

halb dieser, nasal, geht ein bohnen großes, stark gerötetes Knötchen, auf einem breiten Stiel der halbmond förmigen Falte, dreieckig auf die Bindehaut des Bulbus, gegen die Hornhaut zu über. Das Knötchen liegt frei auf dem Augapfel und läßt sich leicht aufheben und verschieben, seine Oberfläche ist ganz glatt. Sonst sind die Conjunctiva bulbi und die Fornices ganz unverändert.

Das linke Auge zeigt ein gleiches, wenn auch etwas kleineres Knötchen.

Sehschärfe sowie Fundus beiderseits normal.

Der rechtsseitige Tumor wurde am 1. V. 1930 zwecks mikroskopischer Untersuchung in Lokalanästhesie entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung erwies jedoch nicht einwandfrei, daß es sich hier um ein Lymphogranuloma malignum handelt; den gleichen Befund können wir nämlich bei Leukämie und Pseudo-leukämie sehen.

Der Pathologe bemerkt übrigens sehr richtig, daß wir es hier mit einem ganz frischen Prozeß zu tun haben, so daß die für das Lymphogranuloma malignum charakteristischen Zellen noch kaum vorgefunden werden können.

Das ganze klinische Bild sowie die wiederholten Blutbefunde sprechen jedoch für das Lymphogranuloma malignum.

VIII.

Aus- und Rückbildungsdauer eines Falles von Argyll Robertson.

Von Dr. Z. SCHREIBER, Subotica (Jugoslavien).

Ich möchte über einen Fall berichten, wie derselbe meines Wissens in der Literatur bisher nicht beschrieben wurde.

Der 36jährige Patient J. I., Barmusikant, kommt am 10. II. 1932 in meine Ordination mit der Beschwerde, daß er in letzter Zeit beim längeren Violinspielen die Noten schlechter sehe und auch beim Lesen seine Augen schnell ermüden. Anamnestisch gibt er an, daß das rechte Auge immer schwächer war. Will keine schweren Krankheiten durchgemacht haben, Lues wird negiert.

Bei der Untersuchung fand ich mittelweite, gleich runde Pupillen, die auf Licht und Konvergenz prompt reagierten. Augenhintergrund beiderseits normal. Sehschärfe: rechts: Fingerzählen in 5 m + 4.5 sph. $\frac{6}{6}$. Amblyopie; links: $\frac{6}{36}$. 0.75 sph. idem. Akkommodation normal. Ich verordnete rechts + 3.5 sph., links + 1 sph. zur Naharbeit.

Nach ungefähr acht Tagen erscheint der Patient wieder, gibt an, daß er 4—5 Tage mit dem Glase sehr gut gesehen habe, nachher aber wieder die früheren Beschwerden aufgetreten seien. Ich nahm an, daß er wegen seiner Anisometropie an die Gläser sich noch nicht gewöhnt habe

und beruhigte ihn, daß er sich an das Glas gewöhnen und dann gut sehen wird. Eine neuerliche systematische Untersuchung am 23. II. ergab den alten Befund. Am 27. II. wieder untersucht, bemerke ich im Halbdunkel eine minimale Anisokorie, linke Pupille etwas größer als rechts, reagieren aber prompt auf Licht und Konvergenz.

Nachdem sich der Patient auch psychisch eigentümlich benimmt, und nach Angaben seiner Frau seinen Beruf als Violinspieler seit einigen Tagen nicht ausüben kann, ließ ich ihn von einem Nervenarzte untersuchen. Die während dessen vorgenommene Wassermann-Reaktion war stark positiv (+++).

Dr. *Sugar* untersuchte den Fall und fand folgendes: Deutliche Anisokorie, Pupille links größer als rechts, träge Lichtreaktion beiderseits. Ausgesprochenes Vibrieren der Lippen beim Zähnezeigen. Kopfnerven sonst o. B. Schenreflexe lebhaft, links = rechts. Ataktische Sprachstörungen, insbesondere Hesitation und Silbenauslassungen. Merkfähigkeit grob gestört, ausgesprochene Gedächtnis- und Urteilsschwäche. Nach einer Zwischenfrage können weder Worte noch Zahlen wiederholt werden. Affektlage: unmotivierter Euphorie, Heiterkeit, Zufriedenheit. Diagnose: Paralyse progressiva.

