

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1895

18 (30.9.1895)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

XLIX. Jahrgang.

Karlsruhe

30. September 1895.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Ueber Winterkuren Lungenkranker im Gebirge, nebst Jahresbericht der Heilanstalt für Lungenkranke in Schömburg.

Von Dr. Baudach.

(Schluss.)

Zur zweiten Gruppe mit ausgedehnteren Verdichtungen oder Katarrhen und beginnenden Zerstörungen zählen 62 Patienten (22 im neuen, 40 im alten Hause). Entsprechend dem weiter vorgeschrittenen Process sind die Heilresultate hier schon minder gute. Nur einen von diesen, der bei einer Kur von nur 40 Tagen nicht weniger als 22 Pfund an Körpergewicht zunahm, möchte ich als »geheilt« bezeichnen in der sicheren Voraussetzung, dass der Process bei ihm sich dauernd stationär halten wird. Mit »wesentlicher Besserung« sowohl des physikalischen Befundes wie des ganzen Allgemeinbefindens und Kräftezustandes verliessen 33 Patienten (15 vom neuen, 18 vom alten Kurhause) die Anstalt. Weitere 17 (3 vom neuem, 14 vom alten Hause) erzielten zwar auch noch eine deutliche »Besserung«, mussten aber die Kur zu früh aufgeben, um auf längeren Bestand des Erfolges hoffen zu können. Die Gefahr eines früheren oder späteren Rückfalls ist bei diesen Patienten, wenn sie in die alten Verhältnisse und strenge Arbeit zurückkehren, immer noch eine grosse.

Als »ungebessert« bezeichne ich 11 Patienten (7 im alten, 4 im neuen Hause), die entweder z. Th. auf meinen Rath die Kur abbrachen oder deren Erfolge so schwankende waren, dass eine Besserung ohne wesentliche Aenderung des physikalischen Befundes meist nur in dem augenblicklichen subjectiven Befinden bei guter Ruhe und Pflege bestand.

Am wenigsten günstig lautet natürlich der Bericht über die dritte Gruppe von Patienten, die bei stark reducirtem Kräftezustand ausgebreitete Processe, unaufhaltsam fortschreitende Zerstörungen etc. zeigen und nur selten noch therapeutischen Erfolgen zugänglich sind. Trotzdem konnte ich noch unter 28 (16 im alten, 12 im neuen Hause) bei 3 Patienten »wesentliche Besserung« bei einem »Besserung« vermerken, deren ganzer Zustand durch den Einfluss der hiesigen Kur eine erfreuliche und überraschende Aenderung erfuhr. Die übrigen 24 befanden sich ja freilich auch hie und da vorübergehend besser und kräftiger, müssen aber als »ungebessert« bezeichnet werden, weil an ein Aufhalten der fortschreitenden Processe kaum noch zu denken war und auch bei den meisten

derselben das wenige Wochen oder Monate später erfolgte Zusammenklappen die aussichtslose Prognose bestätigt hat. Man könnte ja vielleicht bei manchem solcher Patienten durch möglichst ausgedehnte Kur noch einen zeitweiligen Stillstand, ein Hinhalten der Katastrophe erreichen, muss aber meiner Ansicht nach dabei sehr gewissenhaft die Verhältnisse jedes Einzelnen berücksichtigen und erwägen, ob man wirklich einen Segen damit stiftet, und ob die vielleicht nur mit äusserster Entbehrung mühsam aufgebrauchten pecuniären und persönlichen Opfer des Patienten wie der Familie nicht im Missklang stehen zu dem Vortheil, dass das Ende noch um einige Wochen oder Monate mühsam hingehalten wird. Ich stehe auf dem Standpunkt, dass ich solchen Patienten, sobald sie in verzagten Augenblicken selber den Vorschlag machen, stets selbstverständlich in schonender Weise, zur Rückkehr in die Familie rathe. Im eigenen, wie gerade der Kosten halber im Interesse der Angehörigen sind solche Patienten zu Hause am besten aufgehoben. Nur wenn die örtlichen Verhältnisse eine Infectionsgefahr etwa für Kinder und Angehörige drohend machen, ist es angezeigt und Pflicht, die Kranken lieber in der Anstalt oder im Spital das Ende abwarten zu lassen.

