

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1901

13 (15.7.1901)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

Erscheinen 2mal monatlich.

Inserate:
20 Pf. die Petitzelle, mit
Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:
Preis je nach Umfang.

aus und für Baden.

Jahres-Abonnement:
4 M. 75 Pf., excl. Postge-
bühren. Für Mitglieder der
bad. ärztlich. Landesvereine:
3 M. incl. Francozustellung.

Einzelne Nummern: 20 Pf.
incl. Francozustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Redaction: Geh. Rath Dr. Arnspurger und Dr. Bongartz in Karlsruhe.
Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

LV. Jahrgang.

Karlsruhe

15. Juli 1901.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Verein Karlsruher Aerzte.

(Sitzung vom 17. Juni 1901.)

Vortrag von Dr. Bloß.

Ueber Diagnose, Prognose und Therapie der Appendicitis im Anschluss an 81 operirte Fälle *).

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Karlsruhe, chir. Abth. Prof. v. Beck.)

Klinische Diagnose.

Wie die Betrachtung der Aetiologie ergab, fehlt uns die Basis für die Erkenntniss des Wesens der Krankheit, die Pyramide unseres Wissens steht heute noch auf ihrer Spitze. So können wir auch wohl klinisch sagen: hier liegt eine Entzündung des Wurmfortsatzes vor, aber wir können nicht sagen: dieser Wurmfortsatz ist leicht oder schwer krank, er wird perforiren oder er wird nicht perforiren; ja oft nicht einmal, er ist perforirt oder er ist nicht perforirt. Und in dieser Lage haben wir das sichere Bewusstsein, das Leben des Patienten liegt in unserer Hand wie sonst bei keiner Krankheit. Kein Wunder, dass die Mahnung laut wurde, bei einer Appendicitis mit hohem Fieber dürfe der Arzt nicht mehr vom Krankenbett weichen, oder müsse mindestens stündlich kontrolliren und sich verhalten, wie bei einer schweren Geburt. Und thatsächlich kommt es bei Sepsis in Folge von Gangrän des Wurmfortsatzes auf Stunden an.

Unsere Diagnose gründet sich eben nicht auf eine einfache Sachlage, sondern stets auf das Verhältniss von Peritoneum zu Wurmfortsatz, ist also einem Bruch zu vergleichen, in dem Zähler und Nenner die verschiedensten Werthe haben können, ja in dem Zähler und Nenner nicht selten beides unbekannte Grössen sind. Das letztere gilt in der Regel vom Wurmfortsatz, für ihn giebt es nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Gesicherter stehen wir dem Peritoneum gegenüber. Seinen augenblicklichen Antheil an der Entzündung

*) Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie, vergleiche Nr. 8 und 9 der Aertztlichen Mittheilungen 1901.

können wir häufig feststellen, und das ist die Hauptsache. Ob seröses oder eitriges Exsudat lässt sich oft präcise entscheiden, leider aber nicht, ob der seröse Erguss serös bleiben und das eitriges Exsudat sich lokalisieren wird. Wir kennen eben nie die eine Grösse des Bruches, den Wurmfortsatz, genau, und damit fallen alle Versuche, eine pathologisch-anatomische Diagnose stellen zu wollen. Es giebt keine speziellen klinischen Kennzeichen für Geschwür, Kothstein, Empyem, seröse oder eitriges Infiltration des Wurmfortsatzes, alle diese Formen der Appendicitis können gelegentlich symptomlos verlaufen, und alle können sie gelegentlich der tödtlichen Peritonitis zu Grunde liegen. Es kann nicht oft und laut genug betont werden, dass es heute keinen Punkt in der ganzen Appendicitislehre giebt, der besser bewiesen wäre, als diese Thatsache. Sie wiegt weit die unermüdliche Arbeit auf, die seither die Appendicitisforschung überhaupt geleistet hat; denn in ihr haben wir einen festen und zuverlässigen Maassstab für unser Handeln am Krankenbett gewonnen, und damit auch ein Mittel, den heute noch herrschenden Disharmonien unter Internen und Chirurgen allmählich zu begegnen. Schon aus der Betrachtung unseres eigenen pathologisch-anatomischen Materials konnte dieses klinische Geschehen mit Nothwendigkeit abgeleitet werden; die Autopsia in vivo hat den strikten Beweis dafür erbracht.

Das bisher Gesagte gilt, entsprechend seiner elementaren Bedeutung, für alle Fälle von Appendicitis, akute und chronische. Darin liegt also das Gemeinsame in der Beurtheilung der beiden Krankheitsformen, die die klinische Betrachtung beherrschen. Um so eigenthümlicher gestaltet sich ihre spezielle Diagnose. Während bei der akuten Appendicitis alles darauf ankommt, die Schwere der Erkrankung möglichst frühzeitig zu würdigen, stehen wir bei der chronischen Form oft genug vor der Frage: liegt hier überhaupt eine Entzündung des Wurmfortsatzes vor? Veränderungen an den Ovarien, Tuben, Ureter, Niere, vor allem Wanderniere, Gallenblase, Coecum und übrigen Darm haben schon unüberwindliche Schwierigkeiten bereitet. Chronische Obstipation oder Kolitis kann als einziges Symptom vorliegen. Gelegentlich besteht ein Symptomenkomplex, der an alles Andere eher als an Appendicitis denken lässt.

Je bekannter diese eigenthümlichen Formen der Appendicitis werden, um so häufiger wird man sie in Zukunft auch diagnostizieren; man braucht nur an den Appendix zu denken, um seine wesentliche Beteiligung am Krankheitsbilde nicht zu verkennen. Es ist wahrscheinlich, dass die chronisch adhäsiven Prozesse klinisch weit mehr Erscheinungen machen, als die viel schwereren ulcerösen Formen ohne Adhäsionen aber mit freier Drainage nach dem Coecum. Renvers und Sonnenburg sind dieser Ansicht, und der Zufall hat Lanz-Bern einen beweisenden Fall in die Hände gespielt, der Bände redet: ein junger Mann in vollem Wohlsein kommt in die Sprechstunde und bittet um die Wurmfortsatzamputation. Vor einiger Zeit habe er einen leichten Anfall gehabt, der ohne weitere Folgen gewesen sei; er habe gehört, dass die Blinddarmentzündung sich wiederholen und dann einen schlimmen Ausgang nehmen könne. Auf das Drängen des Patienten entschliesst sich Lanz zur Operation, obwohl weder subjektiv noch objektiv eine Indikation dazu vorlag; insbesondere war vom Wurmfortsatz nichts zu fühlen, auch die Wurmfortsatzgegend nicht im mindesten druckempfindlich. Trotzdem fanden sich Kothstein, tiefes Geschwür und drohende Perforation.

