

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1902

19 (15.10.1902)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Inserate:

20 Pf. die Petitzeile, mit
Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:

Preis je nach Umfang.

Einzelne Nummern:
10 Pf. incl. Francozustellung.

Jahres-Abonnement:

4 M. 75 Pf.,
excl. Postgebühren.

Für Mitglieder der bad.
ärztlich. Standesvereine,
welche von Vereins-
wegen für sämtliche
Mitglieder abonnieren,
— 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

15. Oktober 1902.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Aus dem städtischen Krankenhause Karlsruhe.

Hundert Fälle operativ behandelter diffuser eitriger Peritonitis.

Von Professor Dr. B. von Beck.

(Schluss.)

Unendliche Aufmerksamkeit und Sorgfalt erfordert die postoperative Behandlung. Sie hat die Aufgabe, die Herzkraft zu heben und zu erhalten, ferner die septischen Stoffe aus dem Körper zu entfernen und die Darmthätigkeit zu regeln. Sie muss ihr Augenmerk darauf richten, weiter schreitende Entzündungen, Abscessbildungen rechtzeitig zu erkennen und zu beseitigen, Ileuserscheinungen möglichst zu bekämpfen.

Unsere Operirten erhalten mehrere Tage per os keine Nahrungsmittel, die Ernährung geschieht per Klyσμα 3 mal täglich; 2 mal des Tages Durst- klystiere von Kochsalzlösung mit Zusatz von Tinct. digital; zur Anregung der Diurese, zur Durchwässerung des Körpers werden reichlich subkutane Kochsalzlösungsinfusionen gemacht, bei besonders schwer septischen Fällen werden die Infusionen intravenös ausgeführt.

Zur Anregung der Darmthätigkeit erhalten die Kranken allabendlich Oel- klysmen zu 50 bis 150 ccm, das Oel wird die Nacht über im Darm behalten, Morgens Kamillenklystiere zu 250 ccm; bei fortgesetztem Aufstossen, Uebel- sein, Erbrechen 1- bis 2 mal täglich Magenausspülung. Zur Regelung der Peristaltik und zugleich auch schmerzlindernd gebrauchen wir Atropin subkutan oder als Belladonnastuhlzäpfchen. Wenn auf Atropin heftige Schmerzen nicht schwinden, dann wird dem Atropin Morphinum (0,01) zugesetzt. Nie wird Opium verabreicht, da es nur die Darmatonie vermehrt und so mehr schadet als nützt. Die Atropindosen betragen gewöhnlich 1 bis 3 mg pro dosi und werden 1 bis 2 mal pro die gegeben, in einzelnen Fällen noch häufiger, z. B. bei Ileusgefahr durch Darmatonie. Das Atropin bedingt eine geregelte Peristaltik, vermindert die durch die Darmatonie erzeugten Spannungsschmerzen, sowie die manchmal in einzelnen Darmabschnitten vorhandenen durch unregel- mässige stürmische Peristaltik und Antiperistaltik hervorgerufenen Koliken.

Bei dem Stadium der Ausheilung der Peritonitis droht ja oft die Gefahr des mechanischen Ileus durch die Verklebung von Darmschlingen, Verwachsungen und die dadurch erzeugten Darmknickungen, Kompressionen des Darmes mit relativer Stenose des Darmlumens, hier wirkt das Atropin auf die Darmarbeit fördernd, die Hindernisse überwindend. Wir unterstützen seine Wirkung bei Ileuserscheinungen noch durch Magenausspülungen und grössere Oelgaben 250 bis 500 ccm in den Magen durch die Schlundsonde. Bleiben trotzdem die Ileuserscheinungen bestehen, so wird operativ eingegriffen, die Darmobstruktionsstelle aufgesucht, gelöst oder an einer oberhalb dem Hinderniss gelegenen geblähten Darmschlinge eine Kothfistel angelegt. Spätabscesse zwischen den Darmschlingen, subphrenische Abscesse, Abscesse unter der Leber, im Douglas, wie sie manchmal im weiteren Verlauf noch vorkommen, müssen operativ frei gelegt und entleert werden.

Häufig entwickelt sich in den entzündeten Darmwänden des Ileums oder Coecums besonders bei den Peritonitisfällen älterer Natur mit multiplen Abscessbildungen noch partielle Gangrän der Darmwand mit Kothfistelbildung, die sich circa 8 bis 14 Tage post operationem geltend macht. Bei den Kothfisteln warte ich gewöhnlich Monate lang ab, ob sie sich von selbst schliessen; zeigen sie dazu keine Neigung, so werden sie freigelegt und zuerst durch Enterorrhaphie geschlossen; führt die Art des Schlusses nicht zum Ziele, recidiviren die Kothfisteln, so erfolgt die Radicaloperation in Gestalt der circulären Resection der die Kothfistel führenden Darmschlinge, wodurch man stets im Stande ist, die Kothfistel vollständig und dauernd zu beseitigen.

Das Leben des Patienten bedrohende Komplikationen sind noch Magen-Darmblutungen, Arrosionsblutungen grosser Arterien und Venen, Lungenembolien, Pleuropneumonien. Bei den Blutungen heisst es die Blutung stillen und den Blutverlust decken, ersteres geschieht durch 2 Prozent Gelatineinjektionen subkutan, innerlich oder per Klyisma Extr. fluid. hydrast. Canadensis, subkutan Ergotin; bei Blutungen durch Arrosion an operativ zugänglichen Stellen Tamponade oder Ligatur und Umstechung des blutenden Gefässes. Den Blutverlust suchen wir zu decken durch intravenöse Infusion von 1 bis 1½ Liter 0,6 procentiger Kochsalzlösung.

Bei Embolie, Pleuropneumonie ist hauptsächlich erforderlich, die Herzkraft zu heben, um das Herz leistungsfähig zu erhalten zur Ueberwindung der neu zugetretenen Widerstände. Hierbei leisten Digitalis und Kampher das Beste.

Die grösste Gefahr für den Kranken aber bilden immer die septischen Stoffe der peritonealen Eiterung und Jauchung, die Ptomaine der gestauten, sich zersetzenden Kothmassen, welche zusammen als die schwersten Herzgifte die oft rasche Erlahmung des zum Leben wichtigsten Organes herbeiführen.

42 unserer Fälle sind der Sepsis erlegen.

Komplikationen sind der postoperativen Behandlung erwachsen durch: Ileus 3 mal, intraperitoneale Spätabscesse 8 mal, darunter 3 subphrenische Abscesse, Kothfisteln 13 mal, davon heilten spontan 6, durch Enterorrhaphie wurden behandelt 4, davon recidivirten 2, Darmresection wurde 6 mal mit dauerndem Erfolg ausgeführt.

Magendarmblutungen fanden 4 mal statt, Thrombose der Ven. femoral 1 mal, Lungenembolie 2 mal, Pleuropneumonie 6 mal.

