
colorchecker CLASSIC
x-rite

Der
Staatsbibliothek Bremen
geschenkt von
Der Vorsammlung
d. St. Bibliothek.

XI 1c 6190

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo,
Deutsch-Südwestafrika, -Neu-Guinea,
Karolinen, Marshall-Inseln und Samoa

für das Jahr 1908/09

Herausgegeben
vom
Reichs-Kolonialamt

Mit 35 Skizzen im Text, 2 Skizzen als Anlagen und 39 Abbildungen

Berlin 1910
Ernst Siegfried Mittler und Sohn
Königliche Hofbuchhandlung
Kochstrafse 68—71

FG 0600 - 1908109

STAATSBIBLIOTHEK BREMEN

IX. c. 6190 - 1908109

Inhaltsverzeichnis.

I. Deutsch-Ostafrika.

A. Ärztlicher Teil.

Seite

I. Allgemeines 1

a) Das Sanitätspersonal und seine Verteilung 1
b) Sanitätsanstalten 2
c) Sanitäre Verordnungen 2

II. Gesundheitsdienst (Seuchenbekämpfung) 3

1. Pocken S. 3. — 2. Pest S. 4. — 3. Malaria S. 7. — 4. Wurmkrankheit S. 15. — 5. Aussatz S. 23. — 6. Schlafkrankheit S. 25. — 7. Andere Seuchen S. 28.

III. Krankendienst 31

1. Krankenbewegung 31
2. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten 32
a) Gouvernements-Krankenhaus Daressalam 32
b) Gouvernements-Krankenhaus Tanga 33
c) Lienhardt-Sanatorium in Wugiri 33
d) Sewa-Hadji-Hospital Daressalam 34
3. Kasuistik 34

Rose S. 34. — Septicaemi S. 35. — Unterleibstyphus S. 35. — Rückfallfieber S. 36. — Malaria S. 38. — Schwarzwasserfieber S. 40. — Ruhr S. 43. — Starrkrampf S. 45. — Skorbut S. 45. — Vergiftungen S. 46. — Hitzschlag S. 48. — Bösartige Geschwülste S. 48. — Lepra S. 54. — Beri-Beri S. 54. — Maltafieber S. 55. — Albinismus S. 56. — Gehirn- und Nervenkrankheiten S. 56. — Herzkrankheiten S. 60. — Kropf S. 60. — Kiefer- und Zahnkrankheiten S. 61. — Bauchfellentzündung S. 61. — Leberabszeß S. 63. — Geschlechtskrankheiten S. 65. — Augenkrankheiten S. 66. — Hautausschläge, Unterschenkelgeschwüre S. 67. — Gutartige Geschwülste S. 69. — Framboesie S. 71. — Verkrüppelung S. 72. — Knochenbrüche S. 72. — Wunden und Verletzungen S. 73. — Verbrennung S. 75. — Eingeweidewürmer S. 75. — Anchylostomiasis S. 76. — Bilharzia S. 76. — Elephantiasis S. 78. — Filarien S. 79. — Ainhum S. 82. — Frauenkrankheiten S. 82.

B. Veterinärärztlicher Teil.

I. Personalien 84

II. Seuchenpolizeiliche Verordnungen 84

III. Infektionskrankheiten 84

1. Küstenfieber S. 84. — 2. Texasfieber S. 86. — 3. Piroplasmosis canis S. 86. — 4. Tsetse S. 86. — 5. Spirillose S. 87. — 6. Pferdesterbe S. 87. — 7. Rinderpest S. 87. — 8. Bösartiges Katarrhalfieber der Rinder S. 87. — 9. Ansteckende Lungen-Brustfellent-

Seite

zündung der Ziegen S. 87. — 10. Milzbrand S. 88. — 11. Rauschbrand S. 89. — 12. Tuberkulose S. 91. — 13. Rotz S. 92. — 14. Geflügelkrankheiten S. 92.

IV. Finnenkrankheit 92

V. Hautkrankheiten der Haustiere 92

1. Glatzflechte S. 92. — 2. Räude S. 92.

VI. Eingeweidewürmer 93

VII. Vergiftungen bei Haustieren 93

VIII. Viehzucht 94

Anlagen.

Anlage 1. Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse beim Bahnbau Morogoro—Tabora bis zum 30. April 1909 95

„ 2. Beschreibung der Eingeborenen-Krankenhäuser in Deutsch-Ostafrika 99

1. Das Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam S. 99. — 2. Tanga S. 102. — 3. Pangani S. 103. — 4. Bagamojo S. 105. — 5. Mohoro S. 105. — 6. Tschole S. 105. — 7. Kilwa S. 106. — 8. Lindi S. 107. — 9. Morogoro S. 108. — 10. Mpapua S. 108. — 11. Kondoa-Irangi S. 108. — 12. Kilimatinde S. 110. — 13. Tabora S. 110. — 14. Muansa S. 113. — 15. Schirati S. 113. — 16. Bukoba S. 115. — 17. Usumbura S. 115. — 18. Udjidji S. 116. — 19. Bismarckburg S. 118. — 20. Neu-Langenburg S. 118. — 21. Massoko S. 119. — 22. Ssongea S. 119. — 23. Liwale S. 120. — 24. Mahenge S. 120. — 25. Iringa S. 120. — 26. Wilhelmstal S. 122. — 27. Moschi S. 122. — 28. Aruscha S. 123. — 29. Amani S. 124.

„ 3. Pocken-Erkrankungen und -Todesfälle 125

„ 4. Impfübersicht 126

„ 4a. Nachweisung über Lymphgewinnung 128

„ 5. Rattenvertilgung 130

„ 6. Blutuntersuchungen bei der Malariabekämpfung in Daressalam 131

„ 7. „ „ „ „ „ Tanga . . 134

„ 8. Malariafeststellungen und Anophelesfunde auf verschiedenen Stationen 135

„ 9. Verbreitungskarte von Recurrens und Malaria 136/37

„ 10. Statistische Tabelle über Wurmkrankheit 137

„ 11. Verbreitungskarte über Wurmkrankheit, Schlafkrankheit, Glossina palpalis und Lepra 138/39

„ 12. Lepra-Heime und -Dörfer 139

„ 13. Statistische Tabelle über Schlafkrankheit und Glossina palpalis 141

„ 14. Nachweisung der behandelten Schlafkranken 144

„ 15. Statistische Tabelle über das Vorkommen von Eingeweidewürmern 145

„ 16. Übersicht über den Krankenzugang auf den einzelnen Stationen 146

„ 17. Nachweisung über die kranken Europäer 148

„ 18. „ „ „ „ Farbigen 154

„ 19. „ „ „ verstorbenen Europäer 161

„ 20. „ „ „ kranken Europäer und Farbigen im Hospital Morogoro (Eisenbahngesellschaft) 164

„ 21. Krankenbericht der Missionsstation Ilembula 168

„ 22. Übersicht über die von Hebammenschwestern geleiteten Geburten 169

II. Kamerun.

A. Ärztlicher Teil.

Seite

I. Sanitätspersonal 170

II. Krankenbewegung 170

III. Gouvernementskrankenanstalten 171

a) Regierungshospital Duala 171
b) Regierungshospital Victoria 176
c) Regierungshospital Kribi 179
d) Sanatorium Suellaba 182

IV. Beschreibung der Gouvernementskrankenanstalten 183

a) Für Europäer 183
b) Krankenanstalten für Eingeborene 183

1. Garua S. 183. — 2. Kusseri S. 183. — 3. Banyo S. 184. — 4. Bamenda S. 184. — 5. Dschang S. 185. — 6. Bascho S. 185. — 7. Dume S. 185. — 8. Lomie S. 186. — 9. Ebolova S. 187. — 10. Lolodorf S. 187. — 11. Soppo S. 187. — 12. Buea S. 188. — 13. Kribi S. 188. — 14. Duala: I. Farbigenhospital der Basler Mission S. 189, II. Farbigenhospital der Eisenbahnbaugesellschaft S. 189, III. Regierungs-Farbigenhospital S. 189. — 15. Victoria S. 189.

V. Statistik 190

VI. Kasuistik 191

1. Pocken S. 191. — 2. Windpocken S. 193. — 3. Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung S. 194. — 4. Unterleibstyphus S. 194. — 5. Malaria S. 194. — 6. Schwarzwasserfieber S. 199. — 7. Tuberkulose S. 200. — 8. Ruhr S. 201. — 9. Akuter Gelenkrheumatismus S. 204. — 10. Vergiftung S. 204. — 11. Bösartige Geschwülste S. 204. — 12. Lepra S. 206. — 13. Beri-Beri S. 207. — 14. Schlafkrankheit S. 207. — 15. Framboesie S. 208. — 16. Nervenkrankheiten S. 208. — 17. Krankheiten der Lungen und des Rippenfells S. 209. — 18. Zahnkrankheiten S. 210. — 19. Unterleibsbrüche S. 210. — 20. Blinddarmentzündung S. 212. — 21. Krankheiten der Leber S. 212. — 22. Eingeweidewürmer S. 213. — 23. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (außer venerischen) S. 214. — 24. Venerische Krankheiten S. 214. — 25. Krankheiten der äußeren Bedeckungen S. 216. — 26. Krankheiten der Bewegungsorgane S. 218. — 27. Mechanische Verletzungen S. 219. — 28. Frauenkrankheiten S. 221. — 29. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten S. 222.

VII. Allgemeine Hygiene 222

a) Duala 222

1. Gesundheitsverhältnisse der Europäer S. 222. — 2. Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen (Framboesie, Lepra, Schlafkrankheit) S. 223.

b) Victoria 225

1. Unterkunft S. 225. — 2. Verpflegung S. 225. — 3. Wasserversorgung S. 226. — 4. Sanierung S. 226.

c) Kribi 226
d) Edea 227
e) Jaunde 227
f) Lomie 228
g) Banjo 228
h) Bamenda 229
i) Ebolova 230

Seite
k) Dschang 230
l) Garua 231
m) Kusseri 231

B. Veterinärärztlicher Teil.

I. Personalien 234
II. Bericht über Erkrankungen von Tieren 234
a) Garua 234
1. Erkrankung von Rindern S. 234. — 2. Hühnererkrankung S. 236.
b) Bamenda, Lungenseuche 236
c) Lomie 238
1. Tsetse S. 238. — 2. Ziegenerkrankungen S. 238.
d) Banjo, Leberegel, Tsetse, Rinderseuche (Lungenseuche?) 239
e) Ebolova, Geflügelcholera 239
f) Jola-Grosschnellen-Grenz-Expedition, Tsetse 239
g) Victoria, Polyneuritis gallinarum 240
h) Bertua, Rinder-Malaria 240
i) Joko, Räude bei Schafen und Ziegen 240
k) Duala, Geflügelcholera — Rotz 240

Anlagen.

Anlage 1. Jahresnachweisung über die kranken Europäer Kameruns . . 241
„ 2. „ „ „ „ Farbigen „ . . 245
„ 3. Nachweisung über die im Jahre 1908/09 verstorbenen Europäer 251
„ 4. Entwurf über die Dichtigkeit der Bevölkerung Kameruns . . 252
„ 5. Verbreitung der Malaria in Kamerun 253
„ 6. Verbreitung der Trypanosomen Erkrankungen der Tiere in Kamerun 254

III. Togo.

A. Lome.

I. Personal 255
II. Krankenanstalten 255
a) Königin-Charlotte-Krankenhaus 255
b) Eingeborenenkrankenhaus 256
c) Aussätzigenheim 257
III. Gesundheitsdienst 258
a) Organisation 258
b) Hygienische Einrichtungen 258
IV. Kasuistik der Krankheiten 258
1. Übertragbare Krankheiten 258
a) Malaria S. 258. — b) Ruhr S. 260. — c) Typhus S. 260. — d) Milzbrand S. 260. — e) Pocken S. 260. — f) Tuberkulose S. 260. — g) Aussatz S. 261. — h) Keuchhusten S. 261. — i) Geschlechtskrankheiten S. 261. — k) Framboesie S. 262. — l) Tetanus S. 262. — m) Pest S. 262. — n) Dracunculus medinensis S. 262. — o) Filaria

Seite

volvolus S. 262. — p) Filaria loa S. 263. — q) Filaria bancrofti S. 263. — r) Bilharziosis S. 263. — s) Unbekannte parasitäre Hautkrankheit S. 263. — t) Sandflöhe S. 263. — u) Eingeweidewürmer S. 263. — v) Trichocephalus dispar. und Oxyurus S. 263. — w) Vergiftungen S. 263. — x) Geschwülste S. 264.

2. Krankheiten des Nervensystems 265
3. Krankheiten der Atmungsorgane 265
4. Krankheiten der Kreislaufsorgane 265
a) Herzkrankheiten S. 265. — b) Erkrankungen der Lymphdrüsen S. 265. — c) Milztumor S. 266.
5. Krankheiten der Ernährungsorgane 266
a) Zahnkaries S. 266. — b) Unterleibsbrüche S. 266. — c) Krankheiten der Leber, Leberabszeß S. 266. — d) Mastdarmfisteln S. 267.
6. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 267
a) Nierenkolik S. 267. — b) Harnfisteln, Strikturen usw. S. 267. — c) Geburtshilfe S. 267.
7. Augenkrankheiten 267
8. Krankheiten der äußeren Bedeckungen 267
9. Mißbildungen 268

V. Statistik 268
a) Europäer 268
b) Eingeborene 269

B. Anecho.

I. Personal 271

II. Krankenanstalten 272
a) Nachtigalkrankenhaus 272
b) Krankenhaus für Eingeborene 272

III. Hygienische Verhältnisse 273
a) Sanierung der Stadt 273
b) Fische als Vertilger von Mückenlarven 274
c) Sonstige Malariabekämpfung 274
d) Rattenvertilgung 274

IV. Statistik 275

V. Kasuistik 276
a) Windpocken S. 276. — b) Malaria S. 276. — c) Lepra S. 278. — d) Tuberkulose S. 278. — e) Dysenterie S. 279. — f) Starrkrampf S. 279. — g) Framboesie S. 279. — h) Filarien und andere tierische Parasiten S. 279. — i) Krankheiten des Nervensystems S. 280. — k) Atmungsorgane S. 280. — l) Kreislaufs- und blutbildende Organe S. 280. — m) Ernährungsorgane S. 280. — n) Harn- und Geschlechtsorgane S. 281. — o) Geschlechtskrankheiten S. 282. — p) Augenkrankheiten S. 282. — q) Äußere Bedeckungen S. 282. — r) Bewegungsorgane S. 283.

C. Palime.

I. Personal 284

II. Unterkunft 284
a) des Personals 284
b) der Kranken 284

Seite

III. Hygienische Verhältnisse 284

1. Geographische Lage 284
2. Grund und Boden 285
3. Klima 285
4. Trinkwasser 285
5. Abfallstoffe 286
6. Leichenbestattung 286
7. Nahrungs- und Genußmittel 286
8. Die Gefangenen 287

IV. Ansteckende Krankheiten 287

a) Lepra S. 287. — b) Pest S. 287. — Pocken S. 287. — d) Malaria S. 287. — e) Dysenterie S. 288. — f) Tuberkulose S. 288. — g) Schlafkrankheit S. 288.

V. Krankenbewegung 289

VI. Kasuistik 290

a) Schwarzwasserfieber S. 290. — b) Gelenkrheumatismus S. 290. — c) Alkoholvergiftung S. 290. — d) Schlangenbiß S. 290. — e) Bösartige Geschwülste S. 291. — f) Thrombose S. 291. — g) Hernien S. 291. — h) Mastdarmvorfall S. 291. — i) Verletzungen S. 292. — k) Eklampsie S. 292.

D. Tätigkeit der Schlafkrankheitskommission.

1. Geschichtliches 292
2. Organisation der Schlafkrankheitsbekämpfung in Togo 294
3. Verbreitung der Schlafkrankheit in Togo und Sammlung der Kranken 295
4. Verbreitung der Glossina palpalis 296
5. Verbreitung anderer Tsetsefliegen 303
6. Ursachen für die bisher beschränkte Verbreitung der Schlafkrankheit und Gefahr weiterer Ausbreitung 304
7. Bekämpfung der Schlafkrankheitsfliege 307
8. Verhütung einer Verschleppung der Krankheit 307
9. Schlafkrankheitslager und Krankenbehandlung 308
10. Übersicht über die Krankenbewegung 311

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die im Bezirk Lome behandelten Europäer 314
„ 2. „ „ „ „ „ „ „ Farbigen 317
„ 3. „ „ „ „ „ Anecho „ Europäer 322
„ 4. „ „ „ „ „ „ „ Farbigen 324
„ 5. „ „ „ „ „ „ ausgeführten wichtigeren Operationen 328
„ 6. Nachweisung über die im Bezirk Palime behandelten Europäer 329
„ 7. „ „ „ „ „ „ „ Farbigen 331
„ 8. „ „ „ in Togo verstorbenen Europäer . . . 335

IV. Deutsch-Südwestafrika.

Seite

Übersicht über die Verteilung der Zahl der Krankheitsfälle mit den Behandlungstagen über die einzelnen Bezirke bzw. Distrikte des südwestafrikanischen Schutzgebietes 336
Übersicht der im Jahre 1908 im südwestafrikanischen Schutzgebiete verstorbenen Weißen 337
Nachweisung über die kranken Europäer des Schutzgebietes mit Ausnahme der Schutztruppe 343
Nachweisung über die kranken Farbigen des Schutzgebietes 348

V. Deutsch-Neuguinea.

A. Herbertshöhe.

I. Personal 352

II. Krankenanstalten 352

III. Krankenbewegung und Kasuistik 354

1. Europäer 354

a) Verwundung durch einen Speerstich S. 354. — b) Fliegenlarvenkrankheit S. 354. — c) Puerperalfieber S. 354. — d) Typhus S. 355. — e) Schwarzwasserfieber S. 355.

2. Farbige 355

a) Dysenterie S. 355. — b) Influenza S. 356. — c) Beri-Beri S. 356. — d) Keuchhusten S. 356.

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer der Station Herbertshöhe 357
„ 2. „ „ „ „ „ Farbigen „ „ „ 361
„ 3. „ „ „ „ im Schutzgebiet verstorbenen Europäer . 364

B. Simpsonhafen.

I. Klima 365

II. Bevölkerung 365

III. Personal und Krankenanstalten 366

IV. Allgemeine sanitäre Maßnahmen 366

1. Eingeborene Krankenpfleger 366
2. Malariabekämpfung 367
3. Wasserversorgung 367
4. Impfung 368

V. Krankenbewegung 368

VI. Kasuistik 369

a) Malaria S. 369. — b) Lungenentzündung S. 372. — c) Dysenterie S. 372. — d) Framboesie S. 373. — e) Geschlechtskrankheiten S. 373. — f) Frauenkrankheiten S. 374. — g) Augenkrankheiten S. 374. — h) Guha (mit Temperaturkurve) S. 375.

Anlagen. Seite

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer der Station Simpsonhafen 378
„ 2. Nachweisung über die kranken Farbigen der Station Simpsonhafen 379
„ 3. Übersicht über die Erkrankungen der verschiedenen Rassen (Männer, Frauen und Kinder) 382

C. Kaiser-Wilhelmsland.

I. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse unter den Europäern . 384

II. Europäerhospital 385

III. Kasuistik der Europäererkrankungen 386

a) Malaria und Schwarzwasserfieber S. 386. — b) Typhus abdominalis S. 389. — c) Lungenspitzenkatarrh S. 391. — d) Myositis rheumatica S. 391. — e) Nephritis S. 391. — f) Neurasthenie S. 391. — g) Lungenverletzung S. 392. — h) Impetigo contagiosa S. 392. — i) Kapokschnupfen S. 392. — k) Ambulant Behandelte S. 392.

IV. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse unter den Eingeborenen 394

V. Statistik der Eingeborenenerkrankungen 395

VI. Kasuistik der Eingeborenenerkrankungen 396

a) Malaria S. 396. — b) Beri-Beri S. 397. — c) Dysenterie S. 397. — d) Tuberkulose S. 398. — e) Pneumonie S. 398. — f) Meningitis S. 398. — g) Lepra S. 398. — h) Framboesie (1 Bild) S. 400. — i) Chirurgische Krankheiten S. 401. — k) Geschlechtskrankheiten S. 402. — l) Hautkrankheiten S. 402. — m) Krankheiten der Sinnesorgane S. 402. — n) Sonstige Erkrankungen S. 402. — o) Ambulant behandelte Krankheiten S. 403.