Aus diessen Gründen lassen sich naturgemäss auch Todesfälle in der Anstalt nicht vermeiden und hatten wir auch in diesem Jahre wieder 4 in der Anstalt selbst zu beklagen. Da ich das fernere Ergehen der früheren Patienten, soweit irgend durchführbar, auch später genau zu verfolgen mich bemühe, muss ich schliesslich noch berichten, dass weitere 21 Patienten, von denen es zum grössten Theil auch mit Sicherheit zu erwarten war, im Verlauf des Jahres noch ausserhalb der Anstalt gestorben sind.

Die wöchentlich von mir in der Sprechstunde controlirte Gewichtszunahme betrug im neuen Hause bei einer Kurdauer von 3—350 Tagen durchschnittlich pro Person 4,83 Pfund, die wöchentliche durchschnittliche Zunahme 0,65 Pfund; im alten Hause bei einem Aufenthalt von 5—144 Tagen auf die Person 5,4 Pfund, wöchentlich 0,97 Pfund. Der Gesamtdurchschnitt aller 171 in den Anstalten Behandelten beträgt demnach auf den Patienten eine Zunahme von 5,13 Pfund, auf die Woche berechnet von 0,79 Pfund. In Berücksichtigung, dass selbstverständlich alle, auch die schwersten, mit dauernder Abnahme aufgenommenen Patienten, bei diesen Durchschnittszahlen mitrechnen, sind sie zufriedenstellend und bei der Phthise spielt, immerhin beachtenswerthe Resultate. Gewissermassen als Curiosa mögen noch einzelne Fälle angeführt sein, in denen z. B. ein Patient — unglaublich aber wahr — in 3 Wochen 24 Pfund, ein Anderer in 10 Wochen 25 Pfund, ein Dritter in 6 Wochen 22 Pfund zunahm. Zunahmen von 3, 4 und 5 Pfund in einer Woche konnte ich mehrfach constatiren.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass ich bei 5 Patienten, die unter Behandlung von Professor Klebs stehend, von ihm der Anstalt zugewiesen wurden und bei denen ich auf speciellen Wunsch der Patienten und unter freundlicher Controle von Professor Klebs die begonnene Kur fortführte, Beobachtungen über die Wirkungen und Erfolge der intrarectalen oder intralaryngealen Injectionen mit Antiphthisin machen konnte. Selbstverständlich können diese wenigen Fälle nicht ausreichen, um pro oder contra ein Urtheil abgeben zu können, doch habe ich bisher mich noch nicht entschliessen können, auch andere Patienten zur Vornahme einer solchen Kur zu veranlassen.

Ueber Noma.

Von Dr. B. Wehrle, Assistenzarzt.

(Städtisches Krankenhaus zu Karlsruhe.)

Noma ist eine recht seltene Krankheit, so selten, dass Schimmelbusch*) sagt »es mag wohl Aerzte geben, welche in langjähriger Praxis keinen Fall von Noma gesehen haben«. Obschon die Krankheit mehr dem Kindesalter eigenthümlich ist, so ist sie selbst in grossen Kinderspitälern recht selten. Ranke**) kamen in der Münchener Kinderklinik in 20 Jahren von 1866–1886 bei 4–5000 Patienten pro Jahr nur zwei Fälle von Noma vor. Selbst in grossen Zusammenstellungen ist die Zahl immerhin eine beschränkte. Bruns***) zählt in einer solchen 413 Fälle, die indessen auf verschiedene Länder entfallen. In einer eingehenden Arbeit von Woronichin†) werden aus einer siebenjährigen Beobachtungszeit unter 8286 intern behandelten Kindern 22 mit Noma aufgezählt; ambulatorisch behandelt wurden 207 259, darunter nur 24 Nomafälle. Dabei ist Noma in den nördlichen Küstenländern noch ungleich häufiger als bei uns.

Obwohl es einigermassen als wahrscheinlich gilt, dass die Krankheit micro-parasitärer Natur ist, fehlen doch nach dieser Richtung hin sichere Kenntnisse. Schimmelbusch will zwar eine besondere Art von Bacillen gefunden haben, indessen erstreckten sich seine Untersuchungen nur auf einen einzelnen Fall, und der Verfasser selbst will mit seinen Resultaten nicht absolut sagen, dass Noma durch einen ganz specifischen Microorganismus verursacht werde, sondern nur, dass die Auffassung, die Noma sei parasitärer Natur, eine nicht unberechtigte sei. Schimmelbusch's Untersuchungen entbehren bislang noch der Bestätigung, ebenso solche von Ranke, Strueh und Froriep, alle mit zwar positiven, aber jeder mit einem anderen Resultate.

