



# Die Augenklinik zu Kiel.

## Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

**R. Hansen,**  
approb. Arzt  
aus Travemünde.



Opponenten:

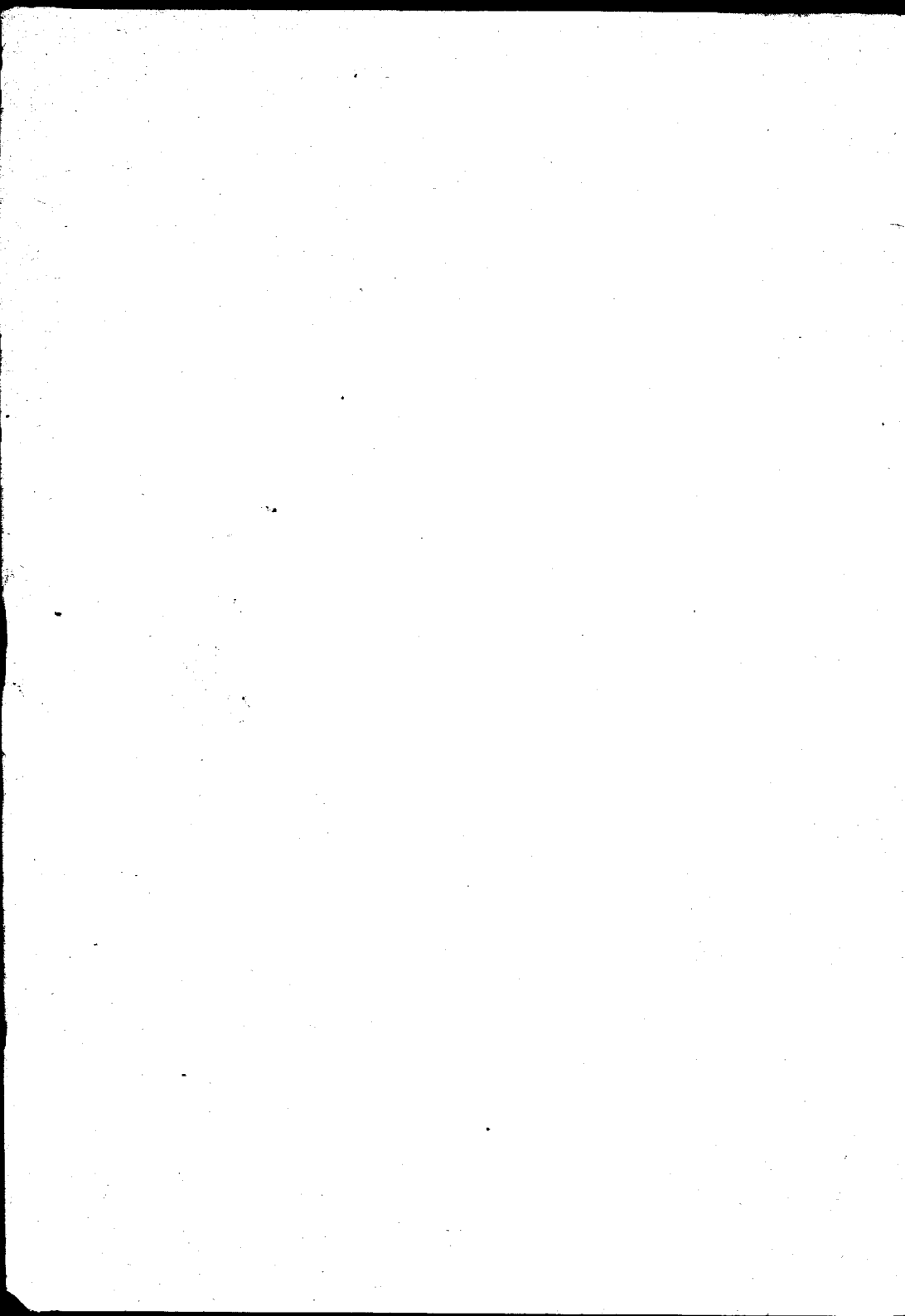
Herr Dr. Oetken.  
» cand. med. Therig.  
» cand. med. Dose.



**KIEL.**

Druck von L. Händorff.

1889.



# Die Augenklinik zu Kiel.

---

## Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

**R. Hansen,**

approb. Arzt

aus Travemünde.

---

Opponenten:

Herr Dr. Oetken,

» cand. med. Therig.

» cand. med. Dose.

---

**KIEL.**

Druck von L. Handorff.

1889.



Nr. 14.

Rectoratsjahr 1889/90.

Referent: Völckers.

Zum Druck genehmigt:

Dr. Werth, z. Z. Dekan.

Erst im Laufe unseres Jahrhunderts hat man dem Bau der Hospitäler von Seiten der medicinischen Wissenschaft ein allgemeineres Interesse entgegengebracht und — während man früher oft genug Räumlichkeiten, Gebäude, die zu anderen Zwecken nicht mehr verwendbar waren, für gerade gut genug hielt, um Kranken als Aufenthaltsort zu dienen — den Wert plan- und zweckmässiger Einrichtung genugsam erkannt.

