Bericht über die Holländische ophthalmologische Litteratur des Jahres 1899 (2. Semester)

VOD

in Amsterdam.

in Leiden

T. N. J. = Geneeskundig Tijdschrift voor Ned-Indië.

Die mit * versehenen Nummern werden weiter unten referiert.

- 13^c. Lans, L. J., Over opticus-facialis reflex met daarbij voorkomende refractaire phase. (Ueber Opticus-Facialis-Reflex und eine refractäre Phase bei demselben.) N. O. B. Lief 8. S. 86.
- 14^c. Lans, L. J., Pupilwijdte. (Pupillenweite.) N. T. G. II S. 1145.
15. Mulder, M. E., Inrichting tot behandeling en verpleging van behoeftige en minvermogene ooglijders te Groningen. Verslag over 1898. (Augen-klinik in Groningen, Bericht über 1898.) N. O. B. Lief 8 S. 110. (1762 Pat., 30 Kataractoperationen.)
- 16^{*}. Mulder, M. E., Blepharitis ciliaris en acarus of demodex folliculorum. N. T. G. II. S. 803.
17. Muntendam, P., Een geval van chinine-blindheid. (Ein Fall von Chinin-Blindheit, sehr genau beschrieben und dem Typus ganz entsprechend, namentlich was das Gesichtsfeld anbelangt.) N. O. B. Lief 8. S. 73.
18. Muntendam, P. und Vries, W. M. de, IX internationaal oogheelkundig Congres. Verslag der sectievergaderingen. (Bericht über die Sitzungen der Sectionen des Utrechter Congresses.) N. T. G. II. S. 674.
19. Muskens, L. J. J., Twee gezwellen van medulla en pons. (Zwei Tumoren von Medulla und Pons; ein mit Autopsie, ein mit günstigem Verlauf; ein Fibrosarcom, ein ungewisser.) P. N. B. S. 615.
- 20^c. Nicolaï, C., De z. g. schaduwproef. (Skiaskopie.) N. O. B. Lief 8 S. 30.
21. Pel, P. K., Tumor cerebelli. N. T. G. II. S. 1227.
22. Pinkhof, H., Een model oogengasthuis. (Das neue Royal London Ophthalmic Hospital.) N. T. G. II. S. 411.
- 23^c. Plaats, J. D. van der, Over het lichten van het oog. (Das Augen-leuchten.) Versamml. des Provinciaal Utrechtsch Genootschap v. Kunsten en Wetenschappen, 5 Juni.
- 24^c. Plaats, J. D. van der, Eene natuurkundige verklaring van de schaduwproef. (Eine physische Erklärung der Schattenprobe.) N. O. B. Lief 8. S. 5.
25. Reddingius, R. A., Alg. Haag'sche Polikliniek. Verslag over 1898 (Klinik in Haag.) N. O. B. Lief 8 S. 111. (579 Pat.)
- 26^{*}. Reddingius, R. A., Antwoord op de voordracht van Dr. Van der Brugh. (Erwiderung an Herrn Dr. Van der Brugh.) N. O. B. Lief 8 S. 55.
27. Reddingius, R. A., Esophoria als oorzaak van schoolmyopie. (Esophorie eine Ursache der Schul-Myopie.) G. C. No. 8.
28. Schoute, G. J., Een geval van cornea-verwonding met perforatie der iris zonder beschadiging van de lens. (Ein Fall von Cornealruptur mit Irisperforation ohne Verletzung der Linse.) N. T. G. II. S. 298. Vergl: Zeitschrift für Augenheilkunde I S. 374.
29. Schoute, G. J., Scleraalruptuur. (Skleralruptur, suture en bourse (Kuhnt) Heilung.) N. O. B. Lief 8. S. 73.
- 30^c. Sissingh, R., De algemeene eigenschappen der optische afbeelding door centrale stralen in een reeks van gecentreerde bolvormige oppervlakken. (Die allgemeinen Eigenschaften der optischen Darstellung durch centrale Strahlen in einer Reihe centrirter kugelförmiger Oberflächen.) K. A. W. S. 258.
- 31^{*}. Snellen, H. Jr., Discussion über Van der Plaats' Theorie der Schattenprobe. N. O. B. Lief 8. S. 28.
- 32^c. Snellen, H. Sr., Blepharitis e demodice. N. O. B. Lief 8 S. 85.
33. Snellen, H. Sr., Nederlandsch Gasthuis voor ooglijders te Utrecht. Verslag over 1898. (Niederländisches ophthalmologisches Krankenhaus in Utrecht. Bericht über 1898.) N. T. G. II. S. 642. (5786 Pat., 99 Kataract-Operationen.)
34. Snellen, H. Sr., De voltooiing van het Nederlandsch gasthuis voor ooglijders. (Die Vollendung des Niederländischen ophthalmologischen Krankenhauses.) Utrecht 1899.
35. Snijders, A. J. C., Iets over het rooken. (Das Rauchen.) H. B. S. 305.
36. Snijders, A. J. C., De verlichting van school en huis. (Die Beleuchtung in der Schule und zu Hause.) B. R. Dez.

