

L. TREITEL. **Über Diplacusis binauralis.** *Arch. für Ohrenheilkunde*, Bd. 32. (1891). S. 215.

Verfasser beobachtete 2 Fälle von Doppelthören, welches in einem Falle nach angestrengtem Telephonieren, im anderen Falle nach einer Trommelfell-Ruptur entstand. In dem ersten Falle trat das Doppelthören bei Einwirkung hoher Stimmen auf und zwar wurde nebst diesen die tiefere Oktave gehört; im 2. Falle bemerkte Patient während des Orgelspiels bei allen Orgeltönen außer dem angeschlagenen Ton den betreffenden nächsten tieferen Ton. In beiden Fällen ging die Diplakusis rasch vorüber. Verf. versucht eine Deutung dieser Fälle und hebt hierbei hervor, daß die Hypothese von KNAPP, welche die Diplakusis auf Spannungsanomalien in der Basilarmembran zurückführt, in den angeführten beiden Fällen nicht zutrefte. Für den einen der beiden Fälle, in welchem nach dem Telephonieren die Diplakusis entstand, meint Verf. das ursächliche Moment in der Ermüdung suchen zu können, und zwar würden durch die intensivere Ermüdung des Ohres für hohe Töne in diesem nur die tieferen Töne als normal stark klingen, indes das gesunde Ohr die hohen Töne in normaler Stärke empfinde. Für den anderen Fall von Diplakusis läßt es Verfasser dahingestellt, ob diese durch Änderungen in der Schallleitung hervorgerufen wurde. URBANTSCHITSCH.

CHR. LEEGAARD. **Über eine Methode zur Bestimmung des Temperatursinns am Krankenbett.** *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 48 (1891) S. 207—222.

Es ist bekannt, daß man, um an einer Hautstelle die Empfindung der Kälte oder Wärme zu erzeugen, dieselbe von ihrer „physiologischen Nullpunkttemperatur“ aus um einen je nach der Hautregion verschiedenen bestimmten Betrag abkühlen oder erwärmen muß, welcher als Schwellenwert der Kälte- bez. Wärme-Empfindung bezeichnet zu werden pflegt. EULENBURG hat bereits im Jahre 1884, im Zusammenhang mit den von BLIX und dem Ref. ausgeführten Temperatursinn-Untersuchungen diese Schwellenwerte bestimmt und vorgeschlagen, dieselben zur Grundlage der klinischen Prüfung des Temperatursinns zu machen. Verf. faßt nun den Schwellenwert der Kälte- und Wärme-Empfindung unter dem neuen Namen „thermische Indifferenzbreite“ zusammen, womit also die Breite der an einer Hautstelle nach oben und unten hin möglichen Temperaturschwankung verstanden wird, welche noch keine Temperaturempfindung giebt. Die Messung dieses Bereiches macht er zur Grundlage der klinischen Prüfung. Wie man sieht, ist seine Methode im wesentlichen dieselbe, wie die EULENBURGSCHE, welche er gar nicht erwähnt. Verf. bestimmt nunmehr die „Indifferenzbreite“ (I.-B.) bei Gesunden an verschiedenen Körperteilen, findet, daß sie im allgemeinen  $1^{\circ}$  C. und in der Regel  $0,5^{\circ}$  C. nicht übersteigt, und stellt daher den Satz auf, daß, unabhängig vom Körperteil, eine  $1^{\circ}$  C. übersteigende I.-B. pathologisch sei. Was die praktische Ausführung betrifft, so sagt Verf., daß es, ehe man zur Bestimmung der Größe der I.-B. übergeht, nützlich sei, sich erst durch eine gröbere Probe zu überzeugen, ob der Temperatursinn deutlich verringert ist. Hierzu berührt man den Kranken mit irgend einem kalten oder warmen Gegenstand. „Sagt der Kranke, daß dieser