

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1897

22 (30.11.1897)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

LI. Jahrgang.

Karlsruhe

30. November 1897.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Zwölf Jahre geburtshilflicher Thätigkeit eines Landarztes.

Von Dr. J. Schneider, prakt. Arzt in Achern.

(Schluss).

Von den 73 Frauen, bei welchen ich die Wendung machte, starb 1 = 1,3%. Dieser Todesfall kann aber nicht der Operation zur Last gelegt werden, da nicht die Wendung, sondern die vor der Wendung eingetretene Ruptur der Gebärmutter zur Todesursache wurde. Der Fall ist kurz folgender:

Vierzigjährige 4para. Die erste Geburt dauerte 5 Tage und wurde mit der Zange beendet, die zweite 2½ Tage, die dritte verlief bei sehr kleinem Kinde glatt. Der Beginn der jetzigen Geburt erfolgte am richtigen Termin unter mässigen Wehen. Nach etwa 12 Stunden fand ich kurz nach dem Blasensprung den Kopf etwas nach rechts abgewichen und die Nabelschnur vorgefallen. Muttermund noch eng. Schonender Versuch der Wendung, die sofort aufgegeben wird, weil sie nicht gelingt. Schon vorher, besonders beim Abfluss des Fruchtwassers, hatten sich nicht unbedeutliche Mengen Blut entleert, aber von einer ersten Metrorrhagie war keine Rede. Erst 3 Tage später war der Muttermund verstrichen und die Hebamme liess mir melden, der Kopf stehe jetzt zangengerecht. Bei meiner Ankunft fand ich die Kreissende in leichtem Collaps mit beschleunigtem Puls. Der Kopf lag nicht mehr vor. Ich musste hoch hinaufgehen, um die Füsse zu erfassen, worauf Wendung und Extraction spielend leicht gelangen, ohne Blutabgang. Der Uterus war auffallend nach der linken Seite abgewichen und zog sich mässig zusammen. Da die Nachgeburt nicht folgte, ging ich mit der Hand ein, entfernte die Nachgeburt, welche deutlich im Uterus lag, fühlte aber dabei in ihm Darmschlingen. Ich wartete nun einige Stunden zu. Als am Abend, wider mein Erwarten, die Frau noch in leidlich gutem Zustande war, so bat ich den Docenten Freund in Strassburg telegraphisch zu diesem Falle. Da ein ganzes Packet Darmschlingen im Uterus eingeklemmt war und sich nicht reponiren liess, da kein Fieber bestand, der allgemeine Zustand leidlich war und die Möglichkeit einer beginnenden Peritonitis nur wegen der Auftreibung des Bauches hätte angenommen werden können, wurde die Laparatomie als das einzige Vorgehen, welches hier noch das Leben retten konnte, versucht. Ungünstig erschien von vornherein der Umstand, dass schon ein ganzer Tag seit Entstehung der Ruptur vergangen war. Die Operation verlief rasch und glatt, aber die Peritonitis, deren Anfänge bei der Operation constatirt worden waren, führte am 3. Tage zum Tode. Der Operateur sprach es wiederholt aus, dass dieser Fall ihn überzeugt habe, dass

auch in einer saubern Bauernstube, wenn man nur selbst alle Vorbereitungen überwacht und besorgt, eine solche Operation antiseptisch durchzuführen sei.

Bei 8 Fällen war Placenta praevia die Veranlassung zur Wendung. Eine der Frauen, welche schon 8 Tage lang ausserordentlich viel Blut verloren hatte, erkrankte an schwerem Wochenbettfieber und kam nur mit knapper Noth mit dem Leben davon. In einem Falle war ich von der Strasse hinweg zur Hilfeleistung gerufen worden. Die Blutung war so stark, dass ich nicht bis zur Ankunft der Hebamme warten konnte. Hier kam mir meine Gewohnheit, immer Sublimatpastillen mit mir zu nehmen, zur Desinfection der Hände trefflich zu statten. Einmal machte ich die combinirte Wendung wegen schwerer Eklampsie bei einer multipara. Nach der Entbindung wurden die Anfälle seltener und nach 15 Stunden kam die Frau wieder zu sich. Das massenhafte Eiweiss war in wenigen Tagen aus dem Urin verschwunden. Die Behandlung bestand, wie auch in den 5 anderen Fällen von Eklampsie, in Morphinjectionen.

