

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1893

1 (15.1.1893)

Nr. 1.

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

XLVII. Jahrgang.

Karlsruhe

15. Januar 1893.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Zur Bekämpfung der Diphtherie.

Die Diphtherie ist noch immer als die Infectionskrankheit zu betrachten, welche neben der Lungenschwindsucht die meisten Opfer unter der Bevölkerung des Landes fordert. Vielfache Präservativmassregeln erwiesen sich wirkungslos, da von den Wegen der Verbreitung der schlimmen Krankheit nur wenige genau bekannt sind. Zu denjenigen Uebertragungsformen, die durch zahlreiche Erfahrungen am meisten constatirt sind, gehört der Schulbesuch, und zwar in dem Umfang, dass die Diphtherie schon mehrfach als Schulhaus- oder Schulkrankheit bezeichnet wurde. Mit Rücksicht auf diesen Umstand sind auch in der Verordnung vom 2. August 1884 in den §§. 4 und 5 besondere Anordnungen bezüglich des Schulbesuches bei dem Auftreten dieser oder anderer Infectionskrankheiten der Schüler getroffen. Da in der letzten Zeit mehrfache Erfahrungen dafür sprachen, dass dieses Bestreben, die Verbreitung der Diphtherie oder des Scharlaches u. a. durch Fernhaltung erkrankter oder verdächtiger Schüler von dem Schulunterricht zu verhindern, Seitens der Herren Lehrer nicht die genügende Beachtung und Unterstützung findet, hat auf Veranlassung Grossherzoglichen Ministeriums des Innern der Grossherzogliche Oberschulrath unter dem 28. December v. J. einen Generalerlass an die Herren Kreisschulräthe ergehen lassen, in welchem letztere beauftragt werden, den Lehrern die genaue Beachtung der §§. 4 und 5 der erwähnten Verordnung wiederholt strengstens einzuschärfen. Es wird Sache der Sanitätsbeamten sein, dieses anerkennungswerthe Vorgehen durch Belehrung der Bevölkerung, Ueberwachung der Krankheitsfälle und der Familien, in denen letztere sich ereignet haben, sowie durch Controle des Verhaltens der Lehrer und geeignete Desinfection der Schullocale zu unterstützen und nutzbringend zu machen. Es wird dabei vor Allem auch die Thatsache in Betracht zu ziehen sein, dass, auch wenn nicht alle Erkrankungsfälle einer Epidemie dem schulpflichtigen Alter angehören, doch am leichtesten der Ansteckungsstoff durch Schüler und Schulbesuch von einer Familie in die andere übertragen werden kann und in dieser dann kleinere Kinder und Erwachsene befallen werden können. Auf diese Weise wird es schliesslich doch gelingen, die Schullocale von der Infection fernzuhalten und den Schulunterricht im Ganzen möglichst wenig zu beeinträchtigen.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung des otitischen Gehirnbrunnens.

Von Bezirksarzt Dr. H. Walther, Ettenheim.

Während im Allgemeinen die Aera der Anti- und Asepsis dem chirurgischen Eingriffe Gebiete eröffnet hat, welche den früheren Operateuren mit vollem Recht ein *noli me tangere* schienen, brachte die Neuzeit eine Verminderung der Trepanationen und Resectionen am Schädeldache. Es wird wohl heutzutage keinem Arzte eine auch noch so ausgesprochene Fractur oder Impression des Schädeldaches die Indication zur Trepanation ohne Weiteres geben, so lange nicht Symptome von Hirnläsion oder abnormem Hirndruck den operativen Eingriff gebieterisch fordern. Welch' ein Unterschied des Verfahrens im Vergleiche zu dem Vorgehen im vorigen und Anfange des jetzigen Jahrhunderts in Deutschland, England und Frankreich, wo man nicht allein bei Fracturen, sondern selbst bei Gehirnerschütterung zum Trepan griff und an einem und demselben Individuum eine Krone um die andere ansetzte! Die Erfolge waren die traurigsten und man kann mit Recht sagen, dass die Verletzten weit mehr durch das gewählte Heilmittel, als durch das Trauma gefährdet wurden.