- 37*. Stort, A. H. van Genderen. Teleneuronen in het netvlies van leuciscus rutilus. (Teleneuronen in der Netzhaut von Leuciscus rutilus.) N. T. G. II. S. 270.
- 38*. Straub, M., Behandeling der gordelylekken op de cornea. (Behandlung der Bandkeratitis.) N. T. G. II S. 593.
39. Straub, M., Blindheid bij chinine-vergiftiging. (Blindheit durch Chinin-Intoxication.) N. T. G. II. S. 744.
40. Straub, M., Opneming van fluoresceïne door corneae zonder epitheel-defecten. (Fluorescein-Resorption ohne Epithelverlust der Hornhaut.) N. T. G. II. S. 1227.
- 41*. Straub, M., De indicaties voor onderhuidse inspuitingen met sublimaats. (Die Indikationen der subcutanen Sublimatinjektionen.) N. T. G. II S. 1247.
42. Terburgh, J. T., Statistische beschouwingen over de in de jaren 1896 en 1897 voorgekomen ziektegevallen onder de dwangarbeiders te Sawah-Loento. (Statistisches über die Krankheiten der Zwangsarbeiter in einer Mine von Niederl. Ost-Indien.) T. N. J. XXXIX Lief 4 S. 375. (Ziemlich viel Bindehaut- und Hornhauterkrankungen, theils absichtlich, theils durch Sprengen des Bergwerks mittelst Pulver.)
43. Visser, B. P., Geschiedkundig overzicht van de bepalingen omtrent gezichtsscherpte en refractie in onze keuringsreglementen. (Geschichtliches betreffend die Verordnungen über Sehschärfe und Refraction in unseren gesetzlichen Prüfungsvorschriften.) M. G. T. Lief 3. S. 148.
44. Vries, W. M. de, De musculus dilatator pupillae, met de nieuwste kleurmethode aangehouden. (Musculus Dilator Pupillae, dargezeigt mit den neuesten Färbungsmethoden.) N. O. B. Lief 8. S. 65.
45. Westhoff, C. H. A., Festrede für Herrn Prof. W. M. Gunning. N. O. B. Lief. 8. S. 37.
46. Westhoff, C. H. A., Distichiasis congenita hereditaria. N. O. B. Lief 8. S. 65.
47. Westhoff, C. H. A., Een geval van aangeboren dubbelzijdige lensluxatie. (Congenitale doppelseitige Linsenluxation) N. O. B. Lief 8. S. 66.
48. Westhoff, C. H. A., Herinneringen uit de laatste vijftig jaar der oogheelkunde. (Erinnerungen aus den letzten fünfzig Jahren der Augenheilkunde.) M. W. S. 204.
49. Westhoff, C. H. A., Kostelooze Amsterdamsche polikliniek. (Poliklinik in Amsterdam.) Bericht über 1898. (1539 Pat., 18 Kataract-Operationen.)
50. Westhoff, C. H. A., Protargol in de oogheelkunde. (Protargol in der Augenheilkunde.) M. W. Dez.
51. Wiersma, E., Een tumor in de pons. (Pons-tumor.) P. N. B. S. 603. (Tuberkel.)
- 52*. Zwaardemaker, H., Over een subcorticalen reflex en een daarbij voorkomende refractaire phase. (Ein subcorticaler Reflex und eine refraktäre Phase bei demselben.) N. T. G. II. S. 844.