III. Perforation.

In der Berichtszeit habe ich 11 Perforationen ausgeführt, davon 5 Fälle, bei denen ich als zweiter Arzt zugezogen war. Viermal handelte es sich um Erstgebärende. Die Veranlassung zur Perforation war 1 Mal ein durch Osteomalacie verengtes Becken, 1 Mal ein hochgradig verengtes Zwergbecken, 4 Mal mässig verengtes Becken bei starken Kindern, 1 Mal hintere Scheitelbeinstellung und Unmöglichkeit, das Kind mit der Zange zu entwickeln. Schon am Abend vorher hatte ich die Zange versucht. Als am folgenden Tag das Kind abgestorben war, wurde perforirt. Zwei Mal wegen Nabelschnurvorfal und todtm Kind bei hohem Kopfstand und 1 Mal Perforation des nachfolgenden Kopfes bei einer Primiparen. Da der Fall mit grossen Schwierigkeiten verbunden war, soll derselbe etwas ausführlicher mitgetheilt werden: 24-jährige Ipara, Steisslage; das Kind wurde spontan bis zum Nabel geboren, es gelang mir nun nicht, dasselbe zu extrahiren, auch die Perforation des nachfolgenden Kopfes war nicht möglich, da ich denselben nicht so tief ins kleine Becken herunterbrachte. Durch starken Zug wurden zuerst die Halswirbelsäule und dann auch die Weichtheile zerrissen und der Kopf blieb zurück. Ich ging mit der linken Hand ein und fand den umfangreichen und weichen Kopf leicht beweglich in der Gebärmutter. Ich drehte nun den Kopf so, dass die Pfeilnaht nach unten zu liegen kam, ging mit der Hand über den Kopf hinauf und drückte ihn von oben herab gegen den Beckeneingang. Mit der rechten Hand führte ich, entlang dem eingeführten linken Arm ein Nägele'sches Perforatorium ein und perforirte. Alsdann ging ich mit 2 Fingern in die Perforationsöffnung ein, entfernte Gehirnmasse und zog mit 2 in die Bohröffnung eingehakten Fingern mit vieler Mühe den Schädel heraus. Letzteren schickte ich Herrn Dr. Freund in Strassburg. Der Kopf wurde ausgefüllt und so ein ausserordentlich grosses Exemplar von Hydrocephalus externus gewonnen. Der Kopfumfang betrug jetzt noch 57 cm. Der kleine quere Durchmesser 12 cm, der grosse quere 16 cm, der gerade 20 cm, der grosse schräge 20,5 cm, der kleine schräge 16 cm.

Auch folgender Fall von Perforation dürfte einer kurzen Besprechung werth sein: Zweites Wochenbett, erste Geburt mit der Zange beendet, Kind todtgeboren. Der zuerst gerufene Arzt hatte bei hochstehendem Kopf und Vorfal der Nabelschnur die Zange angelegt und nach seiner eigenen Angabe bis zur Ermüdung »gearbeitet«, dann die Zangengriffe der Hebamme und schliesslich dem Ehemann, einem kräftigen Gendarmen, zum Ziehen übergeben. Bei meiner Ankunft fand ich die Frau von starkem Blutverlust erschöpft und von aller menschlichen Hilfe verlassen. Der Arzt hatte sich

