

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1906**

20 (31.10.1906)

# Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Jahres-Abonnement:

4 Mk. 75 Pfg.  
exkl. Postgebühren.

Anzeigen:  
20 Pfg. die einspaltige Petitzeile,  
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Begründet von Dr. Rob. Voiz.

Für Mitglieder der badischen  
ärztlichen Landesvereine,  
welche von Vereins wegen  
für sämtliche Mitglieder  
abonnieren:

— 3 Mk. —  
inkl. freier Zustellung.

Beilagen:  
Preis nach Vereinbarung.

Einzelne Nummern:  
20 Pfg. inkl. freier Zustellung.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.

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

LX. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Oktober 1906.

## Ein Fall von ausgedehnter Blutung in die Fettkapsel einer Niere mit tödlichem Ausgang.

Von Dr. Karl Doll, Karlsruhe.

Wegen der augenscheinlich ausserordentlichen Seltenheit derartiger Vorkommnisse erscheint es angezeigt, den im folgenden zu beschreibenden Fall nicht der Vergessenheit anheimfallen zu lassen. Es sei gleich bemerkt, dass ich nirgends in der neueren Literatur, soweit sie mir zugänglich war, die Beschreibung von etwas Derartigem oder den Hinweis auf eine ähnliche Beobachtung finden konnte. Auch auf mündliche Anfrage bei einem pathologischen Anatomen von Fach wurde mir der Bescheid, dass ihm unter seinem Sektionsmaterial ein derartiger Befund nicht erinnerlich sei. Die Lehrbücher der pathologischen Anatomie sprechen wohl von kleineren Blutergüssen in die Nierenfettkapsel. Doch handelt es sich hier um gelegentliche Befunde bei allgemeiner hämorrhagischer Diathese oder um eine Teilerscheinung neben Hämorrhagien auch an anderen Körperteilen aus irgendwelcher Grundursache. Nur in Wunderlichs alter Pathologie und Therapie vom Jahre 1856, Band 3, findet sich unter den Affektionen des Nierenlagers Seite 426 aufgeführt die »Apoplexie des Nierenlagers«. Es heisst dort:

»Ursachen: Stoss, Verletzungen, Erschütterungen, zuweilen auch keine bestimmte Ursache.

Anatomische Charaktere: mehr oder minder starke flüssige oder geronnene Blutlachen in der Umgebung der Niere oder in der Nierenkapsel.

Symptome: plötzliche heftige Schmerzen in der Nierengegend, Geschwulst fluktuierender Art im Bauch, Ohnmachten und soporöser Zustand, Entzündung des Peritoneums und Tod. — Ziemlich häufig kommen auch geringere Blutungen ohne alle oder doch ohne beträchtliche und sichere Symptome vor.

Niemals ist jedoch die Diagnose so sicher, dass auf sie eine Therapie gegründet werden könnte.

Immerhin liegt der Gedanke nahe, dass gelegentlich derartige kleine und symptomlose eventuell auch auf Trauma beruhende Blutergüsse die Grundlage abgeben können zu paranephritischen Entzündungen und Eiterungen, also auch zu dem, was man früher den idio-

pathischen paranephritischen Abscess nannte. Es ist wohl keine gezwungene Annahme, dass in einen paranephritischen Bluterguss aus dem Nierenbecken oder dem Darm eine Einwanderung von Entzündungserregern mit den Konsequenzen der Entzündung und eiterigen Einschmelzung erfolgen kann.

### Krankengeschichte:

Der Patient, um den es sich handelte, war ein 60 Jahre alter Beamter. Der ziemlich magere und gealtert aussehende Mann bot deutliche Zeichen von Arteriosklerose. Die tastbaren Arterien, namentlich die Temporales rigide und geschlängelt. Die Pulsation der Arteria brachiales auch bei gestreckten Armen deutlich sichtbar. Hypertrophie des linken Ventrikels (Spitzenstoss ein bis zwei Finger breit ausserhalb der Mammillarlinie sichtbar und fühlbar), zweiter Aortenton accentuiert. Patient erkrankte am späten Abend des 19. Mai 1906 nach ein bis zwei Tage vorausgegangenem Unwohlsein unter einem heftigen, in der linken Oberbauchgegend etwa in der Gegend der linken Niere lokalisierten Schmerz-anfall. Die Schmerzen strahlten nach der linken Hüftgegend nicht nach unten nach der Blasen-gegend aus. Temperatur 37,8°, Puls voll und kräftig. Urin konnte zunächst nicht erhalten werden, doch ergab die spätere Untersuchung  $\frac{1}{2}$  bis 1 ‰ Eiweiss und granulierten Cylinder; kein Blut, kein Eiter, die Menge nicht wesentlich verringert. Die Schmerzen wurden als dumpf bezeichnet, durch Druck von vorne und von der Lendengegend aus wurden sie gesteigert, desgleichen durch Lagewechsel. Ein Tumor war nicht zu fühlen, Darm durchgängig. Für die Nacht wurde durch  $1\frac{1}{2}$  Centigramm Morphium subkutan leidlich Ruhe geschafft, ausserdem ein heisser Umschlag appliziert. Am andern Morgen (20. Mai) wurden nur noch geringe Schmerzen in der Gegend des linken Hüftbeinkammes und von da nach dem linken Oberschenkel ausstrahlend geklagt. Temperatur 38°. Die Temperatursteigerung schien durch eine Angina, die sich auch subjektiv durch Schluckbeschwerden äusserte, erklärt. Am Nachmittag des 20. Mai erfolgte ein zweiter noch heftigerer Schmerz-anfall, der wiederum mit einer Morphiuminjektion bekämpft werden musste. Am 21. Mai früh dritte Schmerz-attacke, nach

Abklingen derselben war die Temperatur auffallend niedrig, nur 36,2°. In den nächsten Tagen wurden die Schmerzen in der linken Bauchseite mehr andauernd, die Palpation wurde zunehmend schmerzhafter und in der Tiefe wurde immer deutlicher eine tumorartige Resistenz fühlbar. Im Bereich derselben bestand gedämpfter, stellenweise gedämpft-tympanitischer Perkussionsschall. Zugleich wurde das Abdomen bei ungehinderter Durchgängigkeit des Darmes und ohne peritonitische Erscheinungen mehr und mehr meteoristisch aufgetrieben, was durch Hochdrängung des Zwerchfelles zu starker Atemnot und damit zu einem überaus qualvollen Zustand führte. Am Abend des 22. Mai, also des vierten Krankheitstages, betrug die Temperatur 39,2°. Bei der infolge des schweren Allgemeinzustandes nur flüchtig ausführbaren Untersuchung der Rückenfläche fand sich im Bereich des linken Unterlappens Dämpfung und Bronchialatmen, rechts ebenda feuchtes Rasseln. Am folgenden Tag (23. Mai) waren die Verdichtungserscheinungen auch rechts hinten unten deutlich, links noch pleuritisches Reiben hinzugetreten. Bei leidlich gutem, nicht besonders frequentem Puls (100 bis 112), war das Sensorium zeitweise stark benommen und der Kranke verfiel sichtlich. In den letzten Stunden vor dem Tode kam in der linken Lendengegend eine circa halbhandgrosse blauschwarze Verfärbung, desgleichen an der linken Skrotalhälfte eine blutige Suffusion zum Vorschein. Exitus am 24. Mai, also am fünften Tag, morgens 4 Uhr unter hochgradigem Meteorismus und äusserster Atemnot.

Auf akute Anämie hindeutende Erscheinungen etwa am Puls oder dem allgemeinen Aussehen fielen weder dem mitbeobachtenden Kollegen noch mir auf. Erst nachträglich konnte ein zunächst rätselhaftes und alarmierendes Vorkommnis in dieser Richtung gedeutet werden. Um mittag des 22. Mai hatte Patient wegen heftiger Schmerzen wieder eine Morphiumeinspritzung genau in der gleichen Dosis wie an den Tagen vorher (0,015) erhalten. Wenige Minuten darauf verfiel er in einen bewusstlosen und reaktionslosen Zustand bei ganz engen Pupillen. Es war augenscheinlich eine recht schwere Morphiumvergiftung, die erst nach einigen Stunden nach einer Atropininjektion und Anwendung von Excitantien vorüberging. Da diese Morphiuminjektion zufällig die erste aus einer frisch verschriebenen Lösung war, so wurde an ein Versehen bei der Anfertigung in der Apotheke gedacht. Doch ergab eine Analyse in der Lebensmittelprüfungsstation der Technischen Hochschule genau den durch das Rezept vorgeschriebenen Morphiumgehalt. Bei Anämischen wirken bekanntlich Narkotika, speziell Morphium, intensiver wie bei normaler Blutmenge. Nach dem Ergebnis der Sektion und sonstiger Aufklärung des Sachverhaltes konnte nachträglich die auffallend starke Wirkung der Morphiuminjektion aus ihrem Zusammentreffen mit akuter Gehirnanämie erklärt werden.

