

oben, sowie nach unten zu absetzenden Schatten wahrgenommen, der einer Stelle entsprach, an welcher die Percussion keine Dämpfung nachwies. Also genau so wie in unserem Falle. Nun ergab aber die Section, dass der linke Vorhof nicht sonderlich vergrössert war. Schrötter glaubt daher, dass dieser Schatten der erweiterten A. pulmonalis plus dem offen gebliebenen erweiterten Ductus Botalli entsprechen müsse.

Wenn wir diese durch den Obductionsbefund gewonnene Erfahrung für unseren Fall verwerthen wollen, so werden auch wir nicht die geschilderte Convexität am linken Herzrande in Höhe der III. Rippe, wie wir es zunächst beim blossen Anblick des orthodiographischen Röntgenbildes, besonders wegen der Grösse der Ausbuchtung vermuthet hatten, einzig und allein auf die Vergrösserung des linken Vorhofes beziehen, sondern wir werden annehmen müssen, dass in unserem Falle neben und mit dem rechten Ventrikel auch der Conus arteriosus und die A. pulmonalis erweitert ist und dass beide, der erweiterte linke Vorhof und die erweiterte A. pulmonalis, zusammen durch pulsatorischen Druck den N. recurrens functionsunfähig gemacht haben.

Für diese Auffassung spricht das Röntgenbild, das wir bei gewöhnlicher Durchstrahlung in der Projection von hinten nach vorn gewonnen hatten. Es zeigte uns deutlich, dass die im orthodiographischen Bilde so auffallende Ausbuchtung am linken Herzrande sich aus zwei Convexitäten zusammensetzt. Wenn wir uns die anatomischen Verhältnisse vor Augen führen und bedenken, dass die A. pulmonalis mit ihrer Hinterwand im unteren Theile an die Vorderwand des linken Vorhofes grenzt, um sich oberhalb desselben in ihre beiden Aeste zu theilen, so wird uns ohne Weiteres klar, dass bei gewöhnlicher Durchstrahlung von hinten nach vorn die divergenten Strahlen der Röntgenlampe beide Gebilde, A. pulmonalis und linken Vorhof, übereinander projiciren müssen, und zwar muss dann naturgemäss der Schatten des linken Vorhofes tiefer und mehr nach links liegen, als der der A. pulmonalis. In der Hauptsache werden sich beide Schatten decken und nur am freien linken Rande wird dies Lageverhältniss auf dem Röntgenbilde zu Tage treten. Der linke Vorhof ist von der vorderen Brustwand weiter entfernt, als die A. pulmonalis. Es müsste demgemäss, selbst wenn die linke Kante des linken Vorhofes und die linke Begrenzungscontour der A. pulmonalis in einer sagittalen Ebene lägen, dennoch jene bei der Projection auf die vordere Brustwand weiter nach aussen, d. h. nach links vorragen, als diese. Im orthodiographischen Verfahren dagegen würden, wenn beide Ränder in einer Sagittalebene lägen, ihre Schatten in einem zusammenfallen und nur das weite Vorspringen dieses Schattens nach links würde darauf hindeuten, dass hier abnorme Grössenverhältnisse vorliegen. Also nur der Vergleich beider Bilder miteinander gestattet uns ein Urtheil über die vorliegenden Verhältnisse, soweit sich ein solches überhaupt aus dem Radiogramm gewinnen lässt.

Was den Fall Hofbauer's anbetrifft, so hat derselbe mit dem unserigen das gemeinsame, dass die Recurrenslähmung bereits vor dem Einsetzen schwerster Decompensationserscheinungen von Seiten des Herzens aufgetreten war. Hofbauer's Pat. war bei Rechtalage und Rückenlage weniger heiser als bei linker Seitenlage und bei vornüber geneigter Stellung. Aus diesem klinischen Symptom glaubt H. den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Lähmung durch einen den N. recurrens dehnenden Körper im Brustraume bedingt sei, welcher bei Lagewechsel seine Position ändere und daher den Nerven einmal mehr, ein anderes Mal weniger zerre. Er fühlt sich daher zu der Vermuthung berechtigt, dass in seinem Falle die linksseitige Recurrenslähmung sich nicht in Folge Druckes von Seiten des übermässig dilatirten Vorhofes auf den Nerven, wie in den Fällen von Ortner, ein-

stellte, sondern durch „Kreuzung und Schnürung des N. recurrens am Ligamentum Botalli“ entstanden sei, wie in dem Krauschen Falle.

