

Verticalschnitten als papillenartige Erhebungen erscheinen. Aber solche dürfen nie und nimmer als Papillen bezeichnet werden.“ In seiner vorstehenden Erwiderung sagt er: „Was die Leisten betrifft, so stimme ich ganz und gar mit Herrn Fränkel überein, dass dieselben die sogen. Papillen sind.“ So setzt sich Herr Kanthack in absoluten Widerspruch mit sich selbst! Was würde er sagen, wenn Aehnliches Luschka begegnet wäre?

Schliesslich noch ein Wort über die Krebszapfen und die Papillen. Herr Kanthack fährt fort, die betr. Gebilde in meiner Abbildung trotz meines Widerspruchs als Papillen zu bezeichnen. Vergleichen wir einmal die Papillen des Bindegewebes mit den Wellen des Wassers. Wenn ich meine Hand mit ausgespreizten Fingern in das Wasser halte, kann man dann die zwischen den Fingern befindlichen Wassersäulen Wellen nennen? Die Krebszapfen gleichen aber Fingern, die in das Bindegewebe hineinfahren; was dazwischen liegt, sind keine Papillen.

Berlin, 29. October 1889.

## XXII.

### Auszüge und Besprechungen.

Verschiedene Abhandlungen von Dr. Ferdinand Obtulowicz,  
K. K. Bezirksarzt und Operateur in Buczacz (Galizien).

1. Einige Bemerkungen über die von Senator „acute infectiöse Phlegmone des Pharynx“ benannte Krankheit.

(Aus der Zeitschrift Przegląd Lekarski. No. 12, 13, 15. 1888.)

Dr. Obtulowicz beschreibt zwei Fälle, deren Charakter ihm erst erklärlich wurde, als Senator mit seinen 4 Fällen in der Berliner klin. Wochenschrift vor die Oeffentlichkeit trat und die Symptomatologie, sowie die Diagnose dieser Krankheit ausführlich besprach. Am 22. Januar 1888 wurde Dr. Obtulowicz zu einer wohlhabenden Israelitin, Sare R., gerufen, welche in einem Dorfe an einer Anhöhe oberhalb des Dniesterflusses in einer reich bewaldeten Gegend wohnte. In diesem Dorfe (Koscielniki) herrschte im December 1887 eine Masernepidemie, und in den ersten Tagen des Januar 1888 war eine Verwandte der oben genannten Patientin und eine Amme, welche ein Kind derselben säugte, an einer acuten Pharyngitis erkrankt.

Bei diesen beiden Personen war der Verlauf der katarrhalischen Pharyngitis sehr günstig, und Gargarismen von 3procentiger Borsäure, sowie Pinselungen mit 10prozentigem Resorcin in Wasser und Glycerin, nebst Einreibungen einer 10prozentigen Jodoformsalbe (cum Ungt. cinereo) in die

