr Neubauer (Köln)

Filmvorführungen

Präsident: Herr Thiel (Kiel)

Bericht über das Freiburger Herpes-Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

R. Sundmacher (Univ.-Augenklinik Freiburg i. Br.)

Vom 12. bis 14. April 1980 fand in Freiburg das Internationale Symposium über herpetische Augenerkrankungen statt, an dem 222 Gäste aus 22 Ländern teilnahmen. Jeder Fünfte war Nicht-Ophthalmologe, darunter hervorragende internationale Vertreter aus der Virologie, Pharmakologie, Biochemie, Neurologie und Inneren Medizin.

In diesem Bericht können natürlich nur wenige Themenkreise, die während der drei Tage behandelt wurden, skizzenhaft geschildert werden; dem an Detailfragen Interessierten muß das Studium des demnächst erscheinenden Symposium-Berichtes empfohlen werden.

Analysiert man die Faktoren, die Entstehen und Verlauf einer Infektionskrankheit bestimmen, so stößt man auf drei Gruppen: 1. das infizierende Agens, 2. der infizierte Organismus mit seinen natürlichen und erworbenen Abwehrkräften und 3. die verschiedenen exogenen Einflüsse, vor allem therapeutische.

Es wurde zunächst über die Herpes simplex-Viren berichtet, von denen es nicht nur zwei Typen gibt, sondern bei denen man innerhalb der Typen noch erhebliche Stammunterschiede gefunden hat. Diese Unterschiede gehen nicht so weit, daß jeder Mensch von einem völlig anderen Herpes simplex-Virus infiziert ist; die Mutantenzahl ist aber doch groß, und die Vorstellung, man habe es nur mit einem definierten Virus zu tun, das ganz feste Eigenschaften habe, ist offensichtlich falsch. Man kann die Viren nach verschiedenen molekularbiologischen und tierexperimentellen Gesichtspunkten gruppieren, und die Forschung geht jetzt dahin, herauszufinden, ob sich biochemische Unterschiede mit tierexperimentellen Virulenzunterschieden korrelieren lassen und welche Bedeutung diesen Befunden für die Humanpathologie zukommt.

Allen Virusmutanten ist aber gemeinsam, daß sie nach der Primärinfektion latent im Wirtsorganismus verbleiben, und zwar in Ganglienzellen verschiedener Nervengewebe. Für das Auge ist das Ganglion Gasseri wichtigster Latenzort, und die Axoplasmaströme der sensiblen Nerven des ersten Trigeminiastes sind die Transportsysteme, in denen das Virus zentrifugal und zentripetal befördert wird.

In diesem komplexen Geschehen nimmt der Wirtsorganismus eine hervorragende Stellung ein und die wichtigste Frage, die sich mit der neuronalen Latenz verbindet, ist die nach den Kontrollmechanismen, deren sich der Organismus bedient, um das Virus latent zu halten. Wenn man diese Kontrollmechanismen genauer kennen würde und wüßte, welche Defekte eintreten müssen, damit sich das Virus wieder im Nervengewebe vermehren kann, würde man wahrscheinlich eine direkte Handhabe zu therapeutischem Eingreifen haben. Leider sind unsere Kenntnisse noch nicht so weit. Mehrheitlich wird die Hypothese favorisiert, daß die Herpesviren von Immunüberwachungssystemen unterdrückt werden und nur dann aus der Latenz ausbrechen können, wenn diese Systeme versagen. Das ist möglicherweise bei einem Teil der Bevölkerung aus genetischen Gründen relativ leicht der Fall. Für eine genetische Prädisposition sprechen gewisse Häufungen bestimmter HLA-Antigene bei Herpes-Patienten. Es ist aber auch festzustellen, daß diese Häufungen nicht sehr signifikant und zudem gelegentlich von Kollektiv zu Kollektiv auch noch qualitativ unterschiedlich ausgeprägt sind. Dies trifft auch für die bisherigen Bestimmungen des D-Locus zu, dem ja ein Zusammenhang mit der Immunüberwachung nachgesagt wird. Deshalb wurde auch von mehreren Teilnehmern vor einer vorschnellen Festlegung auf Fehler im Immunsystem

gewarnt und darauf hingewiesen, daß auch andere Störungen, z. B. hormoneller Art, als Auslöse-Reize für endogene Reaktivierungen in Frage kommen könnten.