In unserem Falle ist ein derartiger Schluss durch nichts gerechtfertigt, wenn anders wir uns nicht vom Boden der objectiven Wahrnehmung auf das Gebiet der Phantasie begeben wollen. Ich wage es nicht einmal mit Bestimmtheit zu behaupten, dass in unserem Falle die Mitralstenose mit den durch sie bedingten Veränderungen am Herzen allein die Recurrenslähmung in irgend einer Weise verursacht habe. Es ist mir sehr wohl bekannt, dass gerade in derartigen Fällen der Sectionsbefund oft die grössten Ueberraschungen bietet. Trotzdem fühlte ich mich zur Publication veranlasst, weil solche Fälle entschieden äusserst selten sind. In der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten werden alle Fälle von Recurrenslähmung auf das Genaueste auf ihre Aetiologie hin untersucht, seit der Entdeckung der Röntgenstrahlen auch actinographisch. Stets liess sich die eine oder die andere der mehr bekannten Entstehungsursachen für die Lähmung nachweisen und — soweit dies möglich war — durch die Section bestätigen. Dieses ist unter mehreren hundert Fällen der erste, in welchem während des Lebens einzig und allein eine Mitralstenose als mögliche Ursache einer Recurrenslähmung festgestellt werden konnte und in diesem Sinne bietet der Fall ein nicht geringes Interesse.

#### IV. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. K. E. Wagner zu Kiew.

### Ueber einen Fall von Bronchiectasie bei einem Patienten mit Situs inversus viscerum.

Von

Dr. A. K. Siewert.

Am 22. April 1901 ist der aus dem Gouvernement Kiew gebürtige, 21 Jahre alte Patient A. W. in die Klinik aufgenommen worden, der doppeltes Interesse darbot: erstens lag bei ihm Situs inversus viscerum vor, zweitens, was noch wichtiger ist, eine angeborene Bronchiectasie, die bekanntlich eine äusserst seltene, fast exclusive Erkrankung ist. Auf Anregung des Herrn Prof. K. E. Wagner erlaube ich mir, diesen Fall zu beschreiben.

A. W. klagte über Husten, bei dem sich auf einmal grosse Sputummengen entleeren sollen. Der Arzt, welcher den Patienten von der Geburt an beobachtet hat, schrieb: Unmittelbar nach der Geburt begann A. W. schon stark zu husten; bis zum Alter von 10 Jahren kam der Husten bei ihm anfallsweise und wurde von täglich mehrmals auftretendem Erbrechen begleitet, wobei eitriges Sputum in reichlicher Quantität entleert wurde. Als der Patient das Alter von 10—11 Jahren erreicht hatte, hörte das Erbrechen auf, der Husten tritt aber bis auf den heutigen Tag anfallsweise auf, wobei gleichzeitig auf einmal  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$  Glas und noch mehr flüssigen, eitriges Sputums entleert werden. Vor 11—12 Jahren bemerkte der Arzt, dass das Herz beim Patienten rechts liegt und der Spitzenstoss an der rechten Brustwarze zu fühlen ist. Als Kind hat der Patient Masern ohne Complicationen überstanden. Fieber ist niemals bemerkt worden. Die Nahrungsaufnahme ist vorzüglich. Appetit und subjectives Befinden sind vollkommen befriedigend. Die Eltern des Patienten sind gesund, die Brüder desgleichen. Für Syphilis keine Anhaltspunkte. Der Patient ist ausserordentlich ängstlich, er fürchtet, allein im Zimmer zu bleiben, schläft stets in einem Zimmer mit der Mutter oder mit dem Vater. Er lernt schlecht. — Temperatur normal. Körpergewicht 128,5 Pfund. Statur unter mittelmässig. Es fällt eine gewisse Retention der körperlichen Entwicklung auf. Kochen und Muskeln regelmässig entwickelt. Gelenke unverändert. Endphalangen der Finger etwas verdickt. Haut und Schleimhäute der Augenlider und der Lippen zeigen normale Färbung. Fettpolster gut entwickelt. Oedeme nicht vorhanden. Lymphdrüsen nicht vergrössert; Schilddrüse desgleichen. Pupillen reagieren gleichmässig und lebhaft auf Licht. Kniereflexe normal. Bei der Unterhaltung mit dem Patienten merkt man, dass er in psychischer Beziehung etwas zurückgeblieben ist.