Die retrospektive Betrachtung und Analyse der akuten Anfälle ist ein ausgezeichnetes Mittel, diese komplizirten Verhältnisse — formes frustes der Appendicitis könnte man sie nennen — entwirren zu helfen.

Auf einen so deutlichen Fingerzeig der Natur dürfen wir uns jedoch nicht verlassen, zumal die Diagnostik des akuten Anfalls mit neuen Schwierigkeiten dringender Art zu kämpfen hat. Die Diagnose hat im akuten Anfall nach zwei Richtungen hin zu entscheiden: die Feststellung der Wurmfortsatz-erkrankung überhaupt und ihre Dignität im speziellen Falle. Ersteres ist in der Regel leicht, Letzteres in der Regel unmöglich.

Der Symptomenkomplex der akuten Appendicitis ist mannigfaltig. Es hat keinen Werth festzustellen, wie oft das eine oder das andere Symptom in den Vordergrund tritt; ein pathognomonisches Zeichen giebt es nicht. In der Kombination einiger Symptome liegt das Entscheidende. Ihre Betrachtung steht in innigstem Zusammenhange mit der Würdigung des Krankheitsbildes im speziellen Falle, dem eigentlichen Schwerpunkt der ganzen klinischen Forschung der letzten Jahre. Um ihren heutigen Stand von vornherein klarzustellen, sei das Resultat vorweggenommen mit dem Satze: eine anatomische Frühdiagnose giebt es nicht. Wir sind nicht im Stande, mit einiger Gewissheit zu entscheiden: hier liegt peritoneale Eiterung vor und hier nicht, während ganz ausser Diskussion die Frage steht, welche anatomische Veränderung liegt am Wurmfortsatz vor?

Von 27 Fällen unserer Beobachtung konnten wir mit einiger Sicherheit nach Verlauf und Operationsbefund den Zeitpunkt der Perforation oder das ihr gleichwerthige Einsetzen der Gangrän des Wurmfortsatzes feststellen; dabei fanden wir, dass 20mal, also in 74 % der Fälle, Gangrän oder Perforation das Krankheitsbild einleiteten. Nun ist es aber eine bekannte Thatsache, dass die Patienten nach dem ersten Shok der lokalen resp. der peritonealen Infektion sich meist rasch erholen, durch Nachlass der Spannung im Wurmfortsatz post perforationem fast schmerzfrei werden und in eine heimtückische Euphorie verfallen, aus der sie und den Arzt erst das Eintreten des Miserere wachrüttelt. Es ist daher wohl zu unterscheiden zwischen der Beurtheilung der initialen Entzündungssymptome und jenes Zustandes, der sich nach dem Abklingen des initialen Shokes entwickelt und der bis jetzt am häufigsten zu Täuschungen Veranlassung gegeben hat. Hier liegt wiederum deutlich der Grund zu Tage, warum die Würdigung der Krankheit so ausserordentlich schwierig ist. Wir sollen uns eben entscheiden, bevor die Krankheit einen gewissen Verlauf genommen hat. Gerade das Auftreten der Euphorie, verbunden mit Abfall der Temperatur zur Norm oder unter die Norm und manchmal deutlicher Erhöhung der Pulsfrequenz ist ein absolut sicheres Zeichen beginnender Sepsis. Das subjektive Befinden nach dem initialen Shok, das durch die schulmässige Opiumtherapie in der Regel noch günstig beeinflusst ist, die Temperatur, die selbst bei massenhaft vorhandenem Eiter in der Bauchhöhle normal sein kann, sind ganz unsichere Zeichen, zuverlässiger ist schon die Pulskontrolle, zumal im Verhältniss zur Temperatur.

Hinsichtlich der Temperatur-Pulsfrage ist der folgende Fall interessant: 17 jähr. Bäcker; am 31. I. 1901 Verstopfung und Leibschmerzen, am 1. II. wird der Arzt konsultirt, der einfache Obstipation annimmt und ein salinisches Abführmittel verschreibt. Darauf Stuhlgang und Schwinden der Leibschmerzen. Am 2. Februar schlechteres Allgemeinbefinden, Frieren und Hitze, kein Appetit; Einnehmen des Abführmittels, Stuhlgang. Mittags plötzlich bei der Arbeit heftige Schmerzen. 3. Februar 11 Uhr Vormittags Aufnahme in's Krankenhaus. Es handelte sich um einen kräftigen jungen Menschen. Es bestand schmerzhaft Kontraktur der Bauchdecken, beide Bauchhälften bewegten sich bei der Athmung gleichmässig mühsam. Keine Dämpfung, kein Aufstossen oder Erbrechen, keine Blasenstörung. Dagegen war die Ileocoecalgegend

äusserst druckempfindlich, die Haut über ihr hyperästhetisch. Um 12 Uhr Mittags betrug die Temperatur in der Achselhöhle $39,3^{\circ}$, der Puls war kräftig, regelmässig, 92 Schläge in der Minute. Eine Stunde später ohne jede Medikation: Temperatur in der Achselhöhle $38,3^{\circ}$, im Rektum $39,3$, Puls kräftig, leicht unregelmässig, 76 Schläge in der Minute. 2 Stunden darauf Operation. Gangrän des Proc. verm. und beginnende jauchige Peritonitis. Heilung. Wie leicht war man versucht, durch das so auffallende Herabgehen von Temperatur und Puls in diesem Falle eine abwartende Behandlung einzuleiten, wo jede Stunde des Zögerns die Prognose verschlechtert hätte. Die abnorme Differenz von lokaler und allgemeiner Temperatur um 1° C. sprach eindringlich für eine peritoneale Betheiligung am Entzündungsprozess und verdient in ähnlichen Fällen volle Beachtung; die leichte Arrhythmie des sonst scheinbar normal werdenden Pulses fiel ebenfalls in's Gewicht. Vor Allem aber war ein Symptomenkomplex vorhanden, der dazu drängte, den Fall als schweren aufzufassen. Die sogenannte Schmerztrias von Dieulafoy: die Hyperästhesie der Haut, der reflektorische Widerstand der Bauchmuskulatur (*défense musculaire*) und die Schmerzhaftigkeit des Mac Burney'schen Punktes resp. des Peritoneums. Besonders die Hauthyperästhesie, die wir leicht isolirt feststellen können, ist von grosser Wichtigkeit. Die Schmerztrias berechtigt für unser therapeutisches Handeln zur Annahme der *Indicatio vitalis*. Diese *Maxime Dieulafoy's* unterschreiben wir vollständig.

Prognose.