Aus dem Sektionsbefund vom Abend des 24. Mai sei folgendes hervorgehoben: Hypertrophie des linken Ventrikels, Sklerose der Coronararterien, Aorta mit reichlichen Atheromherden. Beide Lungenunterlappen hypostatisch verdichtet, links geringe Fibrinauflagerungen. Das Zwerchfell steht besonders in seiner linken Hälfte sehr hoch. Leber anämisch, Därme sehr stark gebläht,

das Peritoneum glatt und spiegelnd. In der linken Bauchseite findet sich retroperitoneal gelegen ein grosser Tumor von blauschwarzer Farbe und prall elastischer Konsistenz. Der Tumor ist von elliptischer Gestalt, etwa von der Form eines grossen Brotes. Nach oben reicht er bis in die hochgedrängte Zwerchfellskuppe, sein unteres etwas spitzer ausgehendes Ende verläuft in der Richtung des linken Ureters bis nahe an die Blase. Die Umgebung der Geschwulst, parietales Peritoneum, Mesenterium und Bauchfellüberzug der Blase sind stellenweise blutig suffundiert. Wie am Lebenden schon konstatiert, erstreckt sich die Blutunterlaufung bis unter die äussere Haut in der linken Lendengegend und an der linken Skrotalhälfte. Auf dem Durchschnitt erweist sich der Tumor als bestehend aus abwechselnden Schichten von Fettgewebe und geronnenem Blut. Das gelbe Fett bildet zu der dunkel blauschwarzen Blutfarbe einen höchst auffallenden Kontrast. Die Lagerung der einzelnen Schichten ist eine ziemlich regelmässige zueinander, ihre Dicke ist verschieden, etwa zwischen  $\frac{1}{2}$  und 3 cm schwankend. Das ganze Bild hat eine frappante Ähnlichkeit mit einer gewissen Sorte von sogenannten Blutwürsten, bei denen Speck in Brocken und Streifen in die Blutmasse eingelagert ist. Beim Durchschneiden der Tumormasse in verschiedenen Richtungen werden mehrfach arterielle Gefässe von auffallend starkem Kaliber und klaffendem Lumen getroffen. Die genaue Quelle der Blutung, etwa ein Aneurysma oder die Rupturstelle an einem Gefäss ist nicht aufzufinden. Arteria und Vena renalis erscheinen unversehrt. Von dem Blut-Fett-Tumor völlig umschlossen und augenscheinlich komprimiert liegt die sehr anämische linke Niere in ihrer intakten, leicht und ohne Substanzverlust abziehbaren capsula propria. Unter dieser keine Blutung. Die rechte Niere von etwas anämischem Aussehen, aber weit weniger wie die linke erscheint makroskopisch nicht verändert.

Epikrise: Die anfängliche Annahme, dass die Schmerzanfälle als reine Nierenkoliken anzusehen seien, musste nach der weiteren Entwicklung der Dinge fallen gelassen werden. Die zunehmende palpatorische Empfindlichkeit und das Auftreten einer Geschwulst in der linken Nierengegend im Zusammenhalt mit den Fieberbewegungen führte zur Annahme eines paranephritischen Entzündungsprozesses von unklarer Herkunft, denn für das Bestehen einer Pyelitis lieferte der Urinbefund keinen Anhalt. Die sub finem auftretenden blutigen Suffusionen in der linken Lendengegend und am Skrotum mussten andererseits im Sinne einer schweren Circulationsstörung im Bereich der Abdominalgefässe (arteriosklerotische Thrombose?) gedeutet werden. Dafür schien auch der starke Meteorismus bei ungestörter Durchgängigkeit des Darmrohres zu sprechen. Rein topisch d. h. bezüglich des Sitzes der Affektion war die Diagnose also richtig, über das Wesen der Affektion war sie dagegen auf dem Holzweg. Die subjektiven und objektiven Erscheinungen einer Mandelentzündung am ersten Tag, welche für die Temperatursteigerung verantwortlich gemacht wurden, stellen wohl eine ganz zufällige Komplikation dar. Zur Vereinfachung des ganzen Krankheitsbildes trugen sie jedenfalls nicht bei.

Die Sektion brachte Aufklärung in dem Sinne, dass es sich handelte um eine ausgedehnte Blutung vermut-

lich aus einer rupturierten sklerotischen Arterie in die Fettkapsel der linken Niere. Nach der Analogie mit der Apoplexia cerebri könnte also die alte Wunderliche'sche Bezeichnung »Apoplexie des Nierenlagers« wohl als kurz und prägnant acceptiert werden. Die Blutung muss schubweise erfolgt sein, bekanntlich auch bei Gehirnblutungen nicht selten. Jede neue Blutung hat durch Verdrängung der Umgebung, Druck und Zerrung derselben einen Schmerzanfall ausgelöst. Das Blut ergoss sich in die bindegewebigen Spalten und Interstitien des Fettgewebes, die einzelnen Lappen desselben mächtig auseinander drängend. Dadurch kam der schichtenweise Aufbau des Tumors aus Lagen von Fett und von Blut zu stande. Das grosse Volumen der Geschwulst, an dem doch das Fettgewebe einen nicht unerheblichen Anteil hatte (schätzungsweise etwa  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{5}$  der Gesamtmasse), legt die Vermutung nahe, dass vorher schon eine abnorme, geschwulstartige Fettanhäufung in dem linken Nierenlager bestand, dass es sich also um eine Blutung in ein präformiertes Lipom handelte. Wie schon erwähnt, fanden sich beim Durchschneiden in dem Fettgewebe arterielle Gefässe von auffallend starkem Kaliber. Dieser Befund ist wohl auch geeignet, die Annahme einer lipomatösen Bildung zu stützen. Die Verhältnisse auf der andern (rechten) Seite entsprachen der Norm beziehungsweise dem sonstigen Ernährungszustand.

Drei Punkte bedürfen nun des Versuches einer Erklärung.

1. Das Fieber: Für die ersten zwei Tage kann allenfalls die Angina herangezogen werden. Wahrscheinlicher ist aber, dass hier schon und später etwa bis zum vierten Tag der Erkrankung die schubweisen Blutungen beziehungsweise die alsbald einsetzende Resorption des ausgetretenen Blutes die unregelmässigen und nicht erheblichen Steigerungen der Körperwärme verursachte. Dass die Aufsaugung grösserer Blutergüsse, auch völlig aseptischen Charakters, Fieberbewegungen hervorrufen kann, dürfte wohl allgemein anerkannt sein. Dazwischen liegende tiefe Senkungen der Körperwärme, wie sie auch in unserm Fall (bis auf  $36,2^{\circ}$ ) beobachtet wurden, stellen dann die unmittelbare Kollapswirkung eines frischen Blutverlustes dar. Die erhebliche Steigerung auf  $39,2^{\circ}$  am Abend des vierten Krankheitstages fällt dann mit dem Beginn der Hypostaseerscheinungen zusammen. Dass die im linken Unterlappen beginnende, bald auch auf den rechten Unterlappen übergreifende Verdichtung bewirkt oder mindestens erheblich befördert wurde durch die Hochdrängung des Zwerchfells, unterliegt wohl keinem Zweifel. Diese selbst wieder beruhte auf dem mächtigen Andrängen des etappenweise anwachsenden Unterleibstumors und der meteoristisch geblähten Darmschlingen. Somit ist die Lungenhypostase als die unmittelbare, die Blutgeschwulst im Nierenlager als die mittelbare Todesursache anzusehen.

2. Der Meteorismus: Er war ausserordentlich stark und durch eine Aufhebung des Darmlumens, Gangrän oder Peritonitis jedenfalls nicht bedingt. Zu seiner Erklärung muss wohl die Druckwirkung des innerhalb weniger Tage zu erheblicher Grösse sich entwickelnden Tumors auf die Blutgefässe und den Nervenapparat des Darmes (Dünn- und Dickdarm waren ziemlich gleichmässig betroffen) herangezogen werden.

3. Die nephritischen Erscheinungen: Die nächstliegende Annahme ist natürlich die einer vorher schon latent bestehenden Nierenaffektion, die sich mit dem sonstigen Allgemeinbild der Arteriosklerose mit Herzhypertrophie ganz ungezwungen einfügt. Dazu ist nur zu bemerken, dass etwa ein Jahr vor dieser Erkrankung bei Gelegenheit eines unbedeutenden Unwohlseins eine Urinuntersuchung vorgenommen war mit völlig normalem Befund. Allerdings waren damals auch die Symptome der Arteriosklerose noch weit weniger ausgesprochen, auch die Herzhypertrophie noch nicht mit Sicherheit nachweisbar. Die Entwicklung schwerer Nieren-Herz-Arterienveränderungen innerhalb Jahresfrist ohne merkliche Störung des subjektiven Befindens liegt wohl im Bereich der Möglichkeit. Immerhin wäre zu erwägen, ob nicht auch die starke Kompression der linken Niere, wie sie durch den Tumor wirklich stattfand, und zwar nicht nur des Organes selbst, sondern auch der zu- und abführenden Blutgefässe zur Abscheidung von Eiweiss und Cylindern führen konnte.

Nun ist noch die Frage aufzuwerfen: Kann eine Apoplexie des Nierenfettlagers diagnostiziert werden? Sie dürfte wohl zu bejahen sein. Vorbedingung wäre, dass die Blutung ausgedehnt genug ist, um einen nachweisbaren Tumor zu erzeugen, sodann dass man von einem derartigen seltenen Vorkommen überhaupt Kenntnis hat beziehungsweise gegebenenfalls daran denkt. Als charakteristische Symptome wären anzusehen: die Entstehung eines druckschmerzhaften Tumors in der Nierengegend in relativ kurzer Zeit, Stunden oder wenigen Tagen. Bei schubweiser Blutung Auftreten von Schmerzanfällen, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Nierenkoliken haben. Bezüglich der Differentialdiagnose gegenüber Pyelitis und Hydronephrose wird der Urinbefund und die Form und Konsistenz des Tumors wichtig sein. Paranephritische Entzündungsbeziehungsweise Eiterungsprozesse werden wohl kaum in so kurzer Zeit so grosse Tumoren zu produzieren im stande sein. Theoretisch wären noch Erscheinungen akuter Anämie zu erwarten. In unserem Fall traten sie, abgesehen von der nachträglich in diesem Sinne gedeuteten Morphinumvergiftung, nicht auffallend zutage. Vor allem müsste aber das Sichtbarwerden blutiger Suffusionen unter der Haut, falls sie ohne traumatische Einwirkungen zu stande gekommen sind, auf die richtige Spur leiten.