Unsere 100 Fälle weisen auf: 54 Heilungen, 46 Todesfälle; die Vertheilung von Genesung und Tod auf die einzelnen, die Peritonitis bedingenden Grundkrankheiten zeigt sich in folgender Tabelle:

Grundkrankheit.	Geheilt.	Gestorben.	Summe.
Perfor. ulc. ventric.	3	—	3
Perfor. ulc. duoden.	1	1	2
Perfor. vesic. fell.	1	1	2
Perfor. ilei et coli	1	5	6
Perfor. proc. vermif.	37	29	66
Erkrankung weibl. Genit.	8	3	11
Darmzerreissung	2	5	7
Harnblasenzerreissung	1	2	3
Summe	54	46	100

Welchen Einfluss der Zeitpunkt der Vornahme der Operation, vom Beginn der Peritonitis an gerechnet, auf die Zahl der Genesungen und Todesfälle ausübt, ist aus Folgendem ersichtlich:

Zwischen dem Zeitpunkt der Peritonitis und der Vornahme der Operation verstrichen:	Geheilt.	Gestorben.	Summe.
10—12 Stunden	8	6	14
24 „	17	1	18
2 Tage	16	6	22
3 „	12	12	24
4 „	1	21	22
	54	46	100

Wir sehen demnach günstige Erfolge durch die Operation bei den Fällen von Peritonitis auftreten, welche in den ersten drei Tagen nach dem Peritonitisbeginn in die chirurgische Behandlung kommen, und welche als Grundkrankheit einen entzündlichen Prozess mit oder ohne Organperforation des Magendarmkanals aufweisen. Weniger günstig liegen die Heilverhältnisse für die traumatischen Fälle der Peritonitis, besonders für die Darmzerreissungen, wenn sie auch frühzeitig zur Operation kommen. Von 23 Peritonitisfällen im Anschluss an entzündliche Prozesse des Magendarmkanales, die in den ersten 24 Stunden nach dem Einsetzen der Peritonitis operirt wurden, ist Keiner gestorben, sondern sind Alle genesen, während 9 traumatische Fälle in den ersten 24 Stunden post trauma operirt nur 3 Heilungen und 6 Todesfälle aufweisen. Es liegt dies darin begründet, dass bei der traumatischen Darmzerreissung die Zerreiassungsstellen des Darmes erheblich grössere Oeffnungen zeigen, als die entzündlichen Perforationsstellen, so den Peritonealraum rascher und mit grösseren Mengen virulenten Materiales des Darmkanales überschwemmen und zu einem rapideren Einsetzen, soartigem diffusen Ausbreiten der Peritonitis und intensiver Resorption ihrer septischen Stoffe führen. Dazu kommt noch der traumatische Shok, der meist eine tiefere und anhaltendere nachtheilige Wirkung auf das Herz und Centralnervensystem ausübt, als der Shok der Spontanperforation eines Geschwüres des Magendarmkanales. Kommt traumatische Peritonitis erst später als 24 Stunden nach ihrem Beginn in chirurgische Behandlung, so ist nur selten ein Heilerfolg zu erzielen. Bei den nicht traumatischen Fällen überwiegt bei zwei Tage nach dem Peritonitisbeginn erfolgter chirurgischer Behandlung der Peritonitis die Genesungsziffer noch die

Zahl der Todesfälle. Am dritten Tage nach Peritonitisbeginn zeigt die operative Behandlung Heilung und Tod gleichmässig vertheilt, und vom vierten Tag ab ist kaum mehr Hoffnung vorhanden, durch chirurgisches Eingreifen einen Fall zu retten, es sei denn eine Peritonitis progressiva purulenta chronica mit vielen Abscessbildungen.

Ungünstig sind die Fälle, bei welchen Peritonitis sich an Ileus anschliesst; diese Fälle kommen schon mit ihrem Ileus zu spät in operative Behandlung, geschweige denn mit der den Ileus komplizirenden Peritonitis. Das Herz ist schon zu vergiftet durch die Stoffe der Kothretention und wird noch völlig gelähmt durch die septischen Produkte der Peritonitis.

Günstige chirurgische Resultate aber liefern die Fälle, in welchen wir eine diffuse Peritonitis anschliessend an eine Perityphlitis in den ersten zwei Tagen nach Peritonitisbeginn operativ behandeln. Hierdurch sind wir im Stande, vielen Kranken den nahen Tod abzuwenden, da ja die Gangrän des Wurmfortsatzes mit Perforation oder das Empyem des Proc. vermif. die häufigste Veranlassung überhaupt für das Entstehen der diffusen Peritonitis bieten.

Unter unseren 100 Peritonitisfällen ist die Perityphlitis 66 mal die Ursache der Peritonitis gewesen, 62 mal unter dem Bilde der Gangrän des Wurmfortsatzes, 4 mal in Gestalt des Empyemes. Gangrän und Perforation traten in 47 Fällen im ersten Perityphlitisanfälle auf, 29 mal in Perityphlitisrecidiven, und zwar 8 mal im zweiten Anfall, 7 mal im dritten Anfall und 3 mal im vierten Anfall.

Die Perityphlitis-Peritonitisfälle, welche in den ersten 24 Stunden nach Beginn der Peritonitis operirt wurden, sind alle genesen, die am zweiten Tag operirt zeigten unter 12 Fällen 10 Genesungen, die vom dritten Tage wiesen in $\frac{3}{4}$ der Fälle Tod auf, und die vom vierten Tag erlagen stets rasch ihrer Sepsis. Von unseren 66 Perityphlitis-Peritonitisfällen sind 37 nur durch die operative Behandlung am Leben erhalten worden, 28 sind gestorben. Es ist also ein Heilresultat in 55 Prozent der Fälle erzielt worden.

Dies aber haben wir hierdurch erreicht, dass alle der Perityphlitis- oder der Wurmfortsatzkrankung verdächtigen Fälle, die in das Krankenhaus kommen, gleich auf der chirurgischen Abtheilung Aufnahme und Behandlung finden, conservative Behandlung, solange keine bedrohlichen Symptome bestehen, sofortige operative Behandlung aber, sobald Peritonitissymptome in Erscheinung treten oder Verdacht besteht auf Gangrän oder Empyem des Wurmfortsatzes. Das Abwarten, ob die Peritonitis spontan zurückgeht, womöglich sich das Peritonitisbild durch Opiumbehandlung des Patienten zu verschleiern, das sind Maassregeln, welche den Kranken dem Tode überliefern, indem der richtige Zeitpunkt des chirurgischen Handelns versäumt wird.

Wir müssen operativ eingreifen im Beginn der Peritonitis, nicht an ihrem Ende, wenn die Peritonitis als Schulfall mit hochgradigem Meteorismus, Dämpfung aller abhängigen Partien des Leibes, Kothbrechen und Cyanose des Gesichtes schon den Beginn der Agone darstellt. Wir brauchen nicht zu fürchten, dass wir durch ein operatives Eingreifen in den ersten Tagen der Peritonitisentwicklung dem Kranken schaden oder gar die Peritonitis verschlimmern, aber wir müssen uns Vorwürfe machen, wenn wir unter unseren Augen eine Peritonitis sich bis zum Höhepunkt entwickeln lassen und dann erst an chirurgische Hilfe denken, wenn die Prognosis pessima unabwendbar ist.