Speciell Augenkranke sind am spätesten der Segnungen guter Hospitäler theilhaftig geworden, weil überhaupt erst um die Mitte dieses Jahrhunderts der Augenheilkunde staatliche Mittel zur Unterstützung und Verfügung angewiesen wurden. Erst im Lauf der letztverflossenen 20 Jahre sind der Ophthalmologie auf den deutschen Hochschulen würdige Werkstätten geschaffen. So erhielt auch Kiel erst im letzten Jahre eine neue, zweckentsprechende Anstalt für Augenkranke.

Bis zum Jahre 1866 wurden alle Augenkranken gemeinsam mit den chirurgischen Patienten in der chirurgischen Klinik, welche deshalb auch den officiellen Titel »chirurgisch-ophthalmiatische Klinik« führte, aufgenommen und behandelt. Das Kontingent Augenkranker wuchs von Jahr zu Jahr. Einige Zahlen aus der Chronik der akademischen Heilanstalten jener Zeit mögen zum Belege dienen:

Im Jahre 1860 betrug die Zahl der behandelten Augenleidenden 372, wovon 144 Fälle eine Operation erforderten. 1861 wuchs die Summe der Augenkranken auf 441, 1863 auf 476, 1864 auf 526. Im Jahre 1865 kamen 668 Fälle zur Behandlung, 1866 bereits 798.

Man gelangte somit bald zu der Überzeugung, dass es notwendig sei, um den Leiter der chirurgischen Klinik vor Überbürdung zu bewahren, eine besondere Abteilung für Augenranke unter einer besondern Leitung zu errichten. Auf einen dahingehenden Antrag beim Ministerium wurde im September des Jahres 1866 eine neue Professur für Ophthalmologie geschaffen und dem jetzigen Direktor der Augenklinik übertragen. Da man noch über kein besonderes Gebäude verfügte, wurden auf der chirurgischen Station zwei Zimmer zu je 4 Betten für Augenranke reservirt, und ein weiterer, 6 m langer und 4 m breiter Raum für die Ambulanz, den Unterricht, die Operationen etc. zur Verfügung gestellt. Obwohl man schon damals dem Chef der Augenabteilung das Recht einräumte, im Bedürfnisfalle Kranke auch in den eigentlich-chirurgischen Zimmern unterzubringen, genügten die Räume der steigenden Frequenz bald nicht mehr. Man sah sich genötigt, ein in der Nähe liegendes, 2 $\frac{1}{2}$ stöckiges Privathaus zu miethen. Dasselbe enthielt in seinem Parterre zwei Räume, für den Unterricht und die Poliklinik, ausserdem zwei Zimmer für den Direktor und einen Assistenten. In den übrigen Stockwerken lagen die Krankenzimmer mit insgesamt 18 Betten. Indes der Andrang aufzunehmender Patienten mehrte sich so enorm, dass bisweilen 28, ja sogar einige 30 Kranke zur Zeit in denselben Räumen untergebracht werden mussten. Folgende kleine Tabelle veranschaulicht die rasche Zunahme der Frequenz.

Es wurden behandelt:

im Jahre:	ambulant:	stationär:
1867	1158	180
1869	1630	296
1872	2092	248
1875	2880	303
1880	2890	308
1884	3224	313
1886	3151	329
1888	3774	375

Diese Verhältnisse machten das Bedürfnis nach einer grössern, neuen Anstalt immer fühlbarer. Überdies liess eine im Jahre 1885 ausbrechende Ruhrepidemie die Nachteile der Überfüllung in erschreckender Weise zum Bewusstsein kommen.

Leider verzögerten ungünstige Umstände immer noch den Neubau. Es wurde daher provisorisch ein zweites Privathaus hinzugefügt und damit Raum für 50 stationäre Kranke zur Zeit geschaffen. — Im Frühjahr 1887 endlich wurde die Errichtung einer neuen Augenklinik begonnen.

Der Bauplatz war in vorzüglichster Weise gefunden. Hinter der Universität erhebt sich das Terrain zu einer kleinen Anhöhe, auf deren Gipfel die akademischen Heilanstalten liegen. Im Westen lehnen sich andere Universitätsinstitute an dieselbe an, während sie im Osten sanft bis zum Ufer des Kieler Hafens abfällt. Dort ist, umgeben von prächtigen alten Linden, der Neubau errichtet. Er besteht aus einem zweistöckigen Hauptbau mit westöstlicher Axenrichtung und der Front nach Süden; an seinem westlichen Ende schliesst sich ein nach Norden gerichteter, ebenfalls zweistöckiger Seitenflügel an. Die Ecke, in der Flügel und Hauptbau zusammenstossen, wird durch einen grossen, achteckigen Turm gebildet. Die west-östliche Orientierung des Hauptbaus wurde gewählt, weil sich die Terrainverhältnisse hiefür am günstigsten erwiesen, dann aber auch mit besonderer Rücksicht auf die hiesigen klimatischen Verhältnisse. Denn während bei genannter Axenstellung gegen die rauhen Nord- und Nordostwinde die Längsseite durch die dahinterliegenden Gebäude geschützt ist, wird den hier zu Lande vorherrschenden Westwinden der geringere Angriffspunkt geboten. Die vielumstrittene Frage der Wirkung des Sonnenlichtes und der Sonnenwärme kam im vorliegenden Falle weniger in Betracht,

weil sich in unserer Gegend der Himmel kaum an einem Viertel der Tage des Jahres so wolkenlos zeigt, um die Sonnenstrahlen unbeschränkt wirken zu lassen. Aus demselben Grunde konnte man auch die Krankenzimmer an die Front, das heisst an die Südseite im Haupthause verlegen.

