

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1902

4 (28.2.1902)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

Erscheinen 2mal monatlich.

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

Beilagen:
Preis je nach Umfang.

Einzelne Nummern:
20 Pf. incl. Francozustellung.

aus und für Baden.

Jahres-Abonnement:
4 M. 75 Pf.
excl. Postgebühren.

Für Mitglieder der bad.
ärztlich. Landesvereine,
welche von Vereins
wegen für sämtliche
Mitglieder abonniren,
— 3 M.
incl. Francozustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Redaction: Dr. Bongartz in Karlsruhe.

Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

LVI. Jahrgang.

Karlsruhe

28. Februar 1902.

Amtliches.

Die Bekämpfung der Tuberkulose der Menschen betreffend.

Die Grossherzoglichen Bezirksärzte und Bezirksassistentenärzte werden auf die in der nächsten Nummer des Gesetzes- und Verordnungsblattes erscheinende Verordnung in obigem Betreff besonders hingewiesen. Nach dieser Verordnung sind nicht nur, wie dies bereits in dem Erlasse vom 10. März 1899 Nr. 37083 bezüglich der Lungenschwindsucht angeordnet war, die Leichenschauer verpflichtet, Todesfälle an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht dem Bezirksamte anzuzeigen, sondern es sind nunmehr auch die praktischen Aerzte für verpflichtet erklärt worden, in gewissen, ein sanitätspolizeiliches Einschreiten ganz besonders rechtfertigenden Fällen — vergleiche § 2 der Verordnung — von Erkrankungen an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Anzeige an das Bezirksamt zu erstatten, welches sodann im Benehmen mit dem Bezirksarzte die nach Lage des Falles erforderlichen sanitätspolizeilichen Massnahmen anzuordnen hat. (§ 3 der Verordnung.)

Wir werden durch Abdruck der Verordnung und dieses Erlasses in den >Aerztlichen Mittheilungen für Baden< dafür sorgen, dass die praktischen Aerzte von dieser Erweiterung des Kreises der anzeigepflichtigen Krankheiten Kenntniss erhalten. Soweit dies erforderlich erscheint, sind die praktischen Aerzte aber auch dortseits auf die neuen Vorschriften hinzuweisen und zu der im Interesse einer wirksamen Bekämpfung dieser verderblichen Volkskrankheit so wichtigen pünktlichen Beachtung derselben aufzufordern. Für die Anzeigen an das Bezirksamt sind die seither üblichen Anzeigekarten für die Aerzte zu verwenden, denen bis zu einem Neudruck der Formulare, bei dem auch die Tuberkulose auf dem Vordruck berücksichtigt werden wird, ein bezüglicher Vermerk (Tub.) jeweils handschriftlich beizusetzen ist.

Im Hinblick auf die seither mit der Desinfektion durch die Angehörigen des Kranken gemachten ungünstigen Erfahrungen ist nunmehr vorgeschrieben, dass die Desinfektion durch den für die Gemeinde aufgestellten Desinfektor zu erfolgen hat, wobei jedoch eine Mitwirkung der Angehörigen des Kranken aus Gründen der Kostenersparnis oder wegen der nach den Umständen des Falles gebotenen besonders schonlichen Behandlung des Mobiliars etc. nicht ausgeschlossen sein soll. Im Hinblick hierauf wird der Bestellung und Ausbildung zuverlässiger

Desinfektoren künftighin Seitens der Herren Bezirksärzte noch mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden sein, als dies seither schon geschehen ist; insbesondere wird rechtzeitig für den Ersatz ausscheidender und für die Stellvertretung erkrankter Desinfektoren zu sorgen sein.

In dem zu Folge des Erlasses vom 10. Juni 1899 Nr. 15 454, die Medizinalstatistik betreffend, vorgeschriebenen Formular I über die Morbidität an anzeigepflichtigen Krankheiten sind künftig auch die zur Anzeige gelangten Fälle von Lungen- und Kehlkopfschwindsucht zu verzeichnen, zu welchem Zwecke eine besondere Spalte anzulegen ist; auch ist in Formular II der Vordruck der Spalte 15 (Lungenschwindsucht) in Lungen- und Kehlkopfschwindsucht zu ändern.

Karlsruhe, den 30. Januar 1902.

Grossherzogliches Ministerium des Innern.
Schenkel.

Vdt. Conradi.

Verordnung.

(Vom 30. Januar 1902.)

Die Bekämpfung der Tuberkulose der Menschen betreffend.

Auf Grund der §§ 85 und 87a des Polizeistrafgesetzbuchs wird verordnet, was folgt:

§ 1.

Die Leichenschauer sind verpflichtet, jeden Todesfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht alsbald nach Vornahme der ersten Leichenschau dem Bezirksamt mittels der ihnen vom Bezirksarzte zu liefernden Anzeigekarten anzuzeigen.

§ 2.

Die Aerzte haben jeden Fall, in welchem ein von ihnen behandelter, an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter seine Wohnung wechselt oder in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, ferner jeden Fall von Erkrankung an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht bei einer in einer Schule oder Erziehungsanstalt und den dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnenden Person dem Bezirksamt mittels der ihnen vom Bezirksarzte zu liefernden Anzeigekarte alsbald anzuzeigen.

§ 3.

Das Bezirksamt hat auf die erhaltene Anzeige hin bei Todesfällen sowie beim Wohnungswechsel von Erkrankten die Desinfektion des Krankenzimmers, bei Todesfällen auch des von dem Kranken benützten Bettes, der Kleider, Leib- und Bettwäsche sowie der Gebrauchsgegenstände des Kranken und der Einrichtungsgegenstände des Krankenzimmers auf Grund der §§ 85 und 87 des Polizeistrafgesetzbuchs nach Massgabe der angeschlossenen Anweisung anzuordnen und mit der Ueberwachung das Bürgermeisteramt als Ortspolizeibehörde zu beauftragen.

Die Desinfektion hat durch den für die Gemeinde aufgestellten Desinfektor unter geeigneter Mitwirkung der Angehörigen des Kranken zu erfolgen.

Bei den nach § 2 anzeigepflichtigen Erkrankungsfällen ohne Wohnungswechsel hat das Bezirksamt die erforderlichen Vorkehrungen zur Verhütung einer Verbreitung der Krankheit im Benehmen mit dem Bezirksarzt zu treffen, Belehrungen zu erlassen etc. Sofern sich nicht auf andere Weise Abhilfe

treffen lässt, etwa durch Absonderung des Kranken etc., ist nöthigenfalls die Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus herbeizuführen.