250 Fälle von Perityphlitis wurden die letzten vier Jahre von mir behandelt, darunter 100 konservativ, 150 operativ; unter den 150 zur Operation indizirten Fällen waren 66 mit diffuser Peritonitis komplizirt, und die 37 davon durch Operation geheilten Fälle waren in den 2 bis 3 ersten Tagen nach Beginn der Peritonitis operirt worden. Entweder waren es Fälle, deren Peritonitissymptome sich unter unseren Augen im Krankenhaus bei unseren Perityphlitis-kranken entwickelten, oder aber Fälle, zu denen ich ärztlicherseits zugezogen wurde bei Verdacht auf Peritonitis. Die spät operirten Fälle waren entweder vorher ohne ärztliche Behandlung gewesen, oder sie kamen auf der Höheentwicklung der Peritonitis als Schulfälle der leider noch zu sehr schablonenmässig gepflegten Opiumbehandlung zum Sterben in die Hände des Chirurgen.

Die Perityphlitisoperation darf nicht einseitig auf den »freien Intervall« oder den »Abscess« beschränkt werden, sondern soll rechtzeitig auch bei der Perityphlitis-Peritonitis zur Anwendung kommen, da durch ein Abwarten diese Fälle meist weder einen freien Intervall mehr erleben, noch Zeit haben, sich zu einem der Operation günstigeren Abscess umzuwandeln.

Die Prophylaxe einer diffusen Peritonitis aber besteht am besten darin, alle Fälle von Perityphlitis, bei denen Verdacht auf Gangrän und Perforation vorliegt, sofort im Anfall zu operiren und so für Entfernung des gefährlichen Krankheitsherdes durch die Resektion des gangränösen Wurmfortsatzes Sorge zu tragen.

Wir operiren im Anfall unter viel einfacheren und klareren topographischen Bedingungen, als zur Zeit der Peritonitis oder gar zur Zeit einer Abscessbildung und Abkapslung des Wurmfortsatzes, wo wir aus den Adhäsionen und Verbackungen des Netzes, der Därme, den Wurmfortsatz oft unter schwierigen Verhältnissen herausarbeiten müssen. Bei der Operation im Anfall finden wir den Wurmfortsatz meist nicht verwachsen oder rasch und gut isolirbar, besonders wenn wir nicht mit dem schrägen iliakalen Schnitt vorgehen, sondern die Bauchhöhle breit eröffnen am Aussenrand des rechtsseitigen Musc. rect. abdomin., sodass in die Mitte der Schnittlänge der Mac Burney'sche Punkt fällt. Durch diese Schnittführung kommen wir sofort auf das Coecum, und zwar nahe der coecalen Einmündungsstelle des Wurmfortsatzes. Suchen wir uns nun sofort diese Stelle auf und verfolgen den Wurmfortsatz von seinem basalen Theil an bis zu seiner Spitze, so werden wir stets den Proc. vermif. rasch in seiner ganzen Länge finden, isoliren und entfernen können, mag er eine Lage haben nach oben oder unten, oder innen, oder wie er will. Bei dem iliakalen Schrägschnitt und ungenügender Eröffnung des Peritonealraumes, der damit verbundenen geringen Uebersichtlichkeit des Coecums und beim Suchen des Wurmfortsatzes nach seiner Spitze ist es nicht zu verwundern, dass die Aufsuchung Mühe macht oder manchmal nicht gelingt.

Operationen im Anfall sind einfach und dauern kurz, Operationen beim Abscess oder chronisch entzündetem Gewebe gestalten sich komplizirt und nehmen oft viel Zeit in Anspruch. Nach der Operation im Anfall ist das Krankenlager kürzer, sind meist die Kräfte der Kranken vor der Operation noch nicht so reduziert. Beim Abscess sind die zu Operirenden schon an ein längeres Krankenlager gefesselt, die Körperkräfte sind meist wesentlich herabgesetzt, und nach der Operation reiht sich noch ein wochenlanges Krankenlager an. Die Behandlungsdauer des im

Anfall Operirten ist kürzer, seine Erholung rascher als die des im Stadium des chronischen Abscesses Operirten, und die Gefahr des operativen Eingriffes im akuten Perityphlitisfalle ist sicher nicht grösser, als die Gefahr im Stadium des Abscesses oder gar der fortgeschrittenen Peritonitis.

Unsere Behandlungsart des frischen Perityphlitisanfalles ist: Absolute Bettruhe, Nahrungsentziehung für mindestens 24 Stunden, warmer Spirituswickel um den Leib, bei Schmerzen und Koliken mehrmals täglich Belladonnastuhlzäpfchen zu 0,05, bei sehr starken Schmerzanfällen subkutan Morphium- (0,01) Atropin- (0,001) Injektion. Kein Opium, kein Abführmittel, sondern Abends Oelklysmen zu 50 ccm. Bestehen oder treten im weiteren Verlauf der nächsten Tage öfters Erbrechen auf, Spannung der Bauchdecken, Retentio urinae, oder bleibt das Fieber des ersten Anfallstages auch für die nächsten Tage vorhanden oder steigt gar noch, so ist der Verdacht auf Gangrän oder Empyem des Wurmfortsatzes berechtigt und kommt dann, wie oben ausführlich auseinander gesetzt, die operative Behandlung sofort in Anwendung.

Diejenigen Fälle aber, die nach dem ersten Anfallstage ein Herabgehen der Fiebertemperatur aufweisen, Nachlassen der Schmerzen und Schwinden der coecalen Resistenz zeigen, die werden weiterhin konservativ behandelt. Sie erhalten flüssige Kost, 12 Stunden nach den Oelklysmen kleine Kamillenklystiere von 100 bis 200 ccm und werden durchschnittlich drei Wochen zu Bett gehalten; zu halbflüssiger Kost wird erst übergegangen, wenn mindestens 8 Tage lang keine Schmerzhaftigkeit der Coecalgegend mehr vorhanden ist und die coecale Resistenz sich zurückgebildet hat.

Erscheinen späterhin wieder Recidive von Perityphlitisanfällen oder zwischenherin wieder Fiebertage, so ist die Radikaloperation des erkrankten Wurmfortsatzes baldigst angezeigt.

Das Opium lassen wir bei der Perityphlitisbehandlung ganz weg, da dasselbe zu rasch eine Atonie der Därme bewirkt, die einerseits uns eine beginnende Peritonitis verdeckt, andererseits uns im Falle der nothwendigen Operation durch die starke Darmaufblähung den operativen Eingriff erschwert, und besonders noch nach der Operation die dringend erwünschte Arbeitsfähigkeit des Darmes weiterhin lahmlegt.