Am selben Tage untersuche ich den Patienten und fand dieselbe Pupillenveränderung, also eine wesentliche Änderung im Vergleiche zu dem Befunde von 27. II.

Auf Grund der gestellten Diagnose von P. p. empfehle ich eine Fieberbehandlung.

Zu Beginn der Fieberbehandlung am 7. III. finde ich erweiterte, ungleiche (links größer als rechts), lichtstarre Pupillen, die auf Konvergenz gut reagieren, also typischer Argyll Robertson.

Der Patient bekam Typhusvaccine (Malariabehandlung war wegen Herzbefund kontraindiziert). Neun Fieberanfalle mit Temperaturen von 39° bis 40°, in der Zeit vom 7. bis 26. III.

Am 22. III., beim siebenten Fieberanfall zeigt sich zum erstenmal wieder eine Pupillenreaktion auf Licht, die aber noch träge ist. Bis zum 26., also bis zur Beendigung der Fieberbehandlung wurde die Pupillenreaktion ganz normal. Während dieser vier Tage stellte sich also allmählich die Lichtreaktion immer prompter ein und langsam auch die Gleichheit der Pupillen.

Zum letztenmal sah ich den Patienten sieben Monate nach der Behandlung, die Pupillen reagierten prompt auf Licht und Konvergenz, waren auch im Halbdunkel gleich groß. Psychisch zeigte er sich vollkommen normal und konnte seinen Beruf mit der verordneten Brille ohne Beschwerden ausüben.

An dem Fall ist erstens erwähnenswert, daß in acht Tagen gewissermaßen vor den Augen des Arztes sich ein Argyll Robertson entwickelt. Zweitens ist besonders bemerkenswert, daß nach der Fieberbehandlung ein typischer Argyll Robertson sich vollkommen zurückbildete.

Meines Wissens wurden bisher noch keine Angaben gemacht, in welcher Zeit ein Argyll Robertson zur vollständigen Entwick-

lung gelangt, annähernd nahm man hierfür längere Zeit, vielleicht einige Monate an. Auch wurde bisher kein Argyll Robertson beschrieben, der sich zurückgebildet hätte. Vielmehr ist man der Meinung, daß es eine bleibende Veränderung sei, die auf keine Behandlung, sei sie antiluetisch oder eine andere, günstig reagiert. In meinem Falle mag die Rückbildung vielleicht deshalb erfolgt sein, weil die Fieberbehandlung prompt eingesetzt hat.

Interessant war bei dem Falle auch, daß sich erst die Anisokorie zeigte, dann erst eine immer träger werdende Lichtreaktion, hingegen bei der Rückbildung umgekehrt: erst stellte sich die Lichtreaktion her und dann die Gleichheit der Pupillen.

Der oben beschriebene Fall beweist, daß ein in ganz kurzer Zeit ausgebildeter Argyll Robertson bei prompt einsetzender Fieberbehandlung sich auch bald zurückbilden kann. Zu empfehlen wäre daher, bei der in kurzer Zeit auftretenden Anisokorie den Patienten behufs genauer Beobachtung öfters zu bestellen und falls sich auch dazu eine schwächere Lichtreaktion ausbildet, sofort mit der Fieberbehandlung zu beginnen.

Prognostische Schlüsse könnte man selbstverständlich aus dem einen Falle nicht ziehen, dazu wären mehrere einschlägige Beobachtungen, insbesondere bezüglich der günstigen Wirkung prompt einsetzender Fieberbehandlung nötig.

Aus der Praxis für die Praxis.

Über Pilocarpin.

Von Dr. SCHMIDT †, Wilhelmshaven.

Die Maximaldosis des Atropins ist 0,001; hiervon träufelt man gewöhnlich eine $\frac{1}{2}$ proz. Lösung ein, nötigenfalls aber auch unbedenklich eine 1proz. Die Maximaldosis des Pilocarpins ist 0,02, also zwanzigmal größer als die des Atropins; man könnte also im entsprechenden Verhältnis eine 10—20proz. Lösung benutzen, wendet aber gemäß Angabe der Lehrbücher durchweg eine 1—2proz. an, zieht meistens sogar das Eserin vor, das die gleiche Maximaldosis wie das Atropin hat und unter Umständen recht unangenehme Nebenerscheinungen (selbst iritischer Art) hervorruft. *Kuhnt* verwandte (wenigstens in der Jenenser Klinik) stets 4proz. Pilocarpin;