§ 4.

Die Desinfektion hat nach der anliegenden Anweisung zu geschehen, bei Todesfällen alsbald nach der Beerdigung beziehungsweise der Ueberführung der Leiche in die Leichenhalle, bei Erkrankungsfällen alsbald, nachdem der Kranke seine bisherige Wohnung verlassen hat.

§ 5.

Die Desinfektion erfolgt auf Kosten der Gemeinde vorbehaltlich des Ersatzes durch die Betheiligten.

§ 6.

Der Vollzug der angeordneten Desinfektion ist von der Ortspolizeibehörde dem Bezirksamt zu bestätigen.

Karlsruhe, den 30. Januar 1902.

Grossherzogliches Ministerium des Innern.
Schenkel.

Vdt. Dr. Scheffelmeier.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Hydrops hypostrophos, Urethritis non gonorrhoeica, Perityphlitis, Pyonephrose.

Vortrag, gehalten am 18. Dezember 1901 im Verein Karlsruher Aerzte, von Dr. Bloß.

(Schluss.)

II. Urethritis non gonorrhoeica.

Vor einigen Monaten hatte ich Gelegenheit, bei einem Kollegen eine Urethritis zu beobachten, deren Aetiologie uns ziemlich räthselhaft geblieben ist. Der betreffende Kollege ist verheirathet, Vater gesunder Kinder; Frau gesund. Gonorrhoe hatte niemals bestanden. Eines Tages trat plötzlich Harndrang auf, Schmerzen beim Wasserlassen in der Fossa navicularis und nach etwa 10 Stunden auch spontane Schmerzen in der Harnröhre mit fortwährendem Drang zum Wasserlassen; im Allgemeinen Abgeschlagenheit und Mattigkeit. Keine Temperatursteigerung während des ganzen Verlaufes der Krankheit. In der Nacht des ersten Krankheitstages zunehmende Schmerzen und alle Viertelstunde unter heftigen, in die rechte Lendengegend ausstrahlenden Schmerzen Entleerung einiger Tropfen Urins. Am zweiten Krankheitstag seroöser, leicht haemorrhagischer Ausfluss mit Fortbestehens des Harndrangs und des Dysurie. Im Urin mässiger Eiweissgehalt. Nacht schlaflos, nur absolute Ruhe und Eiswasserumschläge um die Harnröhre mildern die Schmerzen; Diät und Balsamica innerlich. Am dritten Krankheitstag beginnt die Schleimhaut der Pars anterior sich in Fetzen abzustossen, daneben rein blutiger Ausfluss. Auch die dritte Nacht wird schlaflos zugebracht. Am vierten Tag Nachlass der haemorrhagischen Sekretion unter Schmerzen. Am fünften Tag Eintritt rein eitrigiger Sekretion, noch mit vielen Fetzen und Filamenten im Urin; weiterer Nachlass der Schmerzen. Am sechsten Tag Uebergang des eitrigigen Ausflusses in seröse Sekretion, Abnahme des Harndrangs beim Uriniren und zwar nur am Schluss der Harnentleerung noch starkes Brennen. Am siebenten Tag Aufstehen mit Suspensorium, Wohlfinden; der Harn bleibt jedoch noch einige Tage trüb und reich an Filamenten.

Was nun die Natur dieser so vehement auftretenden Entzündung anbelangt, so haben wir in jedem Stadium derselben nach den Erregern derselben gefahndet und im Stadium der Eiterung auch reichlich Kokken gefunden, die extracellulär lagen und zu rasenartigen Gebilden zusammengeballt waren. Sie hatten die meiste Aehnlichkeit mit Staphylokokken. Der Gonokokkus war sicher nicht vorhanden. Schliesslich fanden wir nur zwei Möglichkeiten eines Infektionsmodus. Die Frau des Patienten befand sich 4 Monate post partum. Nun habe ich bei Lesser eine Angabe gefunden, wonach im frühen Verkehr nach dem Wochenbett, ähnlich wie bei dem Verkehr während der Menstruation, derartige Urethritiden vorkommen sollen. Wir müssten dann annehmen, dass die Vaginalsaprophyten zu dieser Zeit noch eine erhöhte Virulenz zum Schutze des oberen Genitalschlauches besässen und im Stande wären, eine Urethritis hervorzurufen; möglicher Weise könnte diese Fähigkeit auch ihren Stoffwechselprodukten zukommen. Jedenfalls glaube ich nicht, dass das Vaginal- und Uterindrüsensekret als solches auf rein chemischem Wege derartige fondroyante Entzündungen hervorzurufen im Stande ist; aber möglich wäre es, dass die veränderten Sekrete auf die Virulenz der Vaginalkeime eine Einwirkung besässen.

Eine zweite Möglichkeit der Infektion lag vor in einer eben abklingenden Furunkulose der Glutealgegend des Patienten. Sie hatte bis dahin bereits 6 Wochen bestanden. Die Gefahr einer Autoinfektion empfindlicher Theile lag immerhin noch vor. Merkwürdig bleibt nur, warum nicht früher die Infektion eingetreten ist. Vielleicht wirkten die beiden angeführten Möglichkeiten auch zusammen, indem die erstere eine Disposition für die zweite, die Ansiedlung der Furunkelstaphylokokken schaffte.

Die Prognose der Erkrankung ist gut. Bei einfacher, ruhiger Haltung verschwindet die Entzündung in spätestens 8 Tagen. Gleichgiltig ist sie aber keinesfalls; denn man hat Nebenhodenentzündung und selbst Blasenkatarrhe solchen nicht gonorrhöischen Urethritiden folgen sehen.

Nahe liegt eine Verwechslung mit Tripper, die einem bei nicht ganz einwandfreier Anamnese leicht passiren kann. Selbst die mikroskopische Untersuchung kann im Stiche lassen; Bockhardt hat solche Fälle beschrieben, wo sich bestimmte, von den Gonokokken nur durch ihre geringere Grösse und schwerere Färbbarkeit unterscheidende Kokken nachweisen liessen, die durch Ueberimpfung von Reinkulturen wieder eine einfache Urethritis hervorriefen. Nach Lesser ist jedoch anzunehmen, dass nicht nur ein bestimmter Mikroorganismus im Stande ist, derartige Urethritiden hervorzurufen. Differenzialdiagnostisch in Betracht kommen besonders zwei Formen von Tripper, der sogenannte russische Tripper wegen seiner hämorrhagischen Sekretion und der croupöse Tripper wegen seiner Art der Schleimhautabstossung. Jedenfalls meinen die Spezialkenner, dass derartige Verwechslungen öfters vorkommen und dann dazu führen, als »glänzende Kuren« den Ruhm des Arztes zu verbreiten.