Die neue Anstalt ist im gothischen Stile gebaut. Es mag das auf den ersten Blick verwundern, weil die umliegenden Gebäude durchweg im Renaissancestil gehalten sind. Indes abgesehen von bautechnischen Gründen, die bei der Wahl von bestimmendem Einfluss waren, und die auseinanderzusetzen, hier nicht der Ort ist, mag doch der praktische Vorteil nicht unerwähnt bleiben, dass auf diese Weise unter dem Spitzdach des gothischen Baues prächtige Räume zur Unterbringung von Inventarien und für Reservezimmer geschaffen sind.

Die innere Bauform entspricht, wie bei allen modernen Universitäts-Augenheilanstalten in Deutschland, dem Korridorsystem. Die Gründe, weshalb der Korridorbau bevorzugt wird, giebt von Zehender in seiner Schrift über die neugebauten Augenkliniken (Leipzig, Engelmann 1888) treffend dahin an: es soll der Korridor einerseits als Kommunikationsweg zwischen den einzelnen Räumlichkeiten dienen — da eine Trennung wie bei ansteckenden Krankheiten unnötig ist —, zugleich aber auch bei Tage als Wandelbahn und Tagesaufenthaltsraum für nicht bettlägerige Kranke und Rekonvalescenten, und soll die hospitale Athmungsluft vergrössern.

Der 2,9 m breite Korridor in der Kieler Klinik ist ein Fassadenkorridor und läuft an der Nordseite des Hauptbaus und an der Ostseite des Flügels entlang. An der Süd- resp. Westseite liegen die Krankenzimmer etc. Das Ostende des Hauptbaukorridors wird durch je einen grossen Saal gebildet. Im Erdgeschoss ist hievon insofern abgewichen, als der Korridor



des Flügels in die Mitte verlegt ist, und durch ein schräg liegendes Zimmer von dem Korridor des Hauptbaus getrennt wird. Die Gründe hierfür werden in der spätern Darstellung auseinandergesetzt werden.

Was die weitere Einteilung und Bestimmung der innern Räumlichkeiten betrifft, so verdient vor allem hervorgehoben zu werden, dass in der Kieler Klinik ein Princip zur vollständigen Durchführung gekommen ist, nämlich die totale Trennung der Ambulanz nebst den Unterrichtsräumen und den Wohnungen der Assistenten von der stationären Klinik, derart, dass beide in ganz getrennten Bauten untergebracht sind, die nur das gemeinsam haben, dass sie unter demselben Dache stehen. Die Vorteile dieser Einrichtung liegen auf der Hand. Es ist ja bekannt, dass, zumal im Vergleich mit anderen Kliniken, von den Augenkranken der weitaus grösste Teil ambulatorisch behandelt werden kann und behandelt wird. Es ist somit die Gefahr besonders beachtenswert, dass durch die ohnehin überall vorwiegend den ärmeren Bevölkerungsklassen angehörigen ambulanten Patienten allerlei Schmutz und Infektionskeime ins Hospital eingeschleppt werden. Das Bestreben, sich vor dieser Gefahr zu schützen, tritt auch bei der Einrichtung aller anderen Anstalten mehr oder weniger hervor. Am besten scheint dies Ziel z. B. in Königsberg, Breslau, Marburg dadurch erreicht zu sein, dass das ganze Erdgeschoss lediglich für Unterrichts- und Arbeitsräume, sowie für Wohnungen der Assistenten etc., nicht aber für Krankenzimmer bestimmt ist. In Heidelberg hat man eine Trennung dadurch zu erreichen versucht, dass man Ordinations- und Untersuchungszimmer, sowie die Unterrichtsräume in einen besonderen Anbau verlegte. Indes Ambulanz und Studierende müssen denselben Eingang und zum Teil den-

selben Korridor benutzen, wie die Hausbewohner. Eine viel vollständigere Trennung aber, eine nahezu absolute Sicherheit gegen Einschleppung ansteckenden Materials, ist in der Kieler Klinik erreicht, und zwar auf folgende einfache Weise.

Das ganze Erdgeschoss des Seitenflügels ist für die Ambulanz und den Unterricht reservirt. Am Nordende des Flügels befindet sich der Eingang für poliklinische Patienten. Dieselben kommen durch den kurzen Mittelkorridor direct zu dem Wartezimmer, dessen Thür von aussen durch eine grosse Aufschrift gekennzeichnet ist. Von dem Wartezimmer aus gelangen sie durch eine zweite Thür, in der Nordwand, zu dem Untersuchungs- und Operationszimmer für Ohrenkranke, während eine dritte Thür in der Südwand, sie zum Ordinationszimmer für Augenkranke führt, das zugleich als Hörsaal dient. Auf demselben Wege verlassen die Kranken die Poliklinik. An der Ostseite dieses Korridors liegen 3 Zimmer, von denen eins für den Direktor, das zweite zum Arbeitsraum für die Assistenten bestimmt ist, das dritte, schräg liegende, als Augenspiegelzimmer dient.