VII. Beschreibung der Arbeiterhospitäler in Friedrich-Wilhelmshafen und Stephansort (7 Bilder) 407

VIII. Viehseuchen 409

D. Käwieng.

I. Europäer 409

1. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse 409
2. Kasuistik der Europäerkrankheiten 409

a) Malaria S. 409. — b) Geburten S. 409. — c) Dysenterie S. 410. — d) Maltafieber? S. 410.

II. Gesundheitsverhältnisse der Farbigen und Kasuistik . . . 411

a) Dysenterie S. 411. — b) Beri-Beri S. 411. — c) Äußere Verletzungen S. 411. — d) Widerstandskraft gegenüber inneren Krankheiten S. 412. — e) Seemuschelvergiftung S. 412.

Beschreibung der Krankenhausanlagen für Farbige in Käwieng . . 413
Krankenhausanlage für farbige Männer in Käwieng 415
Nachweisung über die kranken Farbigen der Station Käwieng . . 416

E. Bevölkerungsabnahme in Neu-Mecklenburg . . 418

VI. Karolinen und Marshall-Inseln.

A. West-Karolinen (Jap).

Seite

I. Krankenhausanlagen 421

II. Allgemeiner Krankheitszustand 422

III. Statistik 422

IV. Spezieller Krankheitsbericht 423

1. Infektionskrankheiten und Allgemeinerkrankungen . . 423
a) Ruhr S. 423. — b) Malaria S. 423. — c) Tuberkulose S. 423. — d) Syphilis S. 424. — e) Gelenkrheumatismus S. 424. — f) Bösartige Geschwülste S. 424. — g) Lepra S. 424.

2. Krankheiten des Nervensystems 425
3. Krankheiten der Atmungsorgane 425
4. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe 426
5. Krankheiten der Ernährungsorgane 426
6. Krankheiten der Geschlechtsorgane ausschließlich venerischer 427
7. Venerische Erkrankungen 427
8. Augenkrankheiten 427
9. Ohrenkrankheiten 427
10. Krankheiten der äußeren Bedeckungen 427
11. Krankheiten der Bewegungsorgane 428
12. Mechanische Verletzungen 428
13. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten . 429
14. Frauenkrankheiten 429
15. Andere Krankheiten 429
16. Zur Beobachtung 429

Nachweisung über die kranken Europäer der Station Jap 430
„ „ „ „ Farbigen „ „ „ 432

B. Ost-Karolinen (Ponape).

I. Krankenhausanlage 435

II. Krankenstatistik 436

Nachweisung über die kranken Europäer der Insel Ponape 436
„ „ „ „ Eingeborenen der Insel Ponape 437
Ärztlicher Bericht über die Insel Kusaie 439

C. Marshall-Inseln.

1. Jaluit.

I. Klima 440

II. Hygienische Verhältnisse (Wohnung, Trinkwasser, Ernährung) . 440

III. Spezieller Krankheitsbericht 441

1. Influenza S. 441. — 2. Ruhr S. 441. — 3. Maltafieber S. 441. — 4. Lepra S. 443. — 5. Lungentuberkulose S. 443. — 6. Blinddarmentzündung S. 443. — 7. Augenkrankheiten S. 444. — 8. Muskelrheumatismus S. 444. — 9. Framboesie S. 444. — 10. Hautkrank-

Seite

heiten S. 444. — 11. Geschlechtskrankheiten S. 445. — 12. Größere Operationen S. 446.

Nachweisung über die kranken Europäer der Station Jaluit 447
„ „ „ „ Eingeborenen der Station Jaluit 449

2. Nauru.

I. Allgemeine hygienische Verhältnisse 452

II. Krankenhausanlagen 452

III. Krankheitsbericht (Typhus, Beriberi, Dysenterie, Influenza, Ikterus, Nierensteine, Grubengasvergiftung, Augenkrankheiten, Osteomyelitis, Verletzungen) 452

Nachweisung über die kranken Europäer der Station Nauru 455
„ „ „ „ Farbigen „ „ „ 459

VII. Samoa.

I. Schutzpockenimpfung 464

II. Ansteckende Krankheiten 464

III. Krankenstatistik und Bevölkerungsstatistik 465

IV. Krankenanstalten für Eingeborene 465

Nachweisung über die kranken Europäer im Regierungshospital Apia . . 467
„ „ „ „ Farbigen „ „ „ . . 470
„ „ „ „ Chinesen „ „ „ . . 474

VIII. Arbeiten.

Veröffentlichungen auf tropenmedizinischem usw. Gebiete 478

Anhang.

A. Deutsch-Ostafrika: Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für das Berichtsjahr 1907/08 483

B. Kamerun: Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für das Berichtsjahr 1907/08 501

I. Deutsch-Ostafrika.

(Bericht des Medizinal-Referats)

A. Ärztlicher Teil.

I. Allgemeines.

a. Das Sanitätspersonal und seine Verteilung.

Das europäische Personal für den Sanitätsdienst im Schutzgebiet bestand im Berichtsjahr aus:

39 Sanitätsoffizieren der Schutztruppe,
1 Sanitätsoffizier der Armee,
58 Sanitätsunteroffizieren der Schutztruppe,
3 Zivilärzten, die vertraglich regierungsärztliche Funktionen übernommen hatten,
1 Gouvernementsapotheker,
1 Laboratoriumsgehilfen,
2 Kanzleigehilfen,
14 Schwestern des deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien.

Die Leitung des gesamten Sanitätsdienstes und die damit verbundene Verwaltungstätigkeit lag dem Medizinalreferat ob, das vom Oberstabsarzt der Schutztruppe wahrgenommen wurde; 3 Sanitätsunteroffiziere waren als Schreiber zugeteilt. Die technische Durchführung der Schlafkrankheitsbekämpfung unterstand dem Sanitätsoffizier der Armee.

5 Sanitätsoffiziere und 21 Sanitätsunteroffiziere sowie 1 Kanzleigehilfe fanden in den großen Krankenanstalten — Gouvernements-Krankenhäuser in Daressalam und Tanga, Lienhardt-Sanatorium in Wugiri, Sewa-Hadji- (Eingeborenen-) Hospital in Daressalam — Verwendung.

16 Sanitätsoffiziere und 21 Sanitätsunteroffiziere waren auf die anderen ständig in Betrieb gehaltenen „Sanitätsdienststellen“ — Wilhelmstal, Moschi, Aruscha, Morogoro, Kilossa, Mpapua, Kondoa-Irangi, Kilimatinde, Mkalama, Tabora, Mohoro, Tschole, Kilwa, Lindi, Mahenge, Liwale, Iringa, Ssongea, Massoko, Neu-Langenburg, Bismarckburg, Udjidji, Usambara, Bukoba, Muansa und Schirati — verteilt.

Zwei weitere Sanitätsdienststellen in Pangani und Bagamojo wurden durch Zivilärzte versehen, die auf Grund von Verträgen dazu gegen eine Pauschalsumme verpflichtet waren.

4 bis 5 Sanitätsoffiziere (einschl. des Leiters) und 8 Sanitätsunteroffiziere waren für die Schlafkrankheitsbekämpfung am Viktoria-Nyansa und Tanganyika abkommandiert.

1 bis 2 Sanitätsoffiziere, 2 Sanitätsunteroffiziere und 1 Laboratoriumsgehilfe nahmen den Gesundheitsdienst in Daressalam (Pestabwehr, Malariabekämpfung usw.) wahr.

1 Sanitätsoffizier war mit der Bekämpfung der Wurmkrankheit in Usambara beauftragt.

1 Sanitätsoffizier war auf Impfreisen geschickt.

Der Gouvernementsapotheker stand dem Sanitäts-Depot und dem chemischen Laboratorium vor; ihm war 1 Sanitätsunteroffizier und 1 Kanzleigehilfe zugeteilt.

Von den Schwestern fanden Verwendung:

2 Schwestern für Krankenpflege in Daressalam,
2 Schwestern für Krankenpflege in Tanga,
1 Schwester für Krankenpflege in Wugiri,
1 Schwester für Frauenpflege in Daressalam,
1 Schwester für Frauenpflege in Tanga,
1 Schwester für Frauenpflege außerhalb dieser Orte (sogen. Reiseschwester),
2 Schwestern für Malariabekämpfung in Daressalam,
1 Schwester für Malariabekämpfung in Tanga,
1 Schwester für Schlafkrankheitsbekämpfung am Viktoria-Nyansa.

Anlage 1. Über das Personal des „Gesundheitsdienstes“ der Firma Ph. Holzmann & Co., welche die Zentralbahn erbaut, ist in Anlage 1 ein abschriftlicher Bericht des derzeitigen Leiters desselben beigefügt.

Vom Hamburger Institut für Tropenkrankheiten waren 2 Assistenten zu wissenschaftlichen Forschungen in das Schutzgebiet entsandt, die gelegentlich dem Sanitätsdienst ihre Hilfe in dankenswerter Weise gewidmet haben.

b. Sanitätsanstalten.

An den Gouvernements-Krankenanstalten für Europäer sind Veränderungen gegen das Vorjahr, in dem sie beschrieben und zum Teil abgebildet sind, nur in Lindi und Bukoba vorgenommen.

In Lindi ist die Europäer-Krankenstube mit einem Bett in die bisherige Schule verlegt, deren Gebäude geräumt ist und zu einem Krankenhause für Europäer und Farbige eingerichtet wird.

In Bukoba ist eine Europäer-Krankenstube mit 2 Betten in dem Neubau des Farbigen-Hospitals eingerichtet.

Anlage 2. Eine Beschreibung der Eingeborenen-Hospitäler ist in Anlage 2 beigegeben.

c. Sanitäre Verordnungen.

Vom Gouvernement wurden im Berichtsjahr folgende Verordnungen erlassen:

Verfügung betr. die gesundheitspolizeiliche Überwachung des

Verkehrs in den Bezirken am Tanganyika vom 15. 10. 08. J. Nr. 12218 I N/S (Amtl. Anz. vom 21. 10. 08. IX, 20);

Verordnung betr. Abwehr der Pest in Daressalam vom 23. 10. 08. J. Nr. 20745/V (Amtl. Anz. IX, 21 vom 24. 10. 08).

Außerdem enthalten sanitäre Vorschriften die

Verordnung betr. die Anwerbung von Eingeborenen in Deutsch-Ostafrika (Anwerbeverordnung) vom 27. 2. 09, sowie die

Verordnung betr. die Rechtsverhältnisse eingeborener Arbeiter (Arbeiterverordnung) vom 27. 2. 09 (beide J. Nr. 3065 im Amtl. Anz. X, 6 vom 28. 2. 09).

Endlich wurde die Verordnung des Bezirksamts betr. die Müllabfuhr im Stadtbezirk Daressalam vom 1. 9. 99 durch das Gouvernement am 19. 2. 09 erneut zur öffentlichen Kenntnis gebracht (J. Nr. 2900 Amtl. Anz. X, 6 vom 28. 2. 09).

II. Gesundheitsdienst.

Im Vordergrund des Gesundheitsdienstes der Schutzgebietsverwaltung steht zur Zeit

die Seuchenbekämpfung.

Sie richtet sich entsprechend der wirtschaftlichen Bedeutung der einzelnen Seuchen und in Rücksicht auf die verfügbaren Mittel gegen die gemeingefährlichen Krankheiten Pocken und Pest und gegen die übertragbaren Krankheiten Malaria, Wurmkrankheit (Anchylostomiasis), Aussatz (Lepra) und vor allem gegen die jüngste und schlimmste Seuche Ostafrikas, die Schlafkrankheit (Trypanosomiasis).

1. Pocken.

Während in früheren Jahren im Schutzgebiet Pockenfälle nur ganz vereinzelt aufgetaucht waren und im letzten Jahre nur Daressalam eine kleine Epidemie erlebt hatte, suchte im Berichtsjahre die Seuche verschiedene Landschaften heim. Anlage 3 gibt eine Übersicht der bekannt gewordenen Erkrankungen und Todesfälle an Pocken, ausschl. der Zugänge der öffentlichen Krankenanstalten. Anlage 3.

Europäer wurden von der Seuche nicht befallen.

Unter den Farbigen wurden folgende Beobachtungen gemacht:

Die Assistenten des Hamburger Tropeninstituts, Dr. Meyer und Dr. Keysselitz, berichten über Inoculation echter Variola im Hinterland von Daressalam:

„Die Bewohner der infizierten Gehöfte hatten sich selbst durch Inoculation von Variolasaft geimpft; im ganzen hatten sich etwa 150 Personen dieser Impfung unterzogen. Bei einigen kam es nur zu einer Lokalreaktion in Form einer großen Impfpustel an der Impfstelle (linker Arm), bei zahlreichen aber auch zu einer Generalisation (sogenannte Variola inoculata), besonders bei Kindern. Was

das Alter der so Behandelten betrifft, so waren die jüngsten Säuglinge wie ganz alte Leute geimpft worden."

Ein ähnliches Verfahren sah Oberarzt Claus bei den Waturu im Bezirk Kilimatinde:

„Die Waturu schützen sich selbst gegen die Pocken durch Impfung, indem sie den Impfstoff der Pustel eines Pockenkranken entnehmen, durch eine Geheimmedizin abschwächen und in eine kleine Incision auf der Stirn einreiben."

Die behördliche Bekämpfung der Pocken bestand außer in vorübergehenden lokalen Sperrungen, in systematischen Impfungen, die nicht nur in verseuchten und bedrohten Gegenden, sondern — wie seit Jahren — nach Möglichkeit in allen Bezirken des Schutzgebiets vorgenommen wurden; diese sind in Anlage 4 zusammengestellt.

Anlage 4.

Diese Impfungen sind von Jahr zu Jahr immer zahlreicher geworden; sie betrugen

1903/04	1904/05	1905/06*)	1906/07	1907/08	1908/09
21 453	28 226	26 744	33 540	86 465	117 863

Diese Zunahme ist dadurch ermöglicht, daß die Lymphe nicht nur aus Deutschland bezogen, sondern auch im Schutzgebiet mit wachsendem Erfolg hergestellt worden ist. Über diese Lymphbereitung gibt die Anlage 4a Auskunft.

Anlage 4a.

Im ganzen genommen, haben die Pocken im Berichtsjahr dem Schutzgebiet weder einen nennenswerten wirtschaftlichen Schaden zugefügt, noch hat ihre Bekämpfung andere, als die regelmäßigen und vorgesehenen Ausgaben erfordert.

2. Pest.

Während die Pocken im Schutzgebiet dauernd endemisch vorgekommen sind, waren die endemischen Herde der Pest im Bezirk Bukoba 1903 und im Bezirk Iringa 1906 erloschen. Doch drohte neue Einschleppung insbesondere über See an den Küstenorten von Indien her, zumal die Seuche 1905 und erneut 1907 und 1908 in Zanzibar eingeschleppt war.

Infolgedessen war seit einer Reihe von Jahren die Überwachung des Schiffsverkehrs, Rattenvertilgung an den Küstenplätzen und eine Pestuntersuchungsstation in Daressalam eingerichtet.

Die gesundheitspolizeiliche Überwachung des Schiffsverkehrs hat im Schutzgebiet mit der Schwierigkeit zu kämpfen, daß die Mehrzahl der Schiffe aus kleinen Segelfahrzeugen — sogenannten Dhaus — besteht, die unter farbigem Führer fahren, nicht auf die dem Fernverkehr eröffneten Häfen angewiesen sind, und nahe am Ufer bei Ebbe „trocken fallen" können, wobei Ratten ungehindert überlaufen.

Die Rattenvertilgung erlaubten die verfügbaren Mittel im Berichtsjahr nur in dem Umfang zu betreiben, der aus Anlage 5 ersichtlich ist: rund 20 000 Ratten fielen ihr zum Opfer.

Anlage 5.

*) Aufstandsjahr.

Die Pestuntersuchungsstation in Daressalam besteht in einem besonderen Laboratorium, das mit allen bakteriologischen Hilfsmitteln gut ausgestattet ist; drei „fliegende Pestlaboratorien" nach heimischem Muster stehen außerdem zur Verfügung.

Trotz Schiffahrtskontrolle, Rattenvertilgung und — in Daressalam — regelmäßiger Untersuchung gefangener Ratten hat die Pest im Berichtsjahr in der Hauptstadt des Schutzgebiets Eingang gefunden. Aber sie wurde sofort erkannt und konnte wirksam bekämpft werden.

Die ersten Pestfälle traten September 1908 auf.

Am 29. 9. war ein Neger mit hohem Fieber in das Sewa-Hadji-Hospital aufgenommen. Am 1. 10. wurde ein rechtsseitiger Leistenbubo festgestellt; am 3. 10. wurde die Drüse extirpiert und dem Pestlaboratorium überwiesen. Saftausstriche zeigten vereinzelte polfärbbare Stäbchen. Von zwei mit diesem Drüsensaft kutan geimpften Meerschweinchen ging das eine am 11. 10. ein, das andere wurde am 13. 10. getötet. Beide zeigten Infiltration und Pustelbildung der Bauchhaut, Leistenbubonen, vergrößerte Leber und Milz, diese mit zahlreichen grauweißen Knötchen bedeckt und von ähnlichen Herden durchsetzte Lungen; in sämtlichen Organen fanden sich zahlreiche Stäbchen, die Polfärbung annahmen, aber nach Gram sich entfärbten. Weitere Tierversuche führten dazu, daß Meerschweinchen und Ratten meist in wenigen Tagen starben, Entzündungen ohne Einschmelzungsherde aufwiesen und stets massenhaft polfärbbare Stäbchen in allen Organen enthielten. Gleichzeitig angelegte Kulturen auf Agar und in Bouillon boten in ihrem Wachstum, Aussehen und Verhalten die typischen Kennzeichen des Pestbazillus und agglutinierten mit Pestserum in Verdünnungen von 1 : 800, so daß am 21. 10., als die mannigfachen Versuchsreihen abgeschlossen waren, die Diagnose „Pest" einwandfrei gesichert war.

Inzwischen waren weitere, teils verdächtige, teils erwiesene Erkrankungen von Menschen an Pest vorgekommen, und es folgten mit geraumen Zwischenräumen andere, die letzte, zwölfte, am 8. 1. 09.

Sämtliche 12 Fälle sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

	Inder		Neger		Summe
	geheilt	gestorben	geheilt	gestorben	
Bubonenpest	.	.	4	1	5
Lungenpest	.	.	1	3	4
Pestverdacht	1	1	.	1	3
Summe	1	1	5	5	12

Zu gleicher Zeit wurde auch Rattenpest festgestellt, zu Anfang durch Tierexperimente und Kulturen erwiesen, später aus dem Befunde polfärbbarer Stäbchen diagnostiziert. Die Befunde lassen sich aus der folgenden Tabelle ersehen:

Ratten	1908			1909					
	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni
Untersucht . .	657	613	1013	980	767	861	763	623	971
Mit polgefärbten Stäbchen	51	33	17	4	2	.	2 (?)	.	.
Diese in Prozenten	7,9	5,4	1,7	0,4	0,3	.	0,3(?)	.	.

Die behördlichen Maßnahmen zur Bekämpfung in der Stadt Daressalam erstreckten sich auf Isolierung der Pestkranken, sorgfältige Bestattung der Pestleichen, Desinfektion der Wohnungen, Überwachung der Hausgenossen und auf Rattenvertilgung.

Absperrungen oder irgendwelche Erschwerungen des Marktwesens oder der Freizügigkeit fanden nicht statt. Hauptgewicht wurde auf die Vernichtung möglichst vieler Ratten gelegt. Diese Aufgabe fiel dem leitenden Arzt des Laboratoriums zu (Stabsarzt Ullrich, später Stabsarzt Dr. Exner), dem außer einem assistierenden Arzt (Oberarzt Dr. Weck) 3 Sanitätsunteroffiziere, 1 Gehilfe und 10—20 Farbige dauernd nur für die Zwecke der Pestbekämpfung zur Verfügung standen. In regelmäßigem Turnus wurden in der ganzen Stadt Fallen gestellt und Gift (Phosphorlatwerge) gelegt; durchschnittlich alle acht Wochen wurden die Entwässerungskanäle, die von der Stadt in den Hafen führen, mit dem Claytonapparat ausgeschwefelt, vorübergehend, vom 16. 12. 08 bis 25. 2. 09, waren zur Säuberung der Stadt von verstecktem Unrat, der Ratten Unterschlupf bot, 2 Müllwagen mit dem nötigen Personal zur Verfügung gestellt.