Bezüglich der Therapie wird all das am Platze sein, was immer erneute Blutungen hintanzuhalten vermag, in erster Linie also absolute Ruhe. Das Schicksal des Kranken wird ja davon abhängen, ob der Gegen- druck der umgebenden Gewebe und der schon ergossenen Blutmasse dem Druck in dem rupturierten Gefäss dauernd die Wage hält oder nicht. Falls durch diesen Gegen- druck die Blutung zum Stehen kommt und eine Infektion der Blutkoagula ausbleibt, so ist die Resorption derselben und die Erhaltung des Lebens wohl denkbar. Gegen- über dem bedrohlichen Krankheitsbild in unserem Fall war natürlich auch der Gedanke einer chirurgischen Intervention erwogen worden. Die Unklarheit der Diagnose, die Überstürzung überraschender Erscheinungen, namentlich das Hinzutreten der Lungen- und Pleura- komplikation liessen einen Entschluss in dieser Richtung nicht zu. Zum Glück muss man sagen, denn die Autopsie

ergab zur Evidenz, dass die Entfernung der voluminösen Blut-Fettgeschwulst einschliesslich der linken Niere, die zur Auffindung der Quelle der Blutung unumgänglich gewesen wäre, ein völlig unausführbares Beginnen dargestellt hätte.

### Klinische Beobachtungen zur Augenheilkunde.

Von Professor K. Baas in Karlsruhe.

#### 1. Lähmung der Akkommodation und Pupille bei Anämie.

Am 19. Juni 1905 wurde mir von einem Kollegen ein Patient überwiesen, welcher seit circa acht Tagen eine Erweiterung seiner rechten Pupille zugleich mit Sehschwäche beobachtet hatte.

Der Kranke war mir von früherher schon bekannt: wegen vorwiegend muskulärer Asthenopie bei bestehender Anisometropie hatte ich ihm eine zusammengesetzte Prismenbrille verordnet, die er nun zu seiner Zufriedenheit benutzte. Da eine hochgradige Blutarmut bestand, hatte ich ausserdem die Diät ändern lassen und sie unter Eisendarreichung monatlang überwacht mit deutlichem Erfolge.

Die jetzige Untersuchung ergab nun, dass die Insuffizienz der Interni in gleicher Weise wie früher vorhanden war. Während die Sehschärfe links  $\frac{5}{6}$  mit  $-0,5$  betrug, wurde derselbe Betrag rechts erst mit  $+1,0$  erreicht, wogegen ehemals hier nur  $+0,5$  vertragen worden war. Die rechte Pupille war fast maximal erweitert, rund, vollkommen reaktionslos. Die Akkommodationsbreite war bis auf 1 D. gesunken, sodass feinsten Druck nur mit  $+5,0$  in 20 cm gelesen werden konnte.

Eine deutliche Veränderung an den Netzhautgefässen war nicht zu konstatieren.

Auch nach der Mitteilung des behandelnden Arztes lag ausser der Anämie sonst nichts vor.

Die weitere Beobachtung liess unter im wesentlichen robrierender Behandlung zuerst eine Wiederkehr der Konvergenz, dann der Lichtreaktion zugleich mit einer Verkleinerung der Pupille erkennen; etwas rascher besserte sich die Akkommodation, sodass am 17. Juli, wo ich den Kranken zum letztenmale sah, etwa die gleiche Akkommodationsbreite wie auf dem gesunden Auge bei Berücksichtigung der Anisometropie wieder erreicht war: der Nahepunkt lag rechts bei 18 cm, links bei 15 cm. Dagegen war die Pupille noch über mittelweit und reagierte noch schwächer als die gesunde.

In den Werken über die Zusammenhänge der Augenleiden mit allgemeineren Erkrankungen von Grönouw, Schmidt-Rimpler, Knieß und anderen, auf welche ich hiermit verweise, findet sich kein dem meinigen gleichender Fall; ähnlich ist nur das Vorkommen einseitiger Abducenslähmung, die mehrfach beobachtet wurde.

Ob bei dieser isolierten Lähmung der inneren Muskeln eines Auges ein krankhafter Vorgang im Kerngebiet oder im Verlauf der Nervenfasern sich abgespielt hat, ist nicht zu entscheiden; ebenso muss es der Vermutung überlassen bleiben, dass etwa ein thrombotischer Prozess an dem bezüglichen Gefäss oder eine Blutung oder eine entzündliche Exsudation, wie solches vom Sehnerven und von der Netzhaut bekannt ist, vorgelegen haben

könnte. Für den Arzt wichtig ist, dass nach verhältnismässig kurzer Zeit eine Wiederherstellung des erkrankten Organes eintrat.

#### 2. Recidivierende Iridocyklitis bei Menstruationsanomalie.

Im Sommer 1903 stellte sich in meiner Poliklinik eine 30 jährige Wäscherin vor mit folgenden Angaben über ihr Augenleiden:

Vor zwei Jahren habe sie eine Augenentzündung bekommen, ähnlich wie sie dieselbe jetzt wieder habe; damals wurde sie anderweitig augenärztlich behandelt. Sonst ist sie, wie auch ihre Geschwister und Eltern, gesund gewesen, und nur eine Vaters-Schwester ist an Schwindsucht gestorben. Mit Rücksicht hierauf sei sogleich bemerkt, dass eine auf meine Veranlassung vorgenommene mehrmalige Untersuchung die Lungen der Patientin als gesund erwies, wie auch für Lues keine Anhaltspunkte vorhanden waren. Desgleichen sind rheumatische Beschwerden, die bei dem Beruf der Kranken als die wahrscheinlichste Ursache mir erscheinen wollten, nur in geringem Grade angegeben worden.

Die genauere Betrachtung der Augen ergab die Zeichen abgelaufener Iritis; links fand sich ausser einer besonders breiten Synechie auch noch eine alte Chorioidealdegeneration. Von den frischen Veränderungen, wie dieselben wechselnd, bald mehr rechts bald links, auftraten, ist besonders ein grau-weisses, flockiges Hypopyon hervorzuheben, das mindestens zumteil cyclitischen Ursprungs war. Im grossen und ganzen liefen alle Entzündungsanfälle rasch ab, manchmal in nur wenigen Tagen und ohne stärkere Störungen; charakteristisch aber war der eigenartige Zusammenhang mit der Menstruation.

Von der letzteren berichtete Patientin, dass sie sowohl nach dem zeitlichen Einsetzen, wie nach Stärke und Dauer seit der Geburt eines Kindes vor circa einem Jahre unregelmässig sei; jedesmal vor dem Beginn derselben fange nun die Augenentzündung an, sodass durchschnittlich nur je 14 Tage bis 3 Wochen die Augen reizfrei seien.

Diesen eigenartigen Verlauf habe ich dann über Jahr und Tag genau verfolgt; dann blieb die Kranke längere Monate weg, um sich im September erst wieder zu zeigen. Sie gab mir diesmal an, dass im Frühjahr eine sehr starke Blutung sich eingestellt habe, wegen deren sie dann anderweitigen ärztlichen Rat in Anspruch genommen hatte; der behandelnde Arzt, den ich um Auskunft bat, sagte mir, dass er bei jenem Zwischenfall einen besonderen Befund jedoch nicht hätte erheben können. Im Laufe der folgenden Monate ist dann die Menstruation regelmässig gewesen, und in dieser Zeit waren auch die Augen ohne Entzündung; mit einer Unregelmässigkeit der Periode hat jetzt nun das Augenleiden sich wieder eingestellt, soweit ich später beobachten konnte mit dem gleichen, sozusagen gutartigen Verlauf wie früher.

Da, wie auch Grönouw ausführt, ein gewisser Prozentsatz aller bei Frauen vorkommenden Erkrankungen ein zeitliches Zusammenfallen mit der Periode aufweisen muss, so ist ein wirklicher Zusammenhang nur mit Vorsicht aufzustellen, der nun in ursächlicher oder nur in sonst beeinflussender Weise sich zeigen kann.

Um meine Beobachtung als Beispiel zu benutzen, so liegt hier der Beginn und die Ursache der Iridocyklitis vor und ausserhalb der Dysmenorrhoe; unleugbar aber hat die letztere Erkrankung die Recidive hervorgerufen und unterhalten. Dabei möchte ich bemerken, dass die einzelnen Anfälle nicht immer den Eindruck richtiger Entzündungen machten, indem bei nur leichter Sehstörung fast keine Schmerzen und andere Reizerscheinungen bestanden, nur sehr unbedeutende Bindehautinjektion, und auch die Pupillen auf Atropin gut reagierten. Vielmehr war der Eindruck der, dass unter dem Einfluss der menstrualen Gefässalteration es auch am Auge sich mehr um eine Hyperämie in Verbindung mit grösserer Durchlässigkeit der Gefässe gegenüber den Blutbestandteilen handelte, die auf Grund der vorbestandenen Entzündung ein jener ähnliches Krankheitsbild jeweils entstehen liess.

3. Genital bedingte Neuroretinitis.

Vor einigen Jahren hatte ich eine Zeitlang einen im übrigen überaus kräftigen und gesunden jungen Herrn wegen Blepharitis und Conjunctivitis bei sonst normalen Augen zu behandeln. Nach längerer Pause kam derselbe eines Tages wieder mit der Angabe, dass er auf seinem linken Auge seit kurzer Zeit schlecht sehe.

In der Tat fand sich bei der Untersuchung eine Herabsetzung der Sehschärfe auf  $\frac{1}{20}$  gegen früher  $\frac{1}{6}$ ; dagegen war das Farbensehen normal, wie auch das Gesichtsfeld eine bemerkenswerte Störung nicht aufwies.

Die innere Untersuchung ergab bei reizlosem äusseren Auge eine ausgesprochene Hyperämie des Sehnerven und der grösseren Gefässstämme.

Das Suchen nach einer Krankheitsursache blieb ohne Ergebnis; der Patient bot keine verwertbaren Anhaltspunkte und so wurde auch eine im wesentlichen indifferente Behandlung verordnet.

Bei der zweiten Vorstellung, acht Tage später, hatte das Sehvermögen sich anscheinend etwas gebessert; doch kommen  $\frac{1}{15}$  gegen  $\frac{1}{20}$  nicht in Betracht. Dagegen war der Augenspiegelbefund jetzt viel ausgesprochener: Trübung der ganzen Retina im Umkreis der Papille; diese verwaschen, die Gefässe in auffälliger Weise stärker gefüllt und geschlängelt.