Die Beurtheilung der Prognose im Allgemeinen hängt ab von der Möglichkeit einer anatomischen Diagnose. Wir haben gesehen, dass eine solche nicht zu stellen ist; deshalb bleibt die Prognose in jedem Falle dubia, und selbst Sonnenburg, der der Diagnose optimistischer gegenübersteht als wir, erklärt die Prognose für stets unsicher, für mindestens noch schwieriger zu stellen als die Diagnose. Die schweren akuten Fälle, die durchaus den operativen Eingriff erforderten, waren nach den Erfahrungen aller Autoren, wie auch nach den unsrigen, in der überwiegenden Mehrzahl erstmalige Erkrankungen (siehe unsere Statistik in der pathologischen Anatomie). Es ist deshalb grundfalsch, den ersten Anfall für harmloser zu erklären, als einen zweiten oder dritten. Gerade der erste Anfall muss als der gefährlichste angesehen werden. Darum ist es weiter nicht richtig, zu entscheiden, der erste Fall gehöre dem »Internen«, wie Czerny vorschlägt; wenn Czerny sagte, der zweite Anfall gehöre unter allen Umständen dem Chirurgen, was in gewissem Sinne mit dem obigen Ausspruch sich ja deckt, so würden wir das Wort für Wort unterschreiben. Zur Illustration dieses Satzes möchte ich nur die Resultate anführen, die van Lenne p im Jahre 1898 aus dem Materiale einer der bedeutendsten Lebensversicherungsgesellschaften Amerikas bekannt gegeben hat. Sie besagen, in den Fällen, in denen ein primärer Anfall ohne periappendikuläre Eiterung und ohne operative Entfernung des Appendix konstatiert wird, tritt in 90% innerhalb zweier Jahre ein Rückfall auf. Interessant ist auch, dass die Gesellschaft nach Ablauf dieser zwei Jahre ohne Rückfall noch 10% Risiko berechnet, vorher jedoch jede Versicherung ablehnt. Die klinischen Statistiken sind kleiner, kommen aber zu demselben Ergebniss.

Die Czerny'schen Nachuntersuchungen in 36 Fällen haben ergeben, dass das Hauptkontingent der nach der Operation noch zurückbleibenden Beschwerden die chronischen Formen stellten, während die akuten und subakuten Formen meist vollkommen ausheilten. Die im akuten Stadium operirten Fälle sind eben zugleich überwiegend erstmalige Erkrankungen. Es ist wohl

anzunehmen, dass die chronischen Formen im Kolon allmählich derartige anatomische Veränderungen hervorrufen, dass z. B. eine Kolitis zum selbständigen Leiden wird und nach allzu langem Bestehen des Wurmfortsatzleidens ihre Heilung auch durch die Resektion des Proc. verm. nicht mehr gelingt. Für eine rationelle Therapie ist diese Erkenntniss von der allergrössten Bedeutung.

Therapie.

Die Sachlage, wie sie sich aus der bisherigen Betrachtung ergibt, zwingt uns, wenn irgend möglich, mit dem sichersten therapeutischen Mittel der Ungunst der Prognose zu begegnen — der Resektion des Proc. verm. Bei dem vorliegenden in Stichproben bereits angeführten beweisenden Material vielseitiger Provenienz bedarf es keiner abwägenden Ueberlegung mehr, um zu diesem Schlusse zu gelangen; derselbe liegt vollkommen ausserhalb jeder Gefühlsregung und jeglichen internen und chirurgischen Geschmacks. Es handelt sich um eine einfache und klare Rechnung nach Einsichtnahme des Materials, das in sich selbst die Logik der einzig möglichen Schlussfolgerung birgt und auf den Schwerpunkt der Therapie mit Nothwendigkeit hinweist. Als Beispiel möge eine kleine Uebersicht über unsere akuten Fälle dienen:

32 Fälle 22 gestorben.

Von 27 konnte der Zeitpunkt der Perforation resp. Gangrän, das heisst also der Beginn der eitrigen Peritonitis, nach dem Operationsbefund und der Krankengeschichte mit einiger Sicherheit festgestellt werden, 20mal fiel die Perforation des Appendix mit dem Beginn der Erkrankung zusammen. Seit der Perforation bis zur Operation waren verlaufen:

1 Tag	in	0	Fall
2 Tage	in	7	Fällen
3	<	<	3 <
4	<	<	2 <
5	<	<	3 <
6	<	<	3 <

18 gestorben.

Von den durchgekommenen Fällen war verlaufen seit der Perforation bis zur Operation (in 8 von den 10 Fällen konnte dieser Termin festgestellt werden):

$\frac{1}{2}$ —1 Tag	in	5	Fällen
2 Tage	<	2	<
3	<	<	1 Fall
			8

Der 3 Tage post perforationem durchgekommene Fall steht als rein traumatische Erkrankung ohne jede allgemeine Infektion so einzig da, dass er in der Beurtheilung mit den andern idiopathisch-infektiösen Formen nicht verglichen werden kann. Schaltet man also diesen aus, so sieht man, dass nach 48 Stunden kein Fall mehr gerettet werden konnte, dass am 2. Tag post perforationem von 9 Fällen 7 starben und dass in den ersten 24 Stunden post perforationem volle Aussicht auf Erfolg besteht.

Die Krankheitsdauer dieser akuten Perforationsperitonitiden bis zum Tage der Operation verhält sich wie folgt:

Krankheitsdauer	Zahl der Fälle
1 Tag	0
2 Tage	2
3 <	3
4 <	3
5 <	5
6 <	2
7 <	1
8 <	1
9 <	1
14 <	2
15 <	1
	21 gestorben.
Krankheitsdauer	Zahl der Fälle
1 Tag	5
2 Tage	2
3 <	1
4 <	1
8 <	1
	10 Heilungen.

Wir sehen wiederum, dass innerhalb der ersten 24 Stunden der Erkrankung die Heilungsziffer am höchsten ist. Bernays (St. Louis), wohl der erfahrendste Appendicitischirurg Amerikas, operirte neuerdings 70 Fälle von akuter Appendicitis am 1. Tag der Erkrankung hinter einander, ohne Auswahl und ohne einen Todesfall; davon waren alle perforirt bis auf einen. Deaver hat 200 Fälle in der gleichen Weise operirt und nur 2 verloren. Dieses glänzende operative Resultat bei einer von Natur unberechenbaren Erkrankung, zusammengenommen mit dem gesetzmässigen Recidiv des nicht operirten Falles und der Nothwendigkeit der Recidivoperation, die allgemein anerkannt wird, beseitigt jedes Bedenken an dem Satze: die Therapie der Appendicitis ist eine chirurgische in jeder Beziehung.