Lungenspitzen beiderseits in gleicher Höhe. Der untere Rand der rechten Lunge reicht bis an die 5. Rippe an der rechten Sternallinie, bis an die 6. Rippe an der Mammillarlinie und bis zur 7. Rippe an der

Axillarlilie; Lungenschall, rechts von der Mammillarlinie beginnend, geht am unteren Rande durchweg in tympanitischen Schall über; die Leberdämpfung fehlt vollständig; der untere Rand der linken Lunge reicht bis an die 5. Rippe an der linken Sternallinie, an den 5. Intercostrarum an der Mammillarlinie und bis an die 8. Rippe an der mittleren Axillarlilie; hier geht am unteren Rande der Lungenschall durchweg in absolut gedämpften Schall über; nur in der Gegend der oberen Hälfte der linken Lunge ist eine Schallveränderung wahrnehmbar; oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeins tympanitischer Schall und Geräusch des zerbrochenen Topfes, das von vorn vom Schlüsselbein bis zur 5. Rippe zwischen der linken Sternal- und der linken Mammillarlinie auscultirt wird. Ausserdem ist hinten eine gewisse Schallveränderung vorhanden; im Winkel des linken Schulterblattes, in der Nähe der Wirbelsäule tympanitischer Schall, im Winkel des rechten Schulterblattes Schalldämpfung; bei der Auscultation der linken Lungenspitze, in der Fossa supraclavicularis ist amphorisches Athmen zu hören. Dasselbe hört man auch unterhalb des Schlüsselbeins, aber weniger deutlich; an den übrigen Stellen ist das Athmungsgeräusch vesiculär mit etwas rauhem Beiklang. Während der Untersuchung bekam der Patient einen Hustenanfall, der eine Minute andauerte; es kamen dabei 50 ccm eitrigen, geruchlosen Sputums von saurer Reaction zur Entleerung. Nachdem das Sputum eine Zeit lang gestanden hatte, bildeten sich drei Schichten: 1. Schleimschicht, 2. seröse Schicht und 3. Niederschlag, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als aus Eiterkörperchen mit einer geringen Beimischung von flachen Epithelzellen bestehend erwies; elastische Fasern und Tuberkelbacillen waren nicht vorhanden.

Herzspitzenstoss ist sichtbar und palpabel an der rechten Seite im 5. Intercostrarum, eine Querfingerbreite von der Mammillarlinie; an derselben Stelle sind die Herzstöne am deutlichsten zu hören; letztere sind rein und klar; Accente sind nicht wahrnehmbar; links sind Herzstöne nicht zu hören; die Herzdämpfung liegt rechts, die obere in der Höhe der 5. Rippe, die linke an der rechten Sternallinie, die rechte eine Querfingerbreite von innen von der rechten Mammillarlinie im 5. Intercostrarum. — Puls gut, 90 in der Minute. Sclerose der peripherischen Blutgefässe nicht wahrnehmbar; Venen unverändert. Abdomen etwas aufgetrieben und gespannt.

Leberdämpfung rechts nicht vorhanden, sie beginnt links von oben an der Mammillarlinie vom 5. Intercostrarum und verläuft nach unten bis zum Rand des Rippenbogens, an der Mittellinie geht sie bis zur Grenze zwischen dem oberen und mittleren Drittel des Zwischenraumes zwischen Schwertfortsatz und Nabel; von hier geht sie nach rechts und oben und confundirt mit der Herzdämpfung; die Leber ist nicht palpabel.

Die Milz lässt sich gleichfalls nicht palpieren. Bei der Percussion ergibt sich die obere Grenze der Milzdämpfung an der rechten hinteren Axillarlilie im 8. Intercostrarum, während die vordere an die rechte mittlere Axillarlilie nicht heranreicht.