Die Studierenden ferner treten durch eine zweite Pforte an der Südfront neben dem Eckturm ein. Man gelangt dort zunächst auf einen Flur, an dessen rechter Seite sich eine Kleiderablage befindet. Von dort führt eine Wendeltreppe zum Toilettenraum der Studenten ins Kellergeschoss hinab. An der linken Seite des Flurs liegt eine Thür, welche in den Hörsaal gelangen lässt. Die Nordwand des Eingangsflurs endlich ist durch ein grosses Glasportal gebildet, welches ihn von dem zu den Krankenzimmern führenden Korridor des Haupthauses trennt. Dies Portal und die Wand des schräg liegenden Dunkelzimmers bilden eine feste Grenzwehr zwischen Poliklinik und Unterricht einerseits und den stationären Kranken andererseits. Der Ein- resp. Ausgang für letztere befindet sich am östlichen Ende des Hauptbaukorridors und mündet in den Garten der Anstalt. — Niemals

braucht eine der genannten Parteien das Gebiet der andern auch nur zu berühren.

Um diese ganzen Verhältnisse klarer zur Anschauung zu bringen, sind auf der einliegenden Tafel II verschiedene Farben verwandt. Blau sind die Räume für die Ambulanz nebst dem Hörsaal koloriert, rot der Weg den die Studierenden zu nehmen haben, und schwarz endlich die Lokalitäten, welche ausschliesslich für die Klinik bestimmt sind. Es verdient zum Schlusse noch der Umstand als begünstigend für diese Einrichtung Erwähnung, nämlich, dass der Seitenflügel parallel zur Strasse und unmittelbar an derselben liegt, somit also die Zugänge für die Ambulanz und Studierenden direkt von der Strasse aus möglich sind.

In ähnlicher Weise ist im ersten Stockwerk eine Scheidung des öffentlichen Verkehrs, das heisst hier der Wohnungen für die Assistenten, von den Krankenzimmern hergestellt, ohne dass damit den Ärzten ein rasches Hingelangen zu ihren Pflegebefohlenen erschwert würde. Der Eingang ins Haus für die Assistenten ist der nämliche, den die Ambulanz benutzt. Von dort führt eine Treppe zum ersten Stockwerk, direkt zu den Assistentenzimmern. Der kleine Flur vor denselben ist wiederum durch ein Glasportal von dem grossen Korridor getrennt, in den die Krankenzimmer münden. Der Haupteingang zum Korridor, der für Wärterinnen und Kranke bestimmt ist, befindet sich im Treppenhaus, das in Form eines Ausbaus an der Nordseite des Hauptbaukorridors, nahe seinem östlichen Ende, angebracht ist. Diese Verhältnisse werden durch Tafel III veranschaulicht, auf der die Dienstwohnungen mit ihrem Entree grün gehalten sind, der klinische Raum wiederum schwarz.

Im Kellergeschoss war eine strenge Zweiteilung unnötig, da für gewöhnlich keine Kranken dort untergebracht werden. Im Flügel, unter der Ambulanz liegen zwei grosse Zimmer, welche als Bureau der Inspektoren und als Sitzungssaal des

Direktoriums dienen. Man bedurfte so grosser Räumlichkeiten, weil sie für die Verwaltung der gesamten akademischen Heilanstalten, die unter dem Verwaltungsdirektor stehen, bestimmt sind. Es werden hier die pekuniären und andern geschäftlichen Angelegenheiten aller aufzunehmenden, resp. zu entlassenden Kranken und des ganzen Personals der gesamten akademischen Krankenhäuser erledigt. Um nun durch den unausbleiblichen grossen Verkehr dieses Verwaltungsbetriebes den Insassen der Augenklinik möglichst wenig lästig zu fallen, ist auch hier ein besonderer Eingang geschaffen und zwar an der Westfront neben dem Eckturme, der direkt von der Strasse aus zu erreichen ist. Im Flügel befinden sich ferner Räume für die Centralheizung, zur Aufbewahrung der Feuerung, Wohnungen für Dienstboten etc. Im Kellergeschoss des Hauptbaus ist am östlichen Ende eine Bibliothek für die Patienten der akademischen Heilanstalten eingerichtet, ferner Kammern für zwei Hausknechte, während in die Südseite des Korridors mehrere Reservezimmer münden, die im Notfall für Kranke zur Verfügung stehen.

Wie schon früher erwähnt, dient das Ordinationszimmer zugleich als Hörsaal. Feste Sitzbänke für die Zuhörer sind indes nicht angebracht, vielmehr werden für jede Vorlesung Stühle hincingestellt, so dass es den Studierenden ermöglicht ist, leicht ihre Plätze zu verlassen, um nacheinander die vorgestellten Kranken genau und bei guter Beleuchtung zu betrachten. Um dabei störenden Lärm zu vermeiden, tragen die Stühle an ihren Füßen Gummisohlen. — Im Auditorium wird ausserdem ein Teil der Operationen ausgeführt, unter andern alle, welche in Gegenwart von Studierenden gemacht werden. Für andere Operationen — es mag das hier bemerkt werden — vornehmlich für die wegen Katarakt, werden, wie in der Heidelberger Klinik,

vielfach die Korridore benutzt, um einen weiten Transport der Operierten zu vermeiden.