Die ganze Betrachtung der Diagnostik war auf die eine Fragestellung hinausgelaufen: wie erkennen wir die Dignität der Erkrankung in den ersten 24 Stunden ihres Bestehens, in den selteneren Fällen des langsamen Beginnes in den ersten 24 Stunden post perforationem? Die Antwort lautete: an der Schwere der Allgemeinstörung oder rein lokal an der Dieulafoy'schen Trias, Haut-Muskel-Peritonealschmerz, oder in besonders klaren Fällen an diesen beiden Kardinalzeichen. Ist eines dieser Zeichen vorhanden, so ist in der Regel Infektion des Peritoneums eingetreten; aus welchen Veränderungen des Wurmfortsatzes heraus — Empyem, Gangrän, Perforation, purulentes Oedem etc. — ist nie mit Sicherheit zu sagen, praktisch aber auch gleichgültig. Die Stellung dieser so gefassten initialen Diagnose fällt für uns nunmehr zusammen mit der Indikation zur Operation. Danach sind wir in den fünf Fällen verfahren, die so frühzeitig, das heisst in den ersten 24 Stunden der Erkrankung, in unsere Hand kamen; sie waren alle eitrige Peritonitiden und sind alle durchgekommen. Am 2. Tage der Erkrankung sind schon von 4 Fällen 2 gestorben, am 2. Tage post perforationem von 9 Fällen 7 gestorben; vom 3. Tage der Erkrankung ab sind von 22 nur noch 3 zu retten gewesen.

Liegt ein leichter Anfall vor, so behandeln wir exspektativ; als „leichten“ Anfall bezeichnen wir jenen, bei dem die obengenannten beiden kardinalen Symptome fehlen. Heilt die Entzündung ohne Residuen vorläufig aus, so

geben wir den entschiedenen Rath, bei einem eventuellen 2. Anfall sich sofort der Operation zu unterziehen, mit Hinweis auf alle die Gefahren, die eine Versäumniß zur Folge haben kann. Damit verkümmern wir keinem Patienten die Chancen, zu jenen 10 % zu gehören, die innerhalb der nächsten 2 Jahre frei von einem Recidiv bleiben. Daraus geht hervor, dass wir jeden 2. Anfall, er möge liegen, wie er wolle, sofort und stets operiren. Wir sind dann jedes weiteren Indikationsbedenkens überhoben, und der Kranke, der sich später doch à froid operiren liesse, hat den Vortheil, nur noch ein Krankenlager durchzumachen. Dabei ist die Mortalität der Krankheit und Operation gleich Null, ebenso wie im freien Intervall.

Wir verwerfen die Opiumbehandlung unter allen Umständen als irrationell in der Therapie der Appendicitis. Sie ist nicht nur nicht nützlich, ihr Schaden ist in vielen Fällen geradezu eminent. Dass durch die Opiumbehandlung eine sich vorbereitende Perforation nicht aufgehalten wird, ist durch unzählige Fälle bewiesen. In den »leichten Fällen« unserer Auffassung hat die Opiumtherapie a priori keinen Platz; die »schweren Fälle« werden in den ersten 24 Stunden operirt und brauchen damit kein Opium mehr.

Das Opium maskirt das Symptomenbild und beraubt uns des werthvollsten Gradmessers der Entzündung, der Schmerzsymptome. In der Dieulafoy'schen Schmerztrias haben wir das früheste und sicherste Zeichen der drohenden oder beginnenden Peritonitis, in der schweren, initialen Allgemeinstörung den meist untrüglichen Hinweis auf einen schweren Verlauf; mit der Opiumbehandlung begeben wir uns beider kardinaler Symptome, zum mindesten ihrer entscheidenden Deutlichkeit. Die Opiumtherapie ist ein Erbstück aus der vorchirurgischen Periode der Perityphlitisbehandlung, die mit dem Jahre 1889 bei uns in Deutschland anfängt, zu Ende zu gehen. Seitdem ist langsam eine Reaktion gegen das Opium, auch bei uns, eingetreten (Sonnenburg und entschiedener noch v. Braman), zu der die Initiative vom Ausland, primär wiederum von Amerika, ausgegangen war. Die Mehrzahl der Aerzte haben dort nicht nur das Opium verlassen, sondern an seine Stelle Abführmittel und Einläufe gesetzt (Bernays, Rodgers, Grandin, Deaver, Gordon, Barker und Stocker, Talamon, Bobroff u.A.). Bei uns ist man darüber kaum erst in die Diskussion eingetreten. Es liegt nahe zu wünschen, dass diese Zeilen zu einer eingehenden Nachprüfung mit die Veranlassung werden mögen. Dabei erinnere ich noch einmal daran, dass wir nur in den von uns als »leichte Fälle« charakterisirten Erkrankungsformen die geschilderte interne Therapie anwenden und mit Erfolg angewandt haben. Wir sind uns zuguterletzt wohl bewusst, dass »leicht« und »schwer« in unserem Sinne theoretisch immer noch ein Kompromiss bedeutet, der praktisch vorläufig einmal geschlossen werden muss und nichts sein will, als eine Stufe in der Entwicklung der Appendicitistherapie. (Selbstbericht.)

Diskussion: Herr Bongartz tritt für die Bedeutung der Opiumbehandlung ein und weist auf die Erfolge der internen Therapie hin, welche insbesondere auch dann in ihr Recht treten müsse, wenn nicht die Hilfsmittel eines Krankenhauses zu Geböte stehen. Herr Medizinalrath Brian wünscht, wenn möglich, die gleichzeitige Beobachtung durch Interne und Chirurgen. Herr Paull hebt ebenfalls die Erfolge der Opiummedikation hervor.

Herr Lossen ist dem Opium abgeneigt, weil es das Krankheitsbild verschleiern und Meteorismus hervorrufft, der sich oftmals nach der Operation als schädlich erweist.

Herr Berton glaubt, dass die operative Behandlung immer mehr Gemeingut der praktischen Aerzte werde, wenn die jetzt noch bestehende, grossentheils unberechtigte Scheu vor der Eröffnung des Peritoneums schwindet.

(Die beiden Vorträge werden in extenso an anderer Stelle veröffentlicht werden.)

Aus dem Vereinsleben.

Der 29. Deutsche Aerztetag,

der vom 28. bis 30. Juni in Hildesheim abgehalten wurde und auf welchem 193 Vereine mit 16 473 Stimmen durch 174 Delegirte vertreten waren, hat folgende Beschlüsse gefasst:

1. Der Antrag Becker-Berlin auf Empfehlung der Errichtung von Kurpfuscherei-Kommissionen bei allen Vereinen wurde angenommen.
2. Als Sitz der Kommission für Niederlassung von Aerzten im Auslande wurde Hamburg definitiv bestimmt.
3. Die Anträge des Ausschusses bezüglich der Anstellung eines beamteten Generalsekretärs wurden genehmigt mit der Bestimmung, dass das Bureau desselben sich in Berlin befinden soll.
4. Bezüglich der Stellung des Aerztevereinsbundes zum Leipziger wirtschaftlichen Verbands wurde unter Ablehnung der Münchener Anträge und in völliger Uebereinstimmung mit den Vertretern des Leipziger Verbandes die vom Geschäfts-Ausschusse beantragte Resolution angenommen.