Die Mundhöhle bietet keine besonderen Veränderungen dar. Gaumen etwas hoch, sattelförmig. Die Untersuchung der Nase, des Kehlkopfes und des Ohres, von Privatdocent N. F. Trofimoff ausgeführt, ergab folgendes: Rhinoscopia anterior: Krümmung der Nasensecheidewand am unteren Drittel nach links; Nasengänge schmal; Schleimhaut der Nase geschwollen, hypertrophirt, locker und mit Schleim bedeckt. Rhinoscopia posterior: die Schleimhaut des Nasen-Rachenraumes ist mässig hypertrophirt; es besteht geringe Hypertrophie der Schleimhaut der linksseitigen Muscheln; Anomalien nicht vorhanden. Laryngoskopie: Epiglottis ist nicht an den Seiten comprimirt; die Ligg. arytaeno-epiglottica sind hoch; der ganze Eingang in den Kehlkopf erinnert an einen infantilen Kehlkopf; die Stimmänder sind nicht glänzend, rosa gefärbt. Die Trommelfelle sind beiderseits eingezogen.

Die Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen ergab, dass der dem Herzen entsprechende Schatten auf der rechten Seite liegt, während der der Leber entsprechende Schatten am linken Hypochondrium lag.

Bei der Percussion des Magens vor und nach Aufblähung desselben mit Kohlensäure erhält man den tympanitischen Magenschall rechts; an der linken Seite blieb die Dämpfung unverändert; die obere Grenze des Magens liegt in der Höhe der 6. Rippe an der rechten Mammillarlinie, geht von hier bogenförmig nach unten und kreuzt den Knorpel der 9. rechten Rippe; die untere Grenze liegt in der Höhe des Nabels; die linke steigt bogenförmig zum 7.—8. linken Rippenknorpel und kommt 6,5 cm links von der Mittellinie zu liegen. Die Palpation des Darmes (des Blinddarmes, des S. romanum) gab keine genauen Anhaltspunkte zur Beurtheilung der Lage desselben, ebenso resultatlos verläuft in dieser Beziehung die Aufblähung des Darmes per rectum: der ganze untere Theil des Abdomens oberhalb der Symphyse wird aufgebläht, links etwas mehr; das durch die Luftpassage verursachte Geräusch wird bei der Aufblähung besser rechts vernommen. — Von Seiten des Harnes liegt nichts Abnormes vor.

Aus dem vorstehenden Befunde geht vor allem hervor, dass A. W. sowohl in psychischer, wie auch in körperlicher Entwicklung etwas zurückgeblieben ist. Ausserdem ist bei ihm zweifellos Situs inversus viscerum totalis vorhanden, was bekanntlich relativ selten angetroffen wird. Ferner ist zu ersehen, dass der Kranke seit der Geburt bis auf den heutigen Tag an mehrmals täglich auftretenden Hustenanfällen leidet, wobei jedesmal  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  Glas flüssigen, eitrigen Sputums entleert. Solche

Hustenanfälle mit reichlicher Absonderung von Sputum (mundvolle Entleerung nach Leube) sind für Bronchiectasie am meisten charakteristisch. Das Ergebniss der objectiven Untersuchung, tympanitischer Schall oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeins, Geräusch des zerbrochenen Topfes, amphorisches Athmen bestätigen diese Diagnose, indem sie auf das Vorhandensein einer Höhle hinweisen. Die Höhle liegt augenscheinlich in der Gegend des oberen linken Lungenlappens in der Nähe der vorderen Oberfläche des Brustkorbes; nach Maassgabe der auf einmal zur Entleerung gelangenden Sputummenge muss die Capacität der Höhle über 50 ccm betragen. Das Ergebniss der Anamnese, der allgemeine Habitus des Kranken und das Fehlen von elastischen Fasern und von Tuberkelbacillen im Sputum geben hier das Recht, eine Caverne tuberculösen Ursprungs mit Sicherheit auszuschliessen; desgleichen sind in der Anamnese absolut keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass die Höhle als die Folge eines Abscesses, von Lungenbrand oder von eingekapselter Pleuritis zu deuten ist. Die Diagnose Bronchiectasie erscheint somit als die am meisten wahrscheinliche. Mit der Diagnose Bronchiectasie ist auch die Frage von dem Zeitpunkt der Entstehung derselben eng verbunden. Nach der Angabe des Arztes, der bei dem Patienten Hustenanfälle mit reichlicher Sputumentleerung seit der Geburt des Patienten beobachtet hat, muss man annehmen, dass die Bronchoectasie in diesem Falle schon bei der Geburt vorhanden, d. h., dass sie eine angeborene gewesen ist.