Nur in ganz vereinzelt††) Fällen ist die Krankheit bei Erwachsenen beobachtet, zumal bei uns. So sagt Strümpell†††) »in einzelnen Fällen ist Noma auch bei Erwachsenen beobachtet«. Zwei solcher Fälle sind von Hanssen und Köster*) mitgetheilt; der eine betrifft einen 55 jährigen Mann, der andere eine 44 Jahre alte Frau. Einen Fall, der nach verschiedenen Richtungen hin besonders interessant erscheint, hatte ich im hiesigen Krankenhause zu beobachten Gelegenheit.

N. N. erkrankte am 12. XI. 94 plötzlich in Strassburg an Schüttelfrost, Kopfweh, Erbrechen, Appetitlosigkeit, allgemeiner Abgeschlagenheit. Anfangs bestand Koprostase, nach drei Tagen stellten sich heftige Durchfälle ein, so dass sich der Kranke genöthigt sah, einen Arzt zu consultieren.

Weil Patient ein sehr starker Raucher war, dachte dieser zunächst an eine Nicotinintoxication. Da sich der junge Mann ernstlich krank fühlte, kehrte er heim zu seinen Eltern und wurde von diesen auf den Rath des Hausarztes am 21. XI. nach dem städtischen allgemeinen Krankenhause verbracht.

Patient ist 22 Jahre alt, ein grosser, gracil gebauter, mässig gut genährter junger Mann, macht den Eindruck eines schwerkranken Menschen. Erblich

*) Deutsche med. Wochenschrift 1889.

**) Jahrb. f. Kinderheilkunde 1887.

***) Die chir. Pathologie und Therapie der Kau- und Geschmacksorgane 1889, I. Bd.

†) Ueber Noma nach Beobachtungen im Elisabeth-Kinderspitale zu Petersburg. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XXII. Heft II.

††) Hildebrandt, Inaug.-Diss. Berlin 1873.

†††) Spec. Pathologie und Therapie.

*) Centralblatt für Chirurgie 1892.

ist er nicht belastet; als Kind mit 1½ Jahren habe er an Gehirnentzündung schwer darnieder gelegen, sonst sei er stets gesund gewesen. Patient klagt über Kopfschmerzen, Schmerzen im Leibe, grosse Abspannung und Mattigkeit, Athemnot. Die Schleimhäute blass, der Puls frequent und celer, das Abdomen stark tympanitisch aufgetrieben. Die Zunge trocken und rissig, mit spärlichen, schwärzlichen Krusten bedeckt, das Zahnfleisch locker, leicht blutend. Auf beiden Lungen ausgedehnte bronchitische Erscheinungen, das Herz leicht hypertrophisch, an Stelle des zweiten Aortentones ein blasendes diastolisches Geräusch, Milz stark vergrössert. Der Harn zeigt einen mässigen Grad von Albuminurie. Als besonders bemerkenswerth muss noch angeführt werden, dass Patient eine floride Gonorrhoe mit starkem Ausflusse hatte, die er sich vierzehn Tage vor der derzeitigen Erkrankung zugezogen hatte, und wegen welcher er eigentlich in grösserer Sorge war als wegen seines übrigen Zustandes.