entfernt und zu Bette begeben und die Hebamme war zu einer andern Frau gerufen worden. Die Untersuchung ergab bei nicht völlig verstrichenem Muttermund hohen Kopfstand und vorgefallene pulslose Nabelschnur. Ich machte sofort die Perforation, um die Frau möglichst rasch auf die schonendste Weise zu entbinden. Auch hier gelang es mir, durch den in das Bohrloch eingehakten Zeigefinger ziemlich leicht das enthirnte Kind zu entwickeln. Da die Entbundene blutete und die Placenta durch den Credé'schen Handgriff sich nicht entfernen liess, löste ich sie durch Eingehen mit der Hand. Da fand ich in der Scheide einen dicken fleischigen Strang, der, leicht angezogen, bis vor die Vulva reichte. Es konnte dies nur ein Stück abgerissener Cervix sein. Ich verlangte nun die Herbeiziehung eines Specialisten — Freund, Strassburg — welcher schon wenige Stunden nachher eintraf, das abgerissene Stück vernähte und eine ziemlich grosse Arterie umstach, um eine Nachblutung zu verhüten. Die Frau erkrankte an Parametritis, war aber in 8 Tagen fieberfrei.

IV. Manuelle Lösung der Nachgeburt.

In der Berichtszeit habe ich 96 manuelle Lösungen der Nachgeburt zu verzeichnen. Die Zahl ist verhältnissmässig gross und ich bin überzeugt, dass bei richtiger Behandlung der 3. Geburtsperiode in vielen Fällen das Eingehen mit der Hand hätte vermieden werden können. Ich habe nie ohne Noth die Placenta manuell entfernt, immer eingedenk des Satzes, dass die Gefahr der Infection um so grösser ist, je tiefer die Hand in den Geburtskanal eindringt. Die Gefahr der Verblutung in Folge Zurückhaltung der Placenta darf nicht unterschätzt werden. Ich habe in den letzten 5 Jahren drei Fälle von Verblutung in Folge Zurückhaltung der Nachgeburt erlebt. Zwei Frauen waren schon vor meiner Ankunft an Verblutung gestorben, die dritte war schon in Agonie und starb während ich die Expression nach Credé versuchte. In keinem dieser Fälle hatten die Hebammen den Muth, ihrer Verpflichtung nachzukommen und bei drohender Lebensgefahr die Placenta selbst zu holen. Bei vier Fällen hatten die Hebammen wegen lebensgefährlicher Blutung die Nachgeburt vor meiner Ankunft entfernt; es war aber keiner von ihnen gelungen, alles zu bekommen. Die Blutung hatte aber nachgelassen und die zurückgebliebenen Reste wurden von mir entfernt. Die Frauen blieben gesund. Einmal wurde ich gerufen, nachdem ein »Kneipp'scher« Arzt seine Kunst versucht hatte. Da die Hebamme überzeugt war, dass nicht Alles entfernt worden, veranlasste sie die Herbeiziehung eines anderen Arztes und es zeigte sich, dass ein grosses Stück Placenta zurückgeblieben war. Ein ähnlicher Fall begegnete mir später mit einer anderen Hebamme und einem anderen Arzte. In diesem Fall war das Gebärhäus 15 Kilometer von meinem Wohnsitz entfernt und die Hebamme wartete geduldig bis zu meiner Ankunft. Man sieht, unsere Hebammen sind doch nicht so ungeschickt und oft recht gewissenhaft.

Bei allen meinen Placentalösungen — 96 — habe ich keinen Todesfall zu beklagen, ebenso kam auch keine schwere Erkrankung vor.

V. Abortus.

Von den vielen Fällen von Abortus, welche ich bisher zu behandeln hatte, endete keiner tödtlich und nur eine Frau erkrankte schwer an eitriger Parametritis. Der Abscess wurde durch Incision durch die Bauchdecken entleert. In Bezug auf die Behandlung des Abortus neige ich der activen Therapie zu.

Ein Fall von verbrecherischem Abortus scheint mir der Mittheilung werth zu sein: In der Nacht vom 8. auf den 9. October 1893 wurde ich hoch in's Gebirg, angeblich zu einer Stichverletzung des Unterleibes gerufen. Bei

