

wurde weiter untersucht, wieweit diese vom Balken vermittelt werden. Während alleinige Balkendurchtrennung keine merklichen Störungen hervorruft, trat nach dieser Operation eine Restitution von Sehstörungen, welche gleichzeitig durch einseitige Exstirpation hervorgerufen waren, nicht mehr ein. Andererseits wurden durch einseitige Operation an der Großhirnkonvexität hervorgerufene Sehstörungen nach ihrer Restitution durch nachfolgende Balkendurchtrennung von neuem hervorgerufen und nun nicht mehr ausgeglichen.

Zur Erklärung der Sehstörungen nach Verletzung solcher Hirnteile, die mit den subkortikalen Sehzentren in keiner anatomisch nachgewiesenen direkten Verbindung stehen, genügt nach Verf. weder die MUNKSche Annahme von einer Mitverletzung der eigentlichen Sehsphäre, noch die HIRZIGSche Hemmungstheorie; vielmehr wird angenommen, daß Sehstörungen (analog den verschiedenen Aphasieformen beim Menschen) aus mehreren Komponenten bestehen könnten, beispielsweise eine Amblyopieform im Verlust der Bewegungsempfindungen von Auge und Kopf bestehen würde (vgl. hierzu EXNERS Aufsatz in dieser Zeitschrift 36, 194—212. 1904).

TRENDELENBURG (Freiburg i. B.).

M. SACHS. **Über labyrinthogene Störungen der Blickbewegung.** X. Congrès d'ophtalmologie, Luzern 264, 1904.

Insuffizienz der Seitenwendung beider Augen (nicht einfache Abduzensparese) infolge Labyrinthkrankung. Die insuffiziente Seitenwendung ist im Interesse der Beobachtung seitlich gelegener Objekte durch die Konvergenzbewegung ersetzt, indem das abduziert gewesene Auge (auf dessen Seite das Objekt) liegt, im Interesse der fortdauernden Fixierung mit dem anderen Auge adduziert wird, die Fixation also aufgibt.

W. A. NAGEL (Berlin).

H. LANDOLT. **Über die Innervation der Tränendrüse.** *Pflügers Arch.* 98, 189—216. 1903.

Während sicher im ersten und zweiten Trigeminusast sekretorische Fasern für die Tränendrüse verlaufen, ist zweifelhaft, ob diese aus dem Trigeminusstamm oder nicht vielmehr aus dem Facialis entspringen. Für die letztere Möglichkeit sprechen klinische Erfahrungen bei Lähmung des Facialis (wenn der Sitz der Läsion nicht weiter peripher wie die Abgangsstelle des N. petros. sup. major liegt), bei welchen Versiegen der Tränen der gleichen Seite beobachtet wurde, sowie bei Facialisreizung (Dehnung wegen Gesichtskrampf), bei welcher vermehrte Tränenabsonderung erfolgte. Verf. stellt zunächst durch Durchschneidungen des Facialis zentral vom Ganglion geniculi fest, daß das Auge auf der Durchschneidungsseite trockner ist und reflektorisch keine Tränensekretion erzielt werden kann. Nach Resektion des Flocculus cerebelli gelang es, bis zum Facialiseintritt in das For. int. can. Fall. vorzudringen und den Nerven hier unter Leitung des Auges (Stirnlampe) zu reizen. Sofort trat Vermehrung der klaren Flüssigkeit ein, welche am temporalen Winkel des oberen Augenlids ausfloß (Gl. lacrymalis) und des im inneren Augenwinkel austretenden weißlichen Sekrets (HARDERSche Drüse). Reizung des Trigeminus bewirkt keine