Die Krankheit bot das Bild eines Typhus abdominalis, andauernd sehr resistentes Fieber über 40°, hartnäckige Durchfälle (Reiswasserstühle) 5–7 pro die; Roseolen wurden nicht beobachtet. Aus dem Munde ein fäculenter, geradezu penetranter Gestank, welcher anfangs den Verdacht erregte, Patient könnte gegen seine Gonorrhoe eines der rasch radikal wirken sollenden Mittel genommen, sich dadurch eine schwere Erkrankung des Magendarmkanals zugezogen haben. Am fünften Tage nach Eintritt in das Krankenhaus bekam der Kranke eine lobuläre Pneumonie, die bei dem bestehenden vitium cordis und der adynamia cordis sein Leben in hohem Grade bedrohte, so zwar, dass schwere Anfälle von Athemnot (Scheynes-Stockes'sches Phänomen) eintraten. Durch Excitantien, Bäder mit kalter Nackendouche wurde dieses sehr kritische Stadium überwunden. Nunmehr stellten sich aber andere Complicationen ein. Obschon Patient gleich bei Eintritt in das Krankenhaus auf ein Wasserkissen gelegt worden war, bekam er doch zwei ziemlich schwere Decubituse. Es gelang diese bald zur Verheilung zu bringen, aber stets wieder neu auftretende Furunkel am Rücken belästigten den Kranken in hohem Grade. Die Temperatur hielt sich beständig über 39°, war sehr resistent, die Durchfälle (3–9 pro die) dauerten fort. Fünf Wochen lang war die Krankheit scheinbar immer gleich heftig, niemals dazwischen eine Remission, die an das Bestehen eines Recidives hätte denken lassen. Die anfänglich bestehenden Lungensymptome, von der Pneumonie, die bald zurückging, abgesehen, traten noch mehr in den Vordergrund. Der Husten wurde sehr hartnäckig, der Auswurf eiterig schleimig mit Blut vermischt so reichlich, dass an das Bestehen einer Tuberculose gedacht wurde, obschon jede physikalischen Symptome fehlten. Wiederholte Untersuchungen nach T-Bacillen waren ergebnisslos und genauere Untersuchung liess es als wahrscheinlich erscheinen, dass das dem Sputum beigemischte Blut aus dem Pharynx stammte. Die schwere Magendarmaffection führte zu einer aufsteigenden Pharyngitis und zu einer nicht minder heftigen Stomatitis. Der scheussliche Gestank aus dem Munde bestand andauernd fort, erwies sich gegen alle möglichen angewandten Mittel als vollständig unüberwindbar.

Ohne dass eine Besserung erzielt war, bekam das Krankheitsbild, ich möchte sagen, plötzlich vom 17. XII. ein etwas anderes Bild, wurde jedenfalls nach einer andern Richtung hin interessant. An diesem Tage bekam Patient einen sehr heftigen Schüttelfrost. Am zweiten Tage darauf zeigte sich im Munde zwei Finger breit hinter dem linken Mundwinkel in der Wangenschleimhaut ein circa Markstück grosser grauweisser, nekrotischer Fleck. Die Schleimhaut der inneren Fläche der Oberlippe und eines Theiles der Wange sowie theilweise die des Oberkiefers beginnt bald gangränös zu zerfallen. Der Boden der Wunde wird dunkelbraun, allmählich schwarz, sondert eine stark stinkende

Flüssigkeit ab. Das tiefere Gewebe schwillt ödematös an; die Anschwellung und Infiltration pflanzt sich zuerst gegen den Mundwinkel hin fort, und nach dieser Richtung breitet sich auch der brandige oder vielmehr jauchige Zerfall am raschesten aus. Geradezu rapide griff er um sich allen angewendeten Mitteln trotzend. Nach kaum dreitägigem Bestehen hatte die Gangrän in der Wange tief in das Gewebe bis auf die Aussenfläche und auf den Oberkiefer übergegriffen. Der linke Mundwinkel ward bis zum zweiten Molarzahn vollständig zerstört, eine schwarzbraune, schmierig aussehende Wundfläche stand mit der Mundhöhle in offener Communication. Aus dem Munde floss andauernd trotz stündlich ausgeführter Reinigung mit antiseptischen Mundwässern, trotz wiederholter Entfernung alles brandig Gewordenen und wiederholter Aetzungen eine scheusslich stinkende, jauchige Flüssigkeit. An eine Entfernung der ganzen brandigen Partie mit dem Thermokauter oder mit dem Messer war bei der Ausdehnung des Krankheitsprocesses nicht zu denken. Da am Oberkiefer auch das Periost der Zahnalveolen gangränös zerstört wurde, so dass der Knochen ein grosses Stück gangränös frei lag, fielen die Zähne spontan aus. Die brettharte Schwellung erstreckte sich bald über den ganzen Oberkiefertheil der Wange und von da aus über beinahe die ganze linke Gesichtshälfte. Ganz auffallend war die Localisation des Beginnes der Nekrose und ihre Demarkation. Patient war Student, hatte als solcher vor 2½ Jahren einen Schlägerhieb erhalten, welcher vor dem Ohre beginnend die ganze linke Wange bis zum Mundwinkel durchtrennt hatte und mit Hinterlassung eines starken Narbenkeloids geheilt war. Ueber dieser Narbe wurde die Schleimhaut zuerst nekrotisch und in der Narbe trat auch zuerst ein ausgedehnter gangränöser Zerfall ein. Gerade das im Mundwinkel sich bildende Wundloch wurde durch den Zerfall des Narbenkeloids bedingt. Nachdem die Narbe in einer Länge von circa 3½ cm zerfallen war, begrenzte sich die Gangrän in der Narbe scharf, dagegen ging der Zerfall in der Wangenpartie durch den unteren Rand der Narbe begrenzt weiter. Das Allgemeinbefinden schien durch das Einsetzen des geschilderten Krankheitsprocesses nicht besonders schwer beeinflusst. Die Körperkräfte waren schon bei Eintritt in das Krankenhaus recht gering, nahmen erst gegen das Lebensende in auffallender Weise ab. Nach dreiwöchigem Bestehen der Noma ging der Kranke unter pyohämischen Erscheinungen an Consumption und Inanition in grösster Apathie zu Grunde. Krankhafte Symptome von seiten des Gehirns waren niemals aufgetreten. Eine Section der Leiche wie eine genauere Untersuchung der infiltrirten und gangränösen Partien post mortem wurde leider von den Angehörigen verweigert.