Wird das Virus nun aus den Nervenendigungen peripher freigesetzt, so kann es dort – muß aber durchaus nicht – zu einer Krankheit führen. Ob das periphere Gewebe erkrankt, entscheiden die lokalen unspezifischen und immunologischen Abwehrkräfte des Wirtes. Der Einfluß der Immunlage wurde eindeutig demonstriert, und daß es sich dabei im wesentlichen um zelluläre Immunmechanismen handelt, wissen wir aus vielen Untersuchungen. Viel mehr läßt sich zu dem Problem der Immunologie aber noch nicht sagen, da es bislang nicht gelungen ist, die noch bruchstückhaften klinisch-immunologischen Befunde zu einem überzeugenden Gesamtbild zusammenzufügen.

Aus diesem Grunde können für eine Klassifikation herpetischer Krankheitsbilder auch noch keine immunologischen, sondern nur klinisch-virologische Kriterien zugrunde gelegt werden. Dies ist aber wahrscheinlich kein Nachteil, sondern vermutlich sogar ein Vorteil, weil es sich bei den immunologischen Komponenten einer Erkrankung immer um Reaktionen auf andere Vorgänge, in diesem Fall auf viral ausgelöste Vorgänge, handelt, und der virusinduzierte Prozeß demnach die beste Basis für eine Klassifikation abgeben sollte, wobei es sicher später einmal möglich und erforderlich sein wird, die klinisch-virologische Grundsystematik mit immunologischen Inhalten anzureichern. Die neue Klassifikation geht von den erkrankten Strukturen aus und unterteilt dann weiterhin danach, ob eine Virusvermehrung bei dem betreffenden Krankheitsbild nachgewiesen werden kann, oder ob es sich wahrscheinlich um ein avirales, metaherpetisches Folge-Geschehen handelt. Es sei nur auf zwei neue Begriffe hingewiesen; das eine ist die fokale Herpesiritis und das zweite ist die Vorstellung von einer viralen Endothelerkrankung der Hornhaut, einer Endotheliitis corneae, die man in einen zentralen Typ (Keratitis disciformis) und in einen peripheren Typ (Trabekulitis) unterteilen kann.

In der Therapie der Herpeserkrankungen geht der Trend immer mehr zu den Virustatika bzw. zu Kombinationsbehandlungen unter Einschluß von Virustatika. Dies trifft nicht nur für die tiefen Herpesformen zu, wo es ja

keine echte Alternative zur antiviralen Chemotherapie gibt, sondern auch für die Keratitis dendritica, bei der insbesondere europäische Kliniker mit verschiedenen Abrasio-Formen insgesamt befriedigende Erfahrungen gewonnen haben. Die Bevorzugung der Virustatika ist berechtigt, wenn man die vor Jahren noch kaum vorstellbaren Fortschritte berücksichtigt, die heute erreicht sind und die sich in einer wesentlich verbesserten Wirkungs-Nebenwirkungs-Relation ausdrücken. Diese verbesserte spezifische Wirkung erfolgt über die Hemmung virus-kodierter Enzyme, hauptsächlich über die Thymidinkinase, z. T. auch oder zusätzlich über die DNA-Polymerase. Eine interessante neue Substanz, die zunächst von der virus-kodierten Thymidinkinase aktiviert werden muß, bevor sie die virusspezifische DNA-Polymerase hemmen kann, ist das Acycycloguanosin, von dem man hofft, es wegen geringer Toxizität auch systemisch anwenden zu können. Eine ähnliche Bedeutung kommt vielleicht dem Bromovinyldesoxyuridin zu (BV-DU). Hier haben die klinischen Erprobungen aber gerade erst begonnen.