meiner Ankunft fand ich ein 24jähriges Mädchen im Bette liegend, gleichsam in seinem Blute schwimmend. Eine äussere Verletzung war nirgends zu finden. Durch die Bauchdecken war ein Tumor zu fühlen, in seiner Grösse und in seinen anderen Eigenschaften der Gebärmutter im 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend. Da das Blut aus den Genitalien gekommen war, untersuchte ich durch die Scheide und fand zu meiner grossen Ueberraschung den Muttermund völlig geschlossen, dagegen im vorderen Scheidengewölbe, etwas nach rechts, eine Stichöffnung, durch die man wohl einen Finger hätte durchbringen können, was ich aber unterliess, um keine Infectionskeime in die Bauchhöhle einzuführen. Unter sehr niedrigem Druck machte ich nun eine desinficirende Scheidenausspülung und führte einen Jodoformgazestreifen ein. Die Verletzung war dem Mädchen durch ihren Geliebten mit dem in die Scheide eingeführten Taschenmesser zum Zweck der Abtreibung der Leibesfrucht beigebracht worden. Die Verletzung war am 8. October nachts 11 $\frac{1}{2}$ Uhr gesetzt worden. Durch den starken Blutverlust wurde das Mädchen ohnmächtig. Am 14. October nachmittags stellten sich Wehen ein. Am 16. morgens Abgang des Foetus und abends 6 Uhr manuelle Entfernung der Nachgeburt. Kein Fieber, baldige Wiederherstellung.

VI. Die Asepsis in der Geburtshilfe.

Grundbedingung eines jeden operativen Eingriffes in der Geburtshilfe ist eine möglichst vollständige Asepsis. Die Asepsis ist nirgends so schwer als in der Geburtshilfe zu erreichen. Hier hängt das Gelingen nicht allein vom Arzte ab, sondern man ist abhängig von der Mitwirkung der Hebamme, des Wartpersonals, von der Reinlichkeit der Wöchnerin, des Bettes, der Unterlagen etc. Doch kann der Arzt, wenn er nur selbst peinlich aseptisch zu Werke geht und bei jeder Gelegenheit nicht nur der Hebamme, sondern auch den Angehörigen der Kreissenden gegenüber die peinlichste Reinlichkeit als erste Bedingung für einen guten Verlauf des Wochenbettes hinstellt, in dieser Beziehung mit der Zeit sehr vieles erreichen.

Es ist kein Zweifel, dass die Mehrzahl der Hebammen die Asepsis noch nicht in der Vollkommenheit beherrschen, wie sie zur Verhütung des Wochenbettfiebers unbedingt nothwendig ist. Sie lässt sich erreichen, wenn die Hebammen sich genau an die ausgezeichneten Vorschriften ihrer Dienstweisung halten. Hier muss der Arzt streng und pedantisch sein, er darf keinen Verstoß gegen die Dienstweisung dulden. Desswegen ist es nothwendig, dass der Arzt die Dienstweisung genau kenne und selbst die vorgeschriebenen Desinfectionsmassregeln auf das gewissenhafteste befolge. Nur dann kann er auf die Hebamme erzieherisch wirken. Auch hier gilt, wie überall das bekannte Wort: Das Geheimniss der Erziehung ist das gute Beispiel.

Eine wichtige Frage ist die, ob Aerzte, welche infectiöse Krankheiten, inficirte Wunden, jauchige Abscesse behandeln, geburtshilfliche Fälle übernehmen dürfen. Nach Sarwey¹⁸⁾ besteht auf allen deutschen Universitäten für inficirte Praktikanten eine Abstinenzzeit von 3—4 Tagen. Als Grund hiefür wird fast immer die ungenügende Fähigkeit der Studierenden sich zu desinficiren, angegeben. Nach den neuesten bakteriologischen Untersuchungen über die Desinfection der Hände — cf. Schäffer, Ueber die Desinfection der Hände, Therapeut. Monatshefte, Juli 1895. — giebt es zur Zeit überhaupt keine absolut zuverlässige Methode der Desinficirung der Hände. Diesem bakteriologischen Standpunkt gegenüber kann man doch daran erinnern, dass der todte Nährboden nicht ohne Weiteres mit dem lebendigen menschlichen Körper, welcher verschiedene Kräfte besitzt zur Aufnahme des Kampfes gegen eingedrungene Krankheitserreger, sich vergleichen lässt. Desswegen glaube