Der Fall verdient abgesehen von der Seltenheit, mit der Noma beim Erwachsenen auftritt, besondere Beachtung mit Rücksicht auf die äusseren Umstände, unter denen er auftrat. Der Patient war Student, gehörte den besten Kreisen der Gesellschaft an, befand sich, als die Krankheit begann, im Krankenhause, wo er doch eine Ernährung und Pflege genoss, wie sie nur das Spital bieten kann. Von ungünstigen Wohnungsverhältnissen und mangelhafter Ernährung, die übereinstimmend von sämtlichen Autoren als gewichtiges Moment angegeben werden, kann hier keine Rede sein.

Da die vielfach angenommene microparasitäre Natur der Krankheit nicht sicher steht, hat man nach anderen ursächlichen Momenten gesucht und hier sind die Ansichten getheilt. Weil Noma nur bei marantischen Individuen auftritt, besonders nach schweren Infectionskrankheiten, so ist wohl die verbreitetste Ansicht, Noma sei eine Folge reiner Inanition, eine kachektische Brandform, auch die nächstliegende. Allein so ähnlich der Process dem Decubitusgeschwür auf der einen Seite ist, so ist er doch andererseits wieder wesentlich

davon verschieden. Es fehlt ein wesentliches Moment, die locale Ursache der Gewebnecrose. Es ist anzunehmen, dass bei dieser seltenen Form von Gangrän immer gleichzeitig mehrere Umstände zusammenwirken, um die eigentliche Ursache zu ihrer Geltung kommen zu lassen. Der pathologisch-histologische Process bei der Noma ist nach Schimmelbusch *) »eine eigenartige akute Mortifikation der Gewebe ohne nennenswerthe Reaction der angrenzenden Gewebe«.

Wie bei der marantischen Gangrän verschiedene Ursachen genannt werden, so sucht auch bei der Noma der Eine diese mehr in einer Hemmung des Zuflusses arteriellen Blutes durch Herz- und Arterienkrankheiten bedingt, der Andere in einer Intoxikation durch Aufnahme nicht näher bestimmter Gifte, Andere wiederum betrachten sie als Folge einer Störung der nervösen Funktionen.

Gerade nach diesen Seiten hin ist unser Krankheitsfall von besonderem Interesse. Es ist zunächst bemerklich, dass der Patient ein ziemlich schweres Vitium cordis hatte, dass gleich von Beginn der Krankheit an sich schwere Auffälle von Herzschwäche einstellten, dass auch in der Folge trotz peinlichster Vorsicht, nachdem die Krankheit nur wenige Tage gedauert hatte, ein Decubitusgeschwür auftrat. Wenn schon infolge eines Herzfehlers durch die verlangsamte Circulation die in der Folge auftretenden Ernährungsstörungen in den Gefässwänden die Ursache für Thrombenbildung abgeben, könnte dieses in unserem Falle bei der allgemeinen Schwäche und der bestehenden Herzinsufficienz leicht als zutreffend erscheinen. In dieser Weise bedingte Gangränen — z. B. an den unteren Extremitäten — gehören nicht gerade zu den Seltenheiten an Stellen, wo keine genügende kollaterale Circulation besteht. In der Wange ist aber die Versorgung mit Blut eine so reichliche, die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes eine so leicht mögliche, dass Störungen der Circulation allein kaum als ursächliches Moment für die Entstehung der Noma genügen dürften. Man muss sich doch fragen, wenn man die Noma als Folge von Circulationsstörungen auffasst, wie dieses besonders Dr. A. Krassin thut, warum tritt die Gangrän gerade an der Wange und nicht vielmehr an Organen auf, die Störungen der Circulation viel leichter ausgesetzt sind.