Die behördlichen Maßnahmen für den überseeischen Verkehr richteten sich in erster Linie gegen Verschleppung der Pest aus Daressalam und bestanden vor allem in der Mitteilung über den Gang der Seuche an die interessierten Dienststellen an der Küste von Deutsch-Ostafrika und in den Nachbarkolonien, ferner in zeitweiser Überwachung der Ausreisenden und ihrer Habe sowie nach Erfordernis in Ausschwefelung von Fahrzeugen. Die letztgenannten Dienstfunktionen lagen dem Hafenarzt (Oberarzt Dr. Ruschhaupt, später Oberarzt Scherschmidt) ob. Gegen weitere Einschleppung neuer Pestkeime wurden die bestehenden Vorschriften vorübergehend durch eine Kontrolle des Dhauverkehrs verschärft.

Am Ende des Berichtsjahres konnte die Pest in Daressalam als erloschen angesehen werden.

Einen erheblichen wirtschaftlichen Schaden hat die Pest dem Schutzgebiet nicht zugefügt, und die zu ihrer Bekämpfung erforderlichen Beträge überstiegen nicht wesentlich die regelmäßigen zur Seuchenabwehr vorgesehenen Mittel.

3. Malaria.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Malaria, der „Geißel der Tropen" für die Europäer, und ebenso die Fortschritte, die in ihrer Vermeidung, Abwehr und Bekämpfung im letzten Jahrzehnt gemacht sind, werden allgemein anerkannt. Sie hauptsächlich beeinflußt die Morbidität, Invalidität und Mortalität der Europäer in den Tropen, und diese können umgekehrt als ein Maßstab für die Gesundheitsverhältnisse einer Kolonie gelten.

Für Deutsch-Ostafrika geben die folgenden Tabellen, wenn auch keine vollkommene Statistik, so doch genügende Anhaltspunkte.

Tab. I. Europäer im ganzen Schutzgebiet.

	1903/04	1904/05	1905/06*)	1906/07	1907/08	1908/09
Iststärke	1351	1491	1886	2375	2926	3283
Morbidität	1258	1412	2107	1865	2641	2905
„ Prozent	93,1 %	96,0 %	111,7 %	78,1 %	90,2 %	88,4 %
Mortalität	27	33	64	47	67	40
„ Prozent	1,99 %	2,21 %	3,39 %	1,97 %	2,29 %	1,20 %
Davon Malaria und Schwarzwasserfieber:						
Morbidität	498	695	833	764	818	892
„ Prozent	36,85 %	46,69 %	44,16 %	31,51 %	27,95 %	27,10 %
Mortalität	7	10	14	9	17	13
„ Prozent	0,5 %	0,7 %	0,7 %	0,4 %	0,6 %	0,4 %
Anteil der Malaria und Schwarzwasserfieber an der						
Gesamt-Morbidität	39,7 %	49,2 %	39,5 %	40,9 %	30,9 %	30,7 %
„ -Mortalität	25,9 %	33,3 %	21,9 %	19,5 %	25,4 %	32,5 %
in Prozenten						

Die Bedeutung dieser Zahlen läßt sich in die Worte kleiden: gäbe es im Schutzgebiet keine Malaria, oder könnten die Europäer sie gänzlich vermeiden, so wären durchschnittlich um ein Drittel weniger Krankheitsfälle und um ein Viertel weniger Todesfälle unter Europäern zu erwarten.

Fast die Hälfte aller Europäer des Schutzgebiets haben ihren Wohnsitz in den Städten Daressalam und Tanga, und schätzungsweise vier Fünftel aller Europäer halten sich bei Ankunft und Abreise vorübergehend hier auf. Diese Tatsachen rechtfertigen es, daß die verfügbaren Mittel zu einer systematischen Malariabekämpfung überwiegend an diesen beiden Plätzen verwendet und nicht über das ganze Schutzgebiet verteilt werden. Die Erfolge, die hier erzielt werden, kommen indirekt dem ganzen Land zu gut; hier stehen die genauesten Zahlen zur Verfügung, bei denen es freilich nicht immer möglich ist, Ortsangesessene von Zugereisten zu sondern, so daß die Statistik dieser Plätze von einem Teil der Gesamt-Morbidität und -Mortalität des ganzen Schutzgebiets belastet wird.

*) Aufstandsjahr.

Tab. II. Europäer in Daressalam.

	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06*)	1906/07	1907/08	1908/09
Iststärke	311	377	380	657	851	897	743
Morbidität	307	393	322	837	744	947	1182
„ Prozent	98,7 %	104,2 %	84,7 %	127,4 %	87,4 %	105,6 %	159,0 %
Mortalität	7	6	7	10	12	17	11
„ Prozent	2,25 %	1,59 %	1,84 %	1,52 %	1,41 %	1,89 %	1,47 %
Malaria u. Schwarzwasserfieber:							
Morbidität	166	168	141	355	287	268	342
„ Prozent	53,3 %	44,5 %	37,1 %	54,0 %	33,7 %	29,8 %	46 %
Mortalität	7	0	3	4	6	6	3
„ Prozent	2,25 %	0 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	0,4 %
Anteil der Malaria und Schwarzwasserfieber an der Morbidität Prozent	54 %	42,8 %	43,7 %	42,4 %	38,6 %	28,3 %	46,0 %
Mortalität in Prozenten	100 %	0 %	42,85 %	40 %	50 %	34,1 %	25,45 %

Tab. III. Europäer in Tanga.

	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06**)	1906/07	1907/08	1908/09
Iststärke	95	148	192	205	211	222	258
Morbidität	209	214	331	332	354	607	736
„ Prozent	220,0 %	144,6 %	172,4 %	161,9 %	167,77 %	273,42 %	285,27 %
Mortalität	4	5	9	9	7	6	9
„ Prozent	4,21 %	3,37 %	4,7 %	4,39 %	3,36 %	2,70 %	3,5 %
Malaria u. Schwarzwasserfieber:							
Morbidität	110	61	178	156	128	206	203
„ Prozent	115,8 %	41,21 %	87,5 %	76,1 %	60,66 %	92,79 %	78,67 %
Mortalität	2	2	5	6	3	2	2
„ Prozent	2,10 %	1,36 %	2,6 %	2,92 %	1,42 %	0,9 %	0,7 %
Anteil der Malaria und Schwarzwasserfieber an der Morbidität Prozent	52,15 %	28,50 %	53,77 %	46,96 %	36,15 %	34,05 %	27,58 %
Mortalität in Prozenten	50,0 %	40,0 %	55,55 %	66,66 %	42,85 %	33,33 %	22,22 %

Über die Einzelheiten der Malariabekämpfung in Daressalam und Tanga liegen folgende Berichte vor:

Malariabekämpfung in Daressalam.

(Bericht des Medizinalreferats.)

Personal. Unter einem leitenden Arzt, der dem Laboratorium und dem genannten Gesundheitsdienst in Daressalam vorsteht,

*) Aufstand und Beginn des Baues der Zentralbahn.
**) Aufstandsjahr.

standen 2 Schwestern und 2 Gehilfen sowie 8 Eingeborene für die Malariabekämpfung zur Verfügung. Wie im Vorjahre, mußte der leitende Arzt mehrfach wechseln; er und der eine Gehilfe waren im zweiten Halbjahre überwiegend durch andere Aufgaben — Pestabwehr, Vertretung des Tierarztes — in Anspruch genommen. Doch blieb das andere Personal — 2 Schwestern und 1 Gehilfe (Goanese) — während des ganzen Jahres der Malariabekämpfung erhalten; ihrer größtenteils selbständigen Tätigkeit ist es zu verdanken, daß die Arbeiten im bisherigen Umfang fortgeführt und versuchsweise auch auf die Vorstädte ausgedehnt wurden.

Feststellung von Malaria. Über die zur Feststellung von Malaria ausgeführten Blutuntersuchungen gibt die Tabelle in Anlage 6 eine Übersicht. Außer den sich krank Meldenden wurde, wie in früheren Jahren, die Eingeborenenbevölkerung der in Blöcke eingeteilten Stadt alle Vierteljahre systematisch auf Parasitenträger untersucht. Im ganzen sind 20 248 Blutpräparate — gegen 17 495 im Vorjahre — durchgearbeitet. Es kam nur die Tropfenmethode und die Giemsafärbung zur Anwendung. Anlage 6.

Ein Vergleich der einzelnen Zahlen und der Prozentsätze an positiven Parasitenfunden zwischen dem Berichts- und früheren Jahren ist nicht angängig, da bis November 07 die Ausstrichmethode geübt wurde. Auch im Berichtsjahr sind Schlüsse aus den Prozentsätzen nur mit großer Vorsicht zu ziehen, da die Bevölkerung der einzelnen Stadtteile fortwährend wechselt und die Zahlengruppen eines jeden Vierteljahres durchaus nicht dieselben Individuen bedeuten. Nur ganz allgemein kann man berechnen, daß von 100 Parasitenträgern bei 3 Tertiana, bei 10 Quartana, bei 15 Halbmonde, bei 72 Ringe gefunden sind, welche letzten wohl größtenteils der Tropica angehören. Diese Zahlen kann man wohl so deuten, daß im Laufe der Jahre die Tertiana durch Chininkuren zurückgedrängt ist, die Quartana trotz dieser an Boden gewonnen hat.

Chininkuren. Bei allen Parasitenträgern — 4578 — sind Chininkuren eingeleitet, bei den meisten — rund 4000 — sind sie drei Monate derart durchgeführt, daß an zwei aufeinanderfolgenden Wochentagen die Erwachsenen je 1,0 Chinin. mur. in Tabletten oder in 10 % salzsaurer Lösung, die Kinder entsprechend weniger in verzuckerter 5 % Lösung erhielten und vor den Augen des weißen Personals einnahmen. Von einer Teilung der Chiningabe in mehrere Dosen wurde ebenso abgesehen, wie von einer Überlassung des Chinins an Farbige zu eigener Behandlung, da bei unbeaufsichtigtem Chininnehmen Farbige sich als gänzlich unzuverlässig erwiesen haben.

Andere, als die genannten Chininpräparate wurden nur in zwei Fällen, und zwar Chin. bimur. carbamid. zu 0,5 intramuskulär angewendet.

Schwarzwasserfieber. Während der so durchgeführten Chininkuren trat nur in vier Fällen Schwarzwasserfieber auf; sämtlich waren es Inder, ein Erwachsener und drei Kinder; sie ge-

nasen, es wurden bei ihnen nachher Chiningewöhnungskuren durchgeführt und daneben in drei Fällen Liqu. Fowleri, in einem Falle Esanophelespillen vier Monate lang gegeben.

Andere Komplikationen kamen nicht vor.

Mückenvertilgung. Über das Aufsuchen von Mücken-, speziell Anophelesbrutplätzen und deren Beseitigung liegen folgende Aufzeichnungen vor:

Im Mai wurden die Abzugs- und Sammelgräben im Villenviertel und viele Abzugsgräben in der Stadt, in denen sich neben überwiegenden Culicinen auch Anophelinen fanden, mit Saprol und mit einer Mischung desselben mit Petroleum 2:1 übergossen.

Im Juni wurden Anophelesbrutstätten an der Grenze des städtischen Weichbildes im Tal hinter Kurasini und im Msimbasital meist in Regentümpeln gefunden und mit Petroleum übergossen.

Alsdann wurden in gemauerte offene Brunnen und in Trinkwasser-Schöpfstellen, bei denen eine Petrolisierung nicht angängig war, Rückenschwimmer ausgesetzt, und zwar im August im Villenviertel und der nördlichen Vorstadt (Shamba), im September in der südlichen Vorstadt (Geresani).

Diese die Mückenlarven vertilgenden Insekten waren seit Beginn des Berichtsjahres in einem Bassin des Kulturgartens angeschont und hatten sich in 4 Monaten so vermehrt, daß darin stets genügend zum Aussetzen in andere Wasserstellen vorrätig waren.

Außerdem wurden gelegentlich alte Zisternen entweder zugeschüttet, oder, wenn sie noch in Gebrauch waren, durch Drahtgazedeckel geschützt; in Zementbehälter vor den Pumpbrunnen wurden Abzugsröhren gelegt, Wasserbassins in den Wohnhäusern wiederholt abgelassen und ausgetrocknet usw.

Es muß aber zugegeben werden, daß diese Methode der Malariabekämpfung nicht so systematisch durchgeführt werden konnte, wie die Chininisierung der Parasitenträger: die vorhandenen Mittel reichten nicht aus, „Moskitobrigaden“ (nach Ronald Roß) zu formieren. In der zweiten Hälfte des Berichtsjahres mußten diese Maßnahmen auf ein Minimum beschränkt werden, weil alle männlichen Arbeitskräfte des Gesundheitsdienstes in Daressalam von der Pestbekämpfung in Anspruch genommen wurden.

Mückenschutz. Dagegen hat im Berichtsjahr die Zahl der Wohnungen zugenommen, in denen ein Drahtschutz, gewöhnlich in Gestalt kleiner Abteile von $3 \times 3 \times 3$ m auf der Veranda, angebracht worden ist.

Die ärztlicherseits immer aufs neue zum Schutz der Europäer vor Malaria empfohlene Trennung der Europäer- von den Eingeborenen-Vierteln kann in Daressalam aus sozialen Gründen nicht durchgeführt werden. Wirtschaftliche Interessen, billigere Wohnungen ziehen viele Geschäftsleute in die Nähe des Hafens, der Bahn, mitten unter die farbige Bevölkerung, und umgekehrt ist die Lage der Eingeborenen-Schule mit ihrem Internat mitten im Villenviertel nicht abzuändern.

Prophylaxe. Die Zahl der Europäer, die in Daressalam Chininprophylaxe treiben, ließ sich nicht ermitteln, aber an vielen Beispielen ließ sich, wie im Vorjahre, belegen, daß Europäer ohne solche hier malariafrei bleiben,*) so daß Neuankömmlingen und Durchreisenden ärztlicherseits eine Chininprophylaxe nicht angeraten zu werden braucht, solange sie in der Stadt bleiben, luftige oder mit mückengeschützten Räumen versehene Wohnungen beziehen und es vermeiden, zur Nachtzeit das Eingeborenen-Viertel und die Umgebung Daressalams, z. B. zu Jagdausflügen, aufzusuchen.

Malariabekämpfung in Tanga.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Lott.)

Die im Jahre 1905 begonnene Malariabekämpfung wurde im Berichtsjahr in gleicher Weise fortgeführt, wie im Vorjahre. Die Einteilung der Bezirke wurde beibehalten, doch war die Zahl der Untersuchten größer als früher, weil der Bezirk III durch Zuzug eine erhebliche Vermehrung erfahren hat. Wenn es trotzdem möglich war, die Einwohner der sieben Bezirke in jedem Vierteljahr einmal zu untersuchen, so ist das dem besonderen Eifer und Fleiß zu danken, mit welchem die Malariaschwester ihre Tätigkeit ausübte. Es wurden im ganzen 8239 Erwachsene und 2870 Kinder untersucht, bei 1357 Erwachsenen und 680 Kindern wurden Malariaparasiten gefunden, also bei 16 bzw. 24 % der Untersuchten. Diese Zahlen sind höher, als die des Vorjahres, wo sie nur 7,3 bzw. 12,3 % betrugen. Doch wäre es nicht richtig, aus der Zunahme der Prozentzahlen ohne weiteres auf eine Zunahme der Malariaerkrankungen zu schließen, denn ein Anwachsen des Malariafiebers unter der farbigen Bevölkerung müßte sich in gleichem Sinne auch bei den Europäern bemerkbar machen. Das ist aber nicht der Fall, denn die Zahl der Malariaerkrankungen von Europäern, welche auf eine in Tanga erfolgte Infektion zurückzuführen sind, zeigt eine relative Abnahme, von 39 % der Einwohnerzahl im Vorjahr auf 35 %.**) Da die Zahl der Europäer, welche eine regelmäßige Chininprophylaxe durchführen, eine verschwindend geringe ist (höchstens 5 %), so blieben demnach in Tanga fast zwei Drittel der Europäer von Malariaanfällen verschont, ohne Chinin prophylaktisch zu nehmen. Eine weitere Besserung der Malariamorbidität unter den Einwohnern Tangas dürfte ausgeschlossen sein, ehe nicht die Assanierung der Stadt im großen Stile in Angriff genommen wird, und dazu fehlen die erforderlichen Mittel. An der Entwässerung der Stadt wurde nach Maßgabe der vorhandenen Mittel weiter gearbeitet, ein Sumpf in der Mitte der Stadt wurde durch Abzugsröhren trocken gelegt, ein kleinerer zugeschüttet, ein großer Teil der vorhandenen Abzugsgräben wurde ausgemauert, kleinere Tümpel jeden 10. Tag mit Petroleum übergossen.

*) Von den in der Stadt selbst wohnenden Europäern kamen malariakrank in Behandlung: 1906/07 16,9 %, 1907/08 15,6 %, 1908/09 18,5 %.

**) Die entsprechenden Zahlen der vorstehenden Tabelle III auf Seite 8 enthält auch die auswärts erfolgten Infektionen.

Bei 1635 Fällen, in denen der Parasitenbefund positiv war, fanden sich die Parasiten der Tropica 954mal, Tertiana 242mal (davon 24 Doppelinfektionen), Quartana 387mal (davon 31 Doppelinfektionen); Mischinfektionen wurden bei 52 Untersuchten festgestellt, nämlich Quartana und Tertiana 14mal, Quartana und Tropica 17mal, Tertiana und Tropica 12mal, Quartana und Tertiana und Tropica 9mal. Gameten wurden in 104 Fällen gefunden (Tropica 47mal, Tertiana 19mal, Quartana 38mal).

Bei 8 Inderkindern wurde durch die Chininbehandlung Hämoglobinurie ausgelöst, davon waren 4 mit Quartana, 3 mit Tropica, 1 mit Tertiana infiziert.

Über die Verbreitung der Malaria in den einzelnen Bezirken gibt die Anlage 7 Aufschluß.

Anlage 7.

Wenn auch in anderen Orten, als in Daressalam und Tanga ein systematisches Vorgehen gegen Parasitenträger bisher nicht eingeführt werden konnte, so wird doch vielerorts gegen die Mücken vorgegangen und ebenso trägt es zur Herabminderung der Malaria bei, daß von allen Sanitätsdienststellen Chinin zur Behandlung an Europäer wie Farbige stets unentgeltlich abgegeben wird.

Z. B. berichtet der Stationsarzt von Kilwa, Oberarzt Dr. Peiper:

„Von der Einrichtung der freien kostenlosen Chininabgabe machte die intelligentere Bevölkerung reichlich Gebrauch; im allgemeinen war auch die Art und Weise der Einnahme gut bekannt, insbesondere bei den Indern, die gern zur Poliklinik kommen, jedoch besteht bei vielen noch Furcht vor Chinineinnahme während des Fieberanfalls."

An diesem Küstenplatze ist, wie im Vorjahre ausführlich berichtet wurde, die Mückenvertilgung besonders energisch und mit der Methode der „Mückenfallen" betrieben worden.

Derselbe Arzt schreibt hierzu:

„Eine erhebliche Zunahme der Malaria trotz starker Regengüsse hat nicht stattgefunden.

Infolge der ungünstigen Lage Kilwas ist die Mückenbekämpfung eine sehr schwierige. In Abständen von 8 Tagen finden mit einem Vertreter der Polizeiabteilung Rundgänge durch die Stadt statt. Die Bewohner, insbesondere die Inder, werden zur Beseitigung von Tümpeln, Tins usw. angehalten; ständige Tümpel werden mit Petroleum begossen, dazu sind im Europäer-Viertel neben den Häusern Blechtins als Mückenfallen aufgestellt, die in bestimmten Zwischenräumen entleert werden."