ich, dass auch die praktische Erfahrung am Kreissbett hier mitreden darf. Bei der gegenwärtigen Vertheilung der Aerzte auf dem Lande ist es für gewöhnlich gar nicht möglich, geburtshilfliche Fälle zurückzuweisen, da oft genug kein anderer Arzt rechtzeitig zu erreichen ist. Und dies gilt namentlich von der Operation, welche mit der grössten Ansteckungsgefahr verbunden ist, ich meine die manuelle Lösung der Nachgeburt. Ich bin überzeugt, dass der Arzt, welcher die Antisepsis vollkommen beherrscht, zu jeder Zeit die verlangte Geburtshilfe leisten kann. Es steht mir hiebei die gewichtige Stütze Ahlfeld's zur Seite, welcher in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe die Ansicht vertritt, dass der Arzt im Stande ist, durch eine gründliche Desinfection die Hände steril zu machen, selbst wenn sie vorher mit den gefährlichsten Infectionstoffen in Berührung gekommen sind, und dass deshalb der Vorschlag einer Abstinenzzeit nach solchen Berührungen nicht zu unterstützen sei. Ferner kann ich mich auf meine eigene Erfahrung berufen. Ich habe bei 329 fortlaufenden geburtshilflichen Operationen keinen Todesfall an Sepsis zu beklagen.

Und doch gehe ich, trotz meiner bisherigen Erfolge, trotz der durch eine grosse Anzahl von Operationen erlangten Uebung und Sicherheit, trotz des Vertrauens in die von mir geübte Antisepsis, jedem geburtshilflichen Fall mit einer gewissen Bangigkeit und Sorge entgegen. Ein Todesfall in der Geburtshilfe hat immer etwas Schreckliches. Denn wer stirbt? Etwa Sieche, Presthafte, Kranke, Alte? Nein, blühende Wesen auf der Höhe des Lebens, vielleicht die Mutter einer Anzahl kleiner Kinder, die Frau, in deren Schooss, nach dem Ausspruch eines griechischen Weisen, die Zukunft des kommenden Geschlechtes ruht.

Literatur.

1. Hegar, Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe. Sammlung klin. Vortr. von Volkmann, Nr. 351. 1889.
2. Dohrn, Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 94.
3. Freund, Archiv für öffent. Gesundheitswesen in Elsass-Lothringen für das Jahr 1888.
4. Mermann, 200 Geburten ohne prophylakt. Scheidenausspülungen. Centralbl. f. Gynaekol. 1889 Nr. 18. 1890 Nr. 16. 1893 p. 177. 1894. p. 33.
5. Bericht des Vereins zur Leistung aussergewöhnlicher Geburtshilfe. Centralbl. f. Gyn. 1889, p. 373.
6. Kelly, Glasg. med. journ. 1887, Mai.
7. Dührssen, der Einfluss der Antisepsis auf geburtshilf. Operationen. Berl. kl. Wochenschr. 1890, Nr. 23 und 24.
8. Orthmann, Bericht über die Martin'sche Poliklinik. Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 30.
9. Olshausen, Klin. Beiträge zur Gynaekologie und Geburtshilfe.
10. Die Antisepsis in der geburtshilf. Poliklinik und in der Hebammenpraxis. Berlin. Klinik. 1890. Novemberheft.
11. Zürcher, Die geburtshilfliche Landpraxis, Erfahrungen und Beobachtungen aus 10 Jahren prakt. Thätigkeit.
12. Walther, Hundert geburtshilf. Operationen in der Landpraxis. Berl. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 35.
13. C. Schmid, Archiv f. Gyn. Bd. 47 pag. 32.
14. Dohrn, Ueber Leistung von Kunsthilfe in der geburtshilf. Praxis. Volkmann's klin. Vortr. Nr. 94.
15. Winkel, Lehrbuch der Geburtshilfe. 1889, S. 692 u. f.
16. Zweifel, Einige praktisch wichtige Grundsätze aus der geburtshilf. Operationslehre. Deutscher Medicinalkalender 1880, S. 125.

17. Stahl, Geburtshilf. Operationslehre nach den Vorlesungen des Prof. Hegar.
 18. Sarwey, Ueber die in klin. Anstalten bestehende Nothwendigkeit einer geburtshilf. Abstinenzzeit für »infectirte« Studenten. Volkmann's klin. Vortr. Nr. 122.