Nach Untersuchungen Van Bemmelen's (2) bildet ein grösserer, vorderer, senkrechter Flügel des Gaumenbeins einen Theil des Augenhöhlenrandes; der Vorderrand eines kleineren, hinteren, senkrechten Flügels begrenzt die Aussenseite der zu einer Oeffnung verschmolzenen Foramina rotundum, opticum und Sphenoorbitale (Echidna). Ornithorrhynchus hat ein separates Foramen rotundum. Monotremata haben riesenartige Orbito-sphenoidea (d. h. Alae minores), welche mit dem Keilbeine verwachsen sind.

Hoffmann (10) entnimmt seinen Untersuchungen, hauptsächlich am *Acanthias vulgaris*, dem Dornhai, folgende Schlüsse:

Sympathische Ganglien entstehen nach Zusammenkunft der ventralen Nervenwurzel mit der dorsalen, welche letztere, im Rumpfbiete, ver-

läuft zwischen Urwirbel und Rückenmarkskanal. Am Kopfe fehlt die dorsale Wurzel beim 10., 9. und 8. Urwirbel, die ventrale beim 7., 6., 5. und 4. Der 3. Urwirbel hat ventral den N. VI und dorsal Zweige der N. N. VII—VIII; dieser letztere aber verläuft, wie alle dorsalen Kopfwurzeln, ausserhalb des Urwirbels, wodurch ein Zusammentritt mit der ventralen Wurzel unmöglich wird.

Der 2. Urwirbel hat keine ventrale Wurzel (der N. IV ist eine dorsale).

Der 1. Urwirbel hat ventral den N. III und dorsal den N. ophthalmicus prof. (gehört zum N. V), der einzige dorsale Gehirnnerv, der rein sensibel bleibt (bis zum Menschen): diese zusammen bilden das rein sympathische Ganglion ciliare.

Thatsächlich fehlen die motorischen Wurzeln nicht am Kopfe, sondern sie vereinigen sich wahrscheinlich schon im Centralorgan mit der sensiblen Wurzel: desshalb sind die übrigen Kopfganglien nicht nur cerebro-spinale, sondern zugleich sympathische; was auch daraus hervorgeht, dass aus diesen Ganglien sympathische Fasern ziehen zur Gland. Thymus, zum Kopfdarm und zu den Kiemenarterien.

Höhere Thiere bekommen separate sympathische Kopfganglien durch Sonderung von den gemischten.

Aus Van Genderen Stort's Arbeit (37) wollen wir die von ihm betonten Unterschiede seiner Befunde mit denjenigen Ed. Pergens' (Action de la lumière sur la rétine, 1897) hervorheben: *Leuciscus rutilus* (die Plötze) besitzt nur eine einfache Zapfenart, welche als kräftige Stränge bis durch die äussere granulirte Schicht hindurch verfolgt werden kann. Die Stäbchen sind kurz.

Eine vergleichende Untersuchung eines Dunkel- und eines Licht-Auges desselben Thieres ergab gleiche Dicke der Netzhaut in beiden Zuständen. In den Kernen der äusseren granulirten Schicht war keine Chromatin-Verminderung durch Licht wahrnehmbar. — Die schönsten Präparate bekommt Van Genderen Stort durch Härtung in 3,5 pCt. Salpetersäure-Lösung (in Holland höchstens 24 Stunden, in wärmerem Klima kürzer) und Nachhärtung in Müller's Augenflüssigkeit.