Dieselbe lautet: »Der Deutsche Aerztetag beauftragt den Geschäftsausschuss, eines seiner Mitglieder zu delegiren, an der Verwaltung der Unterstützungskasse des wirtschaftlichen Verbandes teilzunehmen«. Der Zusatzantrag Alexander-Berlin, nach welchem dieser Delegirte seine Direktive vom Ausschuss erhalten soll wurde ebenfalls angenommen.

Dagegen wurde eine von Götz-Leipzig beantragte Sympathiekundgebung des Aerztetages für den Leipziger Verband abgelehnt, da man allseitig der Ansicht war, dass derselbe erst eine Probe seiner Wirksamkeit abgelegt haben müsse.

5. Auf Antrag Becker-Berlin beschliesst der Aerztetag, an die Reichsregierung das Ersuchen zu richten, dass Personen mit dem schweizerischen Maturitätszeugniss auch nicht ausnahmsweise zum Studium der Medicin zugelassen werden, ebenso wenig dürfen nicht immatrikulationsfähige Personen zum Besuche der Kliniken zugelassen werden, indem dadurch der Kurpfuscherei Vorschub geleistet wird.
6. Folgende Schlussbetrachtungen des Referenten über Genesungshäuser (Meyer-Führt) wurden einstimmig gutgeheissen:

Die Reconvalszentenpflege speciell durch Errichtung von Genesungshäusern hat im Deutschen Reich nicht den Aufschwung genommen, den sie beanspruchen kann.

Häuser für Erholungsbedürftige oder besserungsfähige chronisch Kranke, sowie für Genesende werden in grossen Städten und Industriezentren mehr und mehr Bedürfniss.

Krankenkassen und Versicherungsanstalten werden sich der Gründung nicht entziehen können.

Genesungshäuser, die hauptsächlich der Spitalentlastung dienen sollen, sind von den Gemeinden in ihrem eigenen Interesse zu errichten.

Stiftungen und wohlthätigen Vereinen ist auf diesem Gebiete besondere Gelegenheit gegeben, dem ›Mittelstand‹ Erholung und Heilung in Anstalten zu ermöglichen.

Genesungshäuser können im Allgemeinen klein sein. Sie können von mittleren Städten und kleinen Bezirken mit geringen Mitteln geschaffen werden, während die Lungenheilanstalten grosse Anstalten für umfangreichere Bezirke sein sollen.

Das Volk — Arbeiter und Mittelstand — muss zur Benützung der Genesungshäuser erzogen werden.

Die Fürsorge für die Familien der aufgenommenen Unbemittelten muss intensiver geschehen als seither.

Die Aerzte sind in erster Linie berufen, die Kranken erziehen zu helfen. Oft haben sie aber auch in ihren Gemeinden Einfluss genug, um nach den aufgeführten Gesichtspunkten erfolgreich mitzuwirken an der wichtigen social-hygienischen Arbeit, den Kranken einer dauernden Genesung zuzuführen, und ihn so vor neuer Erkrankung zu schützen.

7. Angenommen wurden ferner die Thesen des Referenten Professor Thiem-Cottbus über den Arzt als Gutachter. Dieselben lauten:

1. Die in § 69 des G.-U.-V.-G. (Gewerbe-Unfall-Versicherungsgesetzes) vom 30. Juni 1900 enthaltene Bestimmung, gemäss welcher der ›behandelnde Arzt‹ bei Ablehnung der Entschädigung oder Gewährung einer Theilrente ›zu hören ist‹, kann nur so aufzufassen sein, dass die betreffende Berufsgenossenschaft ihn zur gutachtlichen Aeusserung zu ersuchen hat.

2. So lange nicht allen Aerzten auf der Hochschule und im praktischen Jahre die genügende Ausbildung in der Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter und Invaliden zu Theil wird. Zu Sachverständigen bei den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung sind nur solche Aerzte — ohne Rücksicht auf amtliche Stellung — zu wählen, welche auf diesem Gebiete genügend wissenschaftliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen erworben haben.

3. Als ›Obergutachten‹ sind nur solche Gutachten zu bezeichnen, die zur Schlichtung von wesentlichen Meinungsverschiedenheiten der Vorgutachter notwendig werden.

4. Den Aerzten wird vom Deutschen Aertztetag dringend ans Herz gelegt, durch sorgfältige Ausstellung ihrer Gutachten in einer nach Form, Inhalt und Beweisführung für Rentenzahler und Richter verständlichen Weise ihrerseits jeder Veranlassung zur Klage und zur Misachtung ihrer Zeugnisse den Boden zu entziehen.

5. Die abfällige Beurtheilung, welche die ärztlichen Gutachten bisweilen in Invalidensachen durch Laiengutachter (untere Verwaltungsbehörde) erfahren, ist verletzend für die Aerzte und erschwert deren Mitwirkung bei der Begutachtung Invaliden.

Es ist Pflicht der Versicherungsanstalten und Aufsichtsbehörden, die Laiengutachter auf diese Ungehörigkeit hinzuweisen.

8. Der Antrag des Bezirksvereins Stuttgart I ›Es möge der deutsche Aerztevereinsbund bei der Reichsregierung dahin vorstellig werden, dass die für Honorirung ärztlicher Gutachten für die Militärbehörden erforderlichen Geldmittel in den Etat eingestellt werden‹ wurde ebenfalls genehmigt.

Verschiedenes.