Der Saal hat eine Bodenfläche von 75 qm; er ist der besseren Akustik wegen achteckig gebaut. Sein Licht erhält er durch ein einziges grosses Fenster in der westlichen Wand, welches bis auf ca.  $\frac{1}{2}$  m Höhe zum Fussboden hinunterreicht; durch letztere Einrichtung werden in der That, in Bestätigung der Zehender'schen Angaben, die lästigen Hornhautreflexe bei Operationen auf dem Operationstisch sehr gut vermieden, zumal der mittlere Teil des Fensters durch eine grosse Spiegelscheibe gebildet ist. Die schmalen Eisenfassungen der kleineren Randscheiben geben trefflich benutzbare Spiegelbilder zur Untersuchung der Kornea. Der Fussboden des Hörsaals besteht aus Marmorterrazzo, einem Material, das sich bereits in andern Hospitälern durch seine Haltbarkeit und Reinlichkeit bewährt hat. Es mag bei dieser Gelegenheit eine kleine, sehr praktische Einrichtung Erwähnung finden. Es sind am Fuss der Saal-Wände Fussleisten vermieden, vielmehr biegt das Material des Bodens rechtwinklich um, nimmt noch den Raum der fehlenden Fussleisten ein und geht dann unmittelbar in die Wand über, die aus überkalktem und mit mattgrüner Farbe gestrichenem Mauerwerk besteht. Das Princip hierbei war, alle Spalträume als Zufluchtsstätten für Schmutz und Infektionskeime thunlichst zu meiden und das Eindringen von Spülflüssigkeiten zwischen Fussboden und Fussleisten zu verhüten.

Die Ausstattung des Saales ist auf das Nothwendige — einige Wandtafeln, Stühle, Tische, Schränke und Waschvorrichtungen — beschränkt und möglichst einfach gehalten. Die Instrumentenschränke, von denen ein kleinerer im Hörsaal selbst, ein grösserer im Dunkelzimmer aufgestellt ist, sind lediglich aus grossen Glasplatten mit eisernen Klammern und Füssen zusammengesetzt. Ebenso bestehen mehrere kleine

Tische, welche dazu dienen, um Verbandmaterial, Instrumente etc. aus der Hand zu legen, nur aus Glas und Metall.

Die Zahl der für gewöhnlich im Gebrauch befindlichen Krankenzimmer beträgt 10, mit insgesamt 60 Betten. Darunter sind, wie bereits früher angegeben, 2 grössere Säle, zu je 12 Betten, an den Ostenden des Hauptkorridors im Erdgeschoss und ersten Stockwerk; ausserdem liegt im ersten Stock im Turmbau, dem Auditorium entsprechend, ein Kindersaal zu 12 Betten. Die übrigen Krankenzimmer sind immer nur für 2—5 Kranke berechnet. Es ist also auch hier das System grosser Säle vermieden, in Übereinstimmung mit den Grundsätzen, welche Knapp s. Z. in einer Broschüre (Heidelberg, Fr. Bassermann 1866) aufstellte; die Säle sind der bequemeren Wartung wegen für entzündliche Kranke und Kinder bestimmt, während den operierten Kranken die grössere Ruhe der kleineren Zimmer zu gute kommt.

Die Trennung der Geschlechter ist dadurch hergestellt, dass die Männer im Erdgeschoss liegen, während das erste Stockwerk die Frauen- und Kinderabteilung umfasst. Übrigens wird diese Trennung nicht immer rigorös innegehalten. Besondere Zimmer für Kataraktoperierte werden nicht reservirt, weil nach Kieler Erfahrungen die Isolation derselben nicht nötig erscheint.

Die Einrichtung ist in allen Krankenzimmern die gleiche; es giebt also keine Einteilung in verschiedene Klassen. Man hat hiervon abgesehen, weil das Institut, wie jede akademische Heilanstalt, in erster Linie dem Lehrzweck dienen soll, und das Material für denselben bekanntermassen fast ausschliesslich von sogenannten Patienten 3. Klasse geliefert wird, während »Privatpatienten dem besonderen Zweck der Anstalt nicht nur nicht dienen, sondern nur durch ihre grösseren Ansprüche den

ganzen Verwaltungsbetrieb komplicierter, schwieriger und kostspieliger machen.« Es giebt mithin eigentlich nur eine 3. Klasse, wie es auch in Halle und Breslau der Fall ist. Dem entsprechend ist auch die Einrichtung der Zimmer nur einfach gewählt. Die Wände sind ohne Tapeten und vorläufig mit Kalkfarbe gestrichen, die später nach vollständiger Austrocknung des Gebäudes durch Oelfarbe ersetzt werden soll. Der Fussboden ist aus Pitch-pine-Brettern gezimmert; in jedem Raum befinden sich die nötigen Betten, einige Stühle, Kommoden und Waschvorrichtungen. Die Tische in den Krankenzimmern sind in derselben Weise konstruiert, wie die beim Operationssaal beschrieben, aus Glas und Metall. Man hat diese Einrichtung deshalb getroffen, weil bekanntermassen oft genug die Kranken die Schiebläden ihrer Bettische als Versteck und Aufbewahrungsort für allerlei erlaubte und nicht erlaubte Esswaren benutzen und sie so zu wahren Brutstätten für Mikroorganismen machen. Ohne Frage lassen sich die beschriebenen Tische weitaus gründlicher reinigen und desinfizieren als Holztische. Alles Ueberflüssige in der Zimmerausstattung, was nur die Reinhaltung erschweren könnte, ist vermieden. Dagegen sind die Betten, wie auf allen Abteilungen in Kiel, in gewisser Weise luxuriös ausgestattet; es sind sämtlich grosse eiserne Bettstellen mit Springfederrosten und Krollhaarmatratzen.