Abführmittel bei Verdacht auf Perityphlitis, die manchmal mit Obstipation beginnt, sind deshalb nicht angezeigt, da durch die Abführmittel meist eine Hypersekretion der Darmschleimhaut erfolgt, welche erstere sich auf dem Wurmfortsatz als einem Darmanhang fortpflanzt, dort zu der Schwellung der entzündeten hyperämischen Schleimhaut noch eine stärkere Füllung des Lumens mit Schleim und Koth bewirkt, dadurch die Wandspannung des Wurmfortsatzes erheblich vermehrt, die Blutgefässe so komprimirt, dass der Gewebstod der Schleimhaut eintritt und die Gangrän mit Perforation unvermeidlich ist. Zur Entlastung des Darmes halten wir bei Perityphlitis nur kleine Oelklysmen, eventuell mit später nachfolgenden kleinen Kamillenklystieren rathsam.

Die im Anschluss an weiblichen Genitallerkrankungen auftretende diffuse Peritonitis zeigt im grossen ganzen günstige Prognose. Eitriges Para- und Perimetritisfälle stehen schon vor der Peritonitiskomplikation gewöhnlich in spezialärztlicher Behandlung, tritt nun Peritonitis hinzu, so wird sie gleich erkannt und operativ in Angriff genommen. Dasselbe gilt häufig auch in den Pyosalpinxfällen, und Fälle mit Tumoren werden sowieso bei entzündlichen Komplikationen, Schmerzanfällen rasch in operative Behandlung

gegeben. Hier sind also auch die günstigen Resultate die Folge der frühzeitigen Einlieferung solcher Fälle in die chirurgische Behandlung.

Nach den eben geschilderten Gesichtspunkten behandelt, haben unsere Fälle diffuser eitriger Peritonitis durch operatives Eingreifen eine Heilung von 54 Prozent erfahren, ein Prozentsatz, der nur zu Gunsten der chirurgischen Behandlung der Peritonitis sprechen kann.

Mag die Ursprungsstelle für eine diffuse eitrige Peritonitis verschieden liegen, die Grundkrankheit akut oder chronisch sein, die Bakterien der Peritonitis verschiedenen Gattungen angehören, stets werden wir nur in einer frühzeitigen Erkennung der Peritonitis und sofortigen Einleitung der chirurgischen Behandlung das beste Mittel an die Hand bekommen, eine Heilung der Peritonitiskranken zu erzielen.

Bücherschau.

Im Verlage der »Aerztlichen Rundschau«, O. Gmelin, München, sind erschienen:

Das Arbeitssanatorium von Dr. Eschle, Sinsheim. 26 Seiten. 1 *Mk.* In lebhaften, anregenden Ausführungen tritt der Verfasser für eine umfangreiche Verwerthung der »Arbeitstherapie«, vor Allem des Gartenbaus und der Tischlerei in besonderen Anstalten ein. In Betracht kommen Heilstätten für Nervenranke und für Trinker, Genesungsheime für Lungenranke sowie Krüppelheime. Die weiteren Darlegungen des Verfassers über Organisation, Anlage und Betriebskosten derartiger Heilstätten sind um so beachtenswerther, als er über eine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete verfügt.

Die Erkältung. Eine historisch-kritische Studie von Dr. Eschle. 10 Seiten. 40 *S.* Eine kurze Zusammenstellung und kritische Beleuchtung der bisher zur Erklärung des Wesens der Erkältungskrankheiten aufgetauchten Theorien, in welcher besonders die neuerdings von O. Rosenbach gegebene Definition der Erkältung als eine durch atmosphärische Schwankungen verursachte Störung der Wärmeökonomie ausführlicher geschildert wird.

Aerztliche Berufspflicht und Humanität im Konflikt mit dem Strafgesetz. 36 Seiten. 1.20 *Mk.* Der anonyme Verfasser sucht nachzuweisen, dass die seinerzeit von badischen Gerichten wegen Verweigerung der genauen Bezeichnung von Todesursachen in Sterbescheinen gegen ihn erlassenen Urtheile, als thatsächliche Fehler enthaltend und auf falschen Voraussetzungen und Schlüssen beruhend, sich als richterliche Fehlsprüche darstellten. Der Leser gewinnt in der That durch die als oratio pro domo stellenweise zwar sehr subjektiven Ausführungen den Eindruck, dass jene Erkenntnisse nicht in jeder Hinsicht völlig einwandfrei seien. Bezüglich der Konsequenzen des letztinstanzlichen Urtheils (vergleiche Nr. 13 dieses Blattes) werden die badischen Aerzte im Gegensatze zum Verfasser sich um so weniger aufregen, als sie mit wohl ganz verschwindenden Aus-

nahmen die bisher bestehenden Vorschriften nicht anders aufgefasst haben, als wie sie nun endgiltig festgelegt sind.

Dass eine diskretere Form der Anzeige, als die bisher vorgeschriebene, sowohl die Statistik der Todesursachen wie die der Tuberkulosefälle zu einer genaueren und werthvolleren machen würde, ist dem Verfasser übrigens zuzugeben. Am zweckmässigsten würde es wohl sein, wenn diese Anzeigen von den behandelnden Aerzten direkt den Bezirksärzten übermittelt würden.

Verschiedenes.

Ueber die Rettungseinrichtungen bei den verschiedenen deutschen Eisenbahnverwaltungen fanden auf der 5. Versammlung des Verbandes deutscher Eisenbahnärzte in München interessante Erörterungen statt.

Sanitätsrath Schwichten-Berlin wies darauf hin, dass die ersten Rettungseinrichtungen bei Eisenbahnunfällen in Preussen bereits durch einen Ministerialerlass von 1856 geregelt wurden und besprach die für Preussen neue Einrichtung der Telefonverbindung der Wärterhäuser mit den Stationen, vermittels deren in spätestens 15 Minuten unter allen Umständen Hilfe erbeten sein kann und in 30 Minuten der Hilfszug abgehen kann. Der Rettungszug besteht neben der Lokomotive aus einem Geräthswagen mit einer circa 10 Mann umfassenden, im Sanitätsdienst ausgebildeten Mannschaft, und einem Arzttwagen mit Arzt. Der Arzttwagen besteht aus 2 Abtheilen, einem Operationsraum mit Instrumenten- und Verbandsschrank, Operationstisch, Lüftungs- und Heizvorrichtung, Apparat zur Erzeugung von warmem Wasser (System Grove), Wasch- und Spülvorrichtung, einem zweiten durch eine Thür getrennten Lagerraum für 8 Verletzte mit einem Vorhang, um die verschiedenen Geschlechter trennen zu können. Die Matratzenlager sind zugleich als Tragbahnen zu benutzen. Handgriffe zum Aufrichten, sogenannte Triumphstühle, ein Wasserfass mit 25 Liter Inhalt, sowie Speinöpfe, Stechbecken etc vervollständigen die Einrichtung. Sperrvorrichtungen an den Thüren ermöglichen dauernde Zufuhr frischer Luft, von der ein Uebermaass durch Friesvorhänge gemildert werden kann. 77 Wagen wurden in Betrieb gestellt. Die innere Einrichtung derselben allein kostet circa 3000 Mark pro Wagen.