III. Perityphlitis.

Des Weiteren möchte ich über zwei Fälle von Appendicitis berichten, die in ätiologischer, diagnostischer und prognostischer Hinsicht einige Beachtung verdienen. Die Krankengeschichte des einen Falles ist kurz folgende:

B. F., 17 Jahre altes Mädchen. Familienanamnese, hinsichtlich Appendicitis und Rheumatismus, negativ. Bis vor drei Wochen gesund gewesen, wo sie an akutem Gelenkrheumatismus erkrankte, der sehr schmerzhaft und hartnäckig verlief, auf Salicyl langsam, aber deutlich reagirte. Am Herzen, ausser

Pulsbeschleunigung, nichts nachweisbar. Am Ende der dritten Woche, als die Schmerzen beinahe verschwunden waren, stand Patientin wider Verbot auf. Am zweiten Tage (30. Oktober 1901) nach dem vorzeitigen Aufstehen, während Patientin im Uebrigen noch strenge Diät beobachtete, im Verlauf des Nachmittags plötzliches Auftreten heftiger Leibschmerzen mit Erbrechen, Kopfschmerzen und Schüttelfrost. Ich möchte hinzufügen, dass Patientin früher nie über Leibschmerzen zu klagen hatte, und der Stuhlgang stets regelmässig gewesen war, obwohl die Appendicitis nach dem Operationsbefund schon jahrelang vorbereitet gewesen sein musste. Nur bei der Menstruation, die seit zwei Jahren besteht, waren stets, und zwar gleich bei der ersten Regel heftige Leibschmerzen aufgetreten, die wahrscheinlich auf die bestehende, latente Wurmfortsatzentzündung zurückzuführen waren. Denn erstens entsteht die gemeine Dysmenorrhoe junger Mädchen meist erst nach einigen schmerzlosen, initialen Regeln, während in unserem Fall sofort in der ersten Periode mit der Hyperämie des kleinen Beckens, mit dem ja der Wurmfortsatz in direkter, anatomischer Gefässverbindung steht, die Leibbeschwerden auftraten und auf eine schon bestehende Anomalie der Unterleibsorgane hinwiesen; und zweitens war die erste Periode nach der Entfernung des Wurmfortsatzes absolut beschwerdefrei.

Die Untersuchung des kräftigen, wohlgebauten Mädchens ergab nun eine akute Appendicitis mit 38° Temperatursteigerung, entsprechendem regelmässigen Pulse, weichem linksseitigem Leibe, freiem Douglas, und, worauf ich den grössten Werth legen möchte, noch wenig ausgeprägter, aber deutlicher Dieulafoy'scher Schmerztrias (Haut-, Muskel-, Peritonealschmerz). Der rechte M. rectus war bretthart gespannt, auf Druck mässig empfindlich, die rechte Seite blieb bei der Athmung zurück. Bei tieferer Palpation erhöhte Druckempfindlichkeit, vor Allem im Bereich des Colon ascendens, wo auch Dämpfung bestand, während über dem Coecum Darmschall vorhanden war; ausserdem bestand leichte Hyperaesthesie der Haut über dem schmerzhaften Bezirke gegenüber dem entsprechenden linkerseits. Wo diese Hauthyperaesthesie auftritt, ist nach Dieulafoy stets ein Eiterungsprozess in der Tiefe im Gange, die Prognose sehr dubiös und die Operation indicirt.

Das Allgemeinbefinden war jedoch in vorliegendem Falle nur so wenig gestört, eine beginnende, diffuse Peritonitis war sicher auszuschliessen, das Erbrechen hatte sistirt, die Zunge war feucht und wenig belegt, so dass ich Einläufe mit Olivenöl zur Darmentleerung, Alkoholumschläge um den Leib und völlige Nahrungsentziehung verordnete und abwartete.

Am zweiten Krankheitstage hatten die Schmerzen bedeutend nachgelassen, was auf Konto der Alkoholumschläge zu setzen war; Patientin hatte einmal erbrochen. Die Temperatur jedoch war um $1/2^{\circ}$ gestiegen ($38,5^{\circ}$), Puls 112, regelmässig und mittelkräftig. Winde gehen spontan ab. Dieulafoy'sche Trias noch deutlich.

Am dritten Krankheitstage ist die Temperatur wieder etwas gestiegen, zu $38,9^{\circ}$ in axilla. Es war bemerkenswerth, dass im Rectum die Temperatur um 1° höher war, was bei Fiebernden, bei denen die Differenz durchschnittlich kleiner ist als bei Gesunden, stets auf einen lokalen Entzündungsprozess in der Nähe des Rectums hinweist. Der Palpation im Rectum nach konnte es sich in unserem Falle nur um einen serösen Erguss, seröse Peritonitis des Douglas, handeln, zumal der übrige Leibesbefund sich eher gebessert hatte; die Druckempfindlichkeit war geringer geworden, die linke Leibeshälfte vollkommen frei, nur die Dämpfung im Bereich des Colon

ascendens war bestehen geblieben. Die Dieulafoy'sche Trias war weniger deutlich geworden, besonders die Hauthyperaesthesie hatte abgenommen. Im Allgemeinen dagegen machte der Zustand der Patientin einen etwas schwereren Eindruck wie am Tage zuvor, eine gewisse Euphorie war nicht zu verkennen. Aus diesem Grunde und weil Anfangs die Schmerztrias deutlich war, schlug ich die Operation vor. Sie wurde rundweg abgelehnt.

Am vierten Krankheitstag war der lokale Befund unverändert, der Prozess hatte sich in der Lumbalgegend lokalisiert. Dagegen war die Temperatur wieder gestiegen, Morgens betrug sie $38,0^{\circ}$ in der axilla, $39,2^{\circ}$ im Rectum; Abends 39° in der axilla, $40,5^{\circ}$ im Rectum. Die Zunahme der Differenz zwischen axilla und Rectum sprach für Weiterschreiten der Entzündung nach der freien Bauchhöhle zu. Heute öfteres Aufstossen, kein Meteorismus, Winde gehen ab, kein Stuhlgang. Im Allgemeinbefinden ist deutliche Verschlechterung eingetreten, es zeigen sich neben Euphorie Zeichen von Herzschwäche. Patientin wechselt öfter die Farbe, das Gesicht wird bald blass, bald bläulich marmorirt, Nase und Hände öfter kühl. Operation wiederum abgelehnt.