Reddingius (26) meint, dass Accommodations- und Convergenz-Innervationen in unlöslicher Verbindung mit einander stehen (das Gegenheil war Donder's Meinung). Es muss demzufolge die Fixation im P. R. immer mit einer minimalen Convergenz-Innervation stattfinden: und zwar auch dann, wenn man Prismen vor die Augen stellt, weil dadurch die Accommodations-Anstrengung nicht geändert wird: daraus folgt, dass die binoculäre Fixation dann nur noch möglich ist durch Aenderungen der Divergenz-Innervation. Diese letztere kann also berechnet werden aus der Kraft der Prismen, welche in dieser Weise überwunden werden können. — Die Convergenz-Motilität wird gemessen durch den Unterschied der stärksten abducirenden Prismen, welche binoculäre Fixation zulassen, 1. im P. R., 2. im P. P.: In beiden Fällen ist die Divergenz-Innervation minimal, d. h. die gleiche, und der Unterschied also blos auf Rechnung der Convergenz-Innervationen zu stellen.

Die Convergenz-Motilität wird gefunden dreimal grösser zu sein als die Divergenz-Motilität.

Van der Brugh (6) nennt diese Messungsmethode nicht zulässig: man soll die absolute Kraft der Divergenz messen indem man von dem am meisten convergenten Stand des Bulbus ausgeht und die Kraft der Convergenz in umgekehrter Weise: beide müssen dann einander gleich sein.

Er fragt weiter, wie man je convergiren könnte, wenn, wie Reddingius meint, Convergenz und Divergenz immer gleich stark innervirt würden: sind doch bekanntlich die M. M. recti externi die stärksten und haben die günstigste Insertion.

Und falls eine maximale Convergenz von einer maximalen Divergenz-Innervation begleitet sein muss, kann man sich keine noch stärkere Divergenz-Innervation denken, welche eine nächstfolgende Fixation in der Ferne besorgen könnte.

Reddingius denkt sich dies folgendermassen möglich: 1. Fixation in der Nähe, 2. aufhören aller Fixations-Innervation, 3. Divergirende Einstellungs-Innervation, 4. Fixation in der Ferne.

Van der Brugh nimmt an: 1° ein schwaches Divergenz-Centrum (dazu gebracht durch die Symptome der Divergenz-Paralyse (Straub) Reddingius nennt dasselbe ein starkes Centrum) 2° ein kräftiges Convergenz-Centrum, 3. Als Ruhestand der Augen eine leichte Divergenz. Nach Reddingius nimmt die Kraft der Convergenz-Motilität mit dem Alter ab wie die Accommodation.

Lans (14) hat seine Untersuchungen über die Pupillenweite fortgesetzt. (Vgl. Bericht über d. 1. Sem. 1899.) Bei einer Beleuchtung von 0—25 Meterkerzen (Kunstlicht) wurde die Pupille photographirt nach Adaptation und vor dem Anfange des Pupillenreflexes; bei einer Beleuchtung von 25—1000 Meterkerzen (Tageslicht) wurde sie gemessen mit Exner's Laryngometer: Die Pupille verkleinert sich bei zunehmender Beleuchtung stets langsamer von 7,26 bis 3,25 mm. Zwar schliessen sich die Aufnahmen bei Kunstlicht denen bei Tageslicht nicht genau an, aber das war wegen Beschränkung des Gesichtsfeldes bei der ersten Methode auch nicht zu erwarten. Lans vermuthet ein inniges Band zwischen der Pupillenweite und der Sehschärfe. Die betonte Uebereinstimmung der diesbezüglichen graphischen Vorstellungen fand aber Ref. wenig auffallend, besonders nicht wenn man entweder die Pupillenoberfläche mit der quadratischen Sehschärfe, oder den Pupillendurchmesser mit der linearen Sehschärfe vergleicht; was doch genauer Lans' Gedanken entsprechen muss als die von ihm selbst gegebene Darstellung.