Dr. Blume-Philippsthal (Baden) berichtete für Baden über die dort freilich noch nicht allen Anforderungen entsprechenden Rettungseinrichtungen und hob hervor, dass die Generaldirektion der badischen Staatseisenbahnen zur Zeit in einer eingehenden Erörterung begriffen ist, inwieweit die bestehenden Rettungseinrichtungen zu vervollkommen respektive zu ergänzen seien. Ausser 9 Geräthswagen, die auf den Stationen mit Eisenbahnwerkstätten mit den nöthigen Lokomotiven und Mannschaften zur Verfügung stehen, sind noch 10 Stationen mit Linxweiler'schen Apparaten zur Ausrüstung von Güterwagen zum Krankentransport versehen; zu jedem Apparat gehören 6 Tragbahnen mit Wolldecken; die Stationen sind angewiesen, die Apparate den Bahnärzten zu Uebungszwecken zur Verfügung zu stellen. Sogenannte Rettungszimmer wie Aerztewagen hat die badische Verwaltung bis jetzt nicht; ob solche Wagen angeschafft werden sollen, unterliegt zur Zeit der Prüfung, wie auch die Bestimmung über die Zahl und den Aufstellungsort der etwa zu beschaffenden Arzttwagen. Sonst sind die Einrichtungen die gleichen wie bei den anderen deutschen Eisenbahnverwaltungen. Ein allgemeiner Erlass über das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen besteht bis jetzt noch nicht, doch sind hierauf Bezug habende Vorschriften in den Fahrdienstvorschriften, im Ordnungsblatte, in den Vorschriften für den bahnärztlichen Dienst und in der Anweisung über die Rettungskasten enthalten; von letzteren stehen auf

52 Stationen grosse Kasten mit Tragbahre, während die kleinen Kasten in den Zügen mitgeführt werden.

Ueber das Rettungswesen bei den württembergischen Staatseisenbahnen berichtet Dr. Beck-Mengen. Zur Zeit befindet sich dasselbe in Reorganisation und sollen die Erfahrungen des Deutschen Bahnärztetages zur Weiterentwicklung benützt werden. Die 10 vorhandenen Hilfswagen sind mit Rettungskästen und Tragbahren ausgerüstet; ausserdem sind vorhanden 17 verdeckte und 47 nicht verdeckte Tragbahren und 14 Krankenfahrstessel. Grosse Rettungskästen finden sich auf 91 Stationen, kleine Rettungskästen auf 205 Stationen. Mit kleinen Rettungskästen werden auch sämtliche Züge ausgerüstet.

Münchener medizinische Wochenschrift.

Der XIV. internationale medizinische Kongress wird dem in Paris gefassten Beschlusse gemäss vom 23. bis 30. April 1903 in Madrid unter dem Protektorate Ihrer Majestäten des Königs Alfons XIII. und der Königin-Mutter tagen.

Einer Aufforderung des spanischen Organisationskomités entsprechend, ist ein Deutsches Reichs-Komité zusammengetreten, um auf eine würdige und zahlreiche Vertretung der deutschen Aerzte bei diesem Anlasse hinzuwirken und gleichzeitig die Interessen unserer Landsleute auf dem Kongresse selbst wahrzunehmen. Sie richten daher an die deutschen Kollegen die Aufforderung zur Theilnahme am Kongress und insbesondere zur Mitwirkung an dessen wissenschaftlichen Zielen durch Anmeldung von Vorträgen, sei es bei dem Generalsekretär des Kongresses Dr. A. Fernandez Caro, Madrid, Faculté de Médecine, sei es bei dem Schriftführer Professor Dr. C. Posner, Berlin S.W., Anhaltstrasse 7. Die Mitgliedschaft des Kongresses kann schon jetzt durch Einzahlung von 30 Pesetas = 20 Mark 50 Pfennig bei dem Reisebureau von Carl Stangen, Berlin W., Friedrichstrasse 72, erworben werden, welches als offizielles Verkehrsbureau fungirt und alle Auskünfte über Reise, Wohnung und dergleichen erteilt, auch auf Wunsch das vorläufige Programm des Kongresses übersendet. Zur Mitgliedschaft des Kongresses sind berechtigt alle Aerzte, Apotheker, Zahnärzte, Thierärzte, sowie alle Diejenigen, welche sich wissenschaftlich mit Medizin beschäftigen, und die Vertreter der Presse. Die Mitglieder erhalten für ihren Beitrag ausser den Reisevergünstigungen ein Exemplar eines Allgemeinen Berichts über die Arbeiten des Kongresses, sowie der Verhandlungen derjenigen Sektion, bei der sie sich eingeschrieben haben. Die Damen der Mitglieder geniessen die den Mitgliedern zustehenden Reisevergünstigungen etc., falls für dieselben eine Damenkarte zu 12 Pesetas = 8 Mark gelöst wird.

Folgende Gesellschaften haben bisher Preisermässigungen für die Kongresstheilnehmer bewilligt: spanische Nordeisenbahn 50 Prozent, transatlantische spanische Kompagnie 33 Prozent, französische Eisenbahnen 50 Prozent, italienische Schiffahrts-Gesellschaften 50 Prozent des Fahrpreises.

Zur Universitätsstatistik. Der Rückgang in der Zahl der Studenten der Medizin an den deutschen Hochschulen, den wir schon im vorigen Jahr konstatiren konnten, dauert vorläufig erfreulicherweise noch an. Während sich die Gesamtziffer der Mediziner an den deutschen Universitäten im Sommersemester 1897 noch auf 8141 belief, beträgt sie jetzt nur noch 6749, so dass also in diesen fünf Jahren eine Abnahme von 1392 oder circa 17 Prozent eingetreten ist. Einige Hochschulen sind an dieser Verringerung in ganz besonderem Maasse beteiligt, so Würzburg, wo in der angegebenen Frist die Zahl von 703 auf 396 sank, Leipzig (von 650 auf 500), Greifswald (von 328 auf 237), Breslau (von 346 auf 228), während andere, wie Berlin und München, ungefähr die gleiche Zahl wie 1897 aufwiesen und Rostock, Kiel und Heidelberg sogar noch etwas mehr. Halle ging von 240 im Jahre 1897 auf 198 Mediziner in diesem Sommer zurück. Die grössten medizinischen Fakultäten haben Berlin mit 1018 und München mit 1046 Studierenden.