Albert*) erzählt, dass Mery im Hôtel Dieu 60 Jahre lang trepanirte, ohne einen einzigen Kranken zu retten!

Ein unbegreiflicher Mysticismus, die unbegründete Furcht vor supponirten Gehirnbrunnens drückte dem Arzte immer wieder trotz aller Misserfolge das Trepan in die Hand.

Heute wird jeder beschäftigte Arzt von Zeit zu Zeit Fälle von ausgesprochenen complicirten Schädelfracturen und Impressionen zur Behandlung bekommen und sie zum grossen Theile nach Analogie anderer Knochenbrüche anstandslos und ohne das Rüstzeug des Chirurgen der Heilung zuführen.

Ein einschlägiger Fall aus meiner Praxis sei hier als Beispiel angeführt:

Anna Santo von Ettenheim, geboren den 14. Juni 1881, ein schwächliches, scrophulöses Kind, wird am 12. December 1889 durch einen von einem zweistöckigen Hause abstürzenden Ziegel mitten auf den Kopf getroffen; das Kind stürzte bewusstlos zusammen, kam aber bald wieder zur Besinnung. Es fand sich mitten auf dem Scheitel eine quer verlaufende, circa 4 cm lange, ziemlich scharfrandige, klaffende Wunde, die bis zum Knochen reicht; letzterer scheint eingedrückt zu sein. Es wird die Wunde gereinigt, die Haare in weiter Umgebung abgeschnitten und die ganze Gegend nach den Regeln der Antisepsis sorgfältig desinficirt; darauf wird über die Wunde ein sie kreuzender Schnitt angelegt, die entstandenen Lappen mit Häkchen aufgehoben; der Knochen zeigte sich nach vier Richtungen gesprungen, deren gemeinsamer Ausgangspunkt (rechts von der Sagittallinie) etwa in der Ausdehnung eines 10 Pfennigstückes ziemlich tief eingedrückt.

Das Kind war bei Bewusstsein, keine Krämpfe, kein Erbrechen, keine Ungleichheit der Pupillen. Nochmalige sorgfältige Reinigung der Wunde und Zunähen derselben bis auf eine Stelle, in die Jodoformgaze als Drain eingelegt wird. Antiseptischer Verband. Eisbeutel. Abends einmal Erbrechen.

Die Wunde heilt unter zwei Verbänden; heute fühlt man noch eine leichte Delle an der Impressionsstelle und hier ist die Kopfschwarte mit dem Knochen verwachsen; dies sind aber auch die einzigen Residuen der Verletzung.

Solche und ähnliche Fälle begegnen bisweilen dem Praktiker, ohne dass

*) Albert, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 4. Aufl., 1. Band, p. 108 f.

er Veranlassung nehmen müsste, eingreifende chirurgische Massnahmen zu treffen.

Dagegen hat sich die Hirnchirurgie mit einer gewissen Vorliebe der operativen Behandlung der Gehirnabscesse und ganz neuerdings der Gehirntumoren zugewandt.

Es ist eines der grössten Verdienste von Bergmann's, hier bahnbrechend vorgegangen zu sein; seine Lehre*) vom Gehirndruck hat so manche dunkle Punkte geklärt und sein Verdienst ist es vornehmlich, wenn die Ueberzeugung bei den Aerzten immer mehr Boden gewinnt, dass die Abscesse des Gehirns in vielen Fällen dem chirurgischen Messer zugänglich und dass dieselben deshalb gerade so zu behandeln sind, wie Eiteransammlungen im Unterhautzellgewebe, in Drüsen oder im Pleurasack: durch breite Eröffnung und Entleerung des Eiters.