Lans achtet das Weber'sche Gesetz auch für den motorischen Lidreflex gültig.

Das bei diesen Untersuchungen entdeckte zeitweise Ausbleiben des Lidreflexes — während der refraktären Phase — wird folgendermassen (13) unter Leitung Zwaardemakers (52) untersucht: Zur Hervorrufung des optischen Lidreflexes wird als Reiz der electrische Funken benutzt; der Lidschlag unterbricht einen electrischen Strom zur Registrirung der Bewegung. — Zwei Lichtreize 0,7 Sec. nach einander, sind von zwei Reflexen (Lidschlägen) gefolgt: zwei Reize 0,6 Sec. nach einander (auf jedem Auge einer) lösen nur einen Reflex aus: nach dem ersten Reize fängt eine refraktäre Phase an, welche 0,4—0,6 Sec. an-

dauert, bisweilen eine Sec. und länger. (Der zweite Reiz findet das Auge schon wieder geöffnet.) Zwei sehr schnell auf einander folgende Reize lösen einen Reflex aus, der später kommt als gewöhnlich.

Der mechanische Lidreflex wird untersucht durch Anblasen der Hornhaut mit einem erwärmten Luftstrome. Hierbei dauert die refraktäre Phase 0,3 Sec. höchstens. Ein optischer Reiz, von einem mechanischen gefolgt, gibt zwei Reflexe. — Diese Unterschiede führen zu dem Schlusse, dass die refraktäre Phase ihren Ursprung nicht hat in einer Station, die dem optischen und dem mechanischen Reflexe gemeinsam ist (im verlängerten Mark); auch nicht im Facialis-Kern, weil man das Auge nach dem Reflexe geschlossen halten kann, aber wahrscheinlich in den vorderen Vierhügeln, wohin die Reize von beiden Augen zusammenkommen. Auch bei den Knie- und anderen Reflexen vermuthen Lans und Zwaardemaker eine refraktäre Phase.

Sissingh (30) hat die Methode Bosscha zur Bestimmung der optischen Constanten (K. A. W. 1879 und Annales de l'école polytechnique 1886) angewendet für neue Untersuchungen.

Nach Blok (3) wirken schwach saure Collyrien (Cocain, Atropin, Pilocarpin) auf vielen Bindehäuten stark reizend; auch die von Koster beschriebene Cocain-Conjunctivitis (vgl. Bericht 1. Semester 1899) möchte eine Säure-Conjunctivitis sein. Man verschreibe das Atropin in basischer Lösung, das Cocain in neutraler.

Straub (38) berichtet über die Abrasio Corneae bei Bandkeratitis in gesunden Augen (er empfiehlt dazu das Von Gräfe'sche Messer); er theilt mit, dass die Trübungen in und unter der Membr. Bowmanni durch unregelmässigen Astigmatismus den Erfolg zwar beeinträchtigen, dass aber der Letztere nach einigen Jahren verschwindet (die Sehschärfe hob sich in einem Falle von $\frac{1}{60}$ nach der Operation bis zu $\frac{1}{2}$ drei Jahre später). — Die Abrasio ist auch angezeigt wenn sich schmerzliche atonische Geschwüre in der Trübung vorfinden. — Derselbe (41) Autor vertheidigt die subcutanen Sublimat-Injectionen: Sie sind angezeigt, wenn das Quecksilber seine Wirkung schnell entfalten soll: heftige Uveitis,luetische Neuritis optica; und wenn es als Probe gereicht wird: man braucht dazu kleine Dosen und ist schon in einer Woche über seine Wirkung unterrichtet. Aus Rücksicht auf ansteigende Schmerzfurcht werden die Einspritzungen nur eine Woche ausgeführt: täglich 1- bisweilen 2 mal 10 mgr Sublimat als Müller und Stein's Chlornatrium-Sublimat-Lösungen, mit Sorge für die Zähne (Zahnstein, Mundwasser) und Controlirung des Harns und der Temperatur.