angeschwollenen Unterkieferdrüsen verhalfen schnell zur völligen Gesundheit. Scharlach kam in dieser Zeit in demselben Dorfe gar nicht vor; eben vor 3 Jahren hatten alle genannten Personen diese Krankheit überstanden und standen in ärztlicher Pflege des Verfassers. — Am 22. Januar waren beide Frauen ganz gesund, nur die frische Kranke, Sare R., eine 19jährige, im 9. Schwangerschaftsmonate stehende junge Frau, welche ein Nachbarhaus bewohnte, klagte über Schlingbeschwerden und mässige Hitze. Eine genaue Untersuchung des Pharynx und beider Tonsillen zeigte nur eine exquisite Röthe der Pharynxschleimhaut, sowie eine Anschwellung beider Mandeln, und nebenbei, was Dr. Obtułowicz für sehr charakteristisch hält, eine derartige Anschwellung und Ausbuchtung der angeschwollenen Schleimhaut oberhalb der rechten Mandel, als könnte sich an dieser Stelle in kurzer Zeit ein Abscess ausbilden. Es war jedoch keine Spur irgend einer Fluctuation nachzuweisen. Dr. Obtułowicz ordnete dieselbe Medication, wie oben, an, d. h. Gargarismen mit 3procentiger Borsäurelösung alle Stunden, Pinselungen mit 10procentigem Resorein und Jodoformsalbe, Milchdiät, Suppe und Malagawein. Die Kranke fieberte mässig (Temp. 38,6° C.), der Puls jedoch war accelerirt und weich (120 in der Minute). Die Stimme war rein; deshalb untersuchte Dr. Obtułowicz die Kranke mittelst eines Kehlkopfspiegels nicht, wiewohl er dieses Instrument bei sich hatte. — Nirgends war eine Spur von diphtherischem Belage nachzuweisen. Zwei Tage später wurde zu derselben Kranken Dr. Bobek aus dem nur 2 km entfernten Potok Złoty gerufen und fand dieselben Symptome, wie sie Dr. O. gefunden hatte: einen fieberhaften Zustand (Temp. 39° C.), die Haut am Halse etwas geröthet und ödematos, keine Spur von diphtherischem Belage, dabei jedoch eine derartige Herzschwäche, dass er an eine Verwandtschaft dieser Krankheit mit Diphtheritis dachte. Da auch die Stimme heiser wurde, drang Dr. Bobek, es solle möglichst schnell ein ärztliches Concilium zusammengerufen werden, da der Kranken eine ernste Lebensgefahr drohe. Dr. Obtułowicz war unterdessen weit verreist und bei einer anderen Kranken beschäftigt, weswegen Dr. Nacht aus Buczacz geholt wurde. Dieser Arzt hat auch am 26. Januar nur eine Anschwellung der Pharynxschleimhaut, besonders oberhalb der rechten Mandel und um dieselbe herum, nachgewiesen, so dass die Uvula nach links verschoben erschien. Eine Fluctuation war nicht nachzuweisen. Die Unterkieferdrüsen waren etwas angeschwollen und schmerhaft, die Haut am Halse und in der oberen Thoraxgegend ödematos, teigig und nicht schmerhaft. Die Stimme schwach, klanglos, heiser bei grösserer Anstrengung, sonst flüsternd. Von einer Larynxstenose war keine Rede, nur eine bedeutende allgemeine Schwäche war sichtbar. Das Fieber schwankte Nachmittags von 3—6 Uhr zwischen 38,8, 37,5 und 37,3° C. Die Auscultation wies nur verschärftes Vesiculargeräusche in beiden Lungen nach. Die Kranke fühlte sich matt und mutlos und meinte, sie müsse sterben, was sie sehr befürchtete. In den beiden letzten Tagen war Diarrhoe vorhanden, der Harn hingegen enthielt kein Eiweiss. Dr. Nacht ahnte jedoch die grosse Todesgefahr nicht, und verliess die Kranke, welche

unter Symptomen einer steigenden Herzschwäche fast plötzlich am 27. Januar früh verschieden ist.

Ein Paar Tage darauf erkrankte der 17jährige Joseph R., ein Schwager der Verstorbenen, welcher in demselben Hause wohnte, wieder an einer Pharyngitis und wurde von Dr. Obtulowicz ärztlich untersucht. Dieser Kranke ist unter Anwendung derselben ärztlichen Mittel gänzlich genesen, so dass er schon am 1. Februar als Convalescent angesehen werden konnte. Gleichzeitig mit ihm erkrankte auch sein Vater, Jakob R., und zwar an einem Gesichtserysipel, ohne jedoch die kleinste Spur von dieser Krankheit an der Pharynxschleimhaut nachzuweisen. Bei beiden Kranken war der Urin ganz eiweissfrei. Sowohl in Koscielniki, als auch in Potok Złoty, einem von schmutzigen Juden reichlich bewohnten Städtchen, sind keine bösartigen Fälle von acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx mehr vorgekommen. —

