

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;

ich bin seit langen Jahren noch darüber hinausgegangen, und verordne unbedenklich 6—8proz. Lösungen bis zu dreimal täglich, ohne jemals die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet zu haben. Es ist mir gelegentlich gelungen, einen akuten Anfall, bei dem ich früher unbedingt sofort die Iridektomie ausgeführt hätte, binnen 2—3 Tagen von Schiötz 70 auf 20 mm herunterzudrücken; aber auch in mehr chronischen Fällen lassen sich unter Umständen günstige Erfolge erreichen; man muß natürlich individualisieren und die Patienten je nachdem unter mehr oder weniger fortlaufender Kontrolle halten, auch selbstverständlich durch Versuche genau feststellen, welche Lösungsstärke im einzelnen Falle erforderlich ist, um unter Berücksichtigung der Tagesschwankungen Spannung und Sehschärfe dauernd auf der gewünschten Höhe zu erhalten. Mein ältester derart behandelter Fall war 1907 anderweitig auf einem Auge mit Endausgang in Amaurose operiert, erlitt 1910 auf dem anderen einen subakuten Anfall, lehnte aber jeden operativen Eingriff bedingungslos ab. Auf 8proz. Lösung ging der Druck alsbald herunter, und seitdem träufelt der jetzt 78jährige Patient unentwegt ein, jetzt seit Jahren morgens und abends 8proz., mittags 6proz. Lösung und hält damit die Spannung unter 25 mm und die Sehschärfe auf $\frac{5}{8}$ — $\frac{5}{8}$ (bei leichter Myopie und As. invers.). In etwa $\frac{1}{4}$ jährigen Zwischenräumen stellt er sich zur Kontrolle vor. Es ist selbstverständlich, daß man diese konservative Therapie nur gegenüber Patienten anwenden kann, von deren Intelligenz man die Überzeugung haben darf, daß sie die Einträufelungen auch wirklich in der vorgeschriebenen Weise ausführen werden. Einen Versuch wird man stets machen dürfen, natürlich mit Ausnahme mehr oder weniger desolater Fälle von Glauco. fulminans.