Mulder (16) beschreibt den Bau und die Entwicklung der Acari (drei Metamorphosen) und ihr Vorkommen beim Menschen: ausser bei Blepharitis ciliaris squamosa fand er sie bei Blepharitis ciliaris furfuracea und selbst bei Blepharitis ulcerosa; auch in recidivirenden Hordeolen. Er vermuthet sie bei mehr als 2 pCt. der gesunden Lider. Cilien mit tordirter Wurzel und stark pigmentirtem besenartigen Bulbus hält er — gegenüber Raehlmann — nicht für pathognomonisch, weil er sie auch unter gesunden Kopfhaaren und Augenbrauen vorfand. — Balsamum peruvianum liess ihn immer im Stiche, auch bei der genauesten (dazu auch ziemlich schmerzvollen) Behandlung, wochenlang fortgesetzt und

durch Epilation unterstützt. — Snellen sr. (32) empfiehlt ausser Perubalsam: Quecksilber-Vaselin.

Der von Van Gorkom (8) beschriebene Fall von Purpura variolosa wurde eingeleitet durch Blutungen unter der Lid- und Bindehaut; später kam dazu Chemosis und Protrusion der purpurrothen Augen. Exitus letalis.

Van der Plaats (23,24) erklärt die Skiaskopie in folgender Weise: 1. Was geht auf der Netzhaut vor? — Die Lichtquelle beleuchtet einen Theil der Netzhaut: dieses „Lichtfeld“ bewegt sich, wenn der Spiegel gedreht wird. Der Untersucher überblickt ein „Gesichtsfeld“ dessen Grösse durch die Pupille des Untersuchten und durch die Spiegelöffnung bestimmt wird. Dieses Gesichtsfeld hat einen diffusen Rand: am schärfsten begrenzt ist es, wenn der Spiegel im P. R. steht. Wenn der Spiegel gedreht wird, bewegt sich das Gesichtsfeld nicht. 2. Was sehen wir in der Pupille? — Wenn Lichtfeld und Gesichtsfeld einander decken, kommen von jedem Punkte der Netzhaut Strahlen zurück durch die ganze Pupille; sie gehen auch alle durch die Spiegelöffnung: daher erscheint die ganze Pupille leuchtend.

Wird nur der diffuse Rand des Gesichtsfeldes durch das Lichtfeld beleuchtet, dann kommen von diesen beleuchteten Punkten zwar auch Strahlen durch die ganze Pupille zurück, aber nicht alle gehen durch die Spiegelöffnung: sodass ein Theil der Pupille dunkel erscheint. Je nachdem das Bild der Spiegelöffnung vor oder hinter der Netzhaut liegt, ist diese oder jene Seite der Pupille beschattet.

Ist der diffuse Rand am kleinsten (Spiegel im P. R.), so geht der Schatten am schnellsten an der Pupille vorüber d. h. plötzlich verdunkelt die Pupille gänzlich. (Wäre das Auge ohne optische Fehler, so würde nicht dieser Uebergang noch schneller vor sich gehen, aber gar kein Schatten auftreten.)

Die Theorie wird in allen Untertheilen in mathematischen Formeln ausgedrückt, dabei auch die Form von Spiegelöffnung und Pupille, und der Astigmatismus berücksichtigt: für alle Fälle wird eine Methode angegeben, um das was auf der Netzhaut vorgeht, auf die Pupille des Untersuchten zu projectiren.

Ueber einen anomalen Schatten vgl. Bericht über 1898.

Die Richtung des Schattenrandes fällt nur dann zusammen mit einem der Hauptmeridiane des schrägen Astigmatismus, wenn der Spiegel im P. R. steht.

Van der Plaats empfiehlt einen grossen Planspiegel mit kleiner Oeffnung, eine Lichtquelle mit scharfen Rändern und Untersuchung in 1 m Entfernung. — Zur Demonstration werden verschiedene Camera-Einrichtungen angegeben.