Der diesjährige Jahresbericht der **Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands** (früher Centralhilfskass e) bringt ausser einer Liste der jeweiligen

633 Mitglieder in einer Tafel eine anschauliche Darstellung der bisherigen Entwicklung der Kasse und berichtet über den Stand der Arbeit am 31. Dezember 1901 mit folgenden Ziffern: Die Zahl der Mitglieder ist bei einem Gesamtneueintritt von 68 und bei einem Abgang von 16 (10 Sterbefälle, 6 Aufgeben der Versicherung) von 581 auf 633, also um 52 gestiegen, ein Zugang, der nur einmal im Geschäftsjahr 1898/1899 übertroffen wurde. Die Gesamtprämieinnahme im Jahre 1901 betrug 114 334 Mark 79 Pfennig gegen 98 822 Mark 75 Pfennig im Vorjahre, das als Deckungsmittel am 31. Dezember 1901 dienende Kassenvermögen 666 303 Mark 30 Pfennig gegen 580 477 Mark 81 Pfennig am 31. Dezember 1900, der Zinsertrag des gesammten Vermögens einschliesslich des Hauses Oranienburgerstrasse 42/43 (von 5 149 Mark 47 Pfennig) 27 670 Mark 94 Pfennig gegen 21 880 Mark 44 Pfennig im Jahre 1900. Die Krankengeldzahlungen betragen im Jahre 1901 bei 79 Erkrankten mit 2 876 Krankheitstagen 22 291 Mark 60 Pfennig gegen 19 188 Mark bei 63 Kranken mit 2 731 Krankheitstagen im Vorjahre, die Invalidenrenten bei 26 Invaliden im Jahre 1901 20 965 Mark 12 Pfennig gegen 20 226 Mark 50 Pfennig bei 22 Invaliden im Jahre 1900. — In der Krankenkasse traten 5 Todesfälle ein, für welche zusammen 1 350 Mark Sterbegeld ausgezahlt wurden. In der Sterbe-, Wittwen- und Altersversorgungskasse sind Ansprüche nicht fällig geworden. An Zuwendungen wurden der Kasse auch in diesem Jahre wieder 1 000 Mark von dem Herausgeberkonsortium der Münchener medizinischen Wochenschrift zu Theil, welche satzungsmässig wieder dem Grundfonds der Kasse überwiesen wurden.

Ein aus einem ärztlichen Verein ausgetretener Arzt kann nicht nachträglich aus demselben ausgeschlossen werden. Verbot eines ärztlichen Vereins an seine Mitglieder, mit einem Arzte zu konsultiren.
Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 6. März 1902.

1. Es handelt sich um einen unter der Herrschaft des gemeinen Rechtes begründeten Aerzterverein und mithin nur um die Frage, ob der vom Kläger angefochtene, ihn als Mitglied ausschliessende Generalversammlungsbeschluss formell zu Recht ergangen ist oder nicht.

Die Vereinssatzungen mit der dazu gehörigen sogenannten Standesordnung vom 20. Dezember 1898 bilden die autonome Grundlage, auf welcher das Rechtsverhältniss des beklagten Vereins zu seinen Mitgliedern in erster Linie beruht. Ihr Inhalt verstösst nicht gegen die zwingenden Vorschriften in §§ 25 bis 53 des Bürgerlichen Gesetzbuches, sofern letztere hier anwendbar sein würden. Durch die gemäss § 12 der Satzungen geschehene Aufnahme wird der Aufgenommene Mitglied des Vereins und hierdurch vermöge freier Willensentschliessung dessen Satzungen unterworfen. Dieses Rechtsverhältniss dauert, so lange die Mitgliedschaft dauert. Die Beendigung der letzteren aber löst auch das Band wieder, welches die Mitglieder mit dem Vereine verknüpft.

Hieraus folgt, dass ein ausgeschiedenes Mitglied von dem Augenblicke an, wo es ausscheidet, unbeschadet seiner aus dem Gesellschaftsverhältniss entspringenden etwa noch unerledigten vermögensrechtlichen Verpflichtungen, auch dem Machtbereich der Satzungen entzückt wird. Auch das auf § 3 der Standesordnung sich gründende Ausschliessungsrecht des Vereins ist ihm gegenüber hierdurch erloschen. Ausgeschlossen werden können nur Mitglieder des Vereins.

In dem vorliegenden Falle ist thatsächlich festgestellt, dass der Kläger bei dem Vorsitzenden des beklagten Vereins schon am 1. Februar 1901, also 14 Tage vor der Fassung des Ausschliessungsbeschlusses, seinen Austritt angemeldet hat. Nach dem Inhalte der Satzungen, insbesondere des § 12, Absatz 5 derselben, ist es zweifellos, dass er seitdem aufgehört hat, Vereinsmitglied zu sein.

Hiernach aber war auch die Generalversammlung des Beklagten am 14. Februar 1901 nicht mehr befugt, auf Grund des § 3 der Standesordnung den Ausschluss des Klägers zu beschliessen.

2. Kläger verlangt seinerseits die Verurtheilung des Beklagten zur Aufhebung des an seine Mitglieder erlassenen Verbotes, mit dem Kläger zu konsultiren.

Rechtsirrtümlich erscheint die Ausführung des Vorderrichters, dass eine widerrechtliche Verletzung der Rechte des Klägers, von welchen der § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches handelt, hier nicht vorliege.

Es braucht zu diesem Behufe nicht erörtert zu werden, ob, was in der Doktrin bestritten ist, der § 823, Absatz 1, abgesehen von der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit und der Freiheit, sich auch noch auf andere blosse Persönlichkeitsrechte (Lebensgüter) bezieht, oder ob der Begriff des darin erwähnten „sonstigen Rechts“ wegen der Wortverbindung „das Eigenthum oder ein sonstiges Recht eines Andern“ ausschliesslich wirkliche subjektive Rechte im Auge hat. Denn in dem einen wie in dem anderen Falle nöthigt die Bedeutung der Vorschrift zu der Annahme, dass dadurch, was vorliegenden Falles nur ankommt, auch das Recht auf Ausübung des Gewerbebetriebes geschützt werden soll. Richtig ist allerdings, dass der ärztliche Beruf als solcher ungeachtet der Bestimmungen in §§ 6, 29, 53, 80 Absatz 2 der Reichsgewerbeordnung kein Gewerbe im Sinne der letzteren ist, wohl aber wird er dazu, wenn sich mit ihm, wie festgestelltermassen bei dem Kläger, der Betrieb einer Privatkrankenanstalt (Klinik) verbindet (§ 30 der Reichsgewerbeordnung). Die Anwendbarkeit des § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches ist daher begründet.