Die angeborene Bronchiectasie wird äusserst selten angetroffen: in der Litteratur sind im Ganzen nur einige Fälle vorhanden. Zum ersten Mal hat Meyer<sup>1)</sup> auf diese Krankheit oder richtiger auf diese Entwicklungsanomalie hingewiesen, indem er im Jahre 1859 die ersten beiden Fälle dieser Anomalie veröffentlicht hat<sup>2)</sup>.

Der erste Fall betrifft ein 1jähriges Mädchen, welches bis zum 5. Lebensmonate anscheinend gesund war. Dann stellten sich bei ihm Asthmaanfalle ein, an deren Folgen es starb. Die Section ergab: Rechte Lunge etwas erweitert, die linke besteht aus zwei Theilen, aus einem oberen und einem unteren Theile, die durch eine tiefe, bis zur Radix der Lunge verlaufende Furche von einander getrennt waren; der obere Theil bestand aus einem breiten fibrösen Sack mit sehr dünnen Wandungen, der mit der Radix pulmonum nur durch einen schmalen Streifen normalen Lungengewebes communicirte, welches letztere in das gleich normale Gewebe der unteren Lungenhälfte überging; dieser Sack war mit Luft gefüllt; die obere, mit Schleimhaut ausgekleidete Oberfläche desselben war im Allgemeinen glatt; an der Radix der Lunge bildet die Schleimhaut des Sackes einige Falten und über denselben die Oeffnungen der Bronchien; die Höhe des zusammengefallenen Sackes betrug 11,1, die Breite 9,3 cm.

Der zweite Fall betrifft eine 5—6 Monate alte Frucht. An der vorderen Oberfläche des oberen rechten Lungenlappens zeigte die Frucht eine dünnwandige wallnussgrosse Blase, die fast den ganzen Lappen einnahm. Der Blaseninhalt bestand aus wässriger Flüssigkeit. Die Bronchien-Oeffnungen befanden sich am Boden dieser Blase, die der Lungenradix zugekehrt war, zwischen zwei wulstförmigen Falten. Eben solche Blasen, aber von geringerer Grösse, waren auf den übrigen Theilen der beiden Lungen zerstreut und von einander nur durch dünne Scheidewände getrennt.

Meyer, der diese Veränderungen in den Lungen beschrieben hat, betrachtet sie als die Folge eines angeborenen Entwicklungsfehlers, wobei er die Frage in Bezug auf die Ursache derselben offen lässt.

Im Jahre 1878 hat Prof. Fraentzel einen dritten gleichen Fall beschrieben.

Der 25 jährige Arbeiter litt seit der Kindheit an Husten. 2 Jahre vor dem Tode begann er an heftigen Asthmaanfällen zu leiden, an deren Folgen er auch starb. Die Section ergab, dass fast der ganze untere rechte Lungenlappen in einen polycystischen Sack verwandelt ist, der mit den Bronchien communicirte.

1) Virchow's Archiv Bd. XVI.

2) Dieselben Fälle sind im Jahre 1858 von Dr. Ressler in seiner Dissertation ausführlich beschrieben worden.

Grawitz<sup>1)</sup> hat diesen Fall eingehend analysirt und zählt ihn, ebenso wie die Fälle von Meyer, zu den angeborenen Bronchoectasien.

Im Jahre 1888 hat Grawitz (l. c.) einen vierten Fall beschrieben. Bei einem todtgeborenen Mädchen fand er im unteren rechten Lungenlappen einen eigrossen polycystischen Sack, der mit der Lungenradix vermittelst normalen, aber zusammengefallenen Lungengewebes in Verbindung stand, mit den Bronchien jedoch nicht communicirte. Die Wandungen dieses Sackes waren mit geschichteten cubischen und Flimmerepithel bedeckt. Grawitz hat diesen Fall sehr sorgfältig untersucht und ist zu dem Schlusse gelangt, dass dieser polycystische Sack nichts anderes darstellt, als einen gedehnten Bronchus mit allen seinen Aesten.