Von grösserer Bedeutung wird die Circulationsstörung, wenn durch local eindringende Gifte — Zersetzungs- und Fäulnisprodukte — stärkere Infiltration und Oedem gesetzt, dadurch die Circulationsstörung auf der einen Seite noch mehr gesteigert, andererseits der local schädlichen Wirkung der Gifte, den Zersetzungs- und Fäulnisprocessen Vorschub geleistet wird. Die zahlreichen Furunkel, die localen Zersetzungen aus Magen und Mund boten dem Patienten in unserem Falle Giftstoffe genug, sich selbst zu inficiren, zumal er unablässig an wunden Stellen herumriss, sich nicht davon abhalten liess. Dabei bot der Mund bei dem Bestehen einer heftigen Stomatitis einen besonderen locus minoris resistentiae. Es soll primär im Anschluss an Stomatitis ulcerosa Noma auftreten, so dass Noma selbst schon schlechthin als Merkuralstomatitis bezeichnet wurde; ob aber diese allein als ursächliches Moment anzusehen ist, dürfte wohl fraglich erscheinen, zumal beim erwachsenen, verhältnissmässig kräftigen Menschen.

(Schluss folgt.)

Auf Grund des §. 3 der Verordnung vom 9. November 1891: Die Abgabe stark wirkender Arzneimittel betreff., welcher lautet: »Eine wiederholte Abgabe von Arzneien darf nur auf jedesmal erneute, schriftliche mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes oder Zahnarztes erfolgen«,

*) Schimmelbusch: Deutsche med. Wochenschrift 1889.

wurde unlängst ein Apotheker in Nürnberg verurtheilt. Derselbe hatte verschiedene Ordinationen eines ihm bekannten Arztes angefertigt, die folgende Repetitionsbemerkungen trugen: dreimal zu repetiren, fünfmal zu repetiren, jede Woche zu repetiren. — Da auch anderwärts Recepte mit solchen Repetitionsvermerken vorkommen, so dürfte es angezeigt sein, die Herren Aerzte darauf aufmerksam zu machen, ihren Ordinationen bei Repetitionsvermerken genaues Datum und Unterschrift, in vorgeschriebener Weise, beizufügen, damit keine Verzögerung in der Anfertigung ihrer Recepte eintritt, und um Weiterungen mit dem arzneibedürftigen Publikum zu vermeiden.

Einladung

zu der am Samstag den 5. October in Heidelberg stattfindenden
Versammlung des Staatsärztlichen Vereins.

Tagesordnung:

A. Versammlung im Hörsaale der psychiatrischen Klinik, 1 Uhr Nachmittags. — Vorträge: 1. Professor Dr. Kräpelin: Die Epilepsie in forensischer Beziehung (Demonstrationen); 2. Professor Dr. Kehrer: Ueber verschleppte Querlagen; 3. Professor Dr. Jurasz: Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen (Demonstrationen).

B. Gemeinschaftliches Mittagessen im Gasthofs »Prinz Karl« 4½ Uhr.
 Oeffinger. Brauch.

Einladung zu dem fünften Schwarzwaldbädertage,

der am 12. und 13. October 1895 zu Freudenstadt im »Schwarzwald-Hôtel« stattfinden wird.