In der Zwischenzeit war mir nun eingefallen, dass Patient sich vor noch nicht langer Zeit verheiratet hatte; so frug ich ihn auch nach seinem ehelichen Leben. Da antwortete er mir, dass er selbst glaube, die Werke der Liebe allzu sehr gepflegt zu haben; jedenfalls wies ich ihn an, sich nach dieser Seite hin zu mässigen.

Mag es nun sein, dass meine Ordination ihm nicht zusagte oder dass in der Tat eine Besserung eintrat, ich sah den Kranken, der zudem bald darnach von Freiburg fortzog, nicht wieder. Trotz der Unvollständigkeit meiner Beobachtung stehe ich aber nicht an, mit der zulässigen Wahrscheinlichkeit die Ursache des Leidens in jenen Exzessen in venere zu erblicken. Wie der Zusammenhang zwischen beiden zu erklären ist, vermag ich aber nicht zu sagen; ich bescheide mich mit den Vermutungen, über welche auch andere Autoren bis jetzt nicht hinausgekommen sind.

Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse im Grossherzogtum Baden

während des 2. Quartals 1906.

Nach den Berichten der Grossherzoglichen Bezirksärzte.

Mortalität

1906. a. in den Amtsbezirken. 2. Quartal.

Amtsbezirk.	Zahl der Totgeborenen.	Zahl der Gestorbenen oh. Totgeborene.	Von den Gestorbenen sind Kinder von 0-1 11-15 Jahren.	Es starben an												
				Masern.	Kouchnhusten.	Ruhr.	Typhus.	Reichendiphth.	Kohlk. Krupp.	Scharlach.	Puerp.-Fieber.	Vordau.-Stör. (Kind. u. J.)	Lung.-Kohlk. schwindelacht.	Induzierte.		
Achern . . .	3	136	34	9	—	2	—	—	—	—	—	1	9	18	—	
Adelsheim . .	2	55	10	9	—	2	—	—	—	—	—	1	3	4	—	
Baden . . . .	9	159	34	8	—	—	—	2	—	—	—	1	9	20	—	
Bonnendorf . .	1	72	24	2	—	—	—	—	—	—	—	—	9	7	—	
Boxberg . . .	2	62	10	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	7	1	
Breisach . . .	4	94	32	4	—	—	—	—	2	—	3	—	6	7	—	
Bretten . . .	9	117	35	15	—	—	—	1	—	—	—	—	7	10	—	
Bruchsal . . .	17	409	147	46	10	3	—	—	1	1	—	1	63	57	—	
Buchen . . . .	2	162	48	19	1	12	—	—	—	—	1	—	11	19	1	
Bühl . . . . .	7	158	39	22	—	10	—	1	—	—	—	—	5	13	—	
Donauesch. . .	3	116	26	14	5	—	—	—	2	—	—	—	10	7	—	
Durlach . . . .	12	198	67	37	1	4	—	—	—	1	—	—	20	31	—	
Eberbach . . .	3	78	25	12	—	—	—	—	—	—	1	—	4	12	—	
Emmending. .	17	296	68	45	1	6	—	1	1	1	—	1	36	29	4	
Engen . . . . .	6	114	22	10	1	3	—	—	—	—	—	—	3	10	—	
Eppingen . . .	2	74	20	9	—	—	—	—	—	—	—	—	3	8	7	
Ettenheim . .	4	90	24	10	—	2	—	—	—	—	—	—	8	9	—	
Ettlingen . . .	8	124	44	9	1	—	—	—	—	—	—	—	22	18	—	
Freiburg . . .	18	591	137	52	13	2	—	2	5	—	—	2	43	79	—	
Heidelberg . .	32	526	146	53	3	5	—	—	—	—	—	—	2	46	70	
Heidelberg . .	32	526	146	53	3	5	—	—	—	—	—	—	2	46	70	
Karlsruhe . . .	23	654	178	79	—	10	—	—	—	—	—	—	62	103	1	
Kehl . . . . .	4	111	23	11	—	—	—	1	—	—	1	—	6	12	—	
Konstanz . . .	14	278	62	30	—	7	—	—	1	1	3	—	8	40	1	
Lahr . . . . .	8	220	66	30	6	—	—	—	2	1	2	—	29	31	—	
Lörrach . . . .	11	200	43	31	2	1	—	—	—	—	—	—	10	21	—	
Mannheim . . .	65	814	239	117	7	13	—	1	3	1	2	2	81	116	1	
Messkirch . . .	1	82	21	12	4	—	—	—	—	—	—	—	1	8	—	
Mosbach . . . .	7	139	41	14	2	—	—	—	—	—	—	1	14	12	—	
Müllheim . . .	6	87	11	6	—	—	—	—	—	—	—	—	1	12	3	
Neustadt . . .	3	104	31	13	—	5	—	—	1	—	—	—	6	7	—	
Oberkirch . . .	4	93	17	4	1	—	—	—	—	1	—	—	1	6	1	
Offenburg . . .	10	309	77	31	4	—	—	—	1	2	3	—	37	50	1	
Pforzheim . . .	18	418	143	68	8	7	—	—	2	2	1	1	42	63	—	
Pfullendorf . .	2	51	22	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	
Rastatt . . . .	9	299	55	40	—	—	—	2	1	—	1	1	12	23	—	
Säckingen . . .	2	98	19	7	—	—	—	—	—	1	—	—	7	11	—	
St. Blasien . .	1	75	10	8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	12	—	
Schönau . . . .	2	88	18	21	22	3	—	—	—	—	—	—	—	9	1	
Schopfheim . .	5	105	8	2	4	1	—	—	1	—	—	—	4	11	—	
Schwetzing . .	7	225	120	25	—	18	—	—	—	—	—	1	36	30	—	
Sinsheim . . .	8	155	26	19	—	1	—	—	—	1	—	2	6	14	—	
Staufen . . . .	2	98	29	8	—	1	—	—	—	1	—	—	10	8	—	
Stockach . . .	1	81	18	8	—	—	—	—	—	—	—	1	1	7	—	
Tauberbi- schofsheim . .	4	143	30	9	—	3	—	—	2	—	2	—	17	9	1	
Triberg . . . .	3	123	34	7	—	4	—	1	2	—	—	—	9	10	—	
Überlingen . .	4	144	32	11	—	10	—	—	—	—	—	—	5	11	—	
Villingen . . .	7	127	32	11	—	2	—	—	1	—	—	—	11	16	—	
Waldkirch . . .	6	131	28	8	—	3	—	—	—	—	—	2	5	21	—	
Waldshut . . .	6	176	22	3	—	1	—	—	—	—	—	—	6	18	3	
Weinheim . . .	10	134	37	13	—	3	—	—	—	—	1	—	3	21	—	
Wertheim . . .	5	77	13	7	—	3	—	—	—	1	—	—	1	2	7	
Wiesloch . . .	10	119	39	7	—	—	—	—	—	1	—	1	29	16	—	
Wolfach . . . .	5	113	32	3	5	1	—	—	—	1	—	—	6	13	2	
2. Quart. 1906	434	9702	2638	1050	101	150	—	—	13	33	12	25	23	797	1188	23
1. Quart. 1906	410	9639	2431	1021	134	118	—	—	22	72	32	29	39	476	1122	55
2. Quart. 1905	435	9921	2717	959	56	62	—	—	22	42	20	39	29	841	1266	78

\* Mit Zähringen.

1906. b. Gemeinden mit 4000 Einwohnern und mehr. 2. Quartal.

Stadt.	Zahl der Totgeborenen.		Es starben an										
	0-1 Jahre.	1-15 Jahren.	Masern.	Keuchhusten.	Typhus.	Rachendiphth. Kehlk. Krupp.	Scharlach.	Puerp. Fieber.	Verdau.-Stör. (Kind. u. J.).	Lung.-Kehlk. schwind. u. d. L.	Indiennaz.	Kinder von	
												0-1	1-15
Baden	7	73	6	2		1						2	7
Bretten	1	22	4	2		1							4
Bruchsal	4	67	22	8	1							7	8
Bühlertal	2	27	13	2									3
Durlach	3	51	17	8								3	11
Eberbach	1	32	6	5								1	8
Emmendingen	1	52	5			1						4	8
Ettlingen	2	36	8	3	1							1	6
Feudenheim	1	20	9	3								1	2
Freiburg*	15	450	96	39	13	2	5		2	34	60		
Furtwangen	1	31	8	2		3		1					
Heidelberg	19	294	52	33	4				1	12	39	2	
Hockenheim	2	56	34	6		5				12	9		
Karlsruhe	15	446	100	54	8		1	2		32	81	1	
Kehl (Dorf)		22	6	4						1	3		
Konstanz	6	118	24	9		4		1		3	17	1	
Lahr	3	61	12	5	1		1			5	10		
Lichtental	9	159	34	8			2		1	9	20		
Lörrach	2	49	10	3	1					3	4		
Mannheim	60	655	230	99	7	13	1	2	1	62	97	1	
Offenburg	5	51	11	9					1	4	10		
Pforzheim	11	267	92	35	6		1	1	1	29	44		
Radolfzell	2	34	11	3						1	5		
Rastatt	2	53	7	3						2	6		
Säckingen		19	1							1	5		
Sandhofen	2	47	23	4					2	6	11		
Schwetzingen	1	37	11	2	1				1	3	9		
Seckenheim	1	44	19	3						7	5		
Überlingen	1	33	4	1	2					2	6		
Villingen	3	48	15	4	1					4	8		
Waldkirch	1	34	2	2							7		
Weingarten	3	10	3	1						2	1		
Weinheim	3	65	18	8	3					1	2	10	
2. Quartal 1906	179	3463	913	370	24	56	6	12	3	8	7	256	526
1. Quartal 1906	156	3172	852	365	34	51	10	27	11	14	19	137	445
2. Quartal 1905	188	3367	940	371	30	22	11	20	5	20	9	252	474

\* Mit Zähringen.