Und so ist es gelungen, bereits eine Reihe von Kranken, welche dem sichern Untergange geweiht schienen, am Leben zu erhalten und ihnen die Gesundheit wieder zu geben. Dank den Forschungen der Physiologen, Nothnagels**) und anderer inneren Kliniker sind grosse Fortschritte in der topischen Diagnostik der Rindenläsionen gemacht worden, die es gestatten, die Eiteransammlungen in der Rinde oder deren Nähe, seien sie zwischen Dura und Knochen oder subcortical gelegen, mit ziemlicher Bestimmtheit zu localisiren.

Immerhin bietet die Diagnose des Gehirnabscesses und insbesondere des im Marke oder in der Nähe der grossen Ganglien gelegenen der Schwierigkeiten noch genug und es ist nicht selten, dass auch gewiegte Diagnostiker in der Annahme oder der Localisation eines Eiterherdes im Gehirne irre gehen.

Noch im Jahre 1886 schreibt M. Bernhardt***): »Die Operation an sich dürfte bei dem heutigen Stande der Chirurgie nicht mehr als ein so grosses Wagniss angesehen werden, wie in der früheren vorantiseptischen Zeit.«

1888 sind schon eine Reihe glücklich operirter Fälle bekannt, unter ihnen otitische Gehirnabscesse, welche von Truckenbrod †), Greenfield ††), Gowers und Barker †††) und Andern erfolgreich operativ behandelt wurden.

Seither ist die Operation häufiger ausgeführt worden; so wurden im Jahre 1891, soweit ich die Litteratur übersehe, Fälle von Baginsky und Gluck *†), Lohmeyer **†), Ledderhose ***†), Grubert †*) Jansen †**) publicirt.

*) Ueber den Hirndruck. Archiv f. Klin. Chirurgie. Berlin, 1885. XXXII, p. 705. — Deutsche Chirurgie. Herausgegeben v. Billroth und Lücke, Stuttgart 1880, Lief. 30, pag. 274—364.

**) Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten, Berlin, 1879.

***) M. Bernhardt, Realencyclopädie der gesammten Heilkunde, 2. Aufl. Kap. Gehirnkrankheiten.

†) Truckenbrod, Operativ geheilter Hirnabscess nach Otorrhöe, Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, XV, pag. 186.

††) Greenfield, Remarks on a case of cerebral abscess with otitis successfully treated by Operation. Brit. med. Journ. 12. Febr. 1887.

†††) Gowers and Barker, On a case of abscess of the temporo-sphenoidal lobe of the brain etc. Brit. med. Journ. 11. Dec. 1886.

*†) A. Baginsky und Th. Gluck: Ein Fall von geheiletem Schläfenlappenabscess. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1891, Nr. 48.

**†) Lohmeyer: Fall eines geheilten Hirnabscesses. Ibidem Nr. 37.

***†) Ledderhose: Ueber einen Fall von geheiletem Hirnabscess. Deutsche Medic. Wochenschrift. 1891, Nr. 32.

†*) E. Grubert: Zur Kasuistik der Gehirnabscesse. St. Petersburger medic. Wochenschrift. 1891, Nr. 5.

†**) Jansen: Ueber otitische Hirnabscesse. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1891, Nr. 49.

Bei den diagnostischen Schwierigkeiten und der Neuheit der Operation gelten die operirten Fälle immerhin noch als eine chirurgische Kuriosität und so dürfte es auch mir gestattet sein, einen Fall eines von mir in diesem Jahre mit Erfolg operirten Gehirnabscesses den Fachgenossen mitzutheilen.

Aus der folgenden Krankengeschichte wird hervorgehen, dass hier die allgemeine Diagnose eines Abscesses nicht schwierig war, weil das frühere Vorhandensein einer Mittelohreiterung einen ätiologischen Fingerzeig gab, während die Localisation der Läsion erhebliche Mühe machte.

Luise Bühler, geboren den 9. November 1869, von Ettenheim, erscheint Anfangs März 1892 zum ersten Mal in meiner Sprechstunde; die Anamnese ergibt: Vater starb mit 38 Jahren am Typhus abdominalis; Mutter, 34 Jahre alt, an Lungenphthise; von 7 Geschwistern starben 4, wovon 3 in ganz jugendlichem Alter, 1 mit 12 Jahren am Typhus (die gleiche Epidemie, der auch der Vater zum Opfer fiel); die 3 lebenden, erwachsenen Geschwister sind gesund.