In der Nacht vom vierten zum fünften Krankheitstage Kollaps. Ich finde die Patientin stark benommen, mit kleinem, fliegendem Puls, schlaffen blassgelblichen Gesichtszügen; es war leichter Ikterus aufgetreten neben Dysurie und erneutem Erbrechen. Es war kein Zweifel mehr, dass die Peritonitis, und vor Allem die Sepsis einen drohenden Charakter angenommen hatte.

Nunmehr wurde der operative Eingriff zugegeben und am nächsten Morgen mit Assistenz des Herrn Kollegen Heidingsfeld ausgeführt in Atropin-Morphium-Aethernarkose im Hause der Patientin. Mit pararectalem Schnitt wurde die freie Bauchhöhle eröffnet, die mässig seröses Exsudat enthielt, das von der Lebergegend her schon trüb herabsickerte. Der Wurmfortsatz lag dreifach perforirt, in seinem mittleren Drittel gangränös und sequestriert in einem etwa hühnereigrossen Jaucheabscess hinter dem Colon ascendens. Er war circa 15 cm lang und sehr schwer und nur stückweise aus seinen vielen Verwachsungen auszugraben. Er war zwischen Colon und hinterer äusserer Bauchwand so versteckt, dass seine Entwicklung nur von seinem, in der freien Bauchhöhle liegenden basalen, gesunden Ende aus gelang, das vom Coecum abgetragen wurde und dann als Führer diente. Das distale Ende, das bis unter die Leber reichte, zeigte Schleimhautgeschwür und multiple, miliare Abscesse in der Submucosa. Im Eiter fand sich ein bohnengrosser Kothstein, der sein Lager wahrscheinlich in der mittleren, gangränösen Partie gehabt hatte, die im Uebrigen die unverkennbaren Zeichen alter Entzündungsprozesse aufwies: die Wand war dick, schwartig, brüchig, schlecht ernährt; dazu kommen die vielen alten Verwachsungen.

Der weitere Verlauf war, abgesehen von einer Herzkomplikation, günstig. In den ersten vierzehn Tagen traten regelmässig Anfälle von Herzschwäche auf; stets von leichter Temperatursteigerung und frequentem Puls begleitet; am zwölften Tag post operationem trat, während ich eben zum Verbandwechsel mich desinficirte, ein schwerer Kollaps auf: der Puls war an der Radialis nicht mehr zu fühlen, der Herzschlag mit dem Stethoskop unzählbar, Gesicht und Hände blass-cyanotisch und kühl. Auch dieser schwerste Anfall verlief günstig, und in der dritten Woche wurde die Herzthätigkeit besser und die Temperatur normal. In der vierten Woche steht Patientin auf, in der sechsten Woche ist die Wunde geschlossen, die Narbe fest, zeigt keine Neigung zum Bauchbruch.

Ich glaube mit ziemlicher Bestimmtheit annehmen zu dürfen, dass der Gelenkrheumatismus aetiologisch hier im Spiele war; ob er die Entzündungserreger direkt lieferte oder nur die alte Entzündung anfachte und über die Grenze des Wurmfortsatzes hinaus zum Ausbruch brachte, das wage ich allerdings nicht zu entscheiden. Jedenfalls auch hier wieder wie so oft: alte Veränderungen und eine akute Veranlassung mit initialer Perforation des Organs. Aber in anderer Hinsicht noch ist hier der akute Gelenkrheumatismus von Interesse. Es war zweifellos eine Myokarditis in seinem Verlauf eingetreten, ohne dass auffallendere Herzsymptome sich einstellten, bis die Perityphlitis hinzukam. Diese Myokarditis war Schuld an den schweren Herzsymptomen, und dem, in den ersten zwei Wochen sehr labilen Verlauf der Erkrankung Seitens des Wurmfortsatzes. Die beginnende Sepsis kann bei einem jungen, kräftigen Menschen, wie hier, nicht die Ursache so schwerer Herzschwäche sein. Ich habe in ähnlichen und viel schwereren Fällen von peritonealer Eiterung und Sepsis, die ich in hiesigen Krankenhause zu beobachten Gelegenheit hatte, und die ätiologisch von Gelenkrheumatismus unabhängig waren, niemals eine derartige Herzschwäche auch bei älteren und schwächeren Personen auftreten sehen. Da der Gelenkrheumatismus eine nicht allzu seltene Veranlassung zum Ausbruch der Appendicitis darstellt, so müssen wir, wenn er als akuter Vorläufer auftritt, besonders vorsichtig sein, und in zweifelhaften Fällen, je früher, desto besser, zum operativen Eingriffe schreiten, und alles, was das Herz sekundär schädigen kann, wozu neben der Eiterung auch die Nahrungsentziehung gehört, so bald wie möglich beseitigen. Sonst sind wir mit der Prognose noch schlimmer daran als dies jetzt schon der Fall ist.

Seit ich die Dieulafoy'sche Schmerztrias und ihre Bedeutung kenne, lehrt mich jeder neue Fall ihren Werth für Diagnose und Prognose mehr und unbedingter schätzen. Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, dass, ähnlich wie in dem eben geschilderten Falle, die Trias und besonders ihre wichtigste Komponente, die Hauthyperaesthesie, mit fortschreitender Sepsis und peritonealer Eiterung abnehmen, und schliesslich verschwinden kann, dass sie also nur ein initiales Symptom ist, d. h. zu einer Zeit auftritt, wo die anderen Symptome fast immer im Stiche lassen, wenn wir zu entscheiden haben, ob eine beginnende Eiterung vorliegt oder nicht. Von der Verlässlichkeit des Symptoms konnte ich mich besonders in einem Falle überzeugen, den ich im Frühjahr dieses Jahres zu operiren Gelegenheit hatte, wo ich noch nicht so viel Vertrauen zu dem Symptom besass, wie dies heute der Fall ist.