Während des zweiten Quartals laufenden Jahres starben im Grossherzogtum Baden mit Ausschluss der Totgeborenen 9702 Personen, hiermit zwar 63 mehr als im vorhergegangenen Vierteljahr, jedoch 119 weniger als im gleichen Quartal des vorigen Jahres.

Unter den Gestorbenen waren 2638 Kinder von 0 bis 1 und 1050 von 1 bis 15 Jahren, Zahlen, welchen aus den beiden Vergleichsquartalen jene von 2491 beziehungsweise 2717 und ferner 1021 beziehungsweise 959 gegenüber stehen; es war daher die allgemeine Sterblichkeit im Berichtsquartal zwar etwas höher, als im vorhergegangenen, jedoch geringer als im gleichen des Jahres 1906.

An Masern starben 101, an Keuchhusten 150, an Verdauungsstörungen (unter 1 Jahr) 797 Kinder, dagegen an Diphtherie und Krupp zusammen nur 45 und an Scharlach 25, hiermit aber an den früher am meisten gefürchteten infektiösen Kinderkrankheiten im ganzen nur 70, während Masern und Keuchhusten zusammen mehr als dreimal so viel Opfer forderten.

In der Zahl 797 der an Verdauungsstörungen gestorbenen Säuglinge gegenüber den nur 476 des vorigen, jedoch den 841 des vorjährigen Vergleichs quartals erblicken wir zwar auf der einen Seite den bekannten allsommerlichen Anstieg der Säuglingssterblichkeit, vergessen aber auf der andern nicht, dass dieser Anstieg zugleich den Mahnruf für uns bedeutet, eingedenk zu sein, dass es sich hierbei um ein vermeidbares Sterben vieler junger Menschenleben handelt; und dass in dem gleichen Sinne auch die

Morbidität

1906. a. in den Amtsbezirken. 2. Quartal.

Amtsbezirk.	Morbidity						
	Typhus.	Puerperal-fieber.	Scharlach.	Rachen-diphtherie	Kehlkopf-krupp.	Blattern.	Lungen-schwind. u. d. L.
Achern			27	4	4		
Adelsheim		1		4	1		1
Baden	4	2	12	1	2		1
Bonndorf		4					3
Boxberg							7
Breisach			18		1		
Bretten	1	2	4	6	1		2
Bruchsal	2	2	7	4	2		
Buchen		4	3	8			
Bühl	4	2	5	2	1		
Donauschingen		2	1	6			1
Durlach	7	2	2	2	1		
Eberbach		1	1	3			
Emmendingen		5	17	13	6		
Engen		1		3	2		1
Eppingen		3	1	5			
Ettenheim		1			1		
Ettlingen	1		4	2			10
Freiburg mit Zähringen	5	7	30	38	1		2
Heidelberg	3	12	50	40	5		33
Karlsruhe	9	8	92	33	5		21
Kehl	2		12	6	2		
Konstanz	1	1	65	15	3		7
Lahr		6	10	15	2		
Lörrach	2	1	15	13	5		1
Mannheim	10	2	89	52	4		33
Messkirch		2		3			
Mosbach	1	3	2	11			2
Müllheim				2			
Neustadt			5	5			1
Oberkirch			1	3			6
Offenburg	3	4	52	12	3		3
Pforzheim	5	3	41	25	6		1
Pflundersdorf			3	3			
Rastatt	11	2	21	2			13
Säckingen		1	18	3	2		
St. Blasien				1			2
Schönau	1			5			8
Schopfheim	1	1	3	6	6		
Schwetzingen	3	2	3	3	8		3
Sinsheim		4	24	5			
Staufen	1			1	3		
Stockach		1		10			
Tauberbischofsheim		2	14	10			
Triberg	1			5			
Überlingen			6				
Villingen		2		9	1		4
Waldkirch		2		2			1
Waldshut		2		6	2		18
Weinheim	1	1	3	15			
Wertheim	1	2	1	8			
Wiesloch	1	2	7	2			16
Wolfach		1	1	15			13
2. Quartal 1906	81	106	670	455	80		214
1. Quartal 1906	131	145	827	863	126		213
2. Quartal 1905	106	111	675	671	72	1	234

Ziffern der im Berichtsquartal wie in den beiden Vergleichs quartalen an Tuberkulose Verstorbenen zu deuten sind, bedarf wohl kaum der weiteren Erwähnung.

Zur Anzeige kamen während des Berichts quartals 31 Erkrankungs-fälle an Typhus, 106 an Kindbettfieber, 670 an Scharlach, 455 an Rachendiphtherie, 80 an Kehlkopfkrupp und 214 an anzeige-pflichtiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose; Zahlen, welche eine

(Fortsetzung Seite 205)

1906. b. Gemeinden mit 4000 Einwohnern und mehr. 2. Quartal.

Stadt.	Typhus.	Puerperal- fieber.	Scharlach.	Rachen- diphtherie	Kehlkopf- krupp.	Blattern.	Lungen- u. Kehlkopf- schwindsucht.
Baden	—	—	11	—	1	—	—
Bretten	1	—	1	1	1	—	1
Bruchsal	1	—	5	1	—	—	—
Bühlertal	1	—	2	—	—	—	—
Durlach	—	2	2	—	1	—	—
Eberbach	—	—	—	3	—	—	—
Emmendingen	—	1	6	4	3	—	—
Ettingen	—	—	1	—	—	—	2
Feudenheim	—	—	—	—	—	—	—
Freiburg mit Zähringen	3	5	18	26	1	—	—
Furtwangen	—	—	—	2	—	—	—
Heidelberg	—	4	42	33	2	—	4
Hockenheim	1	—	1	—	—	—	—
Karlsruhe	9	7	84	30	3	—	18
Kehl (Dorf)	—	—	5	—	—	—	—
Konstanz	—	—	42	6	—	—	7
Lahr	—	1	5	9	1	—	—
Lichtental	—	—	—	—	—	—	—
Lörrach	1	—	—	1	2	—	1
Mannheim	10	—	87	36	4	—	30
Offenburg	2	1	18	7	1	—	1
Pforzheim	5	2	31	16	6	—	—
Radolfzell	—	—	1	1	1	—	—
Rastatt	—	1	5	—	—	—	7
Säckingen	—	—	16	1	—	—	—
Sandhofen	—	2	—	9	—	—	1
Schwetzingen	—	1	—	2	7	—	2
Seckenheim	—	—	2	6	—	—	2
Überlingen	—	—	—	—	—	—	—
Villingen	—	1	—	2	—	—	2
Waldkirch	—	—	—	1	—	—	1
Weingarten	—	—	—	—	—	—	—
Weinheim	—	—	3	8	—	—	—
2. Quartal 1906	34	28	389	205	34	—	79
1. Quartal 1906	39	45	449	377	39	—	74
2. Quartal 1905	58	29	385	266	26	1	87

erfreuliche Abnahme des Typhus gegenüber den beiden Vergleichs-  
quartalen und eine ebensolche der Diphtherie bedenten, welche uns  
ferner das Auftreten des Scharlachs in immerhin recht mässigen  
Grenzen zeigen, und schliesslich innerhalb der Vergleichs-  
quartale selber eine wesentliche Verschiebung dieser Grenzen weder bei  
Krupp noch bei der Lungen- und Kehlkopftuberkulose, insofern  
diese letztere anzeigepflichtig ist, erkennen lassen.

Morbidität wie Mortalität zeigt uns daher für das Berichts-  
quartal ein im allgemeinen befriedigendes Bild, und dieses Bild  
gewinnt um so erfreulichere Züge, als auch die prozentischen Ver-  
gleichswerte, welche wir bei der vergleichenden Gegenüberstellung  
von Mortalität und Morbidität gewinnen, gerade wieder bei den  
früher gefürchtetsten Infektionen eine recht günstige Abnahme  
aufweisen.

Es erkrankten und starben im Grossherzogtum Baden  
a. an einzeln anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten,  
nämlich an:

im	1. Typhus.		2. Puerperalfieber.		3. Scharlach.	
	erkrankt	starben %	erkrankt	starben %	erkrankt	starben %
2. Quartal 1906	81	13	106	23	670	25
1. " 1906	131	22	145	39	829	29
2. " 1905	106	22	111	29	675	39

  

im	4. Diphtherie.		5. Krupp.		6. Blattern.	
	erkrankt	starben %	erkrankt	starben %	erkrankt	starben %
2. Quartal 1906	455	33	80	12	—	—
1. " 1906	863	72	126	32	—	—
2. " 1905	671	42	72	20	—	—

im	7. 1 bis 6 zusammen
	erkrankt starben %
2. Quartal 1906	1392 . 106 . 7,5
1. " 1906	2305 . 194 . 8,4
2. " 1905	1635 . 152 . 9,3

b. an einzeln nicht beziehungsweise nur bedingungsweise oder  
in Epidemien anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten  
nämlich an:

im	1. Masern.		2. Keuch- husten.		3. Lungen- u. Kehlkopf- schwindsucht.		4. Influenza.	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
2. Quartal 1906	101	150	188	23	122	55	—	—
1. " 1906	134	118	126	75	—	—	—	—
2. " 1905	56	62	266	75	—	—	—	—

  

5. 1 bis 4 zusammen
2. Quartal 1906
1. " 1906
2. " 1905
1462
1429
1462

Eine, wenn auch nur flüchtige nähere Betrachtung dieser  
Zahlen ist von nicht geringem, nicht allein theoretischem, sondern  
auch aktuellem Interesse:

Während wir auf dem Gebiete der Bekämpfung der einzeln  
anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten sichtlich vorwärts kommen,  
ist dieses bei der Bekämpfung der im Einzelfalle der Anzeigepflicht  
nicht oder — wie bei der Tuberkulose — nur bedingungsweise  
unterliegenden übertragbaren Krankheiten erheblich weniger der  
Fall; das Absinken der Allgemeinerblichkeit an ersteren Krank-  
heiten von 10 auf etwa 7 Prozent sowie das Gleichbleiben der  
die Mortalität an letzteren ausdrückenden Zahlen während der  
Vergleichs-  
quartale ist ein deutlicher Beweis hierfür, aber auch ein  
Fingerzeig dafür, wo der Spaten zur Schaffung besserer Verhält-  
nisse anzusetzen ist.