Der andere, von Dr. Obtulowicz behandelte Fall dieser Krankheit betraf einen 30jährigen Seifensieder, welcher auch plötzlich in Buczacz unter den Symptomen einer acuten Pharyngitis erkrankte, und gar keine Spur von einem diphtherischen Belage nachwies. Trotz entsprechender Gargarismen waren die Schlingbeschwerden so gross, dass der Kranke am 8. Tag mittelst einer Schlundsonde und Nährklystieren genährt werden musste. Seine Stimme war nebenbei stark heiser und der Kehlkopfspiegel wies eine starke ödematöse Anschwellung der falschen Stimmbänder und der Cartilagines arytaenoides nach. Dr. O. riet deshalb zu einer Tracheotomie, seine Familie aber wollte darauf nicht eingehen, und der Kranke verschied unter den Symptomen steigender Herzschwäche fast plötzlich unter den Augen des anwesenden Dr. Nacht. Eine Larynxstenose höheren Grades war nicht nachzuweisen. —

In beiden Fällen ist die Diagnose durch einen Leichenbefund nicht bekräftigt, da dies in der Privatpraxis, besonders in Judenkreisen, unausführbar wäre; die Krankheitssymptome jedoch sind denen von Senator höchst analog.

In beiden von Dr. O. angeführten Fällen sind folgende epikritische Bemerkungen beachtungswert. Zuerst sieht man, dass im ersten Falle eine Gruppe von acuten Pharyngitissen vorkommt, welche in einem und demselben Hofe in einer sonst gesunden Gegend sich ereignen, und unter diesen Fällen ist nur ein einziger zu verzeichnen, welcher alle Symptome einer acuten infectiösen Pharyngitis darbietet und binnen der kurzen Zeit von 6 Tagen lethal endigt. Zu diesen 4 Fällen von acuter Pharyngitis gesellt sich ein Erysipelfall, jedoch ohne eine Pharynxaffection.

Dr. O. meint, dass die Ansicht Senator's, die acute infectiöse Pharyngitis sei nur eine bösartige Form einer Angina infectiosa, welche epidemisch und endemisch sich verbreite, ganz stichhaltig ist, und der von ihm beschriebene Fall bekräftigt diese Ansicht. In der Gruppe von 4 Fällen von acuter infectiöser Angina zeichnete sich nur ein Fall durch einen bösartigen Verlauf und endigte lethal.

In den beiden, von Dr. O. beschriebenen Fällen war der Verlauf der Krankheit töckisch und der lethale Ausgang derselben erfolgte bei sonst gesunden Personen fast unerwartet in Folge einer Herzparalyse, welche nach 6—10 Tagen zu Stande kam. In beiden Fällen war der Kehlkopf affizirt, aber nicht in einem solchen Grade stenotisch, dass man von einer Tracheotomie einen Heilerfolg erwarten konnte. Im Gegentheil traten die Symptome einer geschwächten Herzaction ungemein in den Vordergrund, und die Todesvorboten waren denen in bösartigen Fällen von Diphtheritis ungemein ähnlich. Von einem nicht diagnosticirten und rechtzeitig nicht eröffneten Tonsillarabscess war durchaus keine Rede. Auch können diese Fälle keineswegs als Erysipelfälle an der Schleimhaut angesehen werden, denn es wäre wirklich höchst rätselhaft und willkürlich anzunehmen, dass in allen 4 Fällen von Pharyngitis gar keine Spuren von Erysipel an der Haut zu bemerken waren, und dass wiederum in dem Gesichtserysipelfalle keine Spur einer Pharynxaffection constatirt werden konnte. Der einzige Erysipelfall ist als zufällig zu betrachten; bei schmutzigen Juden kommen eben Erysipelfälle häufig vor und manchmal sind in diesen Gegenden ganze Epidemien von Rothlauf zu verzeichnen.