Die Verdunklung der Zimmer geschieht durch Holzjalousien ausserhalb der Fenster, die in eisernen Rahmen laufen, und ausserdem sind innen mit Zugvorrichtung versehene dunkle, sehr dicke Leinwandvorhänge angebracht.

Die Ventilation erfolgt durch Glasjalousien in den oberen Fensterscheiben und Gegenöffnungen in der Korridorwand. Durch Öffnen der Thüren und der denselben entsprechenden Korridorfenster lässt sich binnen Kurzem eine vollständige Erneuerung der Luft bewerkstelligen. Diese Ventilation wird in den Sälen



noch unterstützt durch eine Vorrichtung, welche mit der Heizung verbunden ist. Es stehen dort je 2 grosse gusseiserne Mantelöfen; durch verstellbare Ventile kann dem Mantelraum Luft von aussen her durch einen unter dem Boden des Saals entlang ziehenden Luftschacht zugeführt werden; sind die Ventilkappen geschlossen, so kursiert nur die Zimmerluft in dem Mantelraum. Durch diese Einrichtung lässt sich zugleich die Temperatur in vorzüglicher Weise regulieren. In den kleineren Zimmern ist die Heizung ebenfalls eine lokale. Dagegen werden die Korridore durch die Centralluftheizung erwärmt und dienen als Vorwärmer der Zimmer. Es mag noch erwähnt werden, dass die Fussböden der Korridore ebenfalls mit Marmorterrazzo belegt sind und die Wände, wie im Operationssaal, keine Fussleisten haben.

Die Speisung der Hausbewohner geschieht von der gemeinsamen Küche des akademischen Krankenhauses aus. Der Einwand, dass die Speisen infolgedessen kalt auf den Tisch kommen, wird dadurch entkräftet, dass die Entfernung von der Küche zur Augenklinik keine grössere ist, als die zu den medicinischen und chirurgischen Baracken, die ebenfalls keine eigene Küche haben, und dadurch, dass erfahrungsmässig die praktisch eingerichteten Transportwagen die Wärme sehr gut konservieren.

Es mag zum Schluss noch ein Wort über die Wasserversorgung und das Abfuhrwesen hinzugeführt werden. Das Trinkwasser wird aus der städtischen Wasserleitung entnommen; für Warmwasser befindet sich ein Reservoir im Dachgeschoss, in dem das Wasser durch einen Dampfstrom erwärmt wird, der in besonders präparierten Röhren aus dem Centralmaschinenhaus, für sämtliche Kliniken, dorthin geleitet wird. Das Bassin zeigt ziemlich konstant eine Temperatur von 80—90° C.



Die Closets sind sämtlich Wasserclosets und stehen mit der eignen Sielleitung der akademischen Heilanstalten in Verbindung. Auch in diesem Punkte ist eine Trennung für die Kranken und die nichtständigen Gäste hergestellt, derart, dass für Wärterinnen, für Studierende, für Ambulanz etc. eigne Aborte existieren. Es geben auch hierüber die beigelegten Tafeln Aufschluss.

---

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Völckers, auf dessen Anregung hin, und unter dessen freundlicher Leitung diese Arbeit entstand, den aufrichtigsten Dank auszusprechen.

## Vita.

Ich, Richard Heinrich Hanssen, bin geboren zu Travemünde. Bis Ostern 1877 besuchte ich eine Privatschule zu Lübeck und später das Gymnasium daselbst. Letzteres verliess ich Ostern 1883 mit dem Zeugnis der Reife. — Ich studierte in Zürich, Freiburg, Berlin und Kiel. An letzterer Universität bestand ich im August 1885 das Tentamen physikum, im Februar 1889 das medicinische Staatsexamen und einige Tage später das Examen rigorosum. —

## Thesen.

### I.

Kataraktoperierte brauchen nach der Operation nicht isoliert zu werden.

### II.

Nach Exstirpation des Thränensacks tritt durchaus nicht mit Notwendigkeit Thräentraüfeln ein.

### III.

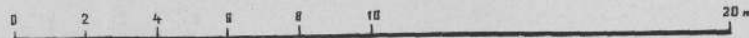
Das ulcus durum ist auf alle Fälle operativ zu entfernen.