Die Krankengeschichte ist in ihren Hauptzügen die folgende: 32jährige Frau, dreimal geboren. Seit zwei bis drei Jahren unbestimmte Unterleibsbeschwerden, Aufgetriebenheit des Leibes, Obstipation. Vor zwei Jahren kurzer Anfall von Appendicitis. Seitdem viel Unbehagen im Unterleib, allmähliche Ausbildung eines hochgradig nervösen Zustandes. Am Morgen des 23. Mai 1901 beim Aufstehen kolikartige Leibschermerzen, die tagsüber sich steigerten, Durchfall, Harndrang, gegen Abend Schüttelfrost und anhaltendes Erbrechen. Befund: kräftige Frau; Adipositas des Leibes; eine genaue Palpation ist wegen der hochgradig reflektorischen Muskelspannung unmöglich. Bei der Athmung bleibt die rechte Seite zurück. Auch die beiden Lumbalgegenden sind druckempfindlich, rechts mehr wie links. Die Dieulafoy'sche Trias ist nicht vorhanden. Es besteht Peritoneal- und Muskelschmerz, aber keine Hauthyperaesthesie. Es ist auffallend, wie die schlaffe Haut und das Fettpolster des Leibes schmerzfrei sind bei der Palpation, wie man durch sie hindurchpalpiren kann, und in dem Moment, wo man auf die Muskulatur trifft, die Patientin aufschreit vor Schmerzen. Per rectum et vaginam sehr

schmerzhafter, aber nicht vorgetriebener Douglas. Temperatur in axilla $37,0^{\circ}$, im Rectum $38,6^{\circ}$, wiederum eine auffallende pathologische Differenz. Stündliche Messung ergab nun stetiges Steigen der Temperatur bis $38,6^{\circ}$ in axilla und $40,2^{\circ}$ im Rectum um 10 Uhr Abends bei Fortbestehen des Erbrechens, der Schmerzanfälle und eines mittelkräftigen, regelmässigen Pulses von 132.

Die Krankheit schien einen stürmischen Verlauf zu nehmen, war jedenfalls im äusseren Krankheitsbilde viel schwerer aufgetreten, als im vorhin beschriebenen Falle. Ich wurde mir nicht klar darüber, ob ich eine seröse Peritonitis nach akuter Appendicitis, oder eine eitrige Infektion des Bauchfells bei beginnender Gangrän des Wurmfortsatzes annehmen sollte. In dubio und bei dem bestehenden Recidiv entschied ich mich schliesslich für die Operation, die ich in derselben Nacht noch gegen 12 Uhr im Hause der Patientin vornahm.

Es ergab sich eine diffuse, seröse Peritonitis. Der entzündete Wurmfortsatz wird resecirt. Nirgends Verwachsungen. Der Proc. verm. war kurz und dick, die Wand derb, schwartig verändert, akut oedematos; Schleimhaut hochgradig geschwollen, zahlreiche Erosionen. Inhalt blutiger Schleim und flüssiger Koth. Die Temperatur fiel sofort ab, der Verlauf war reaktionslos, die Narbe wurde fest, heute noch kein Zeichen eines Bauchbruches. Allgemeinbefinden ungestört.

Hätte ich in diesem Fall auf die fehlende Hauthypraesthesia über die Ileocoealgegend das nötige Gewicht gelegt, so hätte ich trotz des stürmischen initialen Verlaufes sicher nicht in der Nacht operirt. Ob eine Operation im Verlauf dieses Anfalles nicht doch noch nöthig gewesen wäre durch Infektion des Exsudates nach fortschreitender Entzündung im Wurmfortsatze, ist eine andere Frage. Auf alle Fälle jedoch hätte ich der Frau wegen der chronischen Beschwerden und des Recidivs zu einer gemüthlicheren Operation am Tage gerathen.

IV. Pyonephrose.

Zuletzt möchte ich noch über einen Fall von Pyonephrose berichten. Familienanamnese ohne Belang. Bis zum 14. Jahre war die Patientin gesund. Damals bekam sie ihre erste Menstruation, und von da an datirt sie den Beginn ihres Leidens. Dasselbe fing an mit Schmerzen in den beiden Lendengegenden, Schwerathmigkeit, sich steigernd zu asthmatischen Anfällen; zu gleicher Zeit wurde der Urin trüb und ist dauernd trüb geblieben. Während der Regel und später während der Gravidität exacerbirten diese Symptome nicht nur, sondern wurden auch absolut schwerer und vergesellschafteten sich mit immer stärker werdenden Oedemen der Beine, die nach den ersten Schwangerschaften post partum wieder zurückgingen, nach den letzten aber persistirten und zu ulcera cruris führten. Mit 22 Jahren verheirathete sich Patientin und hat in 11 Jahren neunmal geboren. 3 Frühgeburten, 4 Kinder leben und sind gesund, 2 sind gestorben. Die Geburten der ausgetragenen Kinder sollen stets sehr schwer gewesen sein, nach Aussage des Arztes wegen Beckenverengung. Nach den ersten sechs partus stets gute Erholung. Schwinden der Oedeme bis auf geringes Anlaufen des linken Beines, Nachlassen der Schmerzen in den Lendengegenden und der asthmatischen Anfälle. Während der siebenten Schwangerschaft blutig-eitriger Harn und hohes Fieber. Damals schon rieth der Arzt zur Operation. Nach dieser Entbindung bestanden die Beschwerden auch post partum fort, Urin blieb dick, satzig und eiweissaltig. Viel Erbrechen während aller Schwangerschaften. Während derselben will Patientin stets an Fieber und Schweissen gelitten haben. Letzte Niederkunft im November 1900. Kind lebt und ist gesund. Am 20. November 1901

sah ich die Patientin zum ersten Mal. Vor fünf Wochen waren plötzlich heftige Schmerzen in der linken Seite und Schüttelfröste aufgetreten. Nach drei Wochen Bettlage Besserung. Nach drei Tagen wieder Schüttelfröste und Schmerzen, die bis zum Operationstage anhielten. Die Temperatur erreichte gegen Abend 40 bis 40,5° Celsius. Es bestand starker Urindrang, Brennen beim Wasserlassen, Eiterharn. Patientin war zweimal verheirathet; der erste Mann scheint gesund gewesen zu sein, der zweite Mann hat Gonorrhoe.