---

**2. Ein Beitrag zur Darmchirurgie. Vorfall einer grossen Dünndarmschlinge. Circuläre Resection eines 69 cm langen Dünndarmstückes. Heilung.**

(Zeitschrift Przegląd Lekarski. No. 8, 9, 11. 1888.)

Am 23. Juli 1887 traf Dr. O. zufälliger Weise in einer armen Bauernhütte an der Grenze seines Bezirkes ein 30jähriges, sehr elend genährtes Weib an, welchem beim Aufheben einer Hanfbürde aus einem grossen, seit 7 Jahren bestehenden Nabelbruche eine enorme Dünndarmschlinge vor 5 Tagen (18. Juli) herausgefallen war, die nicht reponirt werden konnte. Der Verf. bemerkte an den Bauchdecken unterhalb des Nabels eine über  $\frac{1}{2}$  m lange, stark ausgedehnte und entzündete Dünndarmschlinge, welche mit fibrinös-eiterigem Exsudate bedeckt war, und oberhalb von derselben einen stark zusammengezogenen, faustgrossen Bruchsack. Stuhlgang kam am 5. Tage nach dem Vorfall der Gedärme von selbst; die Kranke fieberte in geringem Grade (38,4, P. 128). Da die sehr arme Kranke in ein grösseres Spital (nach Lemberg) nicht übergeführt werden konnte, so entschloss sich Dr. O. in einem kleinen, sehr elend eingerichteten Bezirksspital in Buczacz eine circuläre Darmresection behufs Heilung der Kranken zu vollführen. Sobald die Kranke von dem 3 Meilen entfernten Dorfe nach Buczacz gebracht war, wurde sie sofort operirt (29. Juli 1887). Da die seit 10 Tagen vorgefallene Dünndarmschlinge wegen ihrer enormen Grösse und wegen des hohen Entzündungsgrades nicht mehr reponirt werden konnte und es auch an Hautmaterial fehlte, um dieselbe zu bedecken, so blieb kein anderer Ausweg, als in diesem höchst vernachlässigten Falle eine neue Indication zur Enterectomie aufzustellen und eine circuläre Darm-