Über Resistenzentwicklungen gegenüber Virustatika *in vitro* wurde berichtet. Es ist bislang aber ungeklärt, welche Bedeutung dieser Möglichkeit bei der Anwendung von Virustatika *in vivo* zukommt; und es dürfte umstritten bleiben, ob man – wie von einigen Autoren empfohlen – die Virustatika prophylaktisch im Behandlungsverlauf wechseln soll. Hingegen scheint sich abzuzeichnen, daß *primäre* Kombinationstherapien von antiviralen Substanzen verschiedenen Angriffspunktes in Zukunft eine wesentliche Bedeutung gewinnen könnten. Dies gilt auch für Kombinationen, die Interferon beinhalten.

Die chirurgische Therapie herpetischer Hornhauterkrankungen mittels perforierender Keratoplastik stellt sich heute ebenfalls sehr viel positiver dar als noch vor Jahren. Alle Vortragenden waren sich unabhängig von Differenzen in Einzelfragen darin einig, daß die Prognose relativ günstig ist, sofern sachverständig nachbehandelt wird. Hier liegt aber noch ein großes praktisches Problem, was nur durch anhaltende intensive Fortbildung der nachbehandelnden Augenärzte gelöst werden kann. Eine ablehnende Haltung zur Keratoplastik nach Herpes wegen angeblich postoperativ sehr häufiger Herpesrezidive ist heute nicht mehr gerechtfertigt.

tigt. Rezidive gibt es natürlich; aber man kann sie heute mit guten Aussichten auf Erfolg behandeln, und das gleiche gilt für die häufigste Komplikation, die Immunreaktion, die keineswegs zum Transplantatverlust führen muß, wenn man sie rechtzeitig diagnostiziert und zweckmäßig behandelt.

Außer über Herpes simplex-Erkrankungen wäre auch noch Wichtiges über Zoster- und Zytomegalievirus-Erkrankungen zu berichten, dies soll aber hier aus Zeitgründen unterbleiben.

Die Organisatoren hatten sich drei Dinge vorgenommen, die sich erfreulicherweise auch realisieren ließen.

1. Ein Drittel der 81 Präsentationen erfolgte nicht mündlich, sondern in Form von Ausstellungen, zu deren Studium reichlich Pausen eingeplant waren. Die Ausstellungen wurden dann an geeigneter Stelle im Programm gemeinsam im Hörsaal diskutiert. Der Großteil dieser Poster war mit sehr viel Mühe vorbereitet und hat ganz sicher in vielen Fällen einen nachhaltigeren Eindruck

hinterlassen, als wenn der Inhalt nur in 10 Minuten vorgetragen worden wäre. Diese Form der Darstellung mit anschließender Diskussion hat sich also nach unserer Auffassung sehr bewährt und kann empfohlen werden.

2. Es war sehr erfreulich, daß die Disziplin der Vortragenden außerordentlich hoch war und daß keinerlei Abstriche an den Diskussionszeiten gemacht werden mußten. Es wurde lebhaft diskutiert, und zwar in einer direkten und sachlichen, aber auch freundlichen Weise, die der Atmosphäre des Symposiums sehr zuträglich war.

3. Das einzige, was wir nicht organisieren konnten, war das Wetter. Aber auch dieses ließ uns mit drei Tagen strahlenden Sonnenscheins mitten in einer Schlechtwetterperiode nicht im Stich; und wenn ich das ebenfalls herrliche Wetter auf dieser Veranstaltung in Kiel hier betrachte, dann drängt sich mir schon der Gedanke auf, daß die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft ein besonders gutes Verhältnis zu Petrus haben muß und von ihm bevorzugt behandelt wird.