Ähnlich ist man in dem benachbarten Lindi vorgegangen, worüber der Stationsarzt, Oberarzt Dr. Wolff, berichtet:

„Auf dem Marktplatze bildeten sich alljährlich zur Regenzeit große Wasserlachen, die oft wochenlang nicht eintrockneten. Am Ende der Regenzeit 1908 stieg dazu noch der Grundwasserstand in dieser Gegend, so daß große Strecken und auch einige Banianenhäuser unter Wasser standen. Damals wurde die augenblickliche

Gefahr der Malariaausbreitung durch rechtzeitiges Übergießen des Wassers mit 30 Tins Petroleum beseitigt. In der Trockenzeit wurden dann aus Stadtmitteln (2700 Rp.) Aufschüttungen dort vorgenommen, Gräben gezogen, die zu einem großen Loch mit durchlässigem Boden führen, in dem das Wasser höchstens 36 Stunden steht, so daß eine Ausbreitung der Moskitoplage von dorther ausgeschlossen ist.

Mit der Zuschüttung der Wasserlöcher auf den Eingeborenen-Höfen wurde fortgefahren und eine strenge Kontrolle über die Badegefäße auf den Höfen der Banianen ausgeübt."

Auch aus Muansa erwähnt der Stationsarzt Stabsarzt Dr. Wittrock:

„Neu angelegt bzw. eingerichtet wurden eine Anzahl Gräben zur Regelung des Wasserabflusses. An der Ikomastraße und neben dem neuen Postgebäude sind die großen Gräben vertieft, zweckmäßiger angelegt und befestigt. Der »Muansabach« ist mehrere Male weit hinauf gereinigt und seine Ufer und sein Abfluß nach dem See ausgeebnet worden."

Daß jede Maßnahme gegen Malaria an manchen Orten große Schwierigkeiten findet, schildert der Stationsarzt von Morogoro, Stabsarzt Wünn:

„Die Malaria trat hier auch in diesem Jahre recht reichlich auf. Die Einleitung einer energischen Bekämpfung durch Aufsuchung und Behandlung aller Malariakranken stößt bei dem jetzigen durch den Bahnbau bedingten riesigen Verkehr auf unüberwindliche Hindernisse.

Schuld an der großen Verbreitung dieser Krankheit, besonders in der auf den Regen folgenden Zeit, trägt in erster Linie die ungünstige Lage des Ortes. Von diesem liegt hygienisch zweckmäßig nur das Bezirksamt mit seinen Nebengebäuden und dem Askaridorf und die Mission, da sie auf Bergen angelegt sind, die mit ihrer nächtlichen Abkühlung und dem fast täglichen sturmartigen Wind sowohl auf die Nerven wohltuend wirken, als auch den Mücken den Aufenthalt erschweren. Der übrige Ort Morogoro liegt in sumpfigem Flachland. Durch die hygienisch ganz unzweckmäßige Lage des Bahnhofs ist auch keine Aussicht vorhanden, daß sich die Weiterentwicklung des Ortes etwa auf die Berge zu vollzieht, sondern im Gegenteil: der Bahnhof als Verkehrszentrum zieht die Bevölkerung immer weiter von den Bergen fort.

Der erste Sumpf liegt unterhalb des Berges des Bezirksamts. Seine eine Hälfte ist durch zahlreiche Gräben und Anpflanzung der stark Wasser aufsaugenden wilden Bananen einigermaßen ausgetrocknet worden, die andere Hälfte widersteht aber allen Versuchen, mit den jetzigen Hilfsmitteln die Entwässerung durchzuführen.

Auf der anderen Seite des Dorfes schließt sich dann ein Sumpf an, in dem eine Ziegelei liegt. Dort befand sich in den ausgetonten Löchern stehendes Wasser in großer Menge auch in der trockensten Zeit. Ebenso liegt es mit der sich nun anschließenden Niederung

längs des Morogoroflusses. Dieser bietet durch Bildung von kleinen seitlichen Tümpeln, die keinen Durchfluß haben, geeignete Brutstätten für Mücken, doch ist ein toter Arm des Flusses unten im Dorf zugeschüttet worden, in dessen stillstehendem Wasser sich unzählige Anopheleslarven befanden."

Wie Unkenntnis der Übertragungsart der Malaria durch Stechmücken zu selbstgeschaffenem Unheil führen kann, beweist der Bericht des Stationsarztes von Moschi, Stabsarzt Dr. Ahlbory:

„Eine Reihe von Buren erkrankte am Ngare Nairobi an Malaria, zwei sollen gestorben sein; die Gegend galt bisher als malariafrei. Es war nicht sonderlich schwer, den Buren ihren Moskitobrutplatz vor Augen zu führen. Derselbe befand sich 10 Schritte vom Hause in Gestalt eines flachen Wasserbeckens von etwa 25 cm Tiefe und 3×4 m Fläche, zu dem sie ihren Wassergraben zu Nutzzwecken erweitert haben. Ich konnte ihnen durch Abschöpfen mit einem Teller wiederholt Moskitolarven vorzeigen, sowohl der Culicinen als auch der Anophelinen. Der Schaden dieses Brutplatzes schien den Buren einzuleuchten, sie versprachen, Abhilfe zu schaffen und auch gegebenenfalls andere Buren auf gleiche Schäden hinzuweisen."

Diese Stichproben aus den stationsärztlichen Berichten zusammen mit denen aus Daressalam und Tanga mögen illustrieren, wie viel Aufmerksamkeit allenthalben der Malaria gewidmet wird, aber auch, wie schwer und wie kostspielig es werden würde, im ganzen Schutzgebiete derartige hygienische Verbesserungen zu schaffen, daß ihr Anteil an der Morbidität und Mortalität noch weiter als bis jetzt hinunterginge.

Wenn demnach der Sanierung malariadurchseuchter Plätze gewisse Grenzen gesteckt sind, so gewinnt das Bestreben an Bedeutung, die Landschaften und Plätze im Schutzgebiet für die Niederlassung und Ansiedlung von Europäern zu bevorzugen, in denen Malaria ganz fehlt oder nur unter bestimmten Bedingungen sich einnisten kann, oder nur in der warmen und feuchten Jahreszeit zu Neuinfektionen Gelegenheit gibt.

Nicht nur theoretische Erwägungen auf Grund klimatischer, speziell meteorologischer Beobachtungen lassen die kühlen Bergländer Ostafrikas in bezug auf Malaria gesund erscheinen, sondern es liegen dafür zunehmende praktische Erfahrungen vor. Dadurch erwächst dem Gesundheitsdienst die neue Aufgabe, die Verbreitung und Intensität der Malaria durch Milz- und Blutuntersuchungen an Kindern der Eingeborenen und durch Feststellungen über Mückenbrutplätze planmäßig für das ganze Schutzgebiet zu erforschen. Diese systematischen Vorarbeiten sind in den letzten Jahren begonnen worden; die bisherigen Ergebnisse sind, soweit sie dem Medizinal-Referat zur Zeit vorliegen, in Anlage 8 zusammengestellt. Daß sie vorläufig nur einen bescheidenen Umfang haben, ist hauptsächlich darin begründet, daß das Sanitätspersonal durch dringlichere Berufspflichten im Dienst der Krankenbehandlung und Seuchenbekämpfung in Anspruch genommen wird. Außerdem sind

Anlage 8.

gerade die erfahrungsgemäß gesunden Stationen weniger mit Sanitätspersonal besetzt, als die ungesunden, und in der Regel geben nur Dienstreisen zu anderen Zwecken, wie zu Impfungen, Gelegenheit zum Sammeln von einschlägigem Material. Daher kann auch selten ganz genau festgestellt werden, wo sich die Untersuchten ihre Malariainfektion zugezogen haben, so daß die vereinzelten positiven Befunde in Orten vor großer Meereshöhe auf Ansteckung in Tälern und Niederungen zurückzuführen sind.

Die beigefügte Karte (Anlage 9) über die Verbreitung der Malaria im Schutzgebiet verwertet diese Untersuchungen, muß sich aber vorläufig noch überwiegend auf die Unterlagen stützen, welche die Erkrankungsziffern und klinische Beobachtungen sowie die allgemeinen Berichte der Sanitätsdienststellen bieten. Anlage 9.

4. Wurmkrankheit.

Im Gegensatz zur Malaria ist die Anchylostomiasis (Wurmkrankheit) im Schutzgebiet für den Europäer direkt fast belanglos, für die Morbidität und Mortalität der Eingeborenen aber von großer Bedeutung.

Eine Einnistung der Seuche im Innern des Schutzgebiets ist im Berichtsjahr nicht festgestellt worden; wo Erkrankungen daran beobachtet sind, hat es sich meist um zugereiste Farbige gehandelt.

So berichtet von Muansa Stabsarzt Dr. Wittrock:

„Trotzdem ständig darauf geachtet wurde, besonders bei den Kettengefangenen und den zahlreichen Arbeitern des Bezirksamts und, soweit es möglich war, auch bei den durchreisenden Trägern, gelang es nur in einem Falle, Wurmkrankheit festzustellen. Seine Infektion ist aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in Muansa erfolgt, da er seit einem viermonatigen Aufenthalt in Port-Florence krank zu sein angab."

und ebenso von Neu-Langenburg Oberarzt Dr. Neubert:

„Wurmkrank kam hier in Behandlung ein Askari, der vor kurzem von der Küste gekommen war und angeblich schon vor einiger Zeit dort an Wurmkrankheit behandelt worden war. Auch sein Weib litt an derselben Krankheit.

Unter den hiesigen Eingeborenen konnte ich Anchylostomiasis bisher nicht beobachten."

Nur am Kilimandjaro sind bereits Eingeborene der Berglandschaften vereinzelt infiziert; Oberarzt Dr. Penschke schreibt darüber:

„Die Wurmkranken stammten alle von außerhalb, fast durchweg aus den Bergen. In Moschi und deren nächster Umgebung ist diese Erkrankung nicht aufgetreten. Die Fälle sind auch in bezug auf die Ortschaften vereinzelt geblieben."

Dagegen muß die ganze Küste von Deutsch-Ostafrika als verseucht gelten, am meisten in den Pflanzungsbezirken. In diesen ist die im vorigen Jahre eingeleitete systematische Bekämpfung nach folgenden Grundsätzen (vgl. Bericht des Oberstabsarztes Professor Ollwig im Medizinal-Bericht für 1907/08, S. 94) fortgeführt worden:

1. Belehrung der Europäer und Farbigen. Hierzu wurden Merkblätter in deutscher und Suahelisprache im Medizinalreferat ausgearbeitet, gedruckt und unentgeltlich verteilt.

2. Unschädlichmachung der Fäkalien aller im Seuchengebiet anwesenden Farbigen durch Anlage von zweckmäßigen Latrinen.

3. Verhütung der Verseuchung von Trink- und Nutzwasser. Die Durchführung dieser beiden Aufgaben liegt in erster Linie den Verwaltungsbehörden und Pflanzungsleitern ob.

4. Die Feststellung aller Wurmkranken und Wurmträger durch mikroskopische Untersuchung der Fäces. Diese zeitraubende Tätigkeit fällt ausschließlich dem Sanitätspersonal zu. Es ist dabei der Versuch gemacht, farbige Gehilfen heranzuziehen, die im Mikroskopieren ausgebildet wurden, doch hat sich deren Arbeit ohne ständige ärztliche Kontrolle als nicht genügend zuverlässig erwiesen.

Anlage 10. Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen sind in Anlage 10 zusammengestellt.

5. Die Vornahme von Abtreibungskuren an allen Wurmträgern. Hierin ist das Sanitätspersonal von Verwaltungsbeamten, auch zum Teil von farbigen Dorfschulzen und besonders von einigen Pflanzungsleitern wesentlich unterstützt worden.

Aus den vorliegenden Berichten sind folgende Einzelheiten dieser Wurmkrankheitsbekämpfung entnommen:

Aus dem Bezirk Tanga (Stabsarzt Dr. Engeland am 30. 8. 08).

„Aus den bisherigen Untersuchungen können wir folgendes entnehmen:

Die Verseuchung ist am Fuße der Berge und im Gebirge ziemlich gleich stark. Der Durchschnitt der Verseuchung nach den bisherigen Untersuchungen beträgt 61 %. Der Boden scheint die Hauptinfektionsquelle zu sein, da Pflanzungen mit gutem, mittlerem und schlechtem Wasser keine wesentlichen Unterschiede zeigen. Wie weit Nahrungsmittel eine Rolle spielen, habe ich nicht untersuchen können.

Die Bewohner der Dörfer hier sind vermutlich in gleicher Weise verseucht wie die Plantagenarbeiter.

Es wird die Frage sein, ob eine Untersuchung aller Einwohner der einzelnen Ortschaften und Behandlung aller Wurmträger durchführbar ist. Daß der Thymolverbrauch dabei ein enormer sein wird, ist klar; ebenso, daß die Arbeiten sehr langsam vorwärts schreiten werden, da außer den Untersuchungen die Arbeit des Thymolverteilens, die auf den Plantagen der Leiter übernimmt, in den Dörfern durch das Sanitätspersonal ausgeführt werden muß."

Derselbe am Schluß des Berichtsjahres:

„Ich wandte mich der Bekämpfung zunächst im B. L. I. Amani und auf den Pflanzungen zu, von der Voraussetzung ausgehend, daß ich hier Unterstützung und Verständnis bei der Durchführung hygienischer Maßnahmen finden würde. Denn ohne diese nur mit medikamentösen Mitteln konnten die Arbeiten bei der Art des Zustandekommens der Anchylostomeninfektion nie Erfolg versprechen. Es mußte sich darum handeln, einmal vorkommende Infektionsquellen auszuschalten, indem verseuchte Trink- und Badewasserlöcher zugeschüttet und gefaßte Brunnen für die Arbeiter angelegt wurden, dann mußte man verhüten, daß neue Infektionsquellen durch Absetzen infizierter Faeces auf freiem Felde gebildet wurden. Ich habe mich bemüht, bei den Besitzern, den europäischen Angestellten der Pflanzungen und den farbigen Aufsehern Verständnis für diese Forderung der Hygiene zu erwecken, indem ich sie über den Gang der Infektion und des Wesens der Wurmkrankheit belehrte.

Als Form des Abortes für die Eingeborenen habe ich den bei den

Suaheli üblichen empfohlen, eine etwa 1½ m tiefe Grube, welche bis auf eine hinreichend große Öffnung verdeckt und überdacht ist. Die Öffnung empfahl ich aus Reinlichkeitsgründen mit Blech auszukleiden. Nähe des Wassers ist zu vermeiden. Es entspricht ein derartiger Abort nicht idealen Anforderungen, doch ist die Infektionsmöglichkeit dort sicher geringer, als wenn die Leute ihre Faeces auf freiem Felde absetzen, zumal ein Teil der Eier durch die Gärung des Kotes zugrunde geht. (Loebker-Bruns: Über das Wesen usw. der Wurmkrankheit.)

Während der Arbeit in der Pflanzung empfahl ich den abgesetzten Kot mit der Hacke zu vergraben und so eine Entwicklung der Eier zu verhüten.

Bei der Untersuchung der Arbeiter nahm ich darauf Rücksicht, möglichst wenig die Arbeit auf den Pflanzungen zu stören. Ich ließ die Leute mit einer Hacke in Gruppen von 15 bis 20 Mann unter Aufsicht eines Aufsehers oder des farbigen Gehilfen antreten und von den Exkrementen ein kleines Stück auf einem Blatt zur Untersuchung mitbringen. Durch Vergraben des Kotes wurde derselbe unschädlich gemacht. Irgendwelchen Schwierigkeiten bei diesem Verfahren bin ich nicht begegnet.

Nach der Untersuchung habe ich jedesmal dem Leiter der Pflanzung ein Verzeichnis der wurmbehafteten Arbeiter gegeben. Die erste Verabreichung des Thymols habe ich nach Anlage des Abortes, soweit es die Arbeit auf den Pflanzungen gestattete — das war auf den meisten Pflanzungen der Fall — selbst überwacht in Gegenwart des Leiters oder eines Angestellten, dem die weitere Verabfolgung des Thymols oblag. Die Thymolkur machte ich folgendermaßen: 1. Tag nachmittags 0,3 bis 0,6 Calomel, 2. Tag dreimal 2,0 Thymol in ein- bis zweistündigen Pausen, gestoßen in Oblaten oder Zigarettenpapier verabfolgt, 3. Tag bei Verstopfung ein Abführmittel, was selten notwendig war. Diese Kur sollte in etwa siebentägigen Abständen dreimal gemacht werden. Falls hinreichende Mengen Ricinusöl auf den Pflanzungen vorhanden waren, empfahl ich als Abführmittel das Öl, da Calomel in Dosen von 0,3 oft nicht abführend wirkt, eine Dosis von 0,6 aber leicht Stomatitis erzeugt. Die Anweisung für die Thymolkur wurden den Pflanzungen schriftlich gegeben. Die Leute waren nach der Gabe von 6,0 Thymol vielfach wie berauscht, schwerere Vergiftungserscheinungen habe ich nicht beobachtet.

Ich habe untersucht die Arbeiter des B. L. Instituts Amani und sämtlicher im Gebirge gelegenen Pflanzungen Ost-Usambaras; von den im Tieflande gelegenen habe ich bereist Lungusa, Plantage Nyussi, Grunewald, Frankenwald, Kiuhuwi. Stuhluntersuchungen wurden gemacht im ganzen bei 2433 Negern; unter diesen wurden Wurmeier gefunden bei 1502 = 66 %. Die Prozentzahlen im Gebirge schwankten zwischen 50 und 71, im Tieflande zwischen 34 und 78 %. Die Pflanzung mit 34 % hatte eine große Anzahl erst jüngst zugereister Arbeiter. Im übrigen war ein nennenswerter Unterschied zwischen Gebirge und Tiefland nicht festzustellen.

Die Anzahl der Wurmkranken, d. h. der durch Wurmkrankheit Arbeitsunfähigen war auf allen Pflanzungen sehr gering. Eine genaue Feststellung habe ich nur in Amani gemacht, wo unter 260 Untersuchten sich 2 Leute mit Herzstörungen und Ödemen befanden = 0,7 %, während Wurmeier gefunden wurden bei 71,6 %. Erheblich größer war die Zahl der Leute, an denen man Blässe der Haut wahrnahm und welche gelegentlich über Leibschmerzen, Stuhlverstopfungen und dergl. klagten. Eine genaue Feststellung der Wurmkranken zu machen, erschien mir bei Massenuntersuchungen nicht möglich, da man die subjektiven Erscheinungen dabei nicht hinreichend würdigen kann.

Als Infektionsquelle dürften im Gebirge lediglich Boden und vielleicht auch Nahrungsmittel zu betrachten sein, da eine Infektion vom Wasser der stark strömenden Bäche wohl ausgeschlossen erscheint. Am Fuße des Gebirges kommt teilweise auch Wasserinfektion in Betracht.

Aborte für Eingeborene wurden auf allen von mir bereisten Pflan-

zungen und in Amani angelegt, Brunnenanlage, wo sie notwendig erschien, teilweise hergestellt, teils in Aussicht genommen."

Über die Ergebnisse der allgemein hygienischen Maßnahmen äußert sich der Jahresbericht des Bezirksamtes:

„Die Wurmkrankheit herrscht noch immer unter Plantagenarbeitern wie Eingesessenen, es macht jedoch den Eindruck, als ob die Seuche, nachdem die für sie empfänglichen Individuen gestorben sind, und sowohl durch die Regierung wie von Privaten energische Maßregeln getroffen sind, nunmehr zum Stehen gekommen, vielleicht sogar etwas zurückgedrängt worden ist. Ein Fortschritt in der Bekämpfung wird aber erst dann zu erreichen sein, wenn die Bevölkerung an die Benutzung von Aborten gewöhnt sein wird und damit die Gefahr der sofortigen Neuansteckung der Geheilten vermindert wird. Die diesbezüglichen Anordnungen sind getroffen worden und werden der Bevölkerung unter Erklärung der Gründe so oft wie möglich in Erinnerung gebracht. Man wird sich aber mit dem Gedanken vertraut machen müssen, daß die Erziehung der Bevölkerung zum Gebrauch von Aborten nicht von heute auf morgen erfolgen wird."

Aus dem Bezirk Wilhelmstal (Oberstabsarzt Dr. Schörnich am 29. 11. 08).