Einen interessanten **Vergleich zwischen französischer und englischer Mortalität** stellt das Brit. med. Journ. (6. September) auf Grund französischer Statistiken an. Zunächst ist auffallend, dass in Frankreich die Todesursache nur von einem Drittel der Sterbefälle bekannt ist, während man über die Ursachen des Todes von zwei Dritteln der Bevölkerung nichts weiss. Die Sterblichkeitsziffer betrug im Jahre 1900 auf 1 000 Einwohner in Frankreich 21,9, sie übertraf zum 4. Male in 11 Jahren die Geburtsziffer, die nur 21,4 betrug. Ein Sechstel aller Geburten waren illegitim, gegen ein Fünftel in England. Die Geburtsziffer ist die niedrigste in Europa, gegen 35,6 in Deutschland, 39,3 in Ungarn und 28,7 in England. Die Sterblichkeit in Paris war 20,6 gegen 18,8 in London. In Paris betrug die Sterblichkeit an Phthise 4,01, in London nur 1,75 auf 1 000. Die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten war verhältnissmässig doppelt so gross in Paris als in London; nur Diphtherie macht mit einer Mortalität von 1,27 in London gegen 0,78 in Paris eine Ausnahme; dies dürfte vielleicht auf die allgemeinere Anwendung des Diphtherieserums in Paris zurückzuführen sein. Auch in den Provinzstädten waren die gesundheitlichen Verhältnisse wesentlich schlechter als in ähnlich gelagerten englischen Städten; so starben in Havre (110 000 Einwohner) 326 Personen an Typhus und 621 an Diarrhöe, dagegen in dem ungefähr ebenso grossen Brighton nur 11, respektive 94; ebenso in Toulon (73 000 Einwohner) 118 Todesfälle an Typhus und 230 an Diarrhöe, dagegen in Devonport (68 000 Einwohner) nur 13, respektive 35.

Ein Trost für Raucher ist es, dass Dank den Forschungen und jahrelangen Versuchen des vereinigten Geheimraths Professor Dr. Gerold zu Halle a. Saale, eines des bekanntesten und geschätztesten Toxikologen, heutzutage eine Methode existirt, nach welcher es möglich ist, dem Tabak sein spezifisches, den Reiz des Rauchens bedingendes Alkaloid, das Nicotin, zu belassen, aber dasselbe doch zu binden und es auf diese Weise für den Organismus unschädlich zu machen. Der genannte Gelehrte war, wie er selbst berichtet, ein starker Raucher, stand aber, als sich bei ihm Symptome von Nicotinvergiftung einstellten, vor der Alternative, entweder das Rauchen, so lieb ihm der Genuss der Cigarre geworden war, gänzlich aufzugeben, oder — da eine Entziehung des Nicotins diesen Genuss vernichtet hätte — eine Neutralisirung desselben anzustreben. Unermüdet setzte er seine Versuche fort, bis er *εὕρηκα* — „Ich hab's gefunden!“ — ausrufen konnte. Ein verhältnissmässig einfaches Verfahren der Tabakbehandlung vor der Verarbeitung der Blätter, und zwar mit dem Extract einer schlichten, volksthümlichen Pflanze, hatte den Forscher zum Ziele geführt. Der Tabak wird dadurch so präparirt, dass das chemisch gebundene Nicotin, unter gleichzeitiger Einwirkung der antidotisch wirkenden Präparationsstoffe, im Verbrennungsprozess physiologisch absolut unschädlich ist. Aber noch mehrere Jahre überschritt diese Entdeckung, die er ja zunächst nur für seinen persönlichen Bedarf verwertete, nicht die Schwelle seines Laboratoriums, wo er, nachdem er sich nicht gescheut hatte, noch in Fabriken selbst die Anfertigung der Cigarren zu erlernen, die von ihm präparirten Blätter mit eigener Hand zu

Cigarren verarbeitet. Nun konnte er sich wieder ohne alle Beschwerden seitens des Herzens und der Nerven dem Rauchen hingeben.

Alein diese Herstellung im Kleinen ward ihm doch allmählich zu mühsam und zeitraubend und ausserdem sagte er sich, dass seine Entdeckung vielleicht Tausenden von Rauchern von Trost werden könnte, wenn er sie weiteren Kreisen zugänglich machte. Und so entschloss er sich, die Herstellung nicotinneutraler Cigarren im Grossen einem bewährten Fachmanne, Hermann Otto Wendt in Bremen, zu überlassen. Seitdem werden von Wendt's Cigarrenfabriken A.-G., Bremen, diese nach Gerold hergestellten nicotinneutralen Cigarren, welche selbstverständlich in allen Qualitäten und Preislagen zu haben sind, ebenso wie derartige Cigaretten zu Millionen in alle Welt versandt. Dies Fabrikat hat überall, an den Höfen, in den Kreisen der Aristokratie und der hohen Finanz, wie in der Geschäftswelt, bei Beamten, Lehrern und militärischen Kreisen, treue Freunde und Liebhaber gefunden.

Dass diese Beliebtheit aber nicht bloss empirisch, d. h. auf persönlicher Erfahrung der Raucher begründet ist, sondern Professor Gerold's Angaben sich auch durch den exacten physiologischen Versuch bestätigt haben, geht aus physiologischen Experimenten hervor, über welche auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg (1901) berichtet wurde, und zwar in der Section für Hygiene. Diese an normalen jungen Männern, sowie an Versuchsthiere (Kaninchen, Fröschen) angestellten Beobachtungen, deren graphische Ergebnisse zugleich demonstriert wurden, ergeben zur Evidenz, dass die präparierte Cigarre weder auf das Herz und Gefässsystem, noch auf das Rückenmark und Gehirn schädigend einwirkt, während Parallelversuche mit unpräparierten Cigarren solche Störungen ergaben.

Doch sei, zum Troste für ganz gesunde, tactfeste Raucher bemerkt, dass ein mässiges Rauchen unpräparierter Cigarren nach den Mahlzeiten ihnen natürlich nichts schadet, sondern im Gegentheil ihre Gehirnthatigkeit und Verdauung angenehm anregt, zumal wenn sie den Rauch nicht schlucken und die Spitze nicht kauen.

Sanitätsrath Dr. Fürst.

57.)

Kaiserfriedrich Vornehmstes
Tafelwasser.

Natron-Lithion-Quelle.

Bewährt gegen **Gicht u. Rheumatismus.**
Leicht verdaulich, daher
unentbehrlich für **Magenleidende.**

Quelle.

Villa **St. Blasien** Badischer Schwarzwald
Luisenheim, 772 m über dem Meer.

Sanatorium für Erkrankungen des Stoffwechsels, Magendarmkanals und Nervensystems. — Diätkuren, Hydrotherapie, Electrotherapie etc. Lungen- und Geisteskranke ausgeschlossen.

Dr. Determann und Dr. van Oordt,
Leitende Aerzte.
— Das ganze Jahr geöffnet. —

580]24.1

In wohlhabendem Orte (gute Weingegend) Hessens wird für eine Praxis von ca. 10 000 Mk. incl. ca. 2 000 Mk. Fixa, baldigst evang. Nachfolger gesucht, welcher das Besitzthum übernimmt.

In Vorort einer Mittelstadt Badens wird für eine Praxis von 8 000 Mk. mit 6 000 Mk. Kassen ein evangelischer Nachfolger gesucht, welcher das Besitzthum übernimmt.

In grösserer südwestdeutscher Stadt wird für eine Praxis von 8 000 Mk. mit ca. 3 000 Mk. Fixa ein mosaischer Nachfolger gesucht, welcher das Wohnhaus übernimmt.