Schon in der Schulzeit litt Patientin an rechtsseitigem Ohrenflusse; im Jahre 1885 zum 1. Male Blutung aus dem rechten Ohre; im gleichen Jahre wird in Basel durch Burkhardt-Merian ein haselnussgrosser Polyp aus dem Gehörgang beseitigt; zu jener Zeit soll auf dem kranken Ohre noch schwaches Gehörvermögen vorhanden gewesen sein; der Ohrenfluss dauert fort; in Schopfheim (Brunner) werden Ausspritzungen mit Erfolg gemacht. Seit 1885 indess stets Schwindel im Kopfe.

1890 wieder Blutung und Eiterung, operative Entfernung eines Polypen in Zürich; die Eiterung dauert fort.

1891 wiederholte Blutung; durch eine, wie es scheint, sehr eingreifende Operation werden nun in Zürich wieder Polypen entfernt; nachwuchernde Granulationen werden mit dem scharfen Löffel beseitigt; darauf sistirt Blutung und Eiterung, dagegen tritt heftiger Kopfschmerz auf und der Schwindel nimmt zu. Das rechte Ohr ganz taub. — Die Untersuchung ergab nun: Schlankes, gracil gebautes, anämisches Mädchen von intelligentem Gesichtsausdruck. Der rechte Gehörgang stark erweitert, in der Tiefe weisse Stellen, die als Narben gedeutet werden. Trommelfell fehlt, Gehör rechts geschwunden, links normal. Die Betastung der rechten Schläfegegend und des Warzenfortsatzes leicht schmerzhaft; es wird über heftigen rechtsseitigen Kopfschmerz, Schwindel und Schlaflosigkeit geklagt.

Gesicht normal.

Menses regelmässig.

Temperatur normal; Puls beschleunigt (90), Welle nieder.

Es werden zunächst Rathschläge ertheilt, durch welche das Allgemeinbefinden gehoben werden soll und Sulfonal verordnet.

Anfangs besserte sich der Zustand, so dass das Mädchen in Waldkirch eine Stelle annahm, von wo sie jedoch nach wenigen Tagen mit Heiserkeit, fieberhafter Bronchitis und schlimmeren Beschwerden als zuvor nach Hause zurückkehrte.

Am 4. April 1892 Aufnahme in das hiesige Spital. Der Kopfschmerz, bohrend und stechend, hat zugenommen, localisirt sich besonders in der Schläfegegend, strahlt aber bis zum Scheitel und in das Hinterhaupt aus und wird auch an dem rechten Process. mastoid. gespürt; die Haut über letzterem scheint ein wenig geschwollen, nicht geröthet; Druck daselbst ist sehr schmerzhaft.

Puls beschleunigt, bisweilen intermittirend. Kein Fieber:

4. April:		Abds. 36°,
5. >	Mgs. 37 ¹ ,	> 37 ³ ,
6. >	> 36°,	> 37°.

Bei zunehmenden Schmerzen entschloss ich mich auf dringendes Bitten der Patientin zu einer Aufmeisselung des Proc. mastoid.

Die Zellen desselben werden eröffnet; es ergiesst sich kein Eiter. Einlegen eines Jodoformgacestreifens. Verband.

Der Eingriff, welcher fieber- und reactionslos in Heilung überging, hatte nicht den geringsten Erfolg. Am 16. April wurde Patientin ungeheilt vorläufig nach Hause entlassen.

Kurz vor der Entlassung war in vorsichtiger Weise eine Einspritzung des rechten Gehörganges, in dem etwas Blutgerinnsel lag, vorgenommen worden; Patientin wurde unter Krämpfen dabei bewusstlos.