„Der Zweck meines beinahe halbjährigen Aufenthaltes im Bezirk Wilhelmstal war die Feststellung der Verbreitung der Wurmkrankheit in der dortigen Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Plantagenarbeiter und die Einleitung zweckmäßiger Bekämpfung. Im ganzen gelang es, den Kot von 3330 Leuten unter das Mikroskop zu bekommen. Von ihnen waren 54,4 % Wurmträger, 3,6 % Wurmkranke. Die örtliche Verteilung war sehr verschieden. In der Ebene — Luengeratal, Panganiebene —, wo sumpfige oder feuchte Ländereien überwiegen, gab es vielfach Arbeiterschaften und Dörfer, die eine Durchseuchung von Wurmkrankheit zu 60 bis 100 % aufwiesen. Im Hochgebirge ist die Krankheit etwas weniger ausgebreitet. Im östlichen Teile der Westusambaraberge fand ich unter den mikroskopisch auf Anchylostomeneier Untersuchten 50 bis 80 %, im mittleren 40 bis 55 % und im westlichen, dem höchst gelegenen (Mlalo, Mtai), 8 bis 10 % Wurmträger. Diesen Unterschieden liegen verschiedene Ursachen zugrunde. Feuchte Wärme in den Niederungen begünstigt, Kälte in den Höhen von etwa 2000 m hindert die Entwicklung der Larven aus dem Ei. In den feuchten Niederungen und Tälern besteht größere Möglichkeit der Bodeninfektion; auf den hohen kahlen Bergkegeln wird der Kot entweder durch Sonne und Wind schnell eingetrocknet oder bei starken Niederschlägen hinabgespült.

Die größeren Plantagen und damit die größeren Arbeitermassen finden sich in der Ebene und im östlichen Teil des Gebirgsstockes. Zudem ist die Bevölkerung im westlichen Teil des Gebirges seßhafter und hat wenig Verkehr mit volkreichen Zentren.

Das zur Zeit stärkere Auftreten der Anchylostomiasis in Usambara und anderen Küstenbezirken scheint erklärlich, wenn man bedenkt, daß die Wurmkrankheit mit Beginn des Plantagenbetriebes zur Epidemie sich auswachsen mußte, weil jetzt durch Konzentration von Menschenmassen in sogenannten Arbeiterlagern die günstigsten Vorbedingungen geschaffen waren.

Es müssen zunächst sanitäre Maßnahmen möglichst allgemein durchgeführt werden, die eine Entwicklung der Larven aus den im Kote der Wurmbehafteten befindlichen Eiern und somit eine Infektion von Boden und Wasser verhindern.

Geschieht dieses und werden nunmehr außerdem alle Wurmbehafteten, deren man habhaft werden kann, mit wurmwidrigen Medikamenten behandelt, so kann man der sicheren Hoffnung leben, in absehbarer Zeit

diese die Arbeitskraft der farbigen Bevölkerung stark lähmende Seuche auf ein Minimum zu reduzieren, wenn nicht ganz zu unterdrücken.

Viele Ortschaften, besonders die von mir besuchten Plantagen und Missionen, haben bereits die verlangten sanitären Maßnahmen durchgeführt, andere sich mündlich und schriftlich dazu verpflichtet. Medikamente sind der Zahl der gefundenen Wurmbehafteten entsprechend bereits abgegeben."

Über die seitens der Verwaltungsbehörde durchgeführten Maßnahmen schreibt das Bezirksamt am Ende des Berichtsjahres:

„Das Bezirksamt versucht die angeratenen sanitären Maßregeln allmählich durchzuführen. Am 5. 10. v. J. wurden sämtliche Akiden und Jumben mit vielen Eingeborenen — wohl 200 bis 300 Menschen — auf dem Vorplatz des Bezirksamtes versammelt. Oberstabsarzt Dr. Schörnich hielt einen Vortrag in Kisuaheli über den Zweck seiner Reise, Geschichte und Entstehung der Wurmkrankheit, die schädigende Einwirkung der Anchylostomen, Krankheitszeichen, die Vermehrung der Würmer, die Übertragung der Krankheit und ihre Bekämpfung durch wurmwidrige Mittel und sanitäre Maßnahmen. Dann wurden den Eingeborenen Musteraborte gezeigt und vom Bezirksamtmann die Errichtung solcher Aborte — getrennt für Männer und Weiber — in sämtlichen Ortschaften des ganzen Bezirks angeordnet. Diese Maßregel wurde auch durchgeführt. Die Leute scheinen Verständnis für sanitäre Maßnahmen zu haben."

Aus dem Bezirk Pangani (Jahresbericht des Bezirksamts).

„In der farbigen Bevölkerung war die Wurmkrankheit vorherrschend, die jährlich anscheinend viele Opfer fordert, ohne daß man jedoch über diese eine bestimmte oder auch nur annähernde Schätzung vornehmen kann, da nur vereinzelte Fälle zur Behandlung kommen. Es wurde versucht, durch Schaffung von Brunnen an der Karawanenstraße die Trinkwasserverhältnisse zu verbessern, was wegen der hohen Kosten nur zum Teil gelang.

Wesentlich zur Einschränkung der Wurmkrankheit wird beitragen die gegen Schluß des Berichtsjahres im Wege polizeilicher Anordnung für den ganzen Bezirk durchgeführte Errichtung von Aborten. Jedes Haus und jede Hütte ist damit zu versehen und nur sehr wenige Säumige mußten wegen Nichtbefolgung dieser Anordnung bestraft werden, ungefähr 4 Leute auf Tausend. Eine Serie von 14 hartgesottenen Wabondei, die auch trotz Geldstrafe nicht bauen wollten, wurde nach Pangani überführt und hier 14 Tage lang lediglich mit dem Bau von Aborten bei den Einwohnern beschäftigt; sie erhielten in der durch ihr Verhalten begründeten Annahme, daß ihnen diese Art Tiefbau nicht geläufig sei, eine praktische Unterweisung, die von durchschlagendem Erfolg war. Sie haben sich alsdann mit bisher unbekannter Geschwindigkeit nach ihrer Rückkehr dem Bau ihrer ›Lokalitäten‹ gewidmet.

Auch an den Rastplätzen der Karawanen an der Straße Mgere—Korogwe wurden Abortanlagen für die farbigen Reisenden erbaut. Die Stadt Pangani war innerhalb 14 Tagen mit Abortanlagen versehen, da sich hier die Neuanlage nur auf die Eingeborenenhäuser erstreckte."

Aus dem Bezirk Bagamojo (Privatarzt Dr. Lenz zum Jahresbericht).

„Wurmkranke gingen während des Berichtsjahres fortgesetzt in der Poliklinik zu. Es scheint aber, als ob während der letzten beiden nicht sehr regenreichen Jahre die Plage etwas nachgelassen habe.

Auf den Pflanzungen, die unter dauernder ärztlicher Aufsicht standen, gelang es, die Anchylostomiasis auf einzelne Fälle zu beschränken. Ansteckung konnte durch Regelung des Fäkalienwesens und Herbeischaffung einwandfreien Wassers verhindert werden."

Aus dem Bezirk Kilwa (Stabsarzt Dr. Greisert am 22. 7. 08).

„Die Krankheit ist im Bezirke Kilwa sehr verbreitet. Verseucht sind die Matumbiberge, insbesondere Kibata nebst Umgebung, Chumo und Mingumbi. Es heißt, die Krankheit sei von Mohoro her eingeschleppt worden, woselbst die Krankheit noch mehr verbreitet sei, als im Bezirk Kilwa. Nachgewiesen ist die Krankheit ferner an dem Küstenstreifen bis zum Beaver-Hafen, also in Samanga, Matapatapa, Mtingi, Mfumangombe, Stadt Kilwa, Kisangi. Ebenso herrscht die Anchylostoma-Krankheit in dem zu diesem Küstenstreifen gehörigen Hinterlande: in Mitole, Mariwe, Jingo sowie unter den Anwohnern des Matandu-Flusses nordwestlich von der Stadt Kilwa.

Über den Grad der Verbreitung der Krankheit geben folgende Untersuchungen Aufschluß, die ich auf den Pflanzungen in Matapatapa und in Mtingi anstellte:

In Matapatapa nahm ich ohne Auswahl 51 Neger (Männer, Frauen, Kinder) und ließ sie etwas von ihren Kotentleerungen zur Untersuchung bringen. Bei 19 von diesen fanden sich Eier von Anchylostoma in den Proben. Die Kranken wurden sofort einer Thymolkur unterzogen und der deutsche Pflanzungsleiter mit der Bekämpfung der Anchylostoma-Krankheit vertraut gemacht. Die Arbeiter in Matapatapa benutzen zur Kotablage den nahen Strand. Auf der Pflanzung befindet sich seit 3 Monaten in nächster Nähe der Eingeborenenhäuser ein gemauerter Brunnen mit nahezu 1 m Brunnenkranz.

Auf der Pflanzung Mtingi werden etwa 300 farbige Arbeiter beschäftigt. Die Pflanzungsleitung hat des öfteren krank aussehende arbeitsuchende Leute abgewiesen. Trotzdem fand ich noch unter 300 Arbeitern 75 heraus, die ein auf Wurmkrankheit verdächtiges Aussehen (Blässe der sichtbaren Schleimhäute) hatten. Diese 75 Leute erhielten den Auftrag, mir Proben ihrer Entleerungen zur Untersuchung zu bringen. Es gelang jedoch nur, von 67 Leuten Kot zu erhalten. Von diesen hatten, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, 42 Eier von Anchylostoma. Von den 42 als wurmkrank befundenen Leuten gab ein Teil — 21 — Beschwerden zu: Herzklopfen bei Anstrengungen, Pulsieren in den Ohren; die übrigen 21 erklärten auf Befragen, sie seien gesund. Bei den krank befundenen Leuten wurden sofort Thymolkuren eingeleitet. Für die Arbeiter der Pflanzung sind in der Nähe ihrer Häuser vor 6 Wochen Latrinen gebaut worden, die gern benutzt werden. Trinkwasser wurde bisher aus dem nahen Bach bezogen. In der allernächsten Zeit werden mehrere Brunnen durch Einlassen von Zementröhren in die Wasserstellen gebaut werden.

Von den drei südlich der Stadt Kilwa gelegenen Pflanzungen hat die Pflanzung Kisangi einen guten gemauerten Brunnen. Die Besitzer von Bangwe und Massoko sind noch im Zweifel, ob in den von ihnen gegrabenen Wasserstellen ständig Wasser ist. Sobald sie sich darüber vergewissert haben, beabsichtigen sie, gemauerte Brunnen herzustellen. Da bei diesen drei Pflanzungen die Arbeiter nicht auf den Pflanzungen selbst, sondern in eigenen Häusern in den anliegenden Ortschaften wohnen, fehlen hier noch Latrinen. Wenn die Arbeiter während der Arbeit austreten, wird darauf gehalten, daß zur Kotablage eine Schaufel mitgenommen wird.

Die Stadt Kilwa hat gemauerte Brunnen, aus denen die Eingeborenen Trinkwasser entnehmen; auch in der nächsten Umgebung der Stadt Kilwa sind in die Wasserlöcher zum Schutz des Trinkwassers vor Verunreinigung Zementröhren eingelassen. Jedes Haus in der Stadt Kilwa hat eine Latrine.

Außerhalb der Stadt Kilwa liegen, abgesehen von den Pflanzungen, die Verhältnisse noch sehr im argen. Das Trinkwasser wird durchweg aus einem Wasserloch entnommen, das allen möglichen Verunreinigungen ausgesetzt ist, zumal es meist an Bergabhängen oder in Niederungen gelegen

ist. Latrinen sind eine große Seltenheit; ganz ausnahmsweise hat ein angesehener Eingeborener eine solche Einrichtung. Ich schärfte den Eingeborenen auf meinen Reisen stets ein, daß die Kotablage in der Umgebung der Wasserstellen gefährlich sei, vielmehr bei den Häusern in überdeckten und überdachten Gruben zu erfolgen habe. Ferner belehrte ich die Neger, daß das Lehmessen leicht die Erkrankung an Anchylostomiasis, in Kilwa von den Eingeborenen »moyo« genannt, zur Folge haben könne."

Oberarzt Dr. Peiper am 30. 11. 08.

„Nach dem, was ich auf meinen Reisen bemerkt habe, genügen die vom Bezirksamte angeordneten Abortanlagen allen Anforderungen. Hinter den Häusern und Hütten, zum Teil innerhalb des umfriedeten Hofes, teils außerhalb desselben, befinden sich 1 bis 1,5 m im Durchmesser haltende, 3 bis 4 m tiefe röhrenartige Gruben. Oben sind dieselben mit Knüppelholz, Bambus usw. überdeckt, derart, daß in der Mitte ein rundes Loch frei bleibt; das Ganze besitzt noch eine Erdaufschüttung, das Loch ist meist mit einem großen alten irdenen Topf verschlossen. Über die Abortanlage ist eine kleine Hütte mit Dach gebaut. Wie ich mich an den verschiedenen Orten überzeugt habe, werden die Abortanlagen auch von den Leuten benutzt; sie sind absolut geruchlos. Wie ich mich auf der ersten Reise überzeugen konnte, finden sich diese Anlagen nicht nur im Verbreitungsgebiete der Wurmkrankheit, sondern auch an allen anderen Dörfern, die ich berührte.

Erwähnen möchte ich noch, daß ich auch recht häufig größere Gruben sah (z. B. im Dorfe des Jumben Kaprima am Matandu), in die Gemüll und andere Haus- und Wirtschaftsabfälle geworfen wurden.

Was die Verbesserung der vorhandenen Brunnen und Wasserlöcher anbetrifft, so glaube ich, daß nur bei einem sehr kleinen Prozentsatz dieser eine Befestigung und ein Schutz gegen von außen kommende Verunreinigungen durch eingeschlagene Holzstämme sich wird ermöglichen lassen. Ich halte dies nur bei kleineren und nicht so weit in die Tiefe reichenden Wasserlöchern für möglich. In Samamga-Ndumbo, Mingumbi, Migerigeri usw. bestehen aber Brunnen von großer Weite und Tiefe, in die die Leute auf Treppenstufen hinabsteigen; in der heißen Jahreszeit ist häufig nur ein Tassenkopf voll Wasser darin, in der Regenzeit füllt sich der ganze Brunnen mit Wasser; eine Umrandung in der Tiefe verfehlt also dann ihren Zweck. Ebenso sind Wasserlöcher in der Art vorhanden, daß in einer großen, 20 bis 40 m weiten Grube zwei, drei und mehr Wasserlöcher sich befinden, eine Umfriedigung dieser wird illusorisch dadurch, daß sich in der Regenzeit die ganze weite Grube mit Wasser anfüllt.

Wie ich wiederholt beobachten konnte, führen die Eingeborenen häufig in ganz fahrlässiger Weise eine Verunreinigung der Brunnen herbei: so kommen die Weiber zum Brunnen mit Schöpfgefäßen, deren Stricke sie lang durch den Schmutz der Dorfstraßen schleifen lassen. Ich habe auch beobachtet, daß Waschungen der Hände usw., sogar von alten Unterschenkelgeschwüren am Brunnen vorgenommen und dann das Wasser geschöpft wurde."

Derselbe am Schluß des Berichtsjahres (im Anschluß an eine Reise in das Hinterland von Kilwa).

„Die Ausdehnung der Wurmkrankheit erstreckt sich in den Matumbibergen auf ein größeres Gebiet, als ich bisher annahm. Auf meiner Reise stellte ich fest, daß Ortschaften, die bisher frei von dieser Seuche waren, z. B. Tipo und Namatea, jetzt ebenfalls verseucht sind. Ferner hat sich herausgestellt, daß die Bevölkerung infizierter Dörfer stärker durchseucht ist, als das früher den Anschein hatte. Die in vielen Fällen schon innerhalb 8 bis 12 Stunden auftretende, ganz auffällige Besserung aller Beschwerden nach Einnahme von Thymol und das Bekanntwerden dieser vorzüglichen Wirkung hat in geradezu auffälliger Weise den

Krankenzugang beeinflußt und das Vertrauen zu der europäischen Medizin gehoben.

In jedem Dorfe, das ich auf dieser Reise berührte, und an vielen einzeln stehenden Hütten habe ich mich wieder überzeugen können, daß die Abortanlagen in geradezu mustergültiger Weise durchgeführt worden sind und von allen Anwohnern in der Tat auch benutzt werden.

Auch für die Verbesserung der Brunnen ist viel getan worden; die meisten Brunnen sind gereinigt worden; in etwa 2 m Entfernung vom Brunnenrande sind im Viereck Pfahlreihen eingeschlagen worden, die eine Brüstung von 50 cm Höhe etwa bilden. Die Pfahlreihen sind beiderseits, außen und innen, mit einer Erdanschüttung versehen. Nach außen zu fällt das Gelände ab, meist ist sogar noch ein Abzugsgraben um die ganze Anlage herum vorhanden.

Leider weist aber die ganze Anlage, so schön sie aussieht, einen erheblichen Fehler auf: die Pfahlreihe hat einen Durchlaß, die schöpfenden Frauen und Kinder treten an den Brunnenrand (bei den meisten Brunnen fällt sogar der Boden von den Pfahlreihen zum Brunnenrande ab!) und beschmutzen mit ihren Füßen den Boden und durch herabfallenden Sand das Wasser. Noch mehr ist dies dann bei Regengüssen der Fall, wo das Regenwasser den Boden innerhalb der Pfahlbefestigung abwäscht und dann in den Brunnen fließt. Der einzige Vorteil der Umzäunung ist nur der, daß aus der weiteren Umgebung des Brunnens eine Verunreinigung desselben nicht stattfinden kann. Zweifelhaft ist es mir aber, ob die Brunnenanlagen dem Anstoßen der Regenmassen in der Regenzeit standhalten werden. In den letzten Tagen meiner Reise, die große Unwetter brachten, habe ich beobachtet, daß vielfach die Brunnen- und Abortanlagen erheblich litten."

Von der Bezirksnebenstelle Liwale (Oberarzt Dr. Schönebeck am 1. 4. 09).

„Feststellungen von Krankheiten sind sowohl bei den zum Bomabau gestellten Arbeitern als auch während der im Dezember ausgeführten Dienstreise gemacht worden. Danach kommt Wurmkrankheit selten vor. Um Verschleppung von Wurmkrankheit auf die Station zu verhindern, wurden wiederholt neue Latrinen errichtet, alte zugeschüttet, ferner das Austreten außerhalb der Latrinen mit Strafe bedroht und in einigen Fällen bestraft.

Den Eingeborenen abseits der Station wurde die Anlegung von Latrinen nach Art der an der Küste gebräuchlichen anbefohlen. Ferner wurde, um die Wasserstellen vor Beschmutzung und Hineingelangen von Krankheitserregern zu schützen, angeordnet, daß sämtliche Wasserlöcher mit Strauch- und Pfahlwerk eingefaßt werden sollten. Beide Maßnahmen sind, soweit das Gebiet nördlich und südlich Liwale bereist worden ist, in zweckentsprechender Weise durchgeführt worden. Die Latrinenanlagen müssen noch zahlreicher werden, da bisher nur in jedem Dorf etwa 1 bis 3 errichtet sind. Nach der Ernte (Mai) sollen die Eingeborenen bei jedem Hause eine Latrine anlegen."

Aus dem Bezirk Lindi (Oberarzt Wolff am 24. 6. 08).

„Ich habe zwecks Feststellung der Verbreitung der Anchylostamiasis auf den Plantagen des Lindibezirks einen Teil derselben bereist. Das Resultat der Untersuchungen zeigt, daß auch im Lindibezirk diese Krankheit große Ausdehnung gewonnen hat. Im einzelnen wurden festgestellt: in Mitwero 42 %, in Kikwetu 52,9 %, in Mkoe 54 %, in Kiduni 62,5 %, in Mroweka 38,3 % und in Mtua 51,2 % Wurmträger. Im ganzen sind untersucht worden 677 Personen. Von jedem Arbeiter konnte wegen Zeitmangels nur ein mikroskopisches Präparat durchsucht werden, so daß sich der tatsächliche Prozentsatz höher stellen wird. Die Wurmträger wurden mit Thymol behandelt. Über Verhütung, Wesen und Behandlung der Krankheit wurden die Plantagenleiter unterrichtet.

Zur Erklärung der großen Fortschritte, die die Wurmkrankheit auf den Plantagen gemacht hat, habe ich mir dann die Wohnräume der Arbeiter, die Wasserlöcher und eventuell die Latrinenanlagen zeigen lassen. Dabei haben sich zum Teil recht dürftige Zustände gezeigt. Besonders sind auf einigen Pflanzungen die Wohngelegenheiten für die Arbeiter äußerst primitive.