Der Befund war folgender: Mässig abgemagerte Frau. Brust und Genitalorgane ohne pathologische Veränderung. Die linke Niere stellt einen, gut kindskopfgrossen Tumor dar, der vorn bis zur Mitte des linken M. rectus reicht, nach abwärts bis in die Höhe des Darmbeinkammes, nach oben unter dem Rippenbogen verschwindet, hinten die Lumbalgegend vortreibt. Fluktuation, Oberfläche uneben, starke Druckempfindlichkeit. Rechte Niere nicht vergrössert, Urinmenge normal, ca. ein Sechstel des Volumens sitzt als dicker Satz am Boden. Das Filtrat ist stark eiweisshaltig. Das Sediment enthält reinen Eiter neben spärlichen rothen Blutkörperchen-Schatten, keine Cylinder. Operation nach viertägiger Beobachtung (25. November 1901) im Hause der Patientin. Die Niere war total vereitert, nach jeder Richtung hin fluktuierend. Die rechte Niere musste also genügend secerniren, deshalb Extirpation. Starke Verwachsungen nach innen und oben. Das Peritoneum reisst 2 cm weit ein und wird sofort durch Naht geschlossen, vorgefallenes Netz abgetragen. Gefässe und Ureter isolirt abgebunden. Pamponade und Schluss der Wunde mit isolirter Muskel- und Hautnaht bis auf 2 Drainagestellen.

Der Verlauf war günstig, Temperatur fiel sofort ab und blieb normal. Der Urin war am Tag nach der Operation nicht nur an Menge genügend (1200 cbcm), sondern auch klar und zeigte nur Spuren von Eiweiss und Sediment, was auf eine noch bestehende Cystitis zurückzuführen war. Ende der dritten Woche steht Patientin auf, fühlt sich wohl, Oedeme der Beine sind nicht mehr aufgetreten. Appetit sehr gut.

Die extirpirte Niere zeigte das Bild einer vereiterten Hydronephrose. Es besteht ein weites Nierenbecken, mit dem eine Reihe von wandständigen Kammern durch kleinere oder grössere Oeffnungen communicirt. Dadurch hat der Sack nach aussen ein gelapptes Aussehen. In einzelnen Kammern sieht man deutlich frische Entzündung der Wand mit diphtheritischem, grünlich-gelblichem Belag.

Merkwürdig war das Verhalten des Ureters. Er war durchgängig und doch gehörte ein enormer Druck dazu, um aus dem Sack Eiter durch ihn hindurchzupressen, sonst hätte sich der Sack bei der Operation zum grössten Theil entleeren müssen. Wahrscheinlich war in Folge der Schleimhautschwellung eine Art Klappenventil entstanden.

Was nun die Entstehung dieser Pyonephrose betrifft, so dürfen wir ziemlich sicher eine primäre Hydronephrose annehmen, vielleicht kongenitaler Natur, wofür die Lappung des Sackes spräche. Für die Hydronephrose sind dann gewöhnlich Abnormitäten im Verlaufe und in der Bildung des Ureters verantwortlich zu machen, die sich wahrscheinlich im Beginn der Menstruation zuerst geltend machten in Folge veränderter Cirkulationsverhältnisse, worauf der klinische Verlauf hinweist. Die schädigenden Einflüsse rasch sich folgender Schwangerschaften auf disponirte Ureteren haben dann das ihrige gethan, und eine wahrscheinlich gonorrhoeische Infektion bildete den Abschluss in der Aetiologie.

Aus dem Vereinsleben.

Staatsärztliche Vereinsversammlung.

Am 1. Dezember 1900 zu Offenburg.

Anwesend 43 Mitglieder, entschuldigt 20.

Das Hauptinteresse erweckte der Vortrag des Herrn Professor Schottelius über die Pest, die er im Auftrage der Regierung im verflossenen Frühjahr durch eigene Anschauung in Indien, besonders in Bombay, kennen zu lernen Gelegenheit hatte, und der es verstand, seine Reiseerlebnisse, Beobachtungen der gesunden und kranken Menschen, seine gründlichen Erforschungen und reichen Erfahrungen über die Krankheit, über deren Ursachen, Erscheinungen und Wirkungen in anschaulichen klaren Bildern wiederzugeben, deren Verständniss noch durch zahlreiche photographische Abbildungen der Gegenden, der Bevölkerung, der Kranken und der Spitäler unterstützt wurde. Wir entnehmen dem Vortrage Folgendes: Die Pest ist einheimisch in 3 Gegenden der Erde: in Indien am Himalaya, in Sibirien und in Ostafrika, wo sie durch die klimatischen Verhältnisse des Bodens entsteht. In Indien war z. B. in den letzten 8 Jahren kein Tropfen Regen gefallen. Gewöhnlich geht einer Pestepidemie unter den Menschen ein Sterben unter den Beutelratten voraus und werden hauptsächlich ausgehungerte, körperlich abgeschwächte Menschen befallen. Eintrittspforte für den Pestbazillus bilden in der Regel kleine Hautverletzungen, Schrunden, Kratzer. Es bildet sich dann eine graue, entzündete Pustel, Fieber, Anschwellung, Schmerzhaftigkeit der Lymphdrüsen (Bubonen), die Sprache verlangsamt sich, es stellt sich ein besonderer Wandertrieb ein und erfolgt der Tod unter typhusähnlichen Erscheinungen.

Die Ansteckungsgefahr ist für den unverletzten Menschen bei Vorsicht nicht gross, und die Europäer in Bombay lebten ganz unbesorgt. Pestpneumonie ist sehr selten.

Rechnungsablage: Kassenbestand 522 Mark 49 Pfennig, dazu 19 Mitgliederbeiträge 182 Mark = 704 Mark 49 Pfennig. Davon gehen ab die Ausgaben 1899/1900 mit 20 Mark 49 Pfennig, bleibt Kassenbestand 684 Mark.

Versammlung vom 20. April 1901 in Offenburg.

Anwesend 46, entschuldigt 12.

Von Obermedizinalrath Hauser wurde gesprochen über Kindersterblichkeit, die jedes Jahr im Spätsommer eine Menge Kinder durch Darmkatarrhe dahinrafft. Als eine Ursache wurde die Beschaffenheit der Milch nach dem Genusse verschiedener Kleearten (auch von Herbstzeitlose) angenommen. Von Medizinalrath Kugler wird der Entwurf einer Gesetzesvorlage, betreffend Diäten, Reisekosten etc. etc. der Beamten, besprochen, von Obermedizinalrath Hauser Erläuterungen und Mittheilungen über den Vollzug des Impfgesetzes und von Geheimerath Battlehner über die Abänderung der Dienstweisung für die Hebammen gegeben, welche jetzt statt des giftigen Karbols den Liquor Kresoli saponat. erhalten sollen.