Die Dienstalters- und Beförderungsverhältnisse im preussischen Sanitätsoffizierkorps liegen, wie die »Voss. Ztg.« schreibt, augenblicklich so günstig, dass dadurch der Uebertritt zahlreicher Sanitätsoffiziere des Beurlaubtenstandes in die aktive Armee erklärlich wird. Im Dienstgrade der Generalärzte, die jetzt sämmtlich Oberstenrang, die ältesten sogar Generalmajorsrang haben, befinden sich jetzt schon eine ganze Reihe von Sanitätsoffizieren, die erst nach dem Feldzuge von 1870/71 Assistenzärzte geworden sind. Zwei sind erst 1873, einer 1874 und zwei 1875 Sanitätsoffiziere geworden. Der bei weitem Jüngste aber ist der Abteilungschef im Kriegsministerium Dr. Schjerning, der erst am 16. Juli 1878 Assistenzarzt geworden ist. Hierbei sei bemerkt, dass die Beförderungen zum Generalarzt und ebenso zum Generaloberarzt nicht in der Reihenfolge, vielmehr ausser der Tour stattfinden, so dass Bevorzugungen von jüngeren, besonders tüchtigen Sanitätsoffizieren um mehrere Jahre nichts Seltenes sind. Man findet hierbei im Gegensatz zu den Gewohnheiten im Offizierkorps nichts dabei, wenn übergangene Oberstabsärzte und Generaloberärzte im Dienste bleiben. So findet man unter den Generaloberärzten noch 10 Divisionsärzte, die bereits 1870/1871 Offiziere geworden sind, während die jüngsten erst seit 1877 und 1878 dem Sanitätsoffizierkorps angehören. Die Oberstabsärzte, die jetzt sämmtlich Majorsrang haben, vertheilen sich auf eine grosse Zahl von Jahresklassen. Der älteste ist bereits seit 1889 in seinem Dienstgrade und seit 1864 Sanitätsoffizier; die jüngsten sind erst 1888 Sanitätsoffiziere geworden, haben also den Majorsrang in einer Zeit erreicht, wo die gleichalterigen Offiziere des Heeres noch Oberleutnants sind. Von den Stabsärzten sind die ältesten seit März 1893 in ihrem Dienstgrade und seit Juli 1888 Sanitätsoffiziere, während die jüngsten erst 1896, einer sogar erst 1897, Assistenzärzte geworden sind. Die Sanitätsoffiziere erreichen also jetzt in 4½ Jahren den Rang der Hauptleute. Die ältesten Oberärzte sind erst seit November 1899 in ihrem Dienstgrade, die jüngsten sind erst im September 1898 Assistenzärzte geworden, so dass bis zur Beförderung zum Oberarzt jetzt nur 2½ Jahre vergehen. Die Zahl der Assistenzärzte ist trotz des Eingangs erwähnten Uebertritts einer grösseren Anzahl von Sanitätsoffizieren des Beurlaubtenstandes in das aktive Heer abermals zurückgegangen. Es sind nach der letzten Dienstaltersliste nur 135 Assistenzärzte vorhanden gegen 197 im April v. J. Allerdings befinden sich noch 26 Assistenzärzte beim ostasiatischen Expeditionskorps, die nach dessen Auflösung wieder dem preussischen Sanitätsoffizierkorps zu Gute kommen.

Zeitung.

Dienstnachrichten: Seine Königliche Hoheit der Grossherzog haben unter dem 21. Juni d. J. gnädigst geruht, die praktischen Aerzte Dr. Leopold Fischer in Heidelberg, Joseph Meister in Freiburg und Dr. Anton Frey in Baden-Baden zu Medizinalräthen zu ernennen.

Niederlassungen und Wohnungswechsel: Der praktische Arzt Dr. Martin Meyer, geb. 1875 in Mainz, appr. 1899, hat sich am 15. Juli d. J. als Assistenzarzt im Sanatorium des Dr. Sander in St. Blasien niedergelassen. Von Mannheim sind im Juni d. J. weggezogen: Dr. Paul von Holländer, geb. 1865 in Riga, appr. 1894, Assistenzarzt im Wöchnerinnenasyl; Dr. Gustav Willführ, geb. 1872 in Lüneburg, appr. 1896, Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus; Dr. Kurt Gloy, geb. 1875 in Marien-

werder, appr. 1898, Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus. Der praktische Arzt **Ludolf Engelke**, geb. 1876 in Hannover, appr. 1900, hat am 4. Juni seine Stelle als Assistenzarzt beim Bezirksarzt in St. Blasien aufgegeben und ist nach Hannover verzogen, an dessen Stelle ist **Paul Radicke**, geb. 1875 in Zerbat, appr. 1900, getreten. Dr. **Ludwig Arnspurger**, geb. 1877 in Karlsruhe, appr. 1901, ist am 1. Juni als II. Assistenzarzt im Kurhaus in St. Blasien eingetreten. Dr. **Ludwig Hämmerle**, geb. 1869 in Freiburg, appr. 1897, ist von Bannholz, Amt Waldshut, weggezogen; an dessen Stelle hat sich Dr. **Karl Schmitt**, geb. 1846 in Münnerstadt (Bayern), appr. 1873, in Bannholz niedergelassen, wohin derselbe von Durbach, Amt Offenburg gezogen ist. Als Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen wurde eingestellt Dr. **Karl Schubert**, geb. 1866 in Bruchsal, appr. 1892. In Reilingen, Amt Schwetzingen, hat sich der praktische Arzt **Robert Fischer**, geb. 1873 in Freiburg, appr. 1897, niedergelassen. Dr. **Theodor Dittrich**, geb. 1847 in Meive (Westpreussen), appr. 1872, praktischer Arzt in Karlsruhe, hat seine Praxis aufgegeben. In Mannheim haben sich folgende Aerzte niedergelassen: Dr. **Georg Zander**, geb. 1875 in Konitz, appr. 1899, als Assistenzarzt im Wöchnerinnenasyl; Dr. **Ludwig Herth**, geb. 1874 in Buchen, appr. 1899, als Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus; Dr. **Ernst Pfaff**, geb. 1874 in Darmstadt, appr. 1899, als Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus. In Baden ist weggezogen Dr. **Max Bille**, sächsischer Hofrath, geb. 1839 in Dresden, appr. 1866, nach Oberhof in Thüringen. In Neuenburg, Amt Müllheim, hat sich der praktische Arzt Dr. **Hans Pöhl**, geb. 1873 in Lorchhausen a. Rh., appr. 1899, niedergelassen.

Todesfall: Am 1. Juli d. J. ist Dr. **Bartholomäus See**, Grossherzoglicher Bezirksarzt in Ueberlingen, gestorben. Ein treues, ehrenvolles Andenken wird diesem vorzüglichen Arzt stets bewahrt bleiben.

Anzeigen.

<p>MATTONI'S GISSHÜBLER natürlicher alkalischer SAUERBRUNN</p>	<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. 415/8.5</p>		

Den Herren Aerzten empfehle zur geeigneten Beachtung und Verordnung meinen allgemein beliebten

Lahusens Jod-Eisen-Leberthran mit Phosphor.

(Bestandtheile 0,2 J e J und 0,01 Ph. in 100 Th. Thran.)

Nur in Originalflaschen 100,0 = 1,20 Mk., 250,0 = 2 Mk.

Das beste und vollkommenste Leberthran-Präparat. Wegen seiner practischen Zusammensetzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den Stoffwechsel im Blut einwirkend u. appetitanregend) bei

Scrophulose, Tuberculose, Rhachitis, Anaemie.

Geschmack unübertroffen fein, daher ohne Anstand von Gross und Klein genommen und vorzüglich für die Kinderpraxis geeignet. Unbegrenzt haltbar, kann Sommer und Winter genommen werden.