Snellen jr. (31) zieht es vor, den Gang der Lichtstrahlen, welche von einem einzigen beleuchteten Punkte der Netzhaut durch die Pupille des Untersuchten und des Untersuchers treten zu construiren wie dies Le Roy angegeben und nachher diese Construction auszubreiten für einen nicht-punktförmigen Theil. Das Resultat ist das nämliche, weil die Pupille des Untersuchers benutzt wird anstatt deren Bild auf der Netzhaut des Untersuchers. Nach Nicolai (20) scheitert Van der Plaats' Theorie an folgendem Versuch: Man skiaskopire eine Camera

mit einem Planspiegel und einer breiten Flamme: der Spiegel wird aber nicht gedreht, sondern die Flamme, der Spiegel und das Auge gleichmässig hin und her geschoben: auf dem Okular sieht man die skiaskopische Erscheinung und auf der Milchplatte der Camera sieht man, dass das Lichtfeld fortwährend das ganze Gesichtsfeld deckt, und nicht, wie Van der Plaats' Theorie fordert, nur den diffusen Rand desselben.

Er erklärt die Skiaskopie durch Bewegung des Flammenbildes über das Bild der Pupille des Untersuchten, beide im Auge des Untersuchers.

V.

Bericht über die ungarische ophthalmologische Litteratur. (II. Semester.)

Erstattet von

Privatdocent Dr. EMIL v. GRÓSZ-Budapest.

1. Mittheilungen aus der Augenklinik der Kön. ung. Universität in Budapest. (Direktor Prof. Wilhelm Schulek.)
1. v. Grósz, Emil, Die Atrophie des Sehnerven bei Tabes dorsalis. Matematikai és természettudományi értesítő, XVII, 1899, ref. im Ergänzungsheft der Zeitschrift für Augenheilkunde. II.
2. Derselbe, Nothwendigkeit der Gründung von Provinzial-Augen-Heilanstalten. (Ein Antrag von Friedrich Grósz an der Wanderversammlung der ungarischen Naturforscher und Aerzte im Jahre 1846.) Orvosi Hetilap, Szemészet 1899. No. 5.
3. v. Blaskovics, Fridolin, Die offene Wundbehandlung nach Augenoperationen. Ibidem. No. 6.
4. Leitner, Wilhelm, Augensymptome bei Acromegalie. Ibidem.
5. Binder, Emil, Astigmatismus und dessen Untersuchungsmethoden vom Gesichtspunkte der Militärärzte. Ibidem. No. 4.
6. Pólya, Eugen, Tyloma (Keratitis) conjunctivae. Ibidem. No. 6.

II. Andere Mittheilungen.

7. Imre, Joseph, Die Ursachen der Blindheit im ungarischen Niederlande. Ibidem. No. 6.
8. Feuer, Nathaniel, Die operative Behandlung des Trachoms. Gyógyászat. 1899. No. 44.
9. Derselbe, Die derzeitigen Distichiasis-Operationen in der Trachomabtheilung des städtischen Krankenhauses St. Stephan. Budapest székes főváros Közkórházainak évkönyve az 1898 évről. 1899.
10. Goldzieher, Wilhelm, Beiträge zur Lehre der Neubildungen des Auges: a) Fibrom des Oberlides, verbunden mit Riesenwuchs der Haut des Gesichtes (erschieden in extenso Centralblatt für Augenheilkunde 1898, 174; b) Degeneratio fibromatosa interstitialis retinae. Ueber einen bisher noch nicht bekannten Augenspiegel-Befund. (Erschieden in extenso: Centralblatt für Augenheilkunde 1899, März); c) Ein Fall von Granuloma corneae. Ibidem.
11. Derselbe, Ueber den Schulbesuch der schwachsichtigen Kinder. Orvosi Hetilap. Gyermekgyógyászat. 1899. No. 3.
12. Csapodi, István, Die Eintheilung der Myopie. Orvosi Hetilap Szemészet. 1899. No. 5.