Auf einer Pflanzung, wo auf meine Anregung vor einem Jahre vorzügliche, von den Leuten benutzte Latrinenanlagen hergestellt wurden, haben wir den besten Gesundheitszustand, während auf einer anderen, auch seit Jahresfrist bestehenden Pflanzung deutlich zu erkennen war, daß die Häufigkeit der Wurmkrankheit proportional der Länge der Dienstzeit auf der Plantage ist. Auf einigen Pflanzungen wurden verdächtige Regenlöcher, in denen gebadet und gleichzeitig Trinkwasser geschöpft wird, zugeschüttet."

Die Verbreitung der Wurmkrankheit ist in die Karte Anlage 11 so eingetragen, daß nur die verseuchten Gegenden, nicht aber die vereinzelt eingeschleppten Fälle vermerkt sind. Anlage 11.

5. Aussatz.

Der Aussatz (Lepra) kommt zwar im Schutzgebiet in vielen Bezirken vor, er zeigt aber, wie sich im Laufe der Jahre herausgestellt hat, trotz des gesteigerten Verkehrs keine Tendenz zur Ausbreitung und hat so nicht mehr die Bedeutung einer schweren wirtschaftlichen Gefahr, die man früher in ihm sah. So ist man von dem System einer rigorosen Konzentrierung und Isolierung der Leprösen in wenige Asyle abgekommen und zu der Gründung zahlreicher Aussätzigendörfer übergegangen: überwachte Ansiedelungen kleiner Gruppen von Kranken, zum Teil mit ihren noch gesunden Angehörigen in den Landschaften, die ihre Heimat bilden. Diese Umsiedlung ist meist ohne Zwangsanwendung und mit relativ geringen Kosten durchzuführen, da die Kranken gewöhnlich von ihren Stammesgenossen gemieden oder gar bei vorgeschrittenem Leiden verstoßen worden. Hierzu berichtet der Stationsarzt von Morogoro, Stabsarzt Wünn:

„Vor den Kranken in späteren Stadien, wenn Wunden entstanden sind, fürchten sich die Eingeborenen und isolieren sie in abgelegenen Häusern. Es erscheint ihnen daher auch sehr natürlich, daß die Regierung die Errichtung von Lepraheimen anstrebt, in denen die Leprakranken alle untergebracht werden. Diese Kranken selbst sind damit meist auch einverstanden, teilweise erheben sie jedoch großen Widerspruch. Besonders kräftige Leute im Anfangsstadium versuchen immer wieder, sich den Heimen zu entziehen; dasselbe sieht man aber auch bei weit vorgeschrittenen Fällen.

Um nun den Kranken den Aufenthalt in den Heimen nach Möglichkeit angenehm zu machen und zu bewirken, daß sie den Verlust der Freiheit wenig fühlen, ist bei der Errichtung der hiesigen Lepraheime in erster Linie darauf gesehen worden, daß den Kranken große Landstriche zur Verfügung gestellt werden, die zur Erzeugung der nötigen Lebensmittel ausreichend, aber doch so fest von der Außenwelt abgeschlossen sind, daß sich ein Entweichen der Kranken verhindern läßt. Dadurch, daß die Kranken sich selbst ihre Nahrungsmittel bauen, wird die Unterhaltung der Anlage sehr billig, und die Kranken selbst werden von ihren Leiden abgelenkt. Anderseits wird durch die Leistungsfähigkeit des Landes in der Hervorbringung von Feldfrüchten die Zahl der in jedem Heim unterzubringenden Kranken beschränkt.

Damit auch eine Obrigkeit vorhanden ist, die die kleinen Streitigkeiten der Leute schlichtet, ist in jedem Heim ein Jumbe eingesetzt worden, der selbst an Lepra leidet. Die Aufsicht führt ein Polizist, der vor dem einzigen Eingang zum Heim sein Haus hat."

Über die Anlage eines neuen Lepradorfes schreibt der Stationsarzt von Neu-Langenburg, Oberarzt Dr. Neubert:

„Das neue Lepradorf, das zweite im Konde-Unterland-Ost, dessen Bau sich wegen Überfüllung des ersten, Neu-Wangemannshöhe, als notwendig herausgestellt hatte, wurde im Februar dieses Jahres eingerichtet.

Als Platz dafür kam das ziemlich große Waldstück in Betracht, das sich am Fuße des Livingstone-Gebirges, etwa eine halbe Stunde südlich der Ortschaft Mbuju beginnend, bis nahe an den Nyassa erstreckt. In diesem Walde ist an dem Wege Muaja—Mbuju, etwa eine Stunde südlich von letztgenanntem Orte, an einer Stelle, wo der Mualesibach dem Wege in etwa 60 bis 80 Schritt Entfernung ein Stück parallel läuft, auf dem diesseitigen (linken) Ufer des Baches ein Lagerplatz und Haus für den beaufsichtigenden Askari, auf dem jenseitigen (rechten) Ufer das Heim, vorläufig mit 30 Hütten, angelegt worden. Der Bach ist durchschnittlich etwa 3 m breit und fußtief; in der Regenzeit läuft das Wasser sehr schnell ab.

Die Anlage des Dorfes ist folgendermaßen ausgeführt worden: Es wurde eine Front von 160 m abgeschritten; diese Front war für 10 Hütten gedacht. Jede Hütte bedeckt einen Flächenraum von 4 m Länge und 2 m Breite; zu beiden Seiten der Hütten dehnt sich ebenso nach rückwärts davon das dazugehörige Feld aus, welches also 16 m breit und etwa 80 m lang ist. Der Hüttenblock ist in Hufeisenform gebaut und hat auf jeder Seite 10 Hütten; in der Mitte stoßen die Felder aneinander. In derselben Weise sollen etwa weiter notwendig werdende Blocks, immer zu je 30 Hütten, angelegt werden. Der Platz bietet Raum für einige Hunderte von Kranken. Sollten die Leute wider Erwarten zahlreiches Vieh mitbringen, so ist auf den entfernteren Waldlichtungen Schilfgras im Überfluß als Futter vorhanden.

Die Häuser sind aus dünnen Stämmchen errichtet und mit Schilfgras gedeckt. Für die Wahl des Platzes inmitten des Waldes bestimmten mich folgende Gründe:

1. Ist ein gutes, klares Trinkwasser vorhanden,
2. ist der Boden außerordentlich fruchtbar, muß allerdings zum Teil gerodet werden, die großen Bäume bleiben stehen,
3. ist Holz im Überfluß vorhanden, dessen Herbeischaffung bei den in offenem Gelände liegenden Lepraheimen mit Schwierigkeiten verknüpft ist,
4. bietet das Schilfgras auch in der Trockenzeit dem Vieh gute Weide,
5. sind die Leute durch den breiten Urwaldstreifen nach dem Lufirio zu von der übrigen Bevölkerung abgetrennt; es führt nur der eine Weg durch den Wald,
6. können die Kranken durch Bebauung des bisher brach liegenden Waldstückes noch ein gutes Stück Kulturarbeit leisten; notabene dürfte es sich vielleicht empfehlen, die Leute zur Anpflanzung von Gummilianen an den zahlreichen hohen Bäumen anzuhalten. Es soll dort früher viel Gummi gegeben haben.

Von Muaja aus ist das Heim in etwa 4½ Stunden zu erreichen."

Daß die Verhältnisse jedoch nicht immer so günstig liegen, beweist ein Bericht des Stationsarztes von Mahenge, Stabsarzt Dr. Grothusen:

„Bei der hier im Bezirk sehr viel vorkommenden Lepra isolieren die Wapogoro ihre Kranken nicht, lassen sie im Gegenteil ungehindert mit den Gesunden zusammenwohnen. Auch aus diesem

Grunde würde hier im Bezirk die Anlage von Lepraheimen von den Eingeborenen nicht sehr freudig begrüßt werden und auf Widerstand und Schwierigkeiten stoßen.

Es ist bei der Eigenart der hiesigen Bevölkerung wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß die Insassen der Lepraheime, sobald ihnen nur Gelegenheit dazu gegeben würde, entfliehen würden. Die Lepraheime müßten daher dauernd unter Aufsicht sein."

Verwaltungsbehörde und Missionen teilen sich in die Aufgabe der Fürsorge für diese Unglücklichen, und dem Sanitätspersonal liegt es nur ob, die ärztliche Kontrolle zu führen und auf Dienstreisen die Kranken möglichst durch Nachweis der Leprabazillen im Nasenschleim usw. ausfindig zu machen.

Die Feststellungen über Leprakranke und die eingerichteten Lepraheime sind aus Anlage 12, die Verbreitung der Krankheit im Schutzgebiet aus Anlage 11 ersichtlich. Anlage 12. Anlage 11.

Über die nicht versäumten therapeutischen Versuche mit neuen Mitteln ist der erste Bericht aus der Leproserie in Bagamojo vom Oberarzt a. D. Dr. Lenz im Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, 1909, Band 13, Heft 12, veröffentlicht.

6. Schlafkrankheit.

(Berichterstatter Stabsarzt Professor Dr. Kleine.)

Um die Mitte des Jahres 1907 zeigte sich, vornehmlich durch die Untersuchungen der Kochschen Expedition, daß die Schlafkrankheit an den deutschen Küsten des Viktoria-Sees eine nicht unerhebliche Verbreitung besaß. Das gleiche stellte sich für den Tanganyika heraus, wohin Stabsarzt Dr. Feldmann im Sonderauftrag geschickt war.

Eine wirksame Seuchenbekämpfung machte die Bereitstellung von Sanitätspersonal und größerer Geldmittel alsbald erforderlich. Am Ende des Berichtsjahres waren bei der Bekämpfung beschäftigt:

5 Sanitätsoffiziere der Schutztruppe,
1 Krankenschwester und
10 Sanitätsunteroffiziere.

Hiervon entfielen 2 Sanitätsoffiziere und 5 Unteroffiziere auf die Küste des Tanganyikas. Außer den angeführten Personen hatten die Stationsärzte von Bismarckburg, Udjidji, Usumbura, Bukoba und Muansa mit ihren Sanitätsunteroffizieren an der Schlafkrankheitsbekämpfung einen mehr oder weniger erheblichen Anteil. Recht bedeutend sogar war er in Udjidji und Usumbura.

Um das Weiterschreiten der Seuche zu verhindern, wurden hauptsächlich zwei Ziele ins Auge gefaßt. Es wurde versucht, die Fliegen, die den Krankheitserreger übertragen, durch Abholzungen nach Möglichkeit aus ihrem Standort zu vertreiben und so zu vernichten. Sodann war man bestrebt, die Kranken zu sammeln. Konnte man sie nicht heilen, so wurden sie bei entsprechender Behandlung doch als Parasitenträger ausgeschaltet. Letztere Absicht

verfolgten zugleich eine Reihe sanitärer Vorschriften der örtlichen Behörden, die sich auf den Verkehr in infizierten Gebieten beziehen.

Im Bezirk Bukoba kamen ungefähr 800 Kranke in ärztliche Behandlung. Sie verteilten sich auf 2 Schlafkrankenlager (Kigarama und Kishanje), die unter der Leitung eines Stabsarztes stehen, den die erwähnte, im Mikroskopieren ausgebildete Schwester und 2 Sanitätsunteroffiziere unterstützen. Die Verhältnisse dort sind insofern eigenartig, als fast alle Kranken sich ihr Leiden nicht in ihrer Heimat, sondern auf englischem Gebiet zugezogen haben. Um Geld für Hüttensteuer, Heiratsgut usw. zu verdienen — im Bezirk selbst gab es dazu kaum Gelegenheit — gingen die jungen Männer für eine Zeit nach Uganda. Hier fanden sie bei den vielfachen industriellen Unternehmungen Arbeit. Später, als die englische Behörde wegen der Schlafkrankheit die durch Glossinen gefährdeten Bananenshamben räumen ließ und das Kautschuksammeln ganz verbot, schlugen die Männer aus Bukoba in jenen verlassenen Shamben Bananen und brachten sie zum Verkauf nach Entebbe. Ferner übernahmen sie das Kautschuksammeln in den fliegenreichen Wäldern.

Auf diese Weise waren die meisten Infektionen zustande gekommen. Nur eine kleine Zahl Frauen hatte im Bukobabezirk selbst die Krankheit akquiriert durch geschlechtlichen Verkehr mit schlafkranken Männern.

Die Seuchenbekämpfung bot verhältnismäßig geringe Schwierigkeiten. Die Küsten nördlich der Station Bukoba, an denen die meisten Kranken ihre Heimat haben, sind von Glossinen frei. Das Sammeln der Kranken wurde bei dem großen Einfluß der Sultane rasch bewerkstelligt. Mit sehr gutem Erfolge verwandte Stabsarzt Dr. K u d i c k e zu diesem Zwecke intelligente Eingeborene, die er als „Drüsenfühler" ausgebildet hatte. Um weitere Infektionen zu verhindern, verbot die Behörde die Ugandagängerei und versuchte durch wirtschaftliche Maßnahmen Arbeitsgelegenheit im eigenen Lande zu schaffen.

Der Süden des Bezirks, wie überhaupt des ganzen Viktoria-Sees, ist noch nicht genügend auf das Bestehen von Schlafkrankheit untersucht. Diese Aufgabe wird nunmehr in Angriff genommen, doch ließ die Residentur Bukoba bereits durch Steuerarbeiter im größeren Maßstabe Abholzungen vornehmen, um die Glossinen an der südlichen Küste zu vertreiben.

Eine starke Verbreitung fand die Seuche im Bezirk Schirati, der im Osten des Sees an das englische Gebiet grenzt. Seitdem der Bezirksamtssekretär Häuser Mitte 1907 auf die ersten Fälle aufmerksam machte, ist ihre Zahl rasch angewachsen.

Der Hauptsitz der Seuche ist der Mori. In dem Galerienwald wie im Busch am Fluß finden sich zahlreiche Fliegen. Beim Wasserholen, beim Fischen wie beim Holzsammeln erfolgt die Infektion der Steppenbevölkerung. Eingeschleppt ist die Krankheit wohl vom See her durch Fischer, denn die Landschaft Kirugu am Unterlauf des Mori ist am schwersten betroffen. Es kommt indessen auch der

Landweg in Frage, da der im englischen Gebiet dem Mori parallel fließende Gori verseucht ist und ein Verkehr der Anwohner beider Flüsse über die Grenze stattfindet.

Das Schlafkrankenlager (1 Arzt und 1 Sanitätsunteroffizier) befindet sich einen starken Tagemarsch von der Station Schirati entfernt in der Landschaft Utegi nahe dem Flusse Mori. Außerdem besteht noch eine Behandlungsstelle (1 Sanitätsunteroffizier) in der Landschaft Kirugu. Es wurde bisher 520 Menschen Arznei verabfolgt. Da die Wageia, ein freies Hirtenvolk, jeden Zwang scheuen und nicht lieben, ihre eigenen Hütten zu verlassen, um in einem Lager vereint zu werden, versuchte man, soweit irgend angängig, eine ambulante Behandlung durchzuführen.

Als Hauptmaßregel aber gegen das Weiterschreiten der Seuche wurde das Abholzen der Moriufer angesehen. Es hat recht gute Fortschritte gemacht. An den geordneten Stellen sind nach Möglichkeit Pflanzungen angelegt, um das Wiederwachsen des Buschwerks zu verhindern. An den Furten des südlich vom Mori fließenden Mara haben einige aus Bukoba stammende „Drüsenfühler" den Auftrag, alle Passanten zu untersuchen und die verdächtigen dem Lager Utegi zu überweisen.

Ein erfahrener Sanitätsunteroffizier bereiste die Seeküste und veranlaßte an verschiedenen Stellen Abholzungen.

Auf der großen reich bevölkerten Insel Ukerewe stellte der Stationsarzt von Muansa einige Fälle von Schlafkrankheit fest. Es ist noch nicht sicher, ob es sich um endemische oder eingeschleppte handelt.

Am nördlichen Tanganyika muß die ganze Ostküste als verseucht angesehen werden; die Infektionen erfolgten durch Verkehr vom Kongostaat aus. Im Gegensatz zum Viktoria-See, wo die Fliegen im Buschwerk wohnen, findet man sie am Tanganyika auch äußerst zahlreich in dem dichten Rohr (Matete) der Seeküste und einzelner Flüsse. Es kamen bisher etwa 1100 Menschen in Behandlung, etwa 280 davon im Schlafkrankenlager der Station Udjidji und 260 in Usumbura. Die übrigen entfielen zumeist auf das Hauptlager Niansa (1 Arzt und 1 Sanitätsunteroffizier). Da das Zusammenbringen der Kranken bei den außerordentlich großen Entfernungen am Tanganyika noch mehr Schwierigkeiten machte als im Schiratibezirk, so wurden an der Urundiküste zwischen Usumbura und dem Lager Niansa drei kleine Behandlungsstellen errichtet, zu denen neuerdings eine weitere im Russissital trat (im ganzen 1 Arzt und 4 Sanitätsunteroffiziere). Diese Verteilung von Europäern über die Küste bot den großen Vorteil, daß sie sich der Aufsicht der Sanierungsarbeiten und der Überwachung der sanitätspolizeilichen Vorschriften (Fischereiverbot, Kontrolle des Bootsverkehrs und Karawanenverkehrs) widmen konnten. In erster Linie wurde auch hier Gewicht auf Abholzungen und Rodungen gelegt. Hervorragendes ist damit am Russissi geleistet, ferner am Süden des Sees, im Bezirk Bismarckburg. Dort ist die Halbinsel, auf der es unzählige Fliegen gab, jetzt von Glossinen frei.

Sonst sind am südlichen Tanganyika die Ufer noch nicht genügend auf das Bestehen von Schlafkrankheit untersucht und eine eventuelle Sanierung ist noch nicht in Angriff genommen. Da es sich um eine spärliche Bevölkerung handelt, kommt vielleicht das Verlegen von Ortschaften praktisch in Frage. Wo aber Abholzungen durchführbar erscheinen, sind diese meist der Verlegung von Ortschaften vorzuziehen. Denn die Vernichtung der Fliegen bürgt dafür, daß in späteren Jahren nicht eine neue Infektion der Küste eintreten kann. Angesichts der starken Verseuchung des Kongostaates läßt sich trotz möglichster Kontrolle des Verkehrs diese Befürchtung nicht von der Hand weisen.

In allen Lagern behandelte man die Kranken insbesondere mit Atoxyl und anderen Arsenpräparaten. Ob Heilungen eintraten, kann erst die Zukunft lehren. Doch ist die Hoffnung nicht ungerechtfertigt, daß ein Teil, wenn auch ein kleiner, der frisch Erkrankten die Parasiten für die Dauer verliert. So z. B. blieb ein Sanitätsunteroffizier, der im Februar 08 erkrankte, nach beendeter Behandlung bis jetzt von Trypanosomen frei. In sehr vielen Fällen schienen sich die Parasiten an das Arsen zu gewöhnen, so daß das Medikament seine Wirksamkeit verlor. Erblindungen ließen sich bei gehöriger Vorsicht meist vermeiden. Von 2461 Personen starben 390. Zu prozentualen Berechnungen sind die Zahlen nicht zu verwerten, denn wie die Leichtkranken sich gern der Behandlung entzogen, weil ihnen die nötige Einsicht für ihr Leiden fehlte, so war das gleiche auch mit den schwerer Erkrankten der Fall. Diese gingen vielfach davon, sobald sie die Überzeugung gewannen, daß das Atoxyl nicht die erhoffte Heilung garantierte und die anfangs bemerkte Wirkung nicht von Dauer war. Der Hauptvorteil der Konzentrationslager lag darin, daß sie eine erhebliche Anzahl von Parasitenträgern dem Verkehr entzogen. In den Lagern wurden zudem neue Medikamente probiert und wissenschaftliche Untersuchungen ausgeführt. Dem technischen Leiter der Bekämpfung stand hierfür ein Sanitätsoffizier zur besonderen Verfügung. Die Untersuchungen bezogen sich auf das Verhalten der Trypanosomen in den Fliegen und auf die Lebensgewohnheiten der Glossinen.

Nach den Erfahrungen des Berichtsjahres wird der Kampf gegen die Schlafkrankheit immer mehr zu einem Kampf gegen die Glossinen. Es gilt, sie zu vermeiden oder zu vernichten."

Anlagen 11, 13, 14.

N a c h t r a g : In den Anlagen 11, 13 und 14 sind die Neufeststellungen von Schlafkranken, die Funde von Glossina palpalis und die Zahlen der behandelten Schlafkranken nach den beim Medizinalreferat eingegangenen Berichten für das Jahr 1908/09 zusammengestellt.