Mögen alle, die es angeht, nicht zuletzt aber die Bevölkerung,  
um deren gesundheitliches Wohl und Wehe es sich handelt, auch  
diesen wiederholten Hinweis, der aus unsern statistischen Zahlen  
hervorgeht, verstehen und beherzigen!

Kraichgauer Ärzteverein.

Sitzung am 14. Oktober 1906 in Bruchsal.

1. a. Geschäftsbericht des Vorsitzenden. Nach Be-  
grüssung der Anwesenden gibt Medizinalrat Blume  
einen Rückblick auf die Vereinstätigkeit im abgelaufenen  
und im laufenden Jahre, wobei er betont, dass trotz  
manchen erreichten Fortschritts ein Gefühl der Nicht-  
befriedigung aufkomme im Hinblick darauf, dass es  
nicht gelungen sei, die Familienverträge in der Hardt  
zu beseitigen. Hoherfreulich ist es dagegen, dass nun-  
mehr sämtliche Mitglieder dem Leipziger Verbands be-  
getreten sind.

Im Anschluss an diese Mitteilung und die darauf  
erfolgte Aufnahme des Kollegen Gollinger-Bruchsal  
wurde auf Antrag des Vorsitzenden beschlossen, dass in  
Zukunft für die Aufnahme in den Kraichgauer Ärzte-  
verein die Mitgliedschaft des Leipziger Verbandes Vor-  
bedingung sein soll.

b. Laut dem darauf vorgetragenen Geschäftsbericht  
des Rechners beträgt das Kassensoll 153 M. 73 S.

2. a. Der Obmann des Leipziger Verbandes, Kollege  
Schüle in-Bretten, gibt zunächst einen Überblick über  
die weitere Entwicklung des Leipziger Verbandes, be-

richtet vertraulich über die Verwendung der Gelder, wobei er betont, dass freiwillige Spenden sehr erwünscht seien, bespricht die im Vordergrund des Interesses stehenden Kämpfe in Frankfurt und Mannheim und weist nachdrücklich auf die Stellenvermittlung des Leipziger Verbandes hin. Eingehend wird sodann die Frage der allgemein gültigen Verpflichtungsscheine besprochen. Nach später stattgefundenener Diskussion wird beschlossen, das Formular II des deutschen Ärztevereinsbundes anzunehmen. Ferner fand der Antrag Esser Annahme, dem Leipziger Verbands aus der Vereinskasse 100 M. zu überweisen. Der Referent empfiehlt dann noch die Benutzung der Buchhandlung des Leipziger Verbandes, besonders die Anschaffung des Kalenders, und betont ferner die Notwendigkeit einer allseitigen Versicherung für jeden Kollegen, die am zweckmässigsten bei der  $\text{V}$ ersicherungskasse für die Ärzte Deutschlands in Berlin erfolge. Endlich wird noch die Gründung eines Rechtsschutzvereins nahegelegt, welche Anregung zu dem Beschluss führte, die Verbandskasse mit der Einleitung der nötigen Schritte zur Gründung eines solchen Vereins zu beauftragen.

b. Das nun folgende Referat desselben Kollegen über die Tätigkeit der Verbandskasse entrollte ein anschauliches Bild über die hingebende und aufopfernde Arbeit, welche diese Kommission unter dem vortrefflichen Vorsitz des Geheimrats Klehe in bisher 33 Sitzungen geleistet hat, eine Arbeit, welche leider nicht immer das wünschenswerte Resultat herbeizuführen vermochte. Der Referent beklagte ebenso, wie anfangs schon der Vorsitzende, dass es unserer Organisation immer noch an Mitteln fehle, den gefassten Beschlüssen volle Geltung zu verschaffen. Möge die am 1. Januar 1907 in Kraft tretende Ärzteordnung eine Besserung dieser Verhältnisse herbeiführen!

3. Bei der folgenden Neuwahl des Gesamtvorstandes wurden wiedergewählt: Blume als erster, Kusel als zweiter Vorsitzender, neugewählt Féaux als Rechner und Schriftführer. Zur Verbandskasse wurden wiedergewählt: Klehe und Schüle, neugewählt Stengel und Fischer.

4. Schliesslich nahmen noch die Verhandlungen über die Familienverträge in der Hardt einen breiten Raum ein. Die Angelegenheit konnte aber wiederum nicht erledigt werden, da nicht alle beteiligten Kollegen zur Stelle waren; es soll daher eine besondere Versammlung ad hoc einberufen werden. Dr. Féaux, Schriftführer.

### Bücherschau.

**Der künstliche Abort** von Dr. Durlacher, Ettlingen. Berlin-Wien. Urban und Schwarzenberg. 58 Seiten. Die Grösse des mit der Ausführung oder Unterlassung der Operation für den Arzt verbundenen Verantwortlichkeitsgefühles sowie die Gefahr für denselben, eventuell mit dem Strafgesetz in Konflikt zu kommen, haben den Verfasser veranlasst, die Erfahrungen von Geburtshelfern und Klinikern zusammen mit zerstreuten Literaturangaben und einzelnen eigenen Beobachtungen zur möglichst strikten

Beantwortung der Indikationen des künstlichen Abortes zu verwerten. Davon, dass der Verfasser diese Aufgabe mit anerkanntem Fleisse zu lösen sich bemüht hat, gibt das nicht weniger wie 215 Nummern umfassende Literaturverzeichnis Kunde. Wir können die Schrift jedem praktischen Arzte empfehlen, der sich mit wenig Zeitverlust über alles Wissenswerte bezüglich des künstlichen Abortes orientieren will.

### Hausärzte und Spezialisten in der modernen Medizin

von Dr. Barhet-Heidelberg. Heidelberg bei O. Petters. 32 Seiten. In ausführlicher und vor allem objektiver Weise behandelt der Verfasser diese in der neuesten Zeit in der medizinischen Journalistik lebhaft erörterte Frage, ohne wichtigere neue Gesichtspunkte anzuführen, was allerdings auch kaum möglich ist. Im ersten Teil wird hauptsächlich die Frage erörtert, ob das Institut des Hausarztes nicht überhaupt eine überflüssige und veraltete Einrichtung sei, eine Frage, die selbstverständlich verneint wird, wobei der Verfasser besonders in überzeugender Weise die grosse Bedeutung des Hausarztes für die Hygiene und Prophylaxe beim Gesunden und Kranken beweist. Im zweiten Teile bespricht der Verfasser das heikle Thema der Stellung des Hausarztes zum Spezialarzt in einer von echt kollegialischem Geiste getragenen, von jeder Engherzigkeit freien Weise.

Wenn er die Berechtigung der Bezeichnung: Spezialarzt und praktischer Arzt sowie ein besonderes Examen für Spezialärzte verwirft und von dem jungen Arzt, der als Zahnarzt tätig sein will, das Zahnarztexamen verlangt, so kann man ihm darin nur beistimmen. Weniger ist dies der Fall bezüglich der Behauptung, dass die Position der Spezialärzte im allgemeinen eine günstigere sei als die der praktischen Ärzte. Kenner der Verhältnisse wissen, dass die guten Zeiten der Spezialärzte längst vorbei sind, und heute auch in Grossstädten ein praktischer Arzt mehr Aussicht hat, wenn auch langsam, in die Praxis hineinzukommen als ein Spezialarzt mit noch so guter Ausbildung. Auch die Ansicht des Verfassers, dass es in grossen Städten den Spezialisten bis zu einem gewissen Grade gestattet sein müsse, private Polikliniken mit Gratis-Sprechstunden für Unbemittelte zu begründen, ist durch die Erfahrung in solchen Städten, in denen die ärztliche Vereinsorganisation es verstanden hat, das Poliklinikenunwesen fern zu halten, widerlegt. Wo es sich allerdings einmal eingenistet hat, wird es schwer wieder zu beseitigen sein.

**Die progressive Paralyse** von Dr. M. Neumann, Nervenarzt, Karlsruhe. Leipzig bei B. Krueger. 54 Seiten. 1,20 M. Soweit es im Rahmen einer im Umfang beschränkten Arbeit möglich ist, gibt der Verfasser eine umfassende Schilderung des Krankheitsbildes der progressiven Paralyse, wobei er den Zweck, dem praktischen Arzte das Bild der Krankheit so gegenständiglich zu machen, dass er es bei der Begegnung im Leben wiederzuerkennen vermag, vollständig erreicht. Ein besonderer Vorzug der Arbeit ist die Klarheit

der Sprache, die vor allem die Schilderung der psychischen Krankheitserscheinungen und deren psychologische Deutung auch dem psychiatrisch nicht vorgebildeten Leser leicht verständlich macht.

Im Verlage der Ärztlichen Rundschau in München ist erschienen:

**Von Ärzten und Patienten.** Lustige und unlustige Plaudereien von Dr. Fr. Schulz-Bremen. III. Auflage. 178 Seiten 3 Mk.