12993

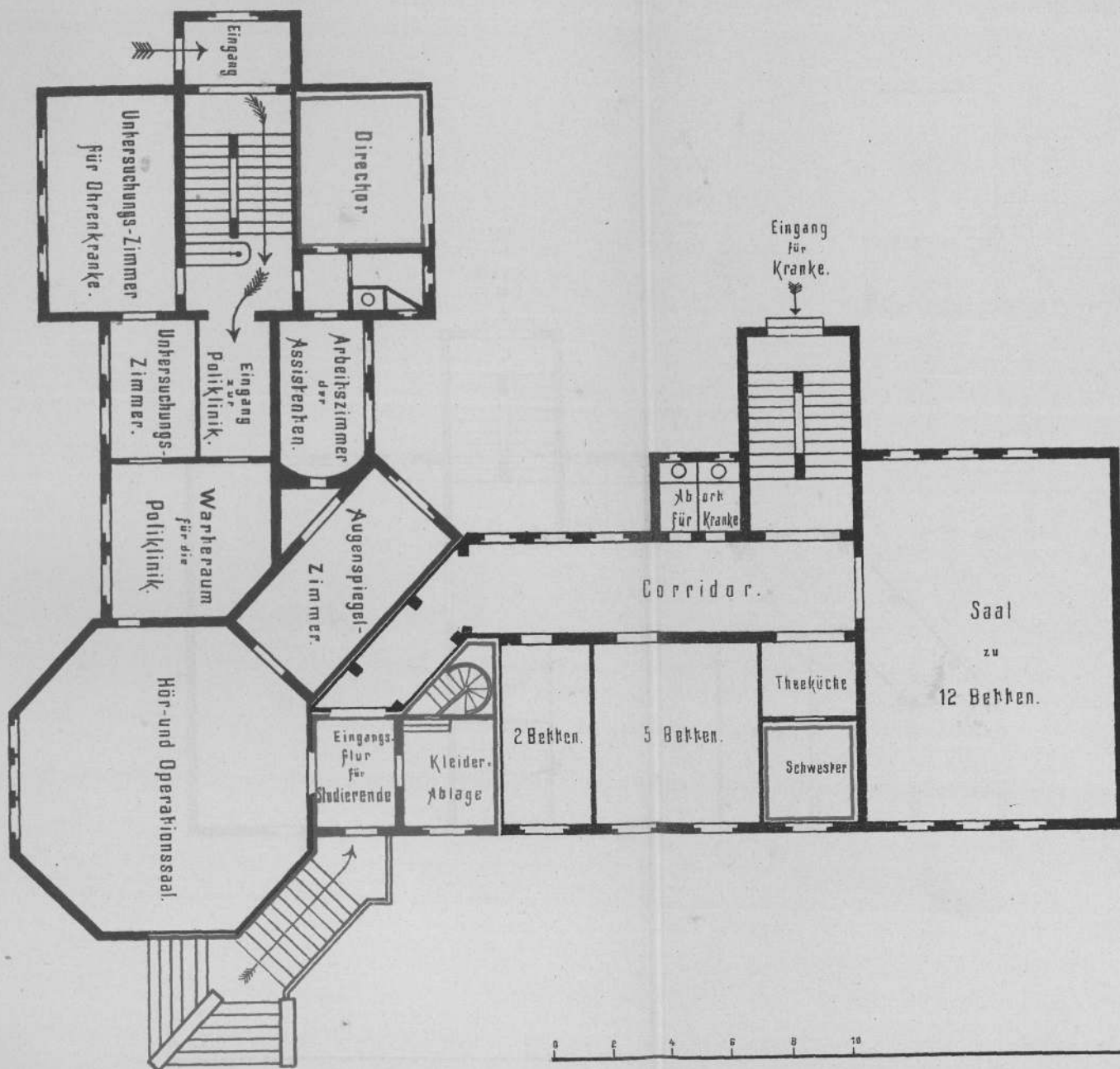




1978

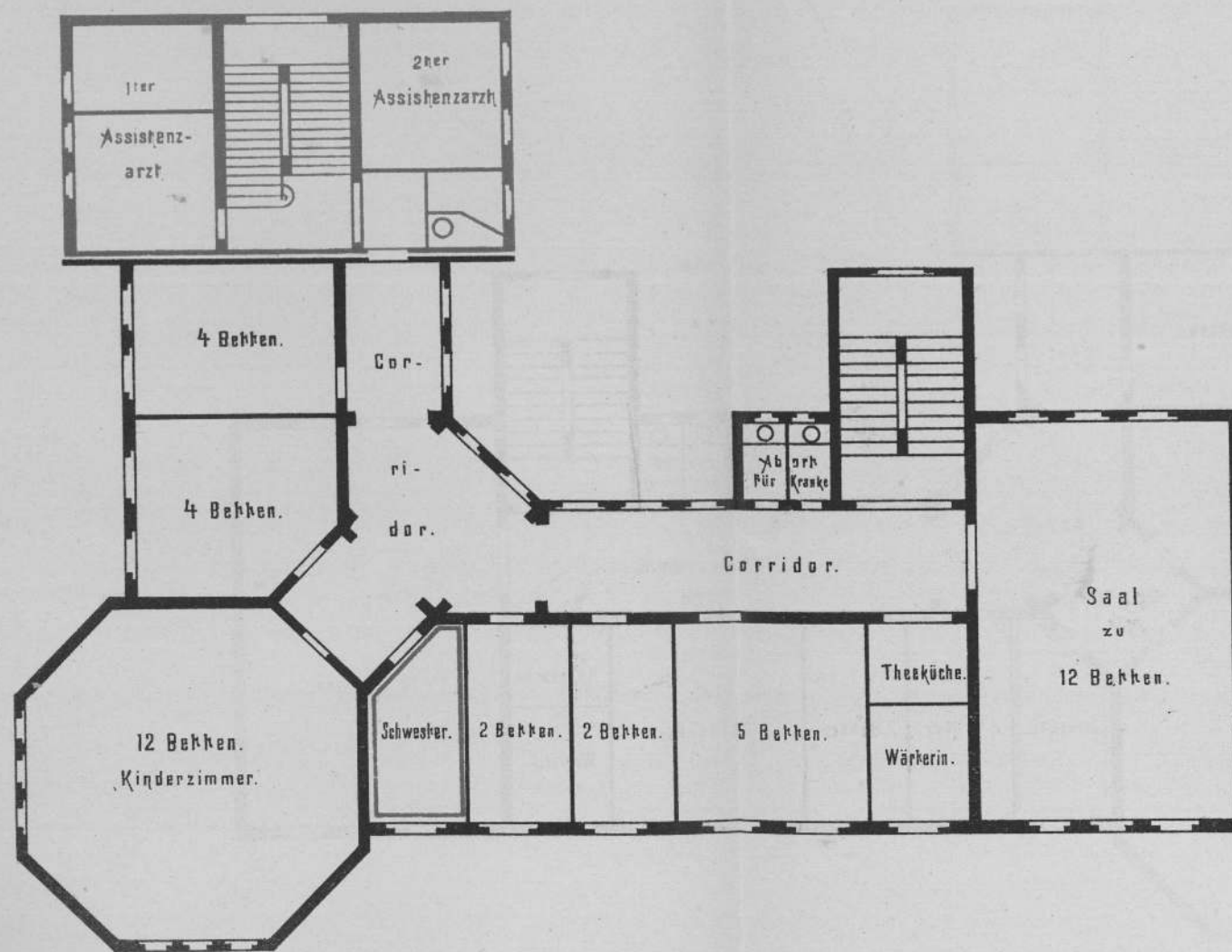


- Kellergeschoss.



- = Dienswohnungen
- = Poliklinik und Hörsaal.