resection zu versuchen. Nachdem der Bruchsack durchschnitten und die Gedärme samt dem enorm erweiterten Bruchringe entblösst waren, bemerkte Dr. O., dass an dem zuführenden Darmende ein frischer Entzündungsstreifen sichtbar sei, welcher weit oben sich verlor. An dem anderen Darmzweige war in der Entfernung von 12 cm von der gefranzten und verschwärten Bruchsacksoffnung die Serosa ganz normal. Da das zuführende Darmrohr durch alte Adhäsionen an andere Darmschlingen angelöht erschien, so musste sich der Operateur mit dem wenig günstigen Resultate begnügen und im Voraus darauf vorbereitet sein, dass vielleicht die durchschnittenen Darmenden nicht so leicht und präcis zusammengenäht werden könnten, wie es wünschenswerth wäre. Dr. O. resecirte eine 69 cm lange Dünndarmschlinge und nähte die Darmenden mittelst einer Czerny-Wölfler-Naht und noch mit einer zweiten Nahtserie nach Lembert zusammen; an dem  $1\frac{1}{2}$  cm breiten Entzündungsstreifen jedoch schnitten alle mit feiner Seide angebrachten Nähte durch, so dass diese Darmstelle nur mit Noth mittelst gröberer Seide (H. 2 -- carbolisirt) zusammengeheftet werden konnte. Dieser grossen Darmschlinge entsprechend ward auch ein keilartiges, grosses Gekrösestück mittelst Pacquelin abgebrannt und das Mesenterium an beiden Oberflächen mittelst einer Kürschnernahrt zusammengenäht. Die Operation dauerte  $2\frac{1}{2}$  Stunden. Strenge Antiseptik und strenge Diät. In den ersten 3 Tagen war der Zustand befriedigend, am 4. Tage jedoch floss aus der fast im Ganzen per primam geheilten Hautwunde ein gelber, nicht stinkender Brei heraus und zeigte an, dass die obige Stelle am Entzündungsstreifen nicht zusammenwuchs und eine Darmfistel sich gebildet hatte. Da die Kranke später in geringem Grade fieberte und die Untersuchung mittelst einer Sonde eine Ausbuchtung unterhalb der Darmfistel nachwies, so wurde die Kranke am 5. August nochmals chloroformirt und gründlich untersucht, wobei die mit Eiter und gelbem Speisebrei ausgefüllte Ausbuchtung gehörig mit dem Messer gespalten wurde. Nachher war die Operirte gänzlich fieberfrei, jedoch musste man die Wunde täglich reinigen, da die Darmfistel offen blieb. Am 30. August 1887 verliess die Kranke leichtsinnig das Spital. Ihr allgemeiner Zustand war nicht sehr zufriedenstellend, jedoch verhältnissmässig auch nicht sehr schlecht; er erlaubte der Kranken, grobe Arbeiten zu verrichten und bei ihrer Armuth mittelst grober Speisen ihre Kräfte zu erhalten. Am 6. März 1888 beredete Dr. O. die Kranke, in's Spital zurückzukehren, wo sie durch eine Nachoperation geheilt werden sollte. Es wurde ein der Fistel anliegendes Hautstück über die Fistelloffnung transplantiert und die Wunde mit einer dreischichtigen Naht fest verschlossen. In Folge eines groben Diätfehlers, da die Kranke sich nicht mit karger Diät begnügen wollte, sondern nach Aepfeln, Erdäpfeln und Sauerkraut haschte, sprang die breit angefrischte und sehr sorgfältig zusammengeheftete Wunde an einer kleinen Stelle wieder auf, weshalb die Kranke mit einer erbsengrossen Fistel das Spital verliess, die sie jedoch mittelst eines Wattebüschchens so gut zu verkleben wusste, dass sie ganz trocken herumging und gänzlich ungehindert während der Erntezzeit 1888 schwere Arbeiten mitzumachen im Stande war.

Ende December 1888 sah Dr. O. die Operirte wiederum und war erstaunt über ihr vortreffliches Aussehen. Die geringe Fistel ist spontan vollständig vernarbt und der Nabelbruch gänzlich beseitigt. —

Der angeführte Fall einer circulären Darmresection ist in zweifacher Hinsicht höchst interessant; 1) wegen der sehr seltenen und merkwürdigen Indication zur Darmresection; 2) wegen der Länge des resezierten Darmstückes. Die Darmchirurgie weist nach, dass Koeberlé bei einem 22jährigen Mädchen wegen einer Darmverschlingung ein 2,05 m langes Darmstück reseziert hat. In diesem Falle war auch ein Anus praeternaturalis — jedoch absichtlich — angelegt, welcher nach längerer Zeit vollkommen heilte. Baum in Danzig resezierte bei einer 40jährigen Frau ein 134 cm langes Darmstück; dieser Fall endigte jedoch nach 4 Monaten lethal. Mikulicz resezierte wegen Intussusception und Prolapsus intestini crassi bei einem 52jährigen Weibe ein 76 cm langes prolabirtes Darmstück, ohne jedoch eine Laparatomie vornehmen zu brauchen. Andere, von Dr. O. angeführte und aus der Literatur herausgesuchte Fälle betreffen bei Weitem kleinere resezierte Darmstücke. Was die Länge des resezierten Darmstückes also anlangt, so ist der von Dr. O. beschriebene Fall den merkwürdigsten Fällen anzureihen.

Der Verf. bringt am Ende seines Vortrages noch Bemerkungen über das Mortalitätsverhältniss bei Darmresectionen und weist unter 143 Fällen dieser Operation bei 76, d. h. 53 pCt. einen günstigen Erfolg nach, demnach ein zu weiteren Darmresectionen höchst anregendes Heilresultat.