**Über Blinddarmentzündung.** Wann soll operiert werden? Von Medizinalrat Dr. Baumgärtner, Baden-Baden. 41 Seiten.

**Verschiedenes.**

Mit der Frage der **Zentralisation der Breslauer Krankenkassen** beschäftigen sich augenblicklich die dortigen Kassenvorstände. Eine für diesen Zweck eingesetzte Kommission ist vorläufig mit der Beschaffung des statistischen Materials be-

schäftigt. Die **Arztfrage** ist bereits zu einem gewissen Abschluss gelangt. Der „Arbeiter-Versorgung“ Nr. 26 entnehmen wir darüber folgende Einzelheiten: „Die Kommission hatte zunächst an alle bei den zum Anschluss bereiten Kassen tätigen Ärzte die Anfrage gerichtet, ob sie bereit wären, bei einer Verschmelzung für die neue Kasse unter zu vereinbarenden Bedingungen weiter zu wirken. Mit wenigen Ausnahmen erklärten nun die Herren, dass sie nicht mehr zu Verhandlungen berechtigt seien, da nach Ansicht des Breslauer Ärztevereins die zentralisierte Kasse eine Neugründung darstelle und mit dieser zu verhandeln sei nur die Krankenkassenkommission der Ärzte berechtigt. Die Verschmelzungskommission hat nun mit der Ärztekommision verhandelt. Dabei wurde auf die Beschlüsse des Ärztevereins Bezug genommen, welche die freie Arztwahl als Grundlage der sonst auch von den Ärzten als erstrebenswert angesehenen Zentralisation bezeichnen.“

Als Mitglied zum Ärztlichen Kreisverein Konstanz hat sich angemeldet:

Dr. Irno Hirsch in Konstanz.

Eventuelle Einsprachen gegen die Aufnahme sind binnen 14 Tagen an den Unterzeichneten zu richten.

Konstanz, Hussenstrasse 19.

Dr. Weisschedel,

Schriftführer des Ärztlichen Kreisvereins Konstanz.

Soeben erschienen:

**Der künstliche Abort.**

Von

Dr. S. Durlacher, Ettlingen.

106]

Preis Mk. 2.—

Vorrätig in **A. Bielefeld's Hofbuchhandlung (Liebermann & Cie.), Karlsruhe.**

**Sanatorium Quisisana Baden-Baden**

für innere u. Nervenkrankte, Erholungs-Bedürftige u. Rekonvaleszenten. Modern und vorzüglich eingerichtet in herrlichster ruhiger Lage.

Dr. Viktor Lippart, Chefarzt  
Dr. Clemens Becker, konsult. Arzt

**Sanatorium Schömberg**

Württemberg. Schwarzwald. 650 m ü. d. M. 12/17.13

Älteste Heilanstalt Württbg. für Lungenkrankte. Klimat. Kurort bei Wildbad. Sommer- und Winterkuren. Pens. einschl. ärztl. Behandlung, Zimmer, Heizg. (Niederdruckdampf), elektr. Beleucht. u. Bedienung, von 6-12 M. Leit. Arzt: Dr. Koch. Prosp. grat. d. d. Direktion.



Station der Altstadtbahn Karlsruhe-Herrenalb.

**Sanatorium Marxzell** Bad. Schwarzwald. 260 m ü. Meer.

für Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten.

Physikalisch-diätetisches Familienhaus mit allem Komfort der Neuzeit. 15 Zimmer, meist mit Veranden und Balkon. Terrain- und Diätikuren. 987]6.5

**Hydro-, Elektro-, Mechanotherapie**

— Das ganze Jahr offen. —

Näheres durch Prospekte und den leitenden Arzt **Dr. Genter.**

**Schloß Hornegg**

Station Sundelsheim am Neckar. Linie Heidelberg-Heilbronn. Speziell für Ernährungstherapie eingerichtetes Sanatorium. Wasserheilverfahren, Elektrotherapie, Massage, Gymnastik. Für Herzkrankte Kohlensäure- u. Wechselstrombäder. 24st. Elektrische Beleuchtung. Das ganze Jahr geöffnet. 2 Verje. Proheite. Leitender Arzt: **Dr. Römheld.**

**Heilanstalt Kennenburg** bei Esslingen (Württemberg)

für psychisch Kranke weiblichen Geschlechts.

10]12.8 Prospekte frei durch die Direktion.

Dr. Krauss, Besitzer u. leit. Arzt Hofrat Dr. Landerer.

**Neckargemünd**

**Dr. Langenbach's Sanatorium**

für Nerven- und Stoffwechselkrankte sowie Erholungsbedürftige jeder Art. — Das ganze Jahr geöffnet. Näheres durch die Prospekte. 963]12.12

auch ohne Zucker.	Das älteste in Deutschland eingeführte	auch mit Eisen.	Meine Propaganda er- streckt sich nur auf ärztliche Kreise.	 <p><b>DUNG'S</b> aromatisches <b>RHABARBER</b> <b>ELIXIR</b></p> <p>(Elixir Rhei aromaticum Dung), ein angenehm schmeckendes mildes Abführ- und Magenmittel</p> <p>5 Teile Elixir enthalten 1000 1000 1 Teil Rhabarberwurzel.</p>
<p><b>DUNG'S</b> <b>CHINA-CALISAYA-ELIXIR.</b></p>			Verordnen Sie stets: <b>Original Dung's.</b>	
In 1/4 & 1/2 Liter- Flaschen	Man hüte sich vor <b>Nachahmungen.</b>		Muster und Literatur gratis durch die Fabrikation von <b>Dung's</b> China-Calisaya-Elixir	
		in den Apotheken zu haben.	Inhaber: <b>Albert C. Dung,</b> Freiburg, Baden. 97624.20	

**Baden-Baden** Sanatorium  
**Dr. Hugo Lippert**

für Magen- und Darmkrankheiten,  
Stoffwechsel und Ernährungs-Störungen.

Ludwig-Wilhelmstrasse 11 an den Gönneranlagen nächst  
der Liechtenhalerallee in prächtiger, freier, ruhiger Lage,  
mit jeglichen therapeutischen und komfortablen Einrich-  
tungen der Neuzeit. 12—15 Patienten. Sorgfältigste diä-  
tische Küche. Prospekte durch den leitenden Spezialarzt  
und Besitzer **Dr. Hugo Lippert**, mehrjährigen  
Assistent an der Kgl. medizinischen Universitätsklinik in  
Breslau und bei Geheimrat Professor Dr. Fleiner in Heidel-  
berg. — Das ganze Jahr geöffnet. 28]18.14

**Sanatorium DDr. Frey-Gilbert,**  
**Baden-Baden.** 59]13.9

Das ganze Jahr geöffnet.

Modernste und vollkommenste Heilanstalt für die gesamte  
physikalisch-diätetische Therapie. Hervorragende Lage in  
unmittelbarer Nähe der Kuranlagen und des Waldes.

Auskunft und Prospekte durch die leitenden Ärzte  
Medizinalrat **Dr. A. Frey** und **Dr. F. Dammert**.

**Degerloch-Stuttgart** 485 m  
ü. M.

**Sanatorium Villa Hohenwies**  
für innere und Nervenranke. 99]6.2

Behandlung von Sprachstörungen (Stottern, Stammeln u. a.). —  
Schöne südliche Lage nächst dem Walde. — Moderne Ein-  
richtungen. — Zentralheizung. — Prospekte.

**Dr. med. Th. Zahn, Stuttgart.**

62]6.5

 **Pankreon**

D. R. P. 128419

wird nicht wie Pankreatin und frisches Pankreas vom Magensaft zerstört.

Die Indikation ist nicht auf die eines Spezificums bei Pankreas-  
erkrankungen und eines Diagnosticums zu beschränken; Pankreon ist  
vor allem ein vorzüglich bewährtes Diätetium und Stomachicum, da  
es unzerstört den Magen passiert und im Darm kräftige pankreatische  
Wirkung entfaltet. Es ist infolge dieser wirksamen Unterstützung der  
Darmverdauung ein ausgezeichnetes Roborans und bewirkt rasche Besserung  
des Ernährungsstandes bei kachektischen und anämischen Personen und in  
der Rekonvaleszenz.

Klinische Literatur zur Verfügung über einwandfreie Erfolge bei  
Gastritis und Enteritis chronica, Hyperemesis, Steatorrhoe, nervöse und  
chronischer Diarrhoe u. vielen anderen Formen dyspeptischer Erkrankungen.

Originalpackungen in den Apotheken zu 25, 50, 100 u. 200 Tabletten zu 1/4 g.

Dosierung: 6—18 Tabletten täglich, auf die Mahlzeiten verteilt, zu nehmen.  
Für Kinder die Hälfte.

Für Säuglinge: Pankreonzucker in Schachteln mit 100 Tabletten zu 1/4 g  
(0,50 Pankreon und 0,20 Milchzucker).

Literatur und Proben kostenfrei.

**Akt.-Ges. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.**

**Alpirsbach** Sanatorium Dr. Würz  
**bei Freudenstadt** für Nerven — innere Krank-  
(Schwarzwald). 971]24.20 heiten — Erholungsbedürftige.  
Prosp. Das ganze Jahr offen.

Für die chirurgische Abteilung des Krankenhauses der evan-  
gelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe wird auf 1. November d. J.  
ein **Medizinalpraktikant** 104]3.2  
gesucht gegen freie Station. Meldungen erbeten an die Verwaltung.

**Für Ärzte.** 103]2.2

**Baden-Baden.** — **Arztwohnung** in zentraler bester Lage der  
Stadt, in welcher (Neubau) seit 6 Jahren praktischer Arzt und einziger  
Kinderarzt am Platze glänzende Praxis erworben, per 1. April 1907  
zu vermieten. 10 Zimmer, Badezimmer, 2 Mansarden und Zubehör.  
Offerten unter **F. B. 4094** an **Rudolf Mosse, Baden-Baden.**

# Dr. Richard Fischers Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke.

Privat-Heil- und Pflegeanstalt Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt.

== Gegründet 1898. ==

In schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie.

Prospekte frei durch die Direktion.

8|10.8

**St Blasien** im bad. Schwarzwald, 800 Meter über Meer.

Winterkuren für Nerven-, Magen-, Darm-, Stoffwechselkranke mit Ausschluß von Lungenkranken

Sanatorium Villa Luisenheim

1905 neu umgebaut und modernisiert. Vorzügliche Einrichtungen für Winterkuren (eigene Wasserheilstätte). — Vollständig geschützte Lage. — Schneeschuh- und Schlittelsport. — Näheres durch die Prospekte.