7. Andere Seuchen.

Von den anderen übertragbaren Krankheiten, die im Schutzgebiete vorkommen, hat bisher keine die wirtschaftliche Bedeutung erlangt, daß es nötig geworden wäre, eine systematische Bekämpfung

einzuleiten. Daß ihnen aber die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird, möge aus den folgenden Ausschnitten aus ärztlichen Berichten ersehen werden.

Über Ruhr und Pseudoruhr in Muansa berichtet der dortige Stationsarzt Stabsarzt Dr. Wittrock:

„Wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß Ruhr in Muansa endemisch ist und daß das Seewasser als Infektionsträger anzusehen ist, so war doch die Zahl der wirklich als „Ruhr" zu bezeichnenden Zugänge äußerst gering. Wenn vom Laien die Diagnose „Ruhr" gestellt wird, sobald sich Blut im Stuhlgang zeigt, so dürfte diesem nicht ohne weiteres zuzustimmen sein. Malariafieber ist doch vielfach von Durchfällen, auch blutigen, begleitet; vernachlässigte Darmkatarrhe haben leicht kleine Darmblutungen im Gefolge. Ich möchte daher die Diagnose „Ruhr" nur stellen, wenn der Nachweis der Amoeben oder Bazillen gelingt oder der Verlauf die wirklich charakteristischen Zeichen der Ruhr (Tenesmen, Schmerzhaftigkeit des Dickdarms usw.) darbietet. Viele der behandelten Darmkatarrhe sind sicher auf Rechnung von Erkältungen des Leibes bei mangelhafter Kleidung oder Bedeckung und ziemlich erheblicher Abkühlung der Luft zu setzen, während nachweislich in einer Anzahl von Fällen bei Kettengefangenen unzweckmäßige Nahrung (nicht genügend gestampftes und auch sonst nicht einwandfreies Mtama) die Schuld an der Erkrankung trug."

Über Krankheiten der Säuglinge berichtet der Stationsarzt von Mpapua, Stabsarzt Dr. Stolowsky:

„Mein Verdacht, daß es sich bei der aus der Landschaft Itisso kwa Meda gemeldeten erhöhten Kindersterblichkeit um ein infektiöses akutes Examtem, wie Masern oder Scharlach, handele, bestätigte sich glücklicherweise nicht. Die Todesfälle waren überhaupt nicht durch eine bestimmte Krankheit, sondern durch verschiedene dem Kindes- (Säuglings-) alter eigentümliche Affektionen zumeist des Magen-Darmkanals, aber auch der Lungen, verursacht. Ich sah und behandelte unterwegs noch einige Fälle von schweren Dyspepsie-Enterokatarrhen und katarrhalischen Pneumonien (Capillarbronchitis). Ätiologisch ist für die erste Gruppe die höchst unzweckmäßige Ernährung anzuschuldigen — die Kinder werden bereits in den ersten Lebensmonaten, namentlich wenn die mütterliche Milch aus irgend einem Grunde spärlicher fließt oder ganz versiegt, aber auch ohne daß dies der Fall ist, mit Mehlbrei gefüttert, oder erhalten ungekochte, unverdünnte, häufig bereits sauer gewordene Kuhmilch. — Hier läßt sich wahrscheinlich durch Belehrung, wenn möglich, auch durch intelligente Eingeborene, viel erreichen. Den Akiden des Bezirks habe ich bereits entsprechend instruiert.

Die zweite Gruppe der Erkrankungen, die Atmungsorgane betr., wird zur Regen- und der nachfolgenden kühlen Zeit immer eine Anzahl Opfer fordern, namentlich solange eine bessere, gegen die wechselnden Temperatureinflüsse der höher gelegenen Steppenländer mehr schützende Bekleidung — die Säuglinge werden immer noch

nackt im Ziegenfell getragen — bei den Wagogos zu den Seltenheiten gehört."

Die Beobachtungen über Bilharzia und Filarienkrankheiten haben sich gemehrt. Aus Muansa berichtet Stabsarzt Dr. Wittrock:

„Im Sultanat Nassa ist den Leuten seit langen Jahren eine Krankheit bekannt, die sich in kleinen Blutbeimengungen im Urin äußert. Nach Entleerung einer normalen Menge klaren Urins treten unter ziehenden Schmerzen in der Blasengegend und am Damm einige Tropfen aus der Harnröhre aus. Andere Erscheinungen sind von den Leuten nicht beobachtet worden. Die Blutungen verschwinden zeitweilig, treten aber besonders nach körperlichen Anstrengungen (landwirtschaftlichen Arbeiten, Märschen usw.) wieder auf. Daß die Krankheit an sich tödlich verlaufen könnte, war den Leuten nicht bekannt.

Die Krankheit ist in dortiger Gegend sehr weit verbreitet, in gleicher Weise unter den am See wie unter den fernab von demselben Wohnenden. Sie befällt beide Geschlechter, doch scheinen die männlichen Kranken zu überwiegen; das Lebensalter spielt dabei keine Rolle, nur Kinder in den allerersten Lebensjahren bleiben verschont.

Die körperliche Untersuchung einer Anzahl von Kranken ließ mich keine äußerlich wahrnehmbaren Organerkrankungen finden. Dagegen enthielt der Urin, dessen Beschaffenheit beim Entleeren oben angegeben ist, im Bodensatz zahlreiche rote und weiße Blutkörperchen und in allen untersuchten Fällen mehr oder minder zahlreiche Eier von Schistosomum haematobium. Ich habe nur Eier mit einem kurzen Stachel am hinteren Ende, solche mit Seitenstachel aber nicht gefunden. Im Stuhlgang habe ich in keinem Falle Blut gesehen.

Die Blutuntersuchung der Kranken ergab in 85 % der Fälle eine stark hervortretende Eosinophilie;"

und aus Liwale Oberarzt Dr. Schönebeck:

„Auffällig ist die hohe Zahl der an Filaria leidenden Kranken. Anscheinend begünstigen die klimatischen Verhältnisse der Regenzeit, dauernde hohe Wärme und Luftfeuchtigkeit, die Vermehrung der Filarien im Blute, da bei früheren Untersuchungen an Kranken mit Elephantiasis der Unterschenkel Filarien nicht gefunden wurden. Durch Bersten eines großen Aneurysma der Arteria carotis ging ein Kranker zugrunde."

Stabsarzt Dr. Wittrock fand in Ukerewe in 199 Blutpräparaten 9 mal Filarien, Stabsarzt Dr. Grothusen in Mahenge bei 19 Elephantiasiskranken nur einmal solche im Hydroceleninhalt; bei den Blutuntersuchungen der Malaria-Bekämpfung in Daressalam sind Filarien 82mal als Nebenbefund verzeichnet (Anlage 6).

Über Eingeweidewürmer verschiedener Art stellte Oberarzt Dr. Lurz eine Übersicht in Anlage 15 zusammen. Anlage 15.

Versuche über die Entwicklung von Strongyloides stercoralis stellte Oberarzt Dr. Fehland an:

„Um die Entwicklung der Larven von Strongyloides stercoralis zu verfolgen, wurden im ganzen 10 wässrige Kotproben, an ver-

schiedenen Tagen entnommen, in geschlossenen Doppelschalen aufbewahrt und täglich untersucht. Infolge Luftabschlusses wurde eine Entwicklung der im Kot enthaltenen Eier von Anchylostomum duodenale hintangehalten, so daß die Entwicklung der Strongyloideslarven für sich beobachtet werden konnte.

Die Entwicklung der Larven erfolgte in jeder Kotprobe mit großer Regelmäßigkeit:

Am 2. Tage: Ausbildung der Larven zu Würmern, zu Weibchen mit Eiern im Innern und zu Männchen;

Am 3. Tage: Entwicklung der Eier im Muttertier zu Larven;

Am 4. Tage: Einzelne filariforme Larven, daneben Muttertiere mit Larven und Eiern im Innern;

Am 5. Tage: Nur filariforme Larven.

Eine andere Entwicklung der Strongyloideslarven als durch Heterogonie wurde nicht beobachtet."

Rückfallfieber ist, wie aus der Krankenstatistik hervorgeht, häufig und fast in allen Bezirken festgestellt, hat aber nirgends den Charakter einer Epidemie angenommen.

Dasselbe gilt von Geschlechtskrankheiten.

Die bisher in Ostafrika anscheinend nicht heimischen Krankheiten, Tuberkulose, Typhus und Maltafieber, sind auch im Berichtsjahr nur vereinzelt beobachtet worden; die Bedeutung, die ihre Einschleppung und Einnistung für den Gesundheitszustand des Schutzgebiets gewinnen kann, wird nicht verkannt. Die Vernichtung der Krankheitskeime in den Auswurfstoffen wird von Fall zu Fall betrieben oder — bei Tuberkulose — angestrebt; zu einer systematischen Bekämpfung lag jedoch bisher kein Anlaß vor.

Auch auf neu erkannte oder noch nicht genau erforschte Krankheiten, wie Kala-azar und Beriberi, wird allenthalben geachtet, um beim ersten Auftreten einzelner Fälle einzugreifen und eine Ausbreitung möglichst zu verhindern.

III. Krankendienst.

1. Krankenbewegung.

Eine Übersicht über die Zahl der erkrankten Europäer und Farbigen, welche im Berichtsjahr ärztliche Hilfe in den großen Krankenanstalten und den Sanitätsdienststellen der einzelnen Stationen des Schutzgebiets erhalten haben, gibt Anlage 16.

Anlage 16.

Die Malaria- und Schwarzwasserfieberfälle sind wie in den Vorjahren besonders berücksichtigt.

Die Krankenbewegung nach den einzelnen Krankheiten geordnet ist in den Anlagen 17 und 18 zusammengestellt; ebenso in Anlage 19 die unter Europäern bekannt gewordenen Todesfälle.

Anlagen 17, 18, 19.

Die in den Schlafkrankenlagern oder sonst bei der Seuchenbekämpfung Behandelten sind in diese Nachweisungen nicht aufgenommen. Über die von privater Seite im Berichtsjahr im Schutzgebiet behandelten Kranken sind die zur Verfügung gestellten Auf-

Anlagen 20, 21, 22.

zeichnungen des leitenden Arztes der Firma Ph. Holzmann beim Bahnbau Morogoro-Tabora und der Missionsstation Ilembule in Anlagen 20, 21 und 22 beigefügt.

2. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten.

a. Gouvernements-Krankenhaus Daressalam.

(Berichterstatter Stabsarzt Exner.)

Im Krankenhaus zu Daressalam wurden im Berichtsjahr 1908/09 einschl. von 20 aus dem Vorjahr im Bestand gebliebenen Kranken 471 Kranke behandelt. Von diesen waren 451 Europäer und 20 Goanesen.

428 waren männlichen, 43 weiblichen Geschlechts.

Es entfallen auf:

Schutztruppenangehörige	44
Beamte	297
Privatleute	115
Angehörige der Marine	15
Zusammen	471

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

		Übertrag	251
April	39	Oktober	33
Mai	41	November	40
Juni	59	Dezember	41
Juli	47	Januar	23
August	33	Februar	29
September	32	März	34
Übertrag	251	Zusammen	451

Geheilt bzw. dienstfähig wurden entlassen	370
Gebessert	37
Anderweitig	38
Gestorben	14
Im Bestand blieben	12
Zusammen	471

Die Zahl der Behandlungstage betrug 6245, die Durchschnittsdauer der Krankheitsbehandlung somit 13,2 Tage, die durchschnittliche tägliche Belegungsziffer 17,1.

Ferner suchten poliklinisch Hilfe auf bzw. wurden in ihrer Wohnung behandelt, einschl. 25 noch am Beginn des Berichtsjahrs in Behandlung stehender Kranken, 883 Personen; davon waren 762 männliche und 121 weibliche, 763 Europäer und 120 Goanesen.

Dieselben verteilen sich folgendermaßen:

Schutztruppenangehörige	59
Beamte	223
Privatleute	601
Zusammen . .	883

Davon wurden geheilt bzw. dienstfähig . .	813
Gebessert	9
Anderweitig	51
Bestand blieben	10
Zusammen . .	883

b. Gouvernements-Krankenhaus Tanga.

(Berichterstatter Stabsarzt Lott.)

Europäer. Bestand waren 11 Kranke, 9 im Krankenhause, 2 in der Poliklinik, in Zugang kamen 725 Kranke, im ganzen wurden behandelt 736 Kranke mit 5546 Behandlungstagen; davon entfallen 308 Kranke mit 3248 Behandlungstagen auf das Krankenhaus und 428 Kranke mit 2298 Behandlungstagen auf die Poliklinik. Es starben 10 Kranke, geheilt wurden 494, 220 kamen anderweitig in Abgang, 12 bleiben im Bestand. Von den 736 waren 88 Angehörige des Gouvernements, der Marine und der Post, 648 Privatpersonen. Die tägliche Belegungsziffer des Europäer-Krankenhauses betrug (10 Goanesen mit 172 Tagen eingerechnet) im Durchschnitt 9,7, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Krankenhause 11,1, in der Poliklinik 5,4 Tage.

Farbige. Im Bestand waren 109 Kranke, 68 im Krankenhause, 41 in der Poliklinik, in Zugang kamen 3622 Kranke, im ganzen wurden behandelt 3731 Kranke an 63 253 Behandlungstagen; davon entfallen 966 Kranke mit 28 050 Behandlungstagen auf das Krankenhaus und 2765 Kranke mit 35 203 Behandlungstagen auf die Poliklinik. Es starben 134 Kranke, geheilt wurden 3242, 223 kamen anderweitig in Abgang, im Bestand blieben 132. Die tägliche Belegungsziffer des Farbigen-Lazaretts betrug im Durchschnitt 76,4, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Krankenhause 29, in der Poliklinik 12,7 Tage.

c. Lienhardt-Sanatorium in Wugiri.

(Berichterstatter Stabsarzt Engeland.)

Das Sanatorium wurde 1908 bis zum 8. April offengehalten, nach Fortgang der von der Saison her anwesenden Gäste wurde der Betrieb in gleicher Weise wie im Vorjahr eingeschränkt, d. h., es wurden Zimmer zur Verfügung gestellt, doch mußte jeder Gast für seine Verpflegung sorgen.

Am 1. Oktober wurde das Sanatorium wieder in vollem Umfange

eröffnet, jedoch wurde der Arzt erst Anfang Januar 1909 dort stationiert.

Die Besuchsfrequenz war in diesem Jahre bedeutend höher als im Vorjahre.

In der Zeit vom 1. April bis Ende September wurde das Sanatorium von 23 Gästen besucht. Davon waren 5 mit zusammen 19 Verpflegungstagen mit voller Verpflegung, da das Sanatorium bis zum 8. 4. 09 geöffnet war. 18 Gäste entrichteten 2 Rupien Wohnungsmiete mit zusammen 72 Aufenthaltstagen. Von diesen waren 2 zur Erholung, 16 Durchreisende oder zu dienstlicher Verrichtung hier.

Während der Saison vom 1. Oktober 08 bis April 09 wurde das Sanatorium besucht von 37 Durchreisenden mit 69 Aufenthaltstagen, 1 dienstlich anwesenden mit 3, und 64 Kurgästen mit 1285 Verpflegungstagen gegenüber 12 Durchreisenden mit 20, 6 dienstlich anwesenden mit 108 und 48 Kurgästen mit 856 Verpflegungstagen des Vorjahres. Von den 64 Kurgästen waren 29 Männer, 23 Frauen, 6 Kinder Deutsche, 2 Männer, 2 Frauen, 2 Kinder Ausländer.

Von den 29 männlichen Kurgästen waren 4 Gouvernementsbeamte, 3 Schutztruppenangehörige, 2 von der Marine.

Die in der Saison zum Kuraufenthalt anwesenden 64 Gäste verteilen sich so, daß bis Anfang Dezember 1 Gast hier war, alle übrigen auf die Monate Dezember bis März. Die große Zahl der Kurgäste ging der heißen Zeit an der Küste aus dem Wege, einige mit allgemeinen nervösen Erscheinungen suchten Genesung im Höhenklima. Der Erfolg des Aufenthalts war stets zufriedenstellend. Sehr gut war die klimatische Wirkung bei Säuglingen, welche an der Küste fortgesetzt an Darmstörungen gelitten hatten.

d. Sewa-Hadji-Hospital Daressalam.

(Berichterstatter Stabsarzt Greisert.)

Im Berichtsjahre sind 539 farbige Zivilpersonen mit 19 632 und 534 Askari mit 6963 Behandlungstagen im Sewa-Hadji-Hospital ärztlich behandelt worden, so daß sich eine Durchschnittsbelegung des Hospitals mit 30 Kranken und für jeden Kranken durchschnittlich 25 Behandlungstage ergeben.

Außerdem suchten 3389 Eingeborene mit 25 857 Behandlungstagen, sowie 512 Askari mit 4963 Behandlungstagen die Poliklinik auf."

3. Kasuistik.

Rose.

Der Stationsarzt von Lindi (Oberarzt Dr. Lurz) berichtet über einen durch seine Entstehung interessanten Fall von Erysipel:

„Ein Fall von Erysipelas bullosum ist wegen seiner Entstehung interessant. Ein Inder wurde von dem Safte eines Käfers, den die Eingeborenen Mtundira nennen, an der linken Nackenseite bespritzt. Einige Tage nachher erkrankte der Inder unter Fieber 40°; bei meiner Ankunft war die ganze linke Nacken- und Kopfseite gerötet und geschwollen; auf

der geröteten Basis erhoben sich mit Eiter gefüllte Blasen von Erbsen- und Bohnengröße. Stellenweise waren dieselben schon eingetrocknet; unter andauerndem Fieber ergriff das Erysipel noch die linke Gesichtshälfte. Mit Hilfe von Ichthyolsalbe und Alkoholverbänden gelang es, das Erysipel zum Stillstand zu bringen. Nach einmonatiger Behandlung konnte der Kranke als geheilt entlassen werden.

Septicaemie.

Aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam teilt Stabsarzt Dr. Exner einen Fall mit, bei dem infolge eitriger Prostataentzündung eine allgemeine Sepsis entstand:

„In einem Falle entstanden im Anschluß an einen anderweitig beobachteten Abszeß der Prostata, aus welchem sich bei Druck auf die Prostata eine reichliche Menge Eiter durch die Harnröhre entleert hatte, unter Fieber von septischem Typus mit tiefen Morgenremissionen und abendlichen Steigerungen von etwa 39,0° Abzsesse an verschiedenen Körperstellen, zunächst an der rechten Gesäßhälfte, über dem Sitzbeinknorren und an der rechten Brustdrüse an der Außenseite des Warzenhofes. Im Eiter dieses Abszesses wurden, wie schon vorher im Urinsediment, Staphylo- und Streptokokken nachgewiesen.

Gonokokken waren im Urinsediment nicht nachweisbar. Eine Gonorrhoe lag den Angaben nach 5 Jahre zurück und war völlig ausgeheilt.

Inzwischen war an einer schon seit einiger Zeit bestehenden Schwellung an der rechten Hälfte des Scrotums eine deutlich fluktuierende Stelle entstanden. Auch hier wurde durch einen Einschnitt Eiter entleert, der gleichfalls Staphylo- und Streptokokken enthielt. Die Heilung beanspruchte im ganzen 38 Tage."

Im Farbigen-Hospital Tanga konnte Oberarzt Jungels eine Sepsis beobachten, ausgehend von einem Unterschenkelgeschwür und Abszeß am Unterschenkel, der wegen seines bakteriologischen Befundes auffallend ist:

„Am 26. Dezember kam ein Mann in Zugang mit einem Unterschenkelgeschwür von Dreimarkstückgröße. In der Umgebung des Geschwürs befanden sich 3 bis 4 kleine Geschwüre von Erbsengröße, aus denen sehr reichlich ßhaft stinkender Eiter sich entleerte. Durch ausgiebige Spaltung wurde eine faustgroße Eiterhöhle freigelegt. Schienbein unversehrt. Der Eiter war grüngelb, dickflüssig und stank furchtbar. Trotz ausgiebiger Drainage und häufigem Verbandwechsel trat am folgenden Tage der Tod ein. Die aus dem Eiter gefertigten Ausstrichpräparate zeigten ein ziemlich großes Stäbchen mit abgerundeten Ecken. Am meisten erinnerte der Bazillus, auch hinsichtlich der Sporenbildung, an Milzbrand. Rings in der Umgebung des Unterschenkels zeigte sich in der Muskulatur deutliche Gasbildung.