Es folgten nun häufig Anfälle von kurz dauernder Bewusstlosigkeit; die Kranke schreit vor Schmerzen (bohrend und stechend) im Kopfe auf; die rechte Pupille etwas verengert, reagirt sehr träge; der Augenspiegelbefund ergibt normale Verhältnisse; in beiden Armen rotatorische Zuckungen (wesentlich in den Pronatoren), in den Beinen leichte Zuckungen (Beugung); Patellarreflex beiderseits ausserordentlich verstärkt.

Leichte Obstipation, Entleerung des normalen Urins regelmässig; Menses treten zur rechten Zeit ein.

Kein Fieber, Puls beschleunigt (96), intermittierend. Die Schmerzen steigern sich zu Paroxysmen und scheinen sich insbesondere in der rechten Schläfe- und Hinterhauptsgegend zu localisiren; in den Anfällen bäumt sich das Mädchen auf, knirscht mit den Zähnen, will aus dem Bett springen, Bewusstsein benommen; in den Zwischenzeiten treten die beschriebenen Zuckungen deutlich hervor; in den Intervallen ist die Kranke somnolent.

Druck auf die rechte Schläfe- und Scheitelgegend sehr schmerzhaft, an manchen Tagen genügt eine leichte Berührung zur Hervorrufung des heftigsten Schmerzes. Störungen in der Sensibilität der Extremitäten nicht nachweisbar; ebensowenig Lähmungserscheinungen.

Am 26. April wurde Patientin wieder in das hiesige Spital aufgenommen; am gleichen Tage führte ich in der Annahme, dass es sich um einen otitischen Abscess im Schläfelappen handle, die Trepanation oder vielmehr die Resection eines Stückes des knöchernen Schädeldaches aus.

Die Operation verlief ganz glatt: Lappen aus den weichen Schädelbedeckungen und Periost in der rechten Schläfegegend mit unterer Basis; Ausmeisselung eines circa 1 Markstück grossen Knochenstückes; es wölbt sich leicht unter pulsatorischen Bewegungen die nicht entzündlich veränderte Dura vor; dieselbe wird kreuzweise eingeschnitten, wobei sich eine mässige Menge klarer Cerebro-Spinal-Flüssigkeit entleert; ein Ast der Art. meningea media kommt nicht zum Vorschein. Gehirnoberfläche scheint gesund; mit einer sterilisirten Overlach'schen Spritze wird in horizontaler Richtung circa 2 cm tief eingestochen; bei der Aspiration lässt sich bald der Kolben nicht mehr zurückziehen, so dass in der Befürchtung, es könnte Gehirnmasse aspirirt werden, eingehalten wird; in der Spritze befindet sich noch etwas Borsäurelösung und in dieser schwimmt eine kleine Flocke, welche möglicher Weise Eiter ist (eine Untersuchung wurde leider versäumt); mit sterilisirter Spritze wird nun vergeblich in verschiedener Richtung Eiter zu finden und aufzusaugen versucht.

Endlich wird etwa 1,5 cm tief ein Messer in horizontaler Richtung vorgestossen, ohne dass sich Eiter ergiesst.

Während dieser Manipulationen am Gehirn zeigt sich im Verhalten der Operirten keine Aenderung. Der Haut-Periostlappen wird in die Höhe geschlagen und sorgfältig angenäht; die Resectionsstelle durch Jodoformgace drainirt.

Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass die Operation unter peinlichster Wahrung aseptischer Principien ausgeführt wurde.

Zunächst ist die Operirte stark benommen, bisweilen erbricht sie sich für diese Erscheinungen am ersten Tag ist jedenfalls die Chloroformnarcose zu beschuldigen, da die ganz gleichen Störungen auch dem ersten Eingriffe folgten.

Schmerzparoxysmen und Zuckungen in den Extremitäten fehlen.