- = Räume für Studierende.
- = Klinik.

Erdgeschoss.

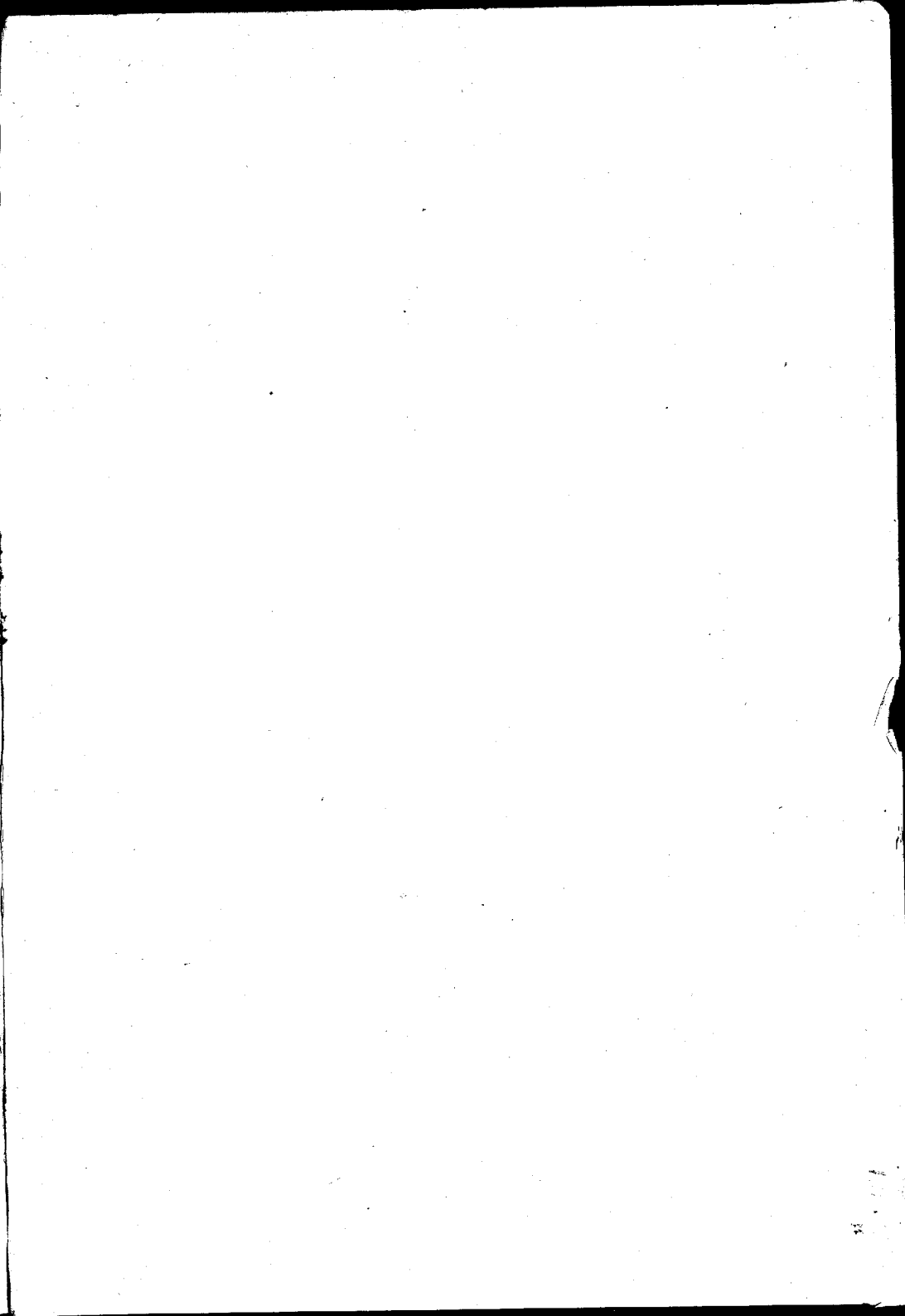


— Dienswohnungen.  
— Klinik.

0 2 4 6 8 10 20 m.

1<sup>tes</sup> Stockwerk.









17035