Der letzte Fall hat in Gemeinschaft mit den 3 vorstehenden Fällen Grawitz's den Beweis erbracht, dass Bronchoectasien schon während des intrauterinen Lebens der Frucht entstehen können. Fast ebensolche Veränderungen in den Lungen hat auch Kaufmann<sup>2)</sup> bei zwei Früchten gesehen und dieselben gleichfalls zu den Fällen von angeborener Bronchoectasie zugerechnet.

Was die Ursachen betrifft, welche diese Veränderungen in den Lungen herbeiführen, so muss man hier nach der Ansicht Kaufmann's hauptsächlich an einen Entwicklungsfehler (Angeneia) denken, bei dem nur die kleinen Aeste des Bronchialstammes sich entwickeln, die Alveolen aber nicht zur Entwicklung gelangen. In anderen Fällen, wie z. B. in dem Falle von Grawitz, kommt eine ödematöse Erweiterung der Bronchien auf Kosten des Lungenparenchyms zu Stande.

Diese Angaben der Litteratur, welche einerseits auf die Möglichkeit der Existenz einer angeborenen Bronchiectasie, andererseits auf die Möglichkeit des Erhaltenbleibens des Lebens bei diesem Entwicklungsfehler hinweisen (erster Fall von Meyer, der Fall von Fraentzel), machen die Vermuthung in höchstem Grade wahrscheinlich, dass in dem im Vorstehenden geschilderten Falle gleichfalls angeborene Bronchiectasie vorgelegen hat. Man muss annehmen, dass die Veränderungen der Lungen bei unserem Patienten doch nicht diejenigen Dimensionen erreicht haben, wie sie sich in den übrigen Fällen dargeboten haben, so dass der Allgemeinzustand unseres Patienten sich von demjenigen eines vollkommen gesunden Mannes wenig unterschied.

Wenn man nun schliesslich die angeborene Bronchiectasie als einen Entwicklungsfehler betrachtet, so haben wir in unserem Falle ein zweites Moment, welches diese Ansicht gewissermassen bestätigt, nämlich der Umstand, dass der Patient noch einen anderen Entwicklungsfehler, nämlich Situs inversus viscerum, aufweist.

## V. Kritiken und Referate.

### Medicinalgesetzgebung und sociale Medicin.

Von

George Meyer-Berlin.

1. A. Förster: Die Preussische Gebühren-Ordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Nebst einem Anhang: Der ärztliche Gebührenanspruch und seine gerichtliche Geltendmachung. IV. vermehrte und verbesserte Aufl. Berlin 1901. Schoetz. 86 S.
2. Heermann: Aerztliches Taschenbuch. Sammlung der Gesetze, Ministerialverfügungen, Erlasse u. s. w., welche für den nicht beamteten Arzt von Wichtigkeit sind. Glogau. O. J. Flemming. 208 S.
3. A. Illing: Das Krankenversicherungsgesetz in der

Fassung des Reichsgesetzes vom 25. Mai 1903, sowie des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876.