Der Ordination setze man den Namen Lahusen-Bremen hinzu, da sonst keine Garantie für Echtheit.

Zu haben in allen Apotheken des Grossherzogthums, sonst auch gern directe Zusendung.

Ausführliche Broschüren und Proben verlange man zur besseren Orientirung gratis vom Fabrikanten Apotheker **Lahusen in Bremen.** 461/4.2

**Malten'sche Anstalt für Licht- und
Wasserkuren in Baden-Baden**

476]12.1

Dr. med. Eugen Fehr.

Gut Waldhof, bei Freiburg i. B.
Sanatorium für nervenranke Damen.

Littenweiler

420]12.7

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte.

Dr. Ernst Beyer.

Ferienkurse für praktische Aerzte in Strassburg,
vom 7. bis zum 19. Oktober 1901.

Professor Dr. Gerhard: Klinische Diagnostik und Therapie interner Krankheiten.

Professor Dr. Wolff: Praktischer Kursus der Dermatologie und Syphilidologie.

Professor Dr. Levy: Ausgewählte Kapitel der Bakteriologie und Hygiene. Serumtherapie etc.

Professor Dr. F. Fischer: Chirurgisch-klinische Demonstration.

Privatdocent Dr. Manasse: Praktischer Kursus der Nasen-, Ohren- und Halskrankheiten.

Professor Dr. Ledderhose: Unfallchirurgie mit Demonstrationen.

Professor Dr. H. Freund: Gynaekologische Diagnostik.

Privatdocent Dr. Ehret: Aerztliche Thätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Privatdocent Dr. Klein: Praktische geburtshülfliche Uebungen.

Privatdocent Dr. Funke: Gynaekologischer Operationskursus.

Privatdocent Dr. Landolt: Praktischer Kursus der Augenkrankheiten.

Anmeldungen nimmt entgegen und nähere Auskunft ertheilt Professor Dr. Wolff,
Kaiser Friedrichstrasse 5, Strassburg i. Els. 474]3.2

Aerztliche Praxis,

Vertretungen, Assistenzen, Heil- und Kuranstalten vermittelt streng reell und
diskret das Süddeutsche Bureau »Aesculap«, Würzburg, Maistrasse 10. 459]14.3

Medicinischer Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Soeben erschien:

Entstehung und Bekämpfung

der

Lungentuberkulose

von

Dr. Paul Jacob,

Privat-Dozent, Oberarzt a. d.
I. med. Klinik d. Kgl. Charité
in Berlin.

und

Dr. Gotth. Pannwitz,

Oberstabsarzt, Gen.-Sekr. d. Deutschen
Zentralkomitees für Lungen-
heilstätten.

Band I. — 10 Mark.

475]

Sanatorium Dr. A. Stützle, Mergentheim.

Speciell eingerichtet für

441]6.4

Ernährungstherapie (Diätikuren), Wasserheilverfahren u. Heissluftbehandlung.

Mineral- u. Moorbad Griesbach

im badischen Schwarzwald.

Station Oppenau—Freudenstadt. Höhenluftkurort, 560 Meter ü. d. M., ringsum prachttvolle Tannenwäldungen. Stahl- und Moorbäder ersten Ranges, Schwalbach und Pyrmont gleichwerthig.— Fichtenharz-Inhalationen. Hauptcontingent: Blutarmuth, nervöse Störungen, Frauenkrankheiten etc. Mässige Preise. Eigene grosse Jagd und Forellenfischerei. Prospekte gratis.

Badearzt: Dr. Wilh. Frech. — Eigenth.: Gebr. Noek.

452|7.5

Heilanstalt für Hautkranke
in schönst. Lage. Gr. Garten. Comf. Einrichtung.

Heidelberg Prospekte frei.
Dr. A. Sack.

463|14.3

Sanatorium Böblingen bei Stuttgart

*für tuberkulöse Kranke, vornehmlich
für Tuberkulose der Drüsen, Knochen und Gelenke,
der Unterleibsorgane etc.* Das ganze Jahr geöffnet. Prospekt auf Wunsch.

Besitzer und ärztlicher Leiter: Dr. C. Kraemer.

Spezialeinrichtungen für Kinder.

470|10.2

Kaiser Friedrich Quelle

**Natron-Lithion-Quelle I. Ranges.
Gegen Gicht und Rheumatismus.**

Mit natürlicher Kohlensäure verstärkt unvergleichliches Tafelwasser.

458|4.4

Kleines Pensionat für Schulkinder.

Gesunde freie Lage; grosser Garten. Die Kinder besuchen die Höhere Töchterschule und finden in meinem Hause sorgfältige Pflege und Erziehung. Ueberwachung der Schularbeiten. Mässige Bedingungen. Gute Empfehlungen.

465|3.3

Fräulein Cathiau, Lahr (Baden), Hochstrasse.

Assistenzarzt-Stelle.

Die Stelle eines Assistenzarztes im hiesigen städtischen Krankenhaus, mit welcher ein Gehalt von 1200 M. neben freier Station (Kost und Logis) verbunden, ist auf 1. August d. J. anderweit zu besetzen.

Die Herren Bewerber wollen ihre Meldungen unter Vorlage der Zeugnisse innerhalb drei Wochen bei der unterzeichneten Stelle einreichen.

Pforzheim, den 18. Juni 1901.

Der Stadtrath.

469|2.2

Habermehl.

Frey.

Sanatorium Wehrawald

490]6.3



Hauptgebäude
und Doctorhaus.

b. Todtmoos im südl. bad. Schwarzwald, Station Wehr
(Bahnlinie Basel-Schopfheim-Säckingen), 861 m ü. d. M.

Neuerbaute Heilanstalt f. Lungenkranke

Sonnige, windgeschützte Lage, umgeben von prachtvollen
Tannenwäldungen.

Vollkommenste Hygiene. 100 Betten. Höchster Comfort.
Das ganze Jahr geöffnet.

Dirigirender Arzt: Dr. Lips, zuletzt II. Arzt an
Dr. Turban's Sanatorium Davos. Wirthschaftl.
Direktor: K. Jlli. Prosp. durch d. Direktion.

— Eröffnung: 1. Juli 1901. —

„Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“

Empfohlen bei **Nervenleiden** und einzelnen **nervösen Krankheits-
erscheinungen**. Seit 16 Jahren erprobt. Mit Wasser einer **Mineral-
quelle** hergestellt und dadurch von minderwerthigen Nachahmungen unterschieden.
In den Handlungen natürlicher Mineralwässer und in den Apotheken zu haben.

Bendorf am Rhein.

Dr. Carbach & Cie.