Anhang.

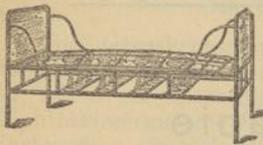
In seiner Abhandlung »Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe« stellt Geheimerath Hegar die Frage: »Sollte man für die Privatverhältnisse nicht bessere Resultate erzielen können, da solche doch in den klinischen Anstalten trotz vieler ungünstiger Momente gewonnen worden sind?« Bei 329 fortlaufenden geburtshilflichen Operationen habe ich nur 2 Todesfälle zu beklagen, den einen an Eklampsie, den andern an Uterusruptur, ein Resultat, wie es auch auf Kliniken wahrscheinlich nicht besser erreicht wird. Aber nicht nur einzelne Aerzte, auch die Gesammtheit hat in den letzten Jahren immer bessere Erfolge zu verzeichnen. Zum Beweis dessen habe ich die Hegar'sche Tabelle, welche bis zum Jahre 1887 reicht, bis zum Jahr 1896 fortgeführt und lasse sie hier zum Vergleich folgen.

Jahrgänge.	Zahl der Geburten.	Zahl der Todesfälle.	Mortalität in % der Geburten.	Todesfälle durch F.puerperalis.	Todesfälle durch F.puerperalis in % der Geburten.	Mortalität durch F.puerperalis in % der Todesfälle überhaupt.
1852/63	—	—	0,763	—	—	—
1864/66	34 553	235	0,68	110	0,32	46,8
1873	59 552	453	0,76	—	—	—
1874	59 046	557	0,94	—	—	—
1875	60 968	530	0,87	—	—	—
1876	61 615	466	0,76	—	—	—
1877	60 887	438	0,72	—	—	—
1878	59 622	434	0,73	—	—	—
1879	58 428	396	0,68	—	—	—
1880	56 530	415	0,73	232	0,41	56
1881	55 992	380	0,68	232	0,41	61
1882	55 143	421	0,76	232	0,42	55
1883	53 933	374	0,69	202	0,37	54
1884	54 996	421	0,76	237	0,43	56
1885	53 750	449	0,83	253	0,47	56
1886	54 282	423	0,78	203	0,37	48
1887	54 322	368	0,68	181	0,33	49
1888	53 773	398	0,74	201	0,39	51
1889	54 739	360	0,66	173	0,31	48
1890	52 443	358	0,68	134	0,25	37
1891	56 082	333	0,59	163	0,29	49
1892	55 666	298	0,53	145	0,26	49
1893	56 433	339	0,60	151	0,27	44
1894	55 994	280	0,50	117	0,21	42
1895	58 068	250	0,43	122	0,21	49
1896	—	—	—	71	—	—
1897	—	—	—	I. und II. Quartal 50.	—	—

Ein Blick auf vorstehende Tabelle zeigt vom Jahr 1887 an eine stetige Abnahme der Sterblichkeit der Wöchnerinnen überhaupt und namentlich auch eine bedeutende Verminderung der Todesfälle an Wochenbettfieber, und wir können nur dem statistischen Bericht für das 2. Vierteljahr 1897 — Karlsruher Zeitung Nr. 403 — beistimmen, wenn er sagt: »Auch die Wochenbett-erkrankungen nehmen wieder im Land in sehr erfreulicher Weise ab. In dem Berichtszeitraum kamen nur 65 Fälle im Grossherzogthum zur Kenntniss der Sanitätsbehörden, in den Städten über 4000 Einwohner, die zusammen 456 600 Einwohner enthalten, nur 13 Erkrankungen mit 4 Todesfällen! Diese Thatsache giebt für die strenge Durchführung der Asepsis bei der Behandlung der Gebärenden und Wöchnerinnen ein glänzendes Zeugnis.«

Anzeigen.

Viele Tausende im Gebrauch!