Tagesordnung:

Samstag, den 12. October:

Nachmittags 2 Uhr: Besichtigung der Kuranstalten unter Leitung des Herrn Oberamtsarztes Dr. Lieb. — 4 Uhr: Beginn der Sitzung im Schwarzwald-Hôtel. — 1. Begrüssung der Mitglieder und Theilnehmer durch Herrn Oberamtsarzt Dr. Lieb, Freudenstadt. — 2. Wahl eines Vorsitzenden und Schriftführers für die Versammlung. — 3. Dr. A. Frey, Baden: Bericht über das Jahr 1894/95, sowie über den Balneologencongress Berlin, März 1895. — 4. Hofrath Dr. Wurm, Teinach: Bemerkungen über die Pathologie und Therapie der Chlorose. — 5. Dr. Siefried, Rippoldsau: Die Beurtheilung der Balneotherapie auf dem Congresse für innere Medicin, München 1895. — 6. Oberamtsarzt Dr. Lieb, Freudenstadt: Ueber die localen meteorologischen Verhältnisse von Freudenstadt. — 7. Wahl des Versammlungsortes und Geschäftsführers pro 1896. Vorgeschlagen Dürrheim, Rheinfeldern. — 8. Hofrath Dr. Wurm: Ueber Verkieselung von Kalksteinen Demonstration. — 9. Dr. Auerbach, Baden: Thema vorbehalten. — 7 Uhr: Gemeinschaftliches Diner im »Schwarzwald-Hôtel« (Couvert 3 Mark).

Sonntag, den 13. October:

Gemeinschaftlicher Ausflug nach Rippoldsau. — Wagen zur Verfügung — Abfahrt Offenburg 10¹⁰ Uhr Vorm., Ankunft Freudenstadt 12³⁹ Vorm.

Baden-Baden, 21. September 1895.

Die Geschäftsführung: Dr. A. Frey.

Berichtigung.

Pag. 135, Zeile 7 des Berichtes v. u. muss heissen: Genitalapparates, der, nach operativer Entfernung carcinomatöser Wucherungen Ursachen, von Recidiven. — Zeile 4 v. u. muss heissen: Uterus vom Peritoneum aus, nachdem

Anzeigen.

Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einziger
natürlicher
Ersatz
für
Mineral-
Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

210/10.8

Heinrich Mattoni, Franzensbad,
Karlsbad,
Giesshübl Sauerbrunn, Wien, Budapest.

Im Verlage von **Malsch & Vogel** in **Karlsruhe** ist erschienen

Der Typhus im Amtsbezirke Pforzheim

im Jahre 1894.

Nach den Akten dargestellt von dem Grossherzoglichen Bezirksarzte.

Mit 5 graphischen Beilagen.

Gegen Einsendung von **1 Mark 90 Pf.** in Briefmarken erfolgt freie Zusendung.

Heilanstalt für Lungenkranke. **Schömburg**, Oberamt Neuenbürg bei Pforzheim.
Sommer und Winter geöffnet. — Auskunft und Prospekte durch den dirigirenden Arzt **Dr. Baudach** und die **Direktion**.
218/15.11

Kurhaus Oberweiler

bei Badenweiler (Eisenbahnstation Müllheim) 360 m ü. d. M.

Uebergangsstation, Sanatorium, Sommerfrische, Winterkuranstalt.

Indicationen: Leichtere Erkrankungen der Athmungsorgane, Neurosen, constitutionelle Erkrankungen, chronische Intoxicationen. Für Erholungsbedürftige und Reconvalescenten. — Diät-, Bäder-, Entziehungs- und Terrainkuren; Kefir; Hydrotherapie, Massage, Elektrizität. Hygienische Einrichtungen: Niederdruckdampfheizung, Ventilation, Canalisation, Veranden an jedem Zimmer, Milde Frühlinge und Spätherbste, im Sommer völlig staubfrei. Unmittelbar am Walde, gegen Wind geschützt. Eigener Park, schöne Aussicht, weite Spaziergänge. — Näheres durch Prospekte.
219/16.10

Rudolph Vogel,
Besitzer, praktischer Arzt.

Dr. med. Johannes Thiele,
praktischer Arzt.

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden

das ganze Jahr geöffnet. Auskunft und Prospekte durch die Aerzte.

217/19.18

Impf-Impressen. Den Herren Impfärzten empfehlen wir unser Lager aller zum Impfgeschäfte nöthigen Impressen (roth, grün und weiss), welche wir sämmtlich auf gut satinirtes Papier gedruckt, umgehend liefern.

Karlsruhe. **Malsch & Vogel**, Verlagsbuchhandlung und Buchdruckerei.

Verhaltens-Vorschriften für die Angehörigen der Impflinge.

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir die lt. Erlass Grossh. Ministeriums des Innern vom 19. November 1885 vorgeschriebenen „Verhaltensvorschriften etc.“

Karlsruhe. **Malsch & Vogel**, Verlagsbuchhandlung und Buchdruckerei.

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