In der

Versammlung vom 7. November 1901 zu Offenburg,

die besucht war von 28 Mitgliedern, wurde zuerst der Geschäftsbericht 1900/1901 erledigt. Der Kassenbestand war 684 Mark. Dazu kommen Beiträge von 100 Mitgliedern 200 Mark = 884 Mark. Davon gehen ab die Ausgaben mit 132 Mark, bleibt Kassenvorrath 752 Mark; Mitgliederbestand 100. Es wurde beschlossen, eine Summe auf einer Sparkasse anzulegen.

Hierauf hält Medizinalrath Kürz einen sehr gediegenen Vortrag über: »Alkohol und Hygiene«, in welchem die nachtheiligen Folgen des häufigen Alkoholgenußes auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Menschen hervorgehoben und die Versammlung schliesslich ersucht wird, die von Kürz aufgestellten Sätze zu den ihrigen zu machen. — Bei allem Beifall für die Richtigkeit der Sätze wurde es jedoch für bedenklich und verfrüht gehalten, wenn der Verein als solcher für sie eintrete, und, eingedenk der guten Dienste, welche manchem Kollegen der Alkohol schon geleistet, wurde beschlossen, die Beschlussfassung auf eine spätere Sitzung nach vorangehender gründlicher Vorbereitung und Erwägung der Frage zu versparen.

Es wurden ferner die neuen Vorschriften über den Gehalt der Milch zur Kenntniss genommen, ferner dem Antrage des Grossherzoglichen Ministeriums des Innern über die Mitwirkung der Aerzte als Leichenschauer gegen entsprechende Bezahlung zugestimmt und die Betheiligung des Staatsärztlichen Vereins am 50 jährigen Regierungsjubiläum des Grossherzogs der Besprechung in einer im Februar abzuhaltenden Sitzung vorbehalten.

Brauch.

Bücherschau.

Handbuch der physikalischen Therapie, herausgegeben von Goldscheider & Jakob. Theil II. Bd. 1. Leipzig bei Georg Thieme. 478 S. Mk. 12.

Der 2. Theil des bedeutenden Werkes behandelt die spezielle physikalische Therapie der einzelnen Erkrankungen in einer Reihe von Einzelabhandlungen verschiedener Autoren.

Die physikalische Therapie der Hautkrankheiten hat Kopp-München bearbeitet, der Erkrankungen der Muskeln Mann-Breslau und Friedländer-Wiesbaden, von dem auch das Kapitel über die physikalische Therapie der Gicht stammt. Die Infektionskrankheiten haben Koht-Strassburg und Rump-Bonn, die Stoffwechselkrankheiten Eichhorst-Zürich, Weintraud-Wiesbaden und Lazarus-Berlin, die Krankheiten des Tractus respiratorius Friedrich-Kiel, Gutzmann-Berlin, Fränkel-Berlin, Egger-Basel und Renvers-Berlin behandelt.

Auf den Inhalt der einzelnen Kapitel näher einzugehen, müssen wir uns hier versagen, wollen jedoch nicht unterlassen, die ausserordentlich reiche Fülle praktischer und klinischer Erfahrung hervorzuheben, die in ihnen niedergelegt ist. Besonders wohlthuend berührt auch die Reserve, welche die einzelnen Autoren sich in der Beurtheilung der Wirkungen der verschiedenen physikalischen Heilfaktoren auferlegt haben, und die strenge Kritik, durch welche eine Ueberschätzung derselben vor Allem auf Kosten der medikamentösen Therapie vermieden wird. Einzelne Autoren haben allerdings den Begriff der physikalischen Therapie sehr weit gezogen, und man kann wohl stark bezweifeln, ob die Serumbehandlung der Diphtherie, die Intubation, die Thorakocentese etc. hierher zu rechnen sind. Auch sind die einzelnen Abschnitte sowohl in Bezug auf die Ausführlichkeit der Darstellung, wie auf die Ausstattung mit Illustrationen ziemlich ungleichmässig gehalten, Alles in Allem aber bietet der vorliegende Band für Jeden, der sich über Anwendungsweise und Bedeutung der physikalischen Therapie der besprochenen Krankheiten unterrichten will, eine Fülle der Anregung und Belehrung, wie sie bis jetzt kein anderes Werk der medizinischen Literatur aufzuweisen hat.

B.

BADEN-BADEN

Kochsalzthermen mit hervorragendem Gehalt an Lithium und Arsenik 44—69° C.
Neue Grossherzogliche Badanstanlten

Friedrichsbad und Kaiserin Augustabad

517|7.1

während des ganzen Jahres geöffnet.

Musteranstalten von grösster Vollkommenheit und Eleganz. Thermalbäder, Mineral- und medicin. Bäder jeder Art. Fango-Behandlung, Kohlensaure Bäder, Elektrische Lichtbäder. Abtheilung für Kaltwasserbehandlung. Anstalten für mechanische Heilgymnastik (Dr. Zander) in beiden Bädern. Neues Inhalatorium bester Systeme. — Tallerman'sche Behandlung, Trinkkuren in der Trinkhalle (Hauptstollenquelle), ärztlich empfohlen gegen Gicht in allen Formen, Gries- und Steinbeschwerden, Nieren- und Blasenleiden und gegen chron. Katarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane. Mineralwasser und Quellsalze aller bedeutenden Heilquellen. Grossherzoglicher Badearzt. Privatanstalten für Thermalbäder, Privattheilanstalten jeder Art; Terrainkuren. Molkenanstalt. Milchkur. Versandt des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalleverwaltung. — Conversationshaus. Ausgezeichnetes Curorchester. Vergnügungen. Spiele und Kunstgenüsse jeder Art. Sommer- und Winter-saison. Vorzügliches Klima. — Weltberühmte Lage. Mittlere Jahrestemperatur + 8,97° C.

Arztstelle.

In der Lungenheilstätte Friedrichsheim-Marzell, Amt Müllheim, ist eine Arztstelle zu besetzen. Gehalt 1500 Mark mit Steigerung nach je einem Jahr um 300 Mark, vorerst bis zu 2400 Mark, ausserdem völlig freie Station (einschliesslich Wäsche und dergl.). Verpflichtung mindestens auf ein Jahr. Der Eintritt soll, wenn immer thunlich, auf 1. April 1902 erfolgen.

Meldungen unter Anschluss der Approbationsurkunden und kurzer Darstellung der persönlichen Verhältnisse und der bisherigen Thätigkeit wollen eingesendet werden an die
Landesversicherungsanstalt Baden in Karlsruhe.

516|2.1

Bekanntmachung.