Leitende Ärzte: Hofrat Dr. Determann und Dr. van Oordt.

98|13.3

Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

## 1907

### Reichs-Medizinal-Kalender

(Börner).

Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe.

2 Teile, 4 Quartalshefte, 2 Beihefte.

89|3.2 **5 Mark.**

**Heidelberg** Heilanstalt für Hautkranke in schönster Lage. Grosser Garten. Comfortable Einrichtung.

Prospekte frei. Dr. A. Sack.

6|20.16

**Mechling's China-Eisenbitter**



Schutz-Mark

indiziert bei Anaemie, Chlorose, in der Rekonvaleszenz, bei allgemeiner Körperschwäche, nach der Influenza. Ausgezeichnetes Stomachicum von hervorragendem Wohlgeschmack.

Über 600 ärztliche Anerkennungsschreiben.

Bitte bei Ordination stets den Namen „Mechling“ anzugeben.

2|24.17 Probeflaschen kostenfrei.

**E. Mechling, Mülhausen i. Els.**

700 Mtr. üb. dem Meer **Donaueschingen** Solbad Luftkurort.

Knotenpunkt der romantischen Schwarzwald- u. Höllentalbahn. Stützpunkt für Schwarzwaldtouren. (Gauchach- u. Wntachtal etc.)

**Hôtel und Pension z. Schützen**

mit neu erbautem Kurhaus, gegenüber dem fürstl. fürstenb. Parke

Sol-, Kohlensäure- und Fichtennadelbäder im Hause.

Eigene Milchwirtschaft, Fischerei, Grosser Garten, Lawn-Tennis, 100 m lange, gedeckte Wandelhalle.

969|24.23 Eigentümer: **J. Buri.**

**GOLDKORN**

Nähr- u. Kräftigungsmittel für Säuglinge, Kinder, Kranke u. Genesende.

**GOLDKORN**

ist fertig zum Gebrauch und besitzt leichteste Verdaulichkeit bei höchstem Nährwert. (100 g = 397,47 Kal.)

Mit verdünnter Kuhmilch beste Nahrung auch für magenkranke Säuglinge.

Preis per Flasche M. 1.50.

Erhältlich in Apotheken, Drogerien etc. oder direkt durch **Pfister Mayr & Co., München, Sonnenstr. 19.**

== Proben für Herren Ärzte gratis. == 61|12.6

**Drahtgipsbinde für chirurgische Zwecke**

Deutsches Reichs-Patent. Begutachtet und empfohlen von ersten Autoritäten.

Literatur: Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 42 vom 18. Oktober 1904, Seite 1879, Privatdoz. Dr. Gebelle (Geh. Rat Dr. von Angerer, Münchener königl. Chirurg. Klinik); Medizinische Woche, Berlin Nr. 302 vom 16. Oktober 1905, Drahtgipsverbände von Dr. med. Otto Heine, Orthopäde, Dortmund, u. a.

== **Gehverbände!** ==

„Deutsche Drahtgipsbinden-Fabrik“ G. m. b. H.

für chirurgische Zwecke, München, Landwehrstrasse 63.



19|6.6

## Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

### Cavete collegae!

Drahtadresse: Ärzterverband Leipzig.

Fernsprecher 1870.

**Berlin**, östl. u. süd-östl. Vororte (Mathilde Rathenau-Stiftung).  
**Biesenthal**, Prov. Brandenburg.  
**Bigge** i. Westf.  
**Blumberg** u. **Elisenau** (Mark).  
**Bredelar** i. Westf.  
**Breslau**.  
**Burgschwalbach** i. Hessen.  
**Danzig** O.-K.-K.  
**Dubraucke** i. Laus.  
**Dümpfen** b. Mühlheim a. R.  
**Düsseldorf** a. Rh. O.K.K.  
**Egelsbach** a. M.  
**Eisenach** i. Th.  
**Eitorf** i. Sieglr.  
**Elberfeld** V. d. O.-K.  
**Elmshorn** i. Holst.  
**Eppstein** i. Taunus.  
**Erdeborn** i. Mansf. S.  
**Flensburg** i. Schlesw.  
**Frankfurt** a. M.  
**Frankenpriessnitz** b. Camburg a. S.

**Franzburg** i. Pom.  
**Gera**, R. Text. B.K.K.  
**Geseke** i. Westf.  
**Gräfenhain** a. Nordbahn.  
**Gräfenhain** i. Th.  
**Guben-Gr. Gastrose** i. Laus.  
**Gutach** i. Baden.  
**Halberstadt**.  
**Hamburg**, B.-K. f. Staatsang.  
**Hannau**, San.-Verein.  
**Harburg** a. E.  
**Heegermühle** i. Br.  
**Herborn** (Dillkreis)  
**Hinsbeck** i. Rhld.  
**Hohentengen** i. W.  
**Holtenau** b. Kiel.  
**Hüls** i. Rhld.  
**Jaratschewo** (Jarotschin).  
**Karby**, Kr. Eckernförde.  
**Kassel-Rothenditmold**.  
**Kelsterbach** a. M.  
**Ketzschendorf** a. S.  
**Klingenthal** i. Sa.  
**Köln-Deutz**.  
**Lamstedt** Rgb. Stade.

**Lichte** b. Wallendorf i. Th.  
**Longeville** b. Metz.  
**Ludwigshafen** a. E. Pfälzische Eisenb. B.- u. Werkstätten Kr. - K. (Sitz **Ludwigshafen**) und Kr.-K. der Steinbrucharbeit. (Sitz **Kaiserslautern**)  
**Lychen** U.-Mark.  
**Mannheim** i. B.  
**Margonin** i. Posen.  
**Marie aux Chênes** in Lothr.  
**Markranstädt** b. Lp.  
**Meckesheim** b. Hdb.  
**Michelstadt** u. **Erbach** i. Odenw.  
**Mintard** b. Kettw. v. d. Br. Breitscheid & Selbeck.  
**Mittelwalde** i. Schl.  
**Montois** in Lothr.  
**Mühlheim** a. M.  
**Mülheim** a. Rhein.  
**Mülheim** a. Ruhr.  
**München-Gladbach** i. Rhld.

**Murowana-Goslin** i. Posen.  
**Muskau** i. Schl.  
**Nauen** (Osthavell.)  
**Neckarsteinach** i. H.  
**Neubrück** a. Bober.  
**Neubausen** (Fildern)  
**Neustettin** i. P.  
**Niederbrechen** b. Limburg.  
**Nieheim** Kr. Höxter.  
**Norden** i. Hann.  
**Oberbrechen** b. Lb.  
**Ober-Mossau** i. H.  
**Offenbach** a. M.  
**Oldenburg** i. Grossh.  
**Pasing** b. München.  
**Pförtchen** L. N.  
**Bez. Philippsburg** i. B., Filialen d. Fa. Wellensick u. Schalk-Speyer.  
**Puderbach** Kr. Nwd.  
**Radevormwald** Rh.  
**Ratzsch** i. Pom.  
**Reichenbach** i. O.  
**Rellinghausen** i. R.  
**Rendsburg** i. Schles.

**Rothenburg** O.-L.K.  
**Rüdesheim** a. Rh.  
**Saalfeld**, O.-Pr.  
**Sablon** b. Metz.  
**Sauvage** b. Metz.  
**Schlebusch-Maufort** i. Rhld.  
**Stettin** Fbr.-K. d. Vulk.  
**St. Hubert** i. Rhld.  
**Strausberg** i. Mark.  
**Sylt** Kr. Tondern.  
**Taillfingen** i. Wttb.  
**Teltow** bei Berlin.  
**Templin** Pr. Brdgb.  
**Thalheim** i. Erzgeb. O.-K.-K.  
**Warin** i. Mecklenburg.  
**Weibern** i. Rhld.  
**Weil** i. Schönbuch.  
**Weismes** K. Malmedy.  
**Weissenfels** a. Saale.  
**Westhavelland** Kr. Gem. Gemeinde K.V.K.  
**Wieda**, Kr. Blankenburg a. H.  
**Wrietzen** a. Oder.  
**Ziesar**, Prov. Sachs.  
**Zorneding** O.-Bay.  
**Zwiningen** a. B.

Über vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilen jederzeit Auskunft der Generalsekretär **G. Kuhns**, Arzt, Leipzig-Connewitz, Herderstr. 1<sup>r</sup> — der auch Praxis-, Schiffsarzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen nachweist, Sprechzeit nachmittags 3—5 (ausser Sonntags) und Dr. Baumstark, Karlsruhe-Mühlburg, Rheinstrasse 55/57. 107]

## Winterkur für Lungenkranke.



### Sanatorium St. Blasien

im südl. bad. Schwarzwald. 800 M. ü. d. M.

Ärztlicher Leiter: Dr. med. ALBERT SANDER.

In völlig geschützter herrlicher Lage, umgeben von grossen Tannenwäldern.

Modernste Einrichtungen, verbunden mit grösstem Komfort.  
Elektrische Beleuchtung. — Zentralheizung. — Lift.

Näheres durch die Prospekte.

101/4.2

### Herz- u. Nervenleidende

Rheumatiker, Blutarme, Reconvaleszenten etc. finden jederzeit Aufnahme in der  
**Spezialanstalt Schloss Marbach a. Bodensee**  
 Post Wangen, Kreis Konstanz.  
**Dr. HORNING.**

86/7.5

### Baden-Baden.

60/13.9

#### Sanatorium Dr. Ebers

für Nerven- und Innere Kranke, Erholungsbedürftige und Reconvaleszenten. — Das ganze Jahr geöffnet.

Näheres durch den Prospekt.

**Dr. Ebers.**

Mit einer Beilage:

Prospekt der Chemischen Fabrik von Paul Horn in Hamburg, Albumosen-Seife.