Bettstellen und Matratzen

fabrizirt

die Fabrik von **Wilh. Ungeheuer**
in **Höchst a. M.**



eigenen Systems, letztere für eis. als auch hölz. Bettstellen passend, von unverwüsthlicher Haltbarkeit, mit 1a verz. Stahlsprungfedern gleichmässiger Elastizität, wodurch das Aufliegen Kranker fast vollständig ausgeschlossen ist. — Die Fabrikate sind in **hygienischer** Beziehung die besten aller bis jetzt existirenden, desshalb für Krankenhäuser, Institute und dergleichen Anstalten besonders empfehlenswerth.

NB. Illustrierte Preislisten mit Zeugnissen höchster Autoritäten stehen auf Wunsch franko zu Diensten.

257|21.20

Zu haben bei **Malsch & Vogel** in **Karlsruhe**:
Fragebogen für die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt des Landes.

Medicinischer Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Reichs-Medicinal-Kalender.

Begründet von **Dr. Paul Börner.**

Herausgegeben von

Geh.-R. Prof. Dr. A. Eulenburg und **Dr. Jul. Schwalbe.**

1898.

5 Mark.

Das Taschenbuch erscheint in zwei Ausgaben:

1. Kalendarium in 4 Quartalsheften zum Einhängen.
2. Kalendarium fest eingebunden.

248] 3.2

	<p>Bestes diätetisches und Erfrischungs-Getränk, bewährt in allen Krankheiten der Athmungs- u. Verdauungsorgane, bei Gicht, Magen- u. Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder u. Reconvalescenten.</p>	<p>Kur- und Wasserheil-Anstalt Giesshübl Sauerbrunn bei Karlsbad. Trink- und Badekuren. Klimatischer u. Nachkurort.</p>
<p>Heinrich Mattoni in Giesshübl Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest. 253]10.9</p>		

Medicinischer Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Soeben erschien:

Handbuch
der
Ernährungstherapie
und
Diätetik

unter Mitwirkung von

Prof. Dr. Biedert, Dr. J. Boas, Geh. Rath Dr. Dettweiler, Prof. Dr. Ewald, Prof. Dr. Fürbringer, Prof. Dr. A. Hoffmann, Leipzig, Prof. Dr. Jolly, Dr. F. Klemperer, Prof. Dr. G. Klemperer, Prof. Dr. W. v. Leube, Prof. Dr. Liebreich, Dr. Mendelsohn, Prof. Dr. Minkowski, Prof. Dr. Mosler, Prof. Dr. Fr. Müller, Prof. Dr. v. Noorden, Prof. Dr. Nothnagel, Prof. Dr. Oertel, Prof. Dr. Peiper, Prof. Dr. Petersen, Prof. Dr. Renvers, Prof. Dr. Riegel, Prof. Dr. Rubner, Prof. Dr. Senator, Prof. Dr. Stadelmann, Prof. Dr. v. Winckel, Prof. Dr. v. Ziemssen,

herausgegeben von

E. von Leyden.

Erster Band.

Erste Abtheilung:

Vorrede (E. v. Leyden). — Zur Geschichte der Ernährungs-Therapie (Prof. Petersen). — Physiologie der Nahrung und der Ernährung (Prof. Rubner). — Allgemeine Pathologie der Ernährung (Prof. Müller). — Allgemeine Therapie der Ernährung. I. Indicationen der Ernährungstherapie (E. v. Leyden). — II. Ueber Nährpräparate (Prof. Klemperer). — III. Medicamentöse Unterstützungsmittel der Ernährung (Prof. Liebreich). — IV. Bäder, klimatische Kuren, Bewegungstherapie (Prof. Senator).

Preis 10 Mark.

(Fortsetzung erscheint Januar 1898).

276]

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden
das ganze Jahr geöffnet. Auskunft und Prospekte durch die Aerzte. 259]21.19

Unterzeichneter hat im Auftrage aus dem Nachlasse eines Collegen ein noch ungebrauchtes **Resections- und Amputationsetui** (nach von Beck, geschätzt zu 95 Mark), sowie eine Anzahl kleinerer Instrumente zu verkaufen.

Dr. Dressler, Karlsruhe, Karlstrasse 1 a.

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