---

3. Einige Bemerkungen über Flecktyphusepidemien und über die Verbreitungsweise dieser Krankheit. (Vortrag, gehalten am V. Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher in Lemberg.)

(Zeitschrift Przegląd Lekarski. No. 32 und 33. 1888.)

Dr. O. zeigt auf Grund genauer statistischer Daten und auf seine 10jährige Beobachtung gestützt, welche grossen Nachtheile in nationalökonomischer Hinsicht dem Lande durch die Flecktyphusepidemien erwachsen. Die Krankheit hat sich in einigen östlichen Bezirken Galiziens so eingenistet, dass sie daselbst fast endemisch geworden ist. In 7 Jahren (1879—1885) starben in Galizien 1½ Millionen Menschen, wovon 400000 auf Infektionskrankheiten und darunter 58000 auf den Flecktyphus entfallen. Da das Mortalitätsprozent bei typhösen Krankheiten kaum 6—8 pCt. beträgt, so ist die Typhusmorbilität enorm gross, und es erscheint gerechtfertigt anzunehmen, dass jährlich circa 100000 Menschen in Galizien an Typhus exanthem erkranken.

Da das Fleckfieber weder Alter, noch Geschlecht verschont und hauptsächlich jugendliche und im Mannesalter stehende Personen befällt, verursacht er einen bedeutenden volkswirtschaftlichen Schaden, indem er wochenlang die besten Arbeitskräfte lahm legt. Der Jahr aus, Jahr ein resultirende materielle Nachtheil ist fühlbarer, als der einmalige Verlust von 100000 Menschen, den vor 15 Jahren die Cholera in Galizien im Gefolge hatte.

Der Vortragende legte Tafeln und Karten vor, die sich auf die Epidemien

während der letzten 10 Jahre in 2 ganz verschiedenen Bezirken beziehen, nehmlich auf den Gebirgsbezirk Turka mit einer armen Bevölkerung und auf den podolischen Bezirk Buczacz, in welchem sich die Bewohner eines verhältnissmässigen Wohlstandes erfreuen. Auf Grund der gesammelten Daten weist Dr. O. nach:

1) dass der Flecktyphus als eine in hohem Grade contagiose Krankheit von Person auf Person übertragen wird und dass das bis jetzt von den Bakteriologen nicht entdeckte Contagium seine schädliche Wirksamkeit in allen Krankheitsstadien entwickelt, und in inficirten Kleidern dieselbe selbst durch mehrere Wochen nicht verliert.

2) Dass jene Factoren, die im *Abdominaltyphus* eine so wichtige Rolle spielen, die Entwicklung der Typhusbacillen vermehren oder hemmen und deren schädliche Thätigkeit unterhalten, — dass selbst eine, in hygienischer Hinsicht günstige Lage der Ortschaften, eine von Wäldern umgebene Gebirgslage, gutes Trinkwasser, die Bauart der Wohnhäuser und die Ernährungsweise der Einwohner, eine grössere oder geringere Höhenlage über dem Meeresniveau, Boden, Flüsse u. s. w., — keinen sichtbaren Einfluss auf die Intensität und Extensität der Flecktyphusepidemien ausüben, denn diese Krankheit verbreitet sich und nistet sich bisweilen auf Jahre ein, nicht nur in günstig von der Natur beanlagten Ortschaften mit einer im Wohlstande lebenden Bevölkerung, sondern auch in tiefgelegeneren, von Sümpfen umgebenen Gemeinden, sowohl in den armen Gebirgsbezirken, als auch in den podolischen Niederungen. Der Flecktyphus wird von Haus zu Haus verschleppt und befällt mehrere Einwohner gleichzeitig. Die Epidemien wählen am meisten im Winter, begünstigt durch das gedrängte Zusammenleben der Bewohner in dunklen, nicht ventilierten Räumen, die man überdies hermetisch verschliesst, um nicht die stinkende Wärme entweichen zu lassen; während dagegen die Epidemie gewöhnlich im Sommer aufhört, weil dann die Kranken vorwiegend in Scheuern und Gärten untergebracht werden.