1. Juni 1884. Textausgabe unter Hervorhebung der Neuerungen, mit Anhang und Sachregister. Juristische Handbibliothek. Herausgeber Max Halbauer und Dr. Walter Schelcher. Band 156. Leipzig 1903. Rosenberg. 142 S.
4. O. Mugdan: Kommentar für Aerzte zum Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz nebst dem Gesetze, betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Juli 1900 (R.-G.-Bl., 1900, S. 573ff.). Berlin 1902. Reimer. 215 S.
5. G. Flügge: Das Recht des Arztes zum Gebrauch für den Arzt nach den reichsrechtlichen und den preussischen Bestimmungen (unter Abdruck dieser Bestimmungen). Berlin und Wien 1903. Urban u. Schwarzenberg. 210 S.
6. Aerztliche Berufspflicht und Humanität im Conflict mit dem Strafgesetz. Zwei richterliche Fehlurtheile, kritisch beleuchtet von einem praktischen Arzt. München 1902. Aerzt-Aerztliche Rundschau. 86 S.
7. R. Landau: Die Kurfürscherei im Lichte der Wahrheit. München 1900. Seitz u. Schauer. 87 S.
8. Das Kurfürscherei- und Geheimnisswesen im Herzogthum Oldenburg. Bericht, erstattet von der ad hoc gewählten Commission (Coll. K. Müller, Roth, Wulff) in der ordentlichen Generalversammlung des Oldenburger Aerztereins am 6. Juni 1903. Oldenburg 1903. Littmann. 24 S.
9. L. Dresdner: Aerztliche Verordnungsweise für Krankenkassen und Privatpraxis nebst Receiptsammlung. Deutsche erweiterte und vielfach abgeänderte Ausgabe des bei der „Abtheilung für freie Arztwahl des ärztl. Bezirksvereines München“ eingeführten Arzneibuches München 1900. Piloty u. Loehle. 527 S.
10. A. Grotjahn u. F. Kriegel: Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der socialen Hygiene und Demographie. Band I: Bericht über die Jahre 1900—1901. Jena 1902. Fischer. 370 S.
11. R. Calwer: Die Berufsgefahren der Steinarbeiter. Im Auftrage des X. Congresses der Steinarbeiter Deutschlands als Denkschrift an den Bundesrath, herausgeg. von der Centralleitung der Organisation der Steinarbeiter Deutschlands. Rixdorf 1901. Mitschke. 196 S.
12. H. Kurella: Der neue Zollltarif und die Lebenshaltung des Arbeiters. Berlin 1902. Springer. 45 S.
13. Natterer: Kurze Darstellung des preussischen Gesetzes betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899; gültig ab 1. April 1900. Nebst einem Auszug aus den Verordnungen über: Die ärztliche Standesvertretung. Leipzig 1902. Barth. 48 S.

1. Die preussische Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896, welche in der Bearbeitung vom Ministerialdirector Förster bereits in 4. Auflage vorliegt, enthält ausser anderen Ergänzungen und Verbesserungen einen Anhang, welcher für den Arzt besonders werthvoll erscheint, über den ärztlichen Gebührenanspruch und seine gerichtliche Geltendmachung. Dass bereits in kurzer Zeit eine vierte Auflage des Werkes erforderlich gewesen, beweist zur Genüge seine Zweckmässigkeit, welche in erster Reihe durch die klaren und leicht fasslichen Erläuterungen der einzelnen Positionen der Gebührenordnung bedingt wird.

2. Das ärztliche Taschenbuch stellt eine „Sammlung der Gesetze, Ministerialverfügungen, Erlasse u. s. w., welche für den nicht beamteten Arzt von Wichtigkeit sind, dar. In Bezug auf die Schilderung der Organisation des Medicinalwesens ist zu bemerken, dass das Gesetz über die Stellung des Kreisarztes noch nicht berücksichtigt werden konnte, was bei neuen Auflagen des Werkes leicht nachgeholt werden kann. Die Eintheilung des Stoffes ist als eine recht glückliche zu bezeichnen, da sie in leicht übersichtlicher Form alles enthält, was für den nicht beamteten Arzt von Wichtigkeit ist. Bei ferneren Auflagen wäre es angebracht, das Inhaltsverzeichnis, wie dies in anderen Werken üblich ist, nach vorn zu verlegen, weil hierdurch das Nachschlagen der einzelnen Punkte sehr erleichtert sein würde.

3. Für jeden Arzt von Werth ist die von Illing verfasste Ausgabe des Krankenversicherungsgesetzes in der Fassung des Reichsgesetzes vom 25. Mai 1903 sowie des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen. Ein übersichtlich angeordnetes Sachregister ermöglicht schnelles Auffinden der einzelnen Bestimmungen. Druck und Ausstattung des Werkes seien besonders hervorgehoben.

4. Otto Mugdan, welcher wohl als der hervorragendste ärztliche Kenner der Arbeiterversicherungsgesetzgebung gelten kann, hat einen Kommentar für Aerzte zum Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz herausgegeben, welcher als eine von einem Arzt verfasste Arbeit besonders bemerkenswerth ist. In der Einleitung werden die wichtigsten Bestimmungen des neuen Unfallversicherungsgesetzes kurz dargelegt, und hierauf diese selbst im Wortlaut angeführt. Der Verfasser hat zahlreiche Erläuterungen den einzelnen Abschnitten zugefügt, welche für den Arzt bedeutungsvoll sind,

1) Virchow's Archiv, Bd. LXXXII.

2) Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie, S. 157.