

E. BLOCH. **Die Ermittlung einseitiger kompletter Taubheit.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde.* 1895. Bd. 27. S. 267—278.

Verfasser betont, daß es nach den bisherigen Methoden unmöglich wäre, „einseitige totale Taubheit mit voller Sicherheit stets festzustellen“. Die auf die binaurale Lokalisation gegründete Methode scheitere an der Ungenauigkeit unseres Lokalisationsvermögens, und die monaurale habe seit meinen (des Referenten) Untersuchungen über die Fortleitung leiser Töne von Ohr zu Ohr ihre Beweiskraft eingebüßt. B. verfährt nunmehr in der Weise, daß ein Schlauch mit seinen beiden Enden in die Ohren gesteckt und auf diesen eine Stimmgabel aufgesetzt wird. Schließt man darauf den Ton vom tauben Ohre ab, so wird er bei totaler Taubheit lauter, weil dann die ganze Intensität auf das gesunde Ohr kommt, bei einem Rest von Hörfähigkeit aber infolge Aufhörens der binauralen Schallverstärkung leiser und näher dem gesunden Ohre gehört.

SCHAEFER (Rostock).

P. BONNIER. **Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs.** *Rev. neurolog.* III. S. 674—682. 1895. No. 23.

Nach anatomischen, durch eine schematische Zeichnung illustrierten Vorbemerkungen über die Beziehungen des Akustikus zu den Kernen der motorischen Augennerven bespricht Verfasser den physiologischen Zusammenhang zwischen dem Ohrlabyrinth und den kompensatorischen Augendrehungen bei und nach Kopfbewegungen. Hierbei steht er ganz auf dem Boden der bekannten BREUERSchen Hypothese. Die angeführten klinischen Beobachtungen enthalten nichts an dieser Stelle besonders Hervorzuhebendes.

SCHAEFER (Rostock).

STANISLAUS V. STEIN. **Über Gleichgewichtsstörungen bei Ohrenleiden.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde.* 1895. Bd. 27. S. 114—138 u. 201—250.

Verfasser bekennt sich durchaus als Anhänger der Theorie von der statisch-tonischen Funktion des Ohrlabyrinthes. Er untersuchte an Gesunden und Ohrenkranken die Fähigkeit, unter schwierigeren Verhältnissen, wie Stehen und Hüpfen auf den Zehen eines oder beider Füße bei geschlossenen Augen, Drehen im Kreise, Stehen auf schiefer Ebene, das Gleichgewicht zu wahren. Auf Grund dieser Beobachtungen ist v. St. „einstweilen der Meinung, daß die feinen Muskelkontraktionen, z. B. beim Gehen auf dem Seile, Balken, durch einen automatischen Apparat reguliert werden, welcher seinen Sitz im Ohrlabyrinth hat. Ein Teil des sog. „Muskelsinnes“ ist vielleicht nichts anderes als die unbewußten Empfindungen, welche den Muskeln vom Labyrinth aus immerfort zuströmen“. Fehlen wegen gewisser Labyrinthdefekte die feineren Muskelkontraktionen, so bleiben nur die groben Bewegungen der großen Muskelgruppen mit ihrer langsamen, ungewandten, skandierenden Aktionsweise übrig. Das Verhalten der Patienten erinnert dann an Ataxie; diese ist jedoch durch Sensibilitätsstörungen charakterisiert und dadurch von der Labyrinthläsion unterschieden. Der Augenschwindel hört mit dem Schließen der Augen auf; die Unsicherheit infolge einer Labyrinthkrankung nimmt damit zu. Pathognomonisch für