3) Die Contagiosität des Fleckfiebers ist so bedeutend, dass bisweilen fast alle Dorfeinwohner, gewöhnlich aber der 4. oder 5. Theil derselben erkranken und die Infection so lange dauert, bis das Contagium kein entsprechendes Material mehr vorfindet und die Epidemie von selbst aufhört. Auf Grund einer mehr als 900 Fälle umfassenden Zusammenstellung beweist der Verf., dass betreffs der Morbidität zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlechte kein nennenswerther Unterschied besteht, dass die Mehrzahl der Fälle auf das Alter zwischen 15 und 40 Jahren entfällt und dass die Mortalität in erschreckender Weise mit dem Alter wächst, da der wegen verminderter Energie des Herzmuskels entkräftete Organismus dann den Kampf mit dem Typhuscontagium erfolgreich auszufechten nicht vermag.

4) Der Flecktyphus wird nach Galizien gewöhnlich aus der Bukowina und aus Ungarn eingeschleppt; in dem durch seine Petroleumbergwerke bekannten Boryslaw ist der Hauptheerd der Krankheit zu suchen.

5) Die in hygienischer Hinsicht sehr mangelhaften Gerichts- und Polizeiarreste tragen sehr viel zur Verbreitung des Flecktyphus bei, indem die Ge-

fangenen die Krankheit nach den Dörfern verschleppen, wo sich Infectionscentren bilden, wie dies die Epidemien im Bezirke Turka während der Jahre 1879 und 1880 und die im Bezirke Buczacz während des Jahres 1888 beweisen.

6) Die in Gerichtsgefängnissen, Polizeiarresten und auf dem Lande durchgeführte Desinfection ist nicht ausreichend und lässt viel zu wünschen übrig. Der Grund hiervon ist in der niedrigen Culturstufe des Landvolkes und in dem Mangel an Kenntniß der ersten Regeln der Gesundheitspflege selbst in den gebildeteren Klassen der Gesellschaft zu suchen.

Dr. O. beendigte seinen Vortrag mit folgenden Thesen, die mit Beifall angenommen wurden:

Der V. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher erkennt die Notwendigkeit:

1) Vorträge über Gesundheitspflege als obligaten Gegenstand an Mittelschulen und an Seminarien für Geistliche und Lehramtscandidaten einzuführen.

2) Der Regierung vorzustellen, dass es angezeigt wäre, die Gefängnisse bei allen Kreis- und Bezirksgerichten, sowie auch die Polizeiarreste den Regeln der Gesundheitspflege entsprechend einzurichten, sie mit Krankenabtheilungen und Desinfectionsapparaten zu versehen und eine Ueberfüllung der erwähnten Anstalten zu vermeiden.

3) Der Regierung den Wunsch auszusprechen, auf regelmässigem Wege, ähnlich den Verordnungen über die Thierseuchen, ein Gesetz zu erlassen, welches strenge Strafen gegen diejenigen verhängt, die nicht rechtzeitig die betreffenden Behörden von dem Ausbruche von Epidemien in Kenntniß setzen oder infectiöse Krankheiten leichtsinnig verschleppen.

#### Druckfehler.

- Seite 164 Zeile 8 v. u. lies: Cubitaldrüse statt Orbitaldrüse
- 165 - 11 v. o. lies: flachhöckerig statt fachhöckerig
  - 168 - 15 v. o. lies: Maschen statt Massen
  - - - 23 v. o. lies: 1,5 mm statt 15 mm
  - - - 26 v. o. lies: breit sind und statt breit und
  - 170 - 3 v. o. lies: Heerde statt Grade
  - 181 - 17 v. o. lies: Epithelioms statt Epitheliums