419]24.13

<p><i>Klimatischer Kurort bei Neuenbürg. Württ. Schwarzwald. 650 m ü. d. M. Prospekte gratis durch die Direktion H. Römpler.</i></p>	<p>Sanatorium Schömburg. Aelteste Heilanstalt Württembergs für Lungenkranke. <i>Angabe genauer Adresse unbedingt nötig!</i></p>	<p><i>Sommer- u. Winterkuren. Gleich gute Erfolge. Beste Verpflegung. Angenehmer Aufenthalt. — Mässige Preise. — Leitender Arzt Dr. Koen früh. in Falkenstein.</i></p>
--	--	--

437]18.7

BAD NAUHEIM.

Das Parkhôtel, in schönster und bester
Lage an den Quellen mitten im Park
gelegen, gewährt den Herren Aerzten
und deren Angehörigen, bei längerem Aufenthalt, besondere Vergünstigungen.

467]7.2

Donaueschingen (Baden)

700 Meter über dem Meere.

Soolbad und Höhenluftkurort.

Station der Schwarzwald- und Bregthalbahn. — Hôtels mit eigenen Badeanstalten und
Privatwohnungen, nach Auswahl, mässige Preise. Residenz des Fürsten zu Fürstenberg,
Schloss, grosser prachtvoller Park, reichhaltige Sammlungen. Schöne Spaziergänge in den
nahen Tannenwäldungen. — Gelegenheit zu Ausflügen nach dem Schwarzwald, auf den
Hohentwiel und die übrigen Höhgauerge, an den Bodensee und in die Schweiz. — **Auskunft**
durch den Gemeinnützigen Verein.

464]6.3

Baden-Baden.

424]24.13

Sanatorium Dr. Paul Ebers

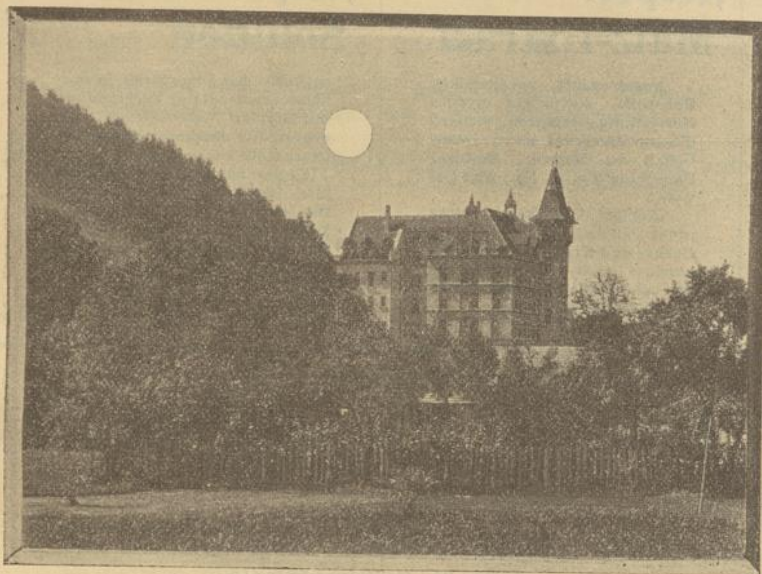
für innere und Nervenkrankte.

Das ganze Jahr geöffnet. — Näheres durch den Prospekt.

Dr. P. Ebers.

439]12.7

Sanatorium Nordrach, bad. Schwarzwald.
Heilanstalt für Lungenkranke
von Dr. Hettinger.



Sommer und Winter geöffnet und gleich stark besucht. Völlig geschützte Lage, mildes Gebirgsklima. Mit allem Comfort und den modernsten hygienischen Anforderungen entsprechenden Einrichtungen ausgestattet. Sorgsamste ärztl. Ueberwachung. 40 Betten, 3 Aerzte.

Sanatorium Schloss Hornegg

Station Gundelsheim a. Neckar. Linie Heidelberg-Heilbronn.

Leit. Arzt: **Dr. Römheld.**

Speciell eingerichtet für Ernährungstherapie. Wasserheilverfahren. Elektrotherapie. Massage. Gymnastik. Soolebadstation. Herrliche, ruhige Lage mit ausgedehnten Waldungen. Das ganze Jahr geöffnet. Prospekte.

432]18.8

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden

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

421]24.13

Sanatorium Quisisana Baden Baden

Für interne und Nervenkrankheiten:

Hofr. Dr. A. Obkircher, Gr. Badaarzt.

Dr. C. Becker, Hausarzt.

Für Frauenleiden u. chirurg. Erkr.:

Med.-R. Dr. J. Baumgärtner.

Dr. Hch. Baumgärtner.

Auskunft und Prospekte durch die Oberin und die Aerzte.

Das ganze Jahr geöffnet.

428]21.10



„Kepler“ Schutz-Marke.
Malz-Extract.

Ausgewählt vorzügliche Rohstoffe, sowie ein eigenes Herstellungsverfahren sichern diesem Praeparat einen vollen Gehalt an Diastase, Maltose, Phosphate (Ca. K. Na.) und Eiweiss.

„Kepler“ Malz-Extract wirkt nicht allein vortrefflich als Nachr- und Kraeftigungsmittel, sondern auch als Expectorans bei catarrhalischen Affectionen des Respirationstractus.

„Kepler“ Schutz-Marke
Solution

enthalt den Leberthran in feinsten molecularer Verbindung mit „Kepler“ Malz-Extract und uebertrifft deshalb aehnliche Praeparate bei weitem.

„Kepler“ Solution hat angenehmen Geschmack, beeintraehtigt die Verdauung in keiner Weise und sichert die Absorption des Leberthranes in bisher nicht gekanntem Maasse. Mit grossem Erfolg angewandt bei Scrophulose und Rhachitis.

Fabricirt von

Burroughs Wellcome and Co.

Snow Hill Buildings, London.

Vertreten durch

Linkenheil und Co.

Berlin W., Genthinerstrasse 19.

**Wein mit Fleisch
und Eisen (B.W. & Co.)**

Ein ganz ausserordentlich appetitanregendes, naehrendes u. kraeftigendes Mittel von ausgezeichnetem Wohlgeschmack.

Mit Erfolg angewandt bei anaemischen und chlorotischen Zustaaenden, in der Reconvalenscenz und Kinderpraxis. Ein Essloeffel enthaelt den Nachrwerth von 30 gr. Fleisch mit 0.25 Ferr. citr. ammon.

P 2

„Hazeline“ Schutz-Marke.

ist ein aus der Rinde der Hamamelis Virginica dargestelltes Destillat, welches seines schmerzlindernden Einflusses wegen bei allen schmerzhaften Affectionen, Verbrennungen, Contusionen, Abschorfungen etc. angewandt wird. Haemorrhoidenschmerzen schwinden bald durch Auflegen von Verbandwatte, welche man mit „Hazeline“ getraenkt hat.

422|15.5