An der Grossherzoglich Badischen Heil- und Pflgeanstalt bei Emmendingen ist eine

Hilfsarztstelle

zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station 1500 *M.* Psychiatrische Vorbildung ist nicht Bedingung. Bewerbungen an den Direktor

518|

Medizinalrath Dr. Haardt.

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir unser Lager von

Impressen zu Hebammentagebüchern

(Kopf- und Einlagebogen).

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

Notiz für die Herren Impfärzte!

Den Herren Impfärzten empfehlen wir unser Lager **aller** zum

Impfgeschäfte nöthigen Formulare.

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

Medizinal-Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einzig
natürlicher
Ersatz
für
Medizinal-
Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

499|12.2

Langjährig erprobt bei :

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis,
Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie,
partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus,
Heinrich Mattoni, Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.



DYNAMOGEN D. R. M. G.
2222

Organeisenhalt. aromat. Haemoglobin,

von Autoritäten anerkannt.

BESTER BLUTBILDNER!

Flac. 250,0 ca.

= 1.50 M.

Lose 100,0 = 60 Pfg.

Proben u. Literatur gratis.

LECITHOL [Organeisenhalt. aromat. Haemoglobin
mit Glycerinphosphorsäure]

gegen Constitutionsanomalieen auf nervöser Grundlage
beruhend, besonders gegen **NEURASTHENIE. MIGRAINE.**

NERVOSITAT. Flasche circa 250 gr. = 2.50 Mark Neuer Markt
KGL. 1784 PRIV. APOTHEKE SCHNEIDEMÜHL 24

496|12.2

Heidelberg

Heilanstalt für Hautkranke
in schönster Lage. Grosser Garten. Com-
fortable Einrichtung. Prospekte frei.

Dr. A. Sack. 509|38.2

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden.

Das ganze Jahr geöffnet. Drei Aerzte.

Auskunft und Prospekte durch

510|22.2

Medicinalrath **Dr. A. Frey** und **Dr. W. H. Gilbert.**

Für Aerzte von besonderer Bedeutung!
„THE PERFECTION“ GOLD FOUNTAIN PEN.



480]24.12

Taschen-Füllfederhalter mit Tinte gefüllt.

Die praktischste und beste Goldfüllfeder.

14 karätige Goldfeder mit Diamantspitze, garantiert haltbar für 10 Jahre.

Doppelte Tintenleitung führt die Tinte gleichmässig der Feder zu; immer schreibfertig; schreibt sofort, wenn die Feder angesetzt wird, ohne Kleckse. „THE PERFECTION“ schreibt elastisch, elegant, gleitet sanft auf dem Papier entlang. Wer mit dieser Feder schreibt, rührt nie mehr eine Stahlfeder an. Eine „PERFECTION PEN“ hält 10 Jahre, Stahlfedern werden fortwährend erneuert.

„The Perfection Pen“ steht einzig und allein da, als

die beste Goldfüllfeder der Welt.

Jede Feder ist garantiert für 10 Jahre.

Der Preis ist 6 Mark.

Bedeutend besser als diejenigen, welche mit 10 und 15 Mark verkauft werden.

Gegen Einsendung von 6 Mark

per Postanweisung, Banknote oder Reichspostmarken

sofort franko ins Haus gesandt

von der Fabrik

E. NEWBORGH & CO., 46 Southampton Buildings, London, W.C.

„The Globe“-Füllfeder in anderer Ausstattung kostet nur 3,50 Mark franko.

Baden-Baden.

495]24.4

Sanatorium Dr. Paul Ebers

für innere und Nervenranke.

Das ganze Jahr geöffnet. — Näheres durch den Prospekt.

Dr. P. Ebers.

Gicht

Bad Salzschlirf Bonifacius-Brunnen.

512]20.2

Rheumatismus, Steinleiden.

Prospecte, ein Heft Heilerfolge und Gebrauchsanweisung zur Trinkkur, welche, ohne das Bad zu besuchen und ohne Berufsstörung in der Heimath der Patienten, mit **grossem Erfolg** vorgenommen werden kann, werden kostenfrei versandt durch die **Bade-Verwaltung.**

Homburg v. d. H.

513]22.2

Sanatorium Villa Clara Emilia.

Kuranstalt für Magen- und Darmkrankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen.

Erstklassiger Comfort.

Das ganze Jahr geöffnet.

Besitzer und ärztlicher Leiter: **Dr. Curt Pariser.**



Sanatorium St. Blasien

im südl. badischen Schwarzwald.

Heilanstalt für Lungenkranke.

800 Meter ü. M.

486]12.9

Aerztlicher Leiter: **Dr. med. Albert Sander.**

In völlig geschützter, herrlicher Lage, umgeben von grossen Tannenwäldern, Waldliegehallen, Glashallen, Glasveranden etc.

Modernste Einrichtungen verbunden mit grösstem Komfort, Elektrische Beleuchtung, Centralheizung, Lift. Sommer und Winter gleich gute Erfolge. Näheres durch die Prospekte.

„Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“

Empfohlen bei **Nervenleiden** und einzelnen **nervösen Krankheitserscheinungen**. Seit 16 Jahren erprobt. Mit Wasser einer **kohlensauren Mineralquelle** hergestellt und dadurch für Verdauung und Stoffwechsel besonders bevorzugt. In den Handlungen natürlicher Mineralwässer und in den Apotheken zu haben.

Bendorf am Rhein.

Dr. Carbach & Cie.

494]24.4

Aerztliche Praxis,

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

500]24.4

Heilanstalt Kennenburg bei Esslingen, Württemberg,

489]24.7

für psychisch Kranke weiblichen Geschlechts.

Prospekte franco durch die Direktion.

Dr. Krauss.

Besitzer und Leiter: Hofrath **Dr. Landerer.**

Oeffentl. Chemisches Laboratorium Freiburg i. Br.

Vorstand: **Dr. Otto Korn**, approb. Nahrungsmittelchemiker.

506]2.3

Mikroskopische, bakteriologische und chemische Untersuchungen (Harn, Sputum, etc.)

„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 Nach- 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 desshalb aehnliche Praeparate bei weitem.

„Kepler“ Solution hat angenehmen Geschmack, beeinträchtigt 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 Zuständen, in der Reconvalensenz und Kinderpraxis. Ein Essloeffel enthaelt den Naehrwerth von 30 gr. Fleisch mit 0.25 Ferr. citr. ammon.

„Hazeline“ Schutz-Marke.

ist ein aus der Rinde der Hamamelis Virginica dargestelltes Destillat, welches seines schmerz-lindernden 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.