Bei der Leichenöffnung zeigten sich Leber und Milz schwammig, leicht zerreißbar In Leber und Milz deutliche Gasbildung. Die aus der Leber und Milz gefertigten Ausstrichpräparate zeigten denselben Bazillus wie der Eiter des Unterschenkelgeschwürs.

Wahrscheinlich handelt es sich um einen gasbildenden, höchst virulenten, milzbrandähnlichen, in der Erde vorkommenden Bazillus."

Unterleibstyphus.

Aus dem Gouvernements-Krankenhause Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner drei Fälle von Unterleibstyphus, von denen einer noch mit Malaria kompliziert war:

„Die eine Kranke war zu Beginn des Berichtsjahres noch im Bestand. Sie war pulslos nach einer sehr schweren Darmblutung, welche sich wäh-

rend des Transportes auf der Eisenbahn von Morogoro nach hier eingestellt hatte, etwa am 17. Krankheitstage hier aufgenommen worden.

Die Kranke erholte sich unter Herzreizmitteln und wurde dann mit kühlen Bädern und kalten Übergießungen in der üblichen Weise behandelt. Nach 10 Tagen blieb das Fieber abends unter 38,0°. Der Krankheitsverlauf zeigte keine Besonderheiten, doch erholte sich die Kranke, eine ältere Frau, sehr langsam und hatte erst nach 39 Tagen ihre Kräfte so weit wieder erlangt, daß sie das Krankenhaus verlassen konnte.

Ein anderer Kranker, welcher ebenfalls von Morogoro am 10. Krankheitstage nach Daressalam gebracht wurde, hatte bei der Aufnahme reichlich Malariaparasiten (tropica) in seinem Blut. Das Fieber blieb trotz Chinindarreichung hoch und erst nach 12 Behandlungstagen unter 38,0° und blieb dann mit staffelförmigem Abfall allmählich weg, so daß nach den klinischen Erscheinungen Typhus angenommen werden mußte. Fickersches Reagenz war nicht vorhanden.

Während in diesen beiden Fällen Morogoro als Ort der Infektion anzunehmen war, mußte ein weiterer Fall, soviel festgestellt werden konnte, in Daressalam entstanden sein.

Der Kranke war seit 5½ Monaten in Afrika und aus Daressalam nicht herausgekommen. Er hatte das Gebrauchswasser für seinen Haushalt aus dem vor dem Hause der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft gelegenen Brunnen bezogen und nur Soda von einem Inder getrunken. Er war zunächst mit Fieber erkrankt und hatte alsbald Chinin genommen. Er wurde im Zustande leichter Benommenheit ins Krankenhaus gebracht. Das Fieber blieb trotz Chinineinspritzungen (1 g täglich 4 Tage nacheinander) 2 Wochen lang hoch und fiel allmählich ab. Der Kranke wurde nach 24 Behandlungstagen geheilt entlassen."

Im vierten Viertel des Berichtsjahrs konnte Stabsarzt Dr. Ahlbory in demselben Krankenhause zwei weitere mit Malaria komplizierte Fälle beobachten. Er schreibt:

„Zwei Typhusfälle kamen in Zugang. Als Infektionsort mußte stets die Bahnstrecke in der Nähe von Morogoro angesehen werden. Ein Fall verlief tödlich infolge Herzschwäche, ein Fall befindet sich als Genesender im Krankenhaus. In beiden Fällen wurde die Diagnose im Anfang dadurch erschwert, daß Komplikation mit Malaria vorlag."

Rückfallfieber.

Über fünf Fälle von Rückfallfieber berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhause Daressalam:

„In dem bei weitem am schwersten verlaufenden Falle konnte trotz überaus häufiger Untersuchungen der Nachweis von Spirochaeten im Blut nicht erbracht werden, obwohl nach den klinischen Erscheinungen und dem Verlauf keine andere Krankheit in Frage kam. Fälle von afrikanischem Rückfallfieber, wobei Spirochaeten im Blut außerordentlich selten waren, wurden schon früher beobachtet.

Der erwähnte Kranke war immer in Daressalam, nicht auf Reisen oder nachts gelegentlich von Jagdausflügen in Eingeborenenhütten gewesen. Er wohnte in dem Hause einer kaufmännischen Firma, wo gelegentlich auch Europäer, welche aus dem Innern kommen, wohnen und Felle und Gepäckstücke öfters auf der Veranda untergebracht werden. Gleichwohl ist unter den Mitbewohnern des Hauses bisher keine Erkrankung an Rückfallfieber bekannt geworden.

Der Kranke wurde mit Fieber aufgenommen, welches noch 2 Tage anhielt, 40,3° im Maximum erreichte und plötzlich abfiel. Weder Spirochaeten noch Malariaparasiten wurden im Blut gefunden. Nach 12 fieberfreien Tagen stieg am 13. das Fieber unter häufigem Erbrechen und

Durchfällen wieder an, erreichte 40,4° und zeigte unregelmäßige Steigerungen während 5 Tagen, wieder bei stets negativem Blutbefund.

Nach 14 fieberfreien Tagen kam ein dritter Anfall von dreitägiger Dauer, wieder von häufigem Erbrechen begleitet, nach 7 fieberfreien Tagen ein vierter Anfall, welcher 3 Tage mit Erbrechen anhielt. 10 weitere Tage war der Kranke fieberfrei geblieben und trat dann die Heimreise nach Europa an. Neuerdings eingezogene Erkundigungen ergaben, daß der Kranke in Marseille, also nach weiteren 19 Tagen, noch einen Fieberanfall gehabt hat, seitdem aber verschont geblieben ist.

Es hatte keine Behandlung mit Hydrarg., wie bei früheren Fällen, stattgefunden.

Ein anderer fraglicher Fall, bei dem keine Spirochaeten nachgewiesen wurden, betraf einen Fieberanfall bis 39,6°. Obwohl vorher kein Chinin genommen war, waren während des Fiebers und nach demselben keine Malariaparasiten im Blut gefunden worden. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stützte sich darauf, daß der Kranke vor 4 Monaten hier Rückfallfieber durchgemacht und nach seiner Entlassung noch mehrere Anfälle und Iritis überstanden hatte, so daß bei ihm vermutlich ein Rückfall der früheren Erkrankung vorlag. Besonderes Interesse bot dieser nur kurze Zeit in Behandlung gebliebene Fall nicht.

Die drei Fälle, bei denen Spirochaeten gefunden wurden, waren vom Inneren, zwei aus Morogoro, der dritte über Iringa—Kilossa—Morogoro, nach Daressalam gekommen. Der letztere erkrankte am Tage nach seinem Eintreffen an der Küste, so daß die Lager von Kilossa oder die Gegend Kilossa bis Morogoro als Infektionsort in Frage kommen. In diesem Falle wurden Sublimateinspritzungen (täglich 0,01) angewandt, die Behandlung jedoch abgebrochen, da der Kranke nach Europa weiterreiste.

Bei dem zweiten Kranken wurde keine Hydrarg.-Behandlung eingeleitet. Auch er verließ nach kurzer Zeit wieder das Krankenhaus.

In dem letzten Falle handelte es sich um einen wegen Schwarzwasserfieber von Morogoro zur Küste transportierten Griechen, der noch mit Haemoglobinurie aufgenommen wurde. Zwei Tage später stieg das Fieber wieder schnell an und erreichte am nächsten Tage 40,7°; dabei wurden im Blut Rekurrenz-Spirochaeten gefunden. Hier wurde mit Injektionen von Sublimat täglich 0,01 vorgegangen. Die Behandlung mußte aber nach 6 Tagen wegen Stomatitis ausgesetzt werden. Das Fieber fiel nicht ganz ab. Am 11. Tage nach dem Beginn des ersten Anfalls trat ein zweiter auf. Diesmal wurden keine Spirochaeten gefunden. Einige Tage vorher war mit der Chiningewöhnungskur begonnen worden. Nach dem zweiten Fieberanfall sank die Temperatur und blieb die folgenden 19 Tage bis zur Entlassung des Kranken normal. Chinin wurde (an 2 Tagen nacheinander viermal 0,25) gut vertragen, der Kranke hatte 85 % Hämoglobingehalt."

Aus Mahenge berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen vier interessante Fälle:

„Vier ganz besonders schwere Rückfallfieberkranke hatte die Karawane der Revisionskommission, die am 1. Dezember 1908 hier eintraf.

Einer von diesen, ein sehr kräftiger Msuaheliboy, starb im zweiten Anfall. Wie ich es bei tödlich verlaufendem Rückfallfieber stets fand, waren auch hier die Spirillen außerordentlich zahlreich. Vielfach lagen sie zu mehreren in Büscheln verschlungen zusammen. Am 3. Krankheitstage des zweiten Anfalls entstand plötzlich Ikterus, Somnolenz, heftige Unruhe und starker Druckschmerz in der Gallenblasengegend. Die Leber schien nicht vergrößert. Im Blut waren keine Spirillen mehr vorhanden, die Temperatur fiel unter 37,0°. Unter zunehmender Schwäche starb am Abend des 6. Tages der Kranke.

Eine Sektion konnte nicht gemacht werden, da am folgenden Tage eine Operation gemacht werden mußte. Auch war leider die Beobachtung des Krankheitsbildes nur sehr lückenhaft, da der Kranke sich nur am

ersten Krankheitstage vorstellte. Ich sah ihn dann erst kurz vor seinem Tode wieder. Es kann daher möglicherweise die tödliche Sepsis auf einem latenten Leberabszeß infolge schleichender Ruhr beruht haben. Jedoch dürfte das massenhafte Vorkommen der Spirillen im Blut für Rückfallfieber als Todesursache sprechen, da ich, wie gesagt, ein derartiges Blutbild nur bei tödlichem Rückfallfieber gesehen habe.

Die beiden anderen Kranken hatten, wie gewöhnlich, nur außerordentlich spärliche Spirillen im Blut. Der eine, ein junger Sudanesenschausch, erkrankte während des dritten Anfalls an einer so hochgradigen Verschlechterung der Sehkraft, daß fast Blindheit vorlag. Es war eine retrobulbäre Neuritis eingetreten. Nach 8 Tagen begann die Sehkraft sich allmählich wiederherzustellen.

Ob eine komplette Schlundlähmung, an der ein vierter Kranker oben erwähnter Karawane im Anschluß an einen Fieberanfall litt, ebenfalls die Folge von Rückfallfieber war, vermag ich nicht mit Bestimmtheit zu behaupten. Da jedoch keine andere Ursache zu eruieren war, bin ich doch auch hier der Ansicht, daß dies seltene Vorkommnis auf Rückfallfieber beruhte. Der Kranke zeigte sich während des Fiebers nur einmal. Ein damals entnommenes Blutpräparat enthielt allerdings keine Spirillen. Erst am 4. Tage danach kam er wieder in Zugang. Das Fieber war vorüber. Seit 3 Tagen konnte er aber nichts mehr schlucken. Jeder Versuch dazu löste Husten aus; das Eingenommene wurde durch die Nase und Mund wieder herausgebracht. Die hintere Pharynxwand war im unteren Teil absolut bewegungslos. Der Kehlkopfbefund war regelrecht. Zehn Tage lang mußte der Kranke mit der Schlundsonde ernährt werden, dann erst kam allmählich die Fähigkeit, zu schlucken, wieder. Eine Verengerung der Speiseröhre lag nicht vor.

Diese bösartigen Fälle von Rückfallfieber waren auf der Straße Njukwa-Fähre—Iringa bzw. Iringa—Kihanse-Abstieg erworben.

Malaria.

Aus dem Gouvernements-Krankenhause Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner:

„Im allgemeinen wurde wie schon in früheren Jahren die Nochtsche Methode der Chinindarreichung angewandt, mit der unwesentlichen Abänderung, daß am Tage 4 Gaben von 0,25 Chinin gewöhnlich mit 2½stündlichen Pausen verabreicht wurden (anstatt fünfmal 0,2).

Daß Schwarzwasserfieber seltener ausgelöst wird als früher, ist, wie Nocht annimmt, auch nach den hier gemachten Erfahrungen dieser Methode gutzuschreiben. Anderseits wird im hiesigen Krankenhause, wo Verdacht auf Disposition zu Schwarzwasserfieber besteht, mit kleinen Dosen (0,1 mehrmals täglich) begonnen.

Von der großen Zahl der im Berichtsjahr hier behandelten Malariaerkrankungen wurde bei dieser Methode nur in einem Falle Schwarzwasserfieber ausgelöst, das übrigens leicht verlief. Auch während der Chiningewöhnungskur kam es nur bei 2 Kranken zu kurz dauernden Anfällen von Hämoglobinurie.

Im übrigen kann nach den hiesigen Erfahrungen Auftreten von Eiweiß im Urin als warnendes Moment vor Schwarzwasserfieber nicht verwertet werden, noch geht erhebliche Herabsetzung des Hämoglobingehalts in jedem Falle dem Schwarzwasserfieber voran, wenn ein niedriger Hämoglobingehalt auch noch das beste Signal zur Vorsicht ist. Anderseits wird trotz stark verminderten Hämoglobingehalts Chinin oft überraschend gut vertragen, so daß schnell auf die Dosis von viermal 0,25 gestiegen werden kann. In den Fällen, bei denen mit kleinen Chiningaben (0,1) begonnen wurde, blieben Parasiten und Fieber gewöhnlich erst weg, wenn die Tagesdosis von vier- oder fünfmal 0,1 bzw. zweimal 0,2 erreicht war. Bei der Chinindarreichung in verteilten Gaben ist es die

Regel, daß, auch wenn gleich beim ersten Anfall und nach Ablauf desselben Chinin täglich viermal 0,25 gegeben wird, noch ein zweiter Anfall 30 bis 40 Stunden nach dem ersten, selten erst 48 Stunden später, auftritt.

Übrigens trat bei Malaria tertiana, wobei sich die Nochtsche Methode gleichfalls gut bewährt hat, bei Darreichung des Chinins in verteilten Gaben in mehreren Fällen gewöhnlich kein weiterer Anfall mehr auf. Anderseits blieben Tertiana-Parasiten mit leichter Temperaturerhöhung in einem Falle noch nach tagelangem Gebrauch von 0,5 Chinin (subkutan) bestehen und schwanden erst auf Injektionen von 1,0 am Tage.

Einer Reihe von kräftigen Kranken, welche vorher noch gar nicht oder wenig an Malaria gelitten hatten, wurde Chinin versuchsweise in Dosen wie 1,0, meist in Lösung, beim Vorhandensein großer Ringe und beim Abfallen des Fiebers gegeben und eventuell am gleichen Tage noch ein weiteres halbes oder ganzes Gramm verabfolgt. Der zweite Anfall trat auch bei dieser Behandlungsmethode fast in allen Fällen auf, ebenso nach Einspritzung von zweimal 0,5 Chinin.

In einem Fall, der eine ältere Frau betraf, welche bewußtlos ins Krankenhaus gebracht war, wurde nach Feststellung zahlreicher Tropica-Ringe im Blut mit Einspritzungen von 0,4, am nächsten Tage bei 60 % Hämoglobingehalt von 0,5 und 0,2 und dann mit täglich zweimal 0,5 vorgegangen. Nach zwei hohen Fieberanfällen (40,0°) und einem leichten (38,3°) erfolgte Entfieberung und Genesung."

Über zwei weitere Fälle von Malaria, von denen der eine mit starken Durchfällen, der andere mit Geistesstörungen kompliziert war, berichtet derselbe Sanitätsoffizier weiter:

„Ein Fall von Malaria tropica, bei welchem Halbmonde gefunden wurden, war mit zahllosen blutigen Durchfällen (etwa 30 täglich) kompliziert, ohne daß zur Zeit Fieber bestand. In den Stühlen wurden keine Amoeben gefunden. Chinin wurde täglich viermal 0,25 und Calomel täglich zweimal 0,1 gegeben. Am 4. Tage waren nur noch 5 Durchfälle, am nächsten 2 zu beobachten. Schon der Verlauf spricht gegen Dysenterie.

Der Fall vermehrt die Zahl früher schon gemachter Beobachtungen, daß bei ungenügend behandelter Malaria blutige, dysenterische Durchfälle auftreten können, welche mit Dysenterie nichts zu tun haben und auf Chinin nach einigen Tagen in Heilung übergehen.

In einem Fall von tropischem Malariafieber, welches der Kranke, welcher in Zanzibar fast 1½ Jahr gesund geblieben war, nach einer zwölftägigen Anwesenheit hier sich zugezogen hatte, traten schwere Delirien auf. Der Kranke war zunächst 6 Tage ohne Behandlung geblieben, dann wurden bei ihm sehr zahlreiche Tropica-Ringe festgestellt und er ins Krankenhaus aufgenommen.

Chinin wurde alsbald in Einspritzungen von zweimal 0,5 täglich gegeben. Am Tage nach der Aufnahme war der Kranke bei Fieber von 39,0° vollständig geistesabwesend, führte wirre Reden, erkannte seine Bekannten nicht und versuchte fortwährend, selbst unter Anwendung von Gewalt, sein Bett zu verlassen.

Das Fieber blieb mit kurzen und nicht vollständigen Remissionen noch im Krankenhause 5 Tage lang hoch und fiel am 6. allmählich ab; am 7. Tage erst war das Bewußtsein wiedergekehrt. In den nächsten Tagen erholte sich der Kranke rasch und zeigte, als er nach im ganzen 15 Behandlungstagen entlassen wurde, wieder geistig normales Verhalten."

Über Malaria, kompliziert mit Lungenentzündung, und über einen anderen Fall, kompliziert mit Schwangerschaft, berichtet Stabsarzt Dr. Wittrock aus Muansa:

„Ein Grieche kam mit schwerer Malaria von Port Florence hier an und zu derselben gesellte sich bereits am 2. Tage des hiesigen Lazarettaufenthalts eine ausgedehnte Lungenentzündung. Auffallend war, daß trotz äußerst geringer Chiningaben die zuerst zahlreichen Malaria-Para-

siten schnell aus dem Blute verschwanden und auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung nicht wieder auftraten. Trotzdem wurde selbstverständlich, sobald nur die anfangs äußerst schweren Lungenerscheinungen zurückgegangen waren, eine energische Chininkur eingeleitet. Der Fall ging in Heilung aus.

Der zweite komplizierte Fall verlief dagegen ungünstig. Die Patientin, eine Goanesin, hatte schon wiederholte Fieberanfälle während der zur Zeit bestehenden Schwangerschaft gehabt und aus Furcht vor einer Frühgeburt kein Chinin genommen. Das von mir beobachtete Malariafieber, das gegen Ende der Schwangerschaft auftrat, war äußerst heftig und hatte ein Absterben der Frucht zur Folge. Weiterhin erfolgte dann, sei es durch den Tod des Kindes, sei es durch die von mir für nötig erachteten Chiningaben, die Ausstoßung der Frucht, welche schnell und fast ohne jegliche Blutung vor sich ging. In großer Menge im Urin vorhandenes Eiweiß und eine sich über 24 Stunden hinaus erstreckende Urinverhaltung wiesen außerdem noch auf eine erhebliche in den Nieren bestehende Veränderung hin. Der Tod erfolgte unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche reichlich 12 Stunden nach der Geburt des Kindes."

Oberarzt Wolff beschreibt einen Fall von Malaria convulsiva aus Lindi:

„Gelegentlich einer Dienstreise wurde ich zu einem auf der Verladestelle Lichwejwa der Gesellschaft „Südküste" beschäftigten Pflanzungsassistenten gerufen. Der erst seit ½ Jahre in der Kolonie befindliche 24jährige Pflanzer hatte schon häufig an Fieber gelitten; wie er angibt, hatte er in letzter Zeit alle 4 bis 5 Tage Fieber; dabei war er körperlich sehr heruntergekommen. Jetzt war er nun plötzlich bei der Arbeit bewußtlos unter krampfartigen Zuckungen zu Boden gestürzt und von seinen Leuten ins Bett getragen worden. Als ich 2 Stunden später zu dem Kranken kam, war der Befund folgender: F. liegt bewußtlos da, seine Gliedmaßen sind in fortwährender Bewegung, die Beugemuskeln sind stark gespannt. Der Kopf wird hin und her geworfen, die Augen zeigen Deviation. Die Atmung ist mühsam