Nähere Auskunft ertheilt das **Mediceum G. m. b. H.**
Berlin NW. 6, Karlstrasse 24 I.

582]2.1

MATTONI'S
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Bestes diätetisches und
Erfrischungs-Getränk,
bewährt in allen
Krankheiten der Ath-
mungs- u. Verdauungs-
organe, bei Gicht,
Magen- u. Blasenkatarrh.
Vorzüglich für Kinder
u. Convalescenten.

Kur- und
Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer u. Nachkurort.

Heinrich Mattoni in Giesshübl Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest. 498|12.10

Den Herren Aerzten empfehle zur geeigneten Beachtung und Verordnung meinen all-
gemein beliebten

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran (0,2 Fe J in 100 Th. ff. Thran) Original-
flasche 400,0 Inhalt 2 Mk. u.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran mit Phosphor (Bestandtheile
0,2 Fe J u. 0,01 Ph.
in 100 Th. Thran.)

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

Die besten und vollkommensten Leberthran-Präparate, wegen ihrer praktischen Zusammen-
setzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den Stoffwechsel im Blut einwirkend
und 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.

Ausführliche Broschüren und Proben verlange man zur besseren Orientierung gratis vom
Fabrikanten **Apotheker Lahusen in Bremen.** 572|8.2

Alkohol-Entziehungskur.

Alkoholranke finden Heilung in Familienpflege unter ärztlicher Aufsicht. Herr Hofrath
Professor Dr. med. Kraepelin, Heidelberg, ist zur Ertheilung von Auskunfts bereit.
Näheres **Villa Wilhelma, Heidelberg**, Zähringerstrasse 35. 557|12.5

Adelheids-Quelle aus Heilbrunn in Oberbayern.

Stärkste Jod- und Bromtrinkquelle.

Vermöge der eigenthümlichen Zusammensetzung ihrer Bestandtheile von tiefeingreifender
Beeinflussung der Mischungsverhältnisse der Säftemasse des Organismus, Verbesserung der
Lympe und des Blutes durch ihre alle Sekretionen und Assimilationsvorgänge im Körper
steigernde Wirkung, wodurch die Säfte-Circulation, die Verdauung und Athmung geregelt
und der Stoffwechsel beschleunigt wird. Diesen Eigenschaften verdankt die **Adelheids-Quelle**
ihren uralten Ruf bei **Skrophulose**, bei **Syphilis**, bei den Erkrankungen der **Harn- und Sexual-
Organe**, bei den pathologischen Neubildungen der verschiedensten Organe und bei allen
Krankheiten, die in einer Anomalie des Blutes ihren Grund haben. Schriften und
Brochüren gratis. Gefl. Anfragen über den Bezug dieses Mineralwassers, den Aufent-
halt in Heilbrunn, erledigt der Besitzer

545|10.9

MORITZ DEBLER in München.

Depots in den Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

Homburg v. d. H.

513]22.17

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.**

Gicht

Bad Salzschlirf Bonifacius-Brunnen.

512]20.17

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.**

Baden-Baden.

495]24.19

Sanatorium Dr. Paul Ebers

für innere und Nervenkrankhe.

Das ganze Jahr geöffnet. — Näheres durch den Prospect.

Dr. P. Ebers.

Aerztliche Praxis,

Vertretungen, Assistenzen, Heil- und Kuranstalten vermittelt streng reell und diskret das Süddeutsche Bureau **>Aesculap<**, Würzburg, Maistrasse 10. 500]24.19

Heidelberg

Heilanstalt für Hautkranke

in schönster Lage. Grosser Garten. Comfortable Einrichtung. Prospekte frei.

Dr. A. Sack.

509]28.17

Sanatorium Gut Waldhof

für nervenkrankte Damen und Erholungsbedürftige,

Littenweiler bei Freiburg i. B. (Höllenthalbahn)

Das ganze Jahr besucht. — Prospekte.

Besitzer und Leiter: **Dr. Ernst Beyer**, früher langjähriger Assistent des Herrn Professor Fürstner-Strassburg und Professor Kraepelin-Heidelberg. 515]12.9

Notiz für die Herren Impfärzte!

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

Impfgeschäfte nöthigen Formulare.

Karlsruhe. Malsch & Vogel, Buchdruckerei und Verlagsbuchhandlung.



Sanatorium St. Blasien

im südl. badischen Schwarzwald.

Heilanstalt für Lungenkranke.

800 Meter ü. M.

544|12.11

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.

Moorbad und Wasserheilanstalt Sickingen 300 Meter über dem Meere

zu Landstuhl (Pfalz). Dirig. Arzt **Dr. Weiner.**

In herrlicher, waldreicher Gegend. — Vollkommenste Einrichtung für Hydro- und Elektrotherapie.

Spezialität: **Moorbäder**, bereitet aus Sickingen Bademoor. Wegen seiner sehr günstigen Heilerfolge, sowie vorzüglichen Wohnungs- und Verpflegungsverhältnisse auf das Vortheilhafteste bekannt. Prospekte, Jahresberichte, sowie nähere Auskunft durch die

561|10.8

Direktion **Ph. Finger.**

Heilanstalt Kennenburg bei Esslingen, 489|24.22 Württemberg,

für psychisch Kranke weiblichen Geschlechts.

Prospekte franco durch die Direktion.

Dr. Krauss.

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

Sanatorium Schloss Hornegg

Station Gundelsheim a. Neckar. Linie Heidelberg-Heilbronn.

Leit. Arzt: **Dr. Römhild.**

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

520|18.13

Schloss Marbach a. Bodensee.

Heilung finden **Herz- und Nervenkrankte** durch **neue, eigenartige, bewährte Behandlung**. Drei Aerzte. Auskunft durch die Verwaltung.

Winterkuren.

525]14.4

Sanatorium Quisisana Baden Baden

Für interne und Nervenkrankheiten: Für Frauenleiden u. chirur. E-kr.:
Hofr. Dr. A. Obkircher, Gr. Badearzt. Med.-R. Dr. J. Baumgärtner.
Dr. C. Becker, Hausarzt. Dr. Heb. Baumgärtner.

Auskunft und Prospekte durch die Oberin und die Aerzte.

Das ganze Jahr geöffnet.

521]20.15

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden.

Das ganze Jahr geöffnet. Drei Aerzte.

Auskunft und Prospekte durch

510]22.17

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

Bruchheilanstalt

von **Dr. Wollermann, Arzt in Frankfurt a. M.**

Bürgerstrasse 94. — **Behandlung von äusseren Hernien ohne Operation** mittelst der Injektionsmethode. Näheres durch Prospekte.

519]24.15

„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]24.18

Hirsau

537]24.12

bei **Calw**, württemb. Schwarzwald (1/2 Stunde per Bahn von Pforzheim entfernt).

Telephon: Amt Calw Nr. 39.

Heilanstalt für **Nervenkrankte** und **Erholungsbedürftige**. Das ganze Jahr geöffnet. Näheres durch den Prospekt.

Dr. C. Römer.