Am nächsten Tage ist der ganze Verband durchnässt; beim Verbandwechsel zeigt es sich, dass sich eine grosse Menge Eiter aus der gestern gemachten Einstichöffnung entleert hatte und noch entleert. Zunächst schien der Lappen, natürlich die Resectionsstelle ausgenommen, primär allenthalben anzuheilen; durch die unvermeidliche Ueberschwemmung des Operationsfeldes mit dem grau-gelben, schwach fade riechenden Eiter kam aber nur an wenigen Stellen prima reunio zu Stande, die Heilung erfolgte sonst durch Granulationen.

Am Abend des 26. April (Abend der Operation) betrug die Temperatur 37⁴, Erbrechen; 27. April: Vormittags 38⁰, Mittags 38⁵, Abends 39²; 28. April: Vormittags 38⁰, Abends 38⁷, Verbandwechsel, wobei der Durchbruch des Abscesses constatirt wird; 29. April: Vormittags 37⁴, Abends 38⁰; 30. April: Vormittags 37⁸, Abends 37⁸, Verbandwechsel; 1. Mai: Vormittags 37²; weiterer fieberloser Verlauf. Der Puls schwankte Anfangs zwischen 90 und 100 und war etwas intermittirend; später wurde er regelmässig, blieb aber fortgesetzt beschleunigt (90).

Von dem Momente des Eiterdurchbruchs an waren alle Beschwerden verschwunden.

Am 16. Tage p. c. liess ich Patientin aufstehen, der Schwindel stellte sich nicht mehr ein. Am 22. Mai wurde sie mit granulirender Wunde in gutem Wohlbefinden nach Hause entlassen.

Am 27. Mai Morgens 5 Uhr wurde ich schleunigst gerufen, da eine heftige Blutung aus dem Ohre eingetreten sei; Patientin liege im Sterben.

So schlimm war nun die Sache nicht; im unteren vorderen Wundwinkel inmitten kräftig wuchernder Granulationen war eine kleine Arterie arrodirt und diese immerhin unerwartete und unliebsame Eventualität hatte die nicht unbeträchtliche Blutung veranlasst.

Mit Unterbindungsversuchen in den weichen Granulationsmassen gab ich mich nicht lange ab, sondern legte zwei Umstechungsnähte an, welche die Blutung sofort und sicher stillten.

Die weitere Heilung erfolgte nun anstandslos; Anfangs Juni klagte Patientin über einen stechenden Schmerz im rechten Ohre, der besonders beim Kauen eintrete; es sei ihr, als ob ein Fremdkörper im Ohre liege; bei der Untersuchung ergab es sich, dass im Gehörgange ein erbsengrosser, kantiger und harter Pfropf lag, der sich leicht entfernen liess; er bestand aus Cerumen und Blutgerinnsel.

Zur Zeit ist pp. Bühler vollständig wohl, sie sieht gut aus und alle Schmerzen sind geschwunden, so dass wohl von dauernder Heilung zu sprechen ist.

Es erübrigt mir noch zum Schlusse die Diagnose, speciell die Localisation des Abscesses zu besprechen.

Für einen pathologischen Process im Gehirne sprachen vor Allem die intensiven bohrenden und stechenden Schmerzen im Kopfe; die Benommenheit; die Zuckungen in den Extremitäten; die enorm gesteigerten Patellarreflexe und die Ungleichheit der Pupillen.

Im Zusammenhalt mit der vorausgegangenen Otitis war es das Wahrscheinlichste, dass man es mit einem Abscesse zu thun hatte und es handelte sich nun darum, den Eiterherd zu localisiren. Sprach auch der Ursprung für den Sitz im Schläfelappen, so waren doch die übrigen Symptome so vieldeutig, dass die Localisation des Abscesses nicht geringe Schwierigkeiten verursachte; auch fehlte eine Reihe wichtiger Erscheinungen, die den Herden im Temporalappen eigenthümlich sind, wie Hemiplegie oder Hemiparese, Facialis- und Hypoglossuslähmung, Sensibilisätparese der anderen Seite, Alles Zeichen, welche bei Abscessbildung im Schläfelappen in der Regel auftreten; der rasende Kopfschmerz und der Schwindel deuteten eher auf einen Herd im Kleingeirn hin; die Reizerscheinungen in den Extremitäten auf eine Affection in den Centralwindungen.

Ausser dem ätiologischen Momente gab endlich nach Erwägung aller in Betracht kommender Verhältnisse der Umstand den Ausschlag, dass der heftigste Schmerz sowohl spontan als auch bei Berührung über dem Schläfelappen gefühlt wurde; ich entschloss mich deshalb, diese Gehirngegend frei zu legen und hatte, wie der Erfolg lehrte, daran recht gethan; wurde der Abscess auch nicht direct getroffen, so war doch das Messer so nahe an ihn herantreten, dass der Eiter am nächsten Tage durchbrach und damit alle Beschwerden auf einen Schlag ihr Ende erreichten.

Die beigefügte Abbildung (nach einer Photographie am 17. Tage p. o.) illustirt am besten das operative Vorgehen.



a stellt eine Linie dar, welche den Margo orbitalis inferior, das Unterkiefergelenk, die Wurzel des Processus mastoid. und die Protuberantia occipit. externa verbindet; b und c sind zwei Senkrechte vom Unterkiefergelenk beziehungsweise dem Process. mastoid. auf die Sagittalnaht; die mit der Linie a parallel ziehende, 5 cm höher liegende Linie d ist die Stelle, an der man nach von Bergmann den Schläfelappen trifft.

Im vorliegenden Falle wurde das Operationsfeld etwas höher gelegt (Stelle der Trepanation f), dahin, wo sich die grösste Schmerzhaftigkeit fand. Die ausgezogenen Linien: oben e, vorn und hinten die obere Hälfte von b und c begrenzen den Lappen, welcher umschnitten und um seine Basis d nach abwärts umgeschlagen wurde.

Vom 8. bis 13. März l. J. tagt der 15. Congress der Balneologischen Gesellschaft in Berlin.

MATTONI'S ZU
MOOR-EXTRACTE BÄDERN
MOOR-SALZ
MOOR-LAUGE

164|10.1

Einzig
natürlicher Ersatz
für
Mineralmoorbäder.
Heinrich Mattoni
FRANZENSBAD, KARLSBAD.
WIEN, Tuchlauben, Mattonihof, BUDAPEST.

Wasserheilanstalt Pforzheim. 162|6.3

Bäder jeder Art. Electricität (el. Bad). Heilgymnastik (Dr. Zander'sche Apparate). Inhalationen. Massage.

Die Anstalt ist das ganze Jahr geöffnet.

Gefl. Anfragen wolle man richten an den Arzt und Besitzer Dr. Friederich.

Dr. Acker's Familienpensionat 167|12.1
für
Nerven- und Gemüthsleidende
Mosbach a. Neckar (Baden).
Empfehlungen von hervorragenden ärztlichen Autoritäten. Prospeete auf Wunsch.

Hilfsarztstelle.

An der hiesigen Anstalt ist die Stelle eines Hilfsarztes auf **1. März k. J.** zu besetzen. Der Anfangsgehalt beträgt jährlich 1500 Mark neben freier Station. Psychiatrisch vorgebildete jüngere Collegen in erster Reihe, aber auch approbirte Aerzte, welche Lust und Liebe zur Psychiatrie haben, werden gebeten, ihre Bewerbungen nebst Zeugnissen und Curriculum vitae alsbald anher einzureichen.

Illena u., den 16. December 1892.

Grossh. Badische Heil- und Pflege-Anstalt.
Schüle.

163|2.2

Medico-Mechanisches Institut
Karlsruhe
Sofienstrasse 15. Sofienstrasse 15.
Anstalt für
Schwedische Heilgymnastik,
(Zander'sche und manuelle)
Orthopädie und Massage.
Leitender Arzt: **Dr. med. Ferd. Bähr.**
Aufnahme jederzeit. Prospekte zur Verfügung.
Nähere Auskunft durch das Institut.

189|18.9

Karlsruhe. Unter Redaction von Dr. Arnsperger. — Druck und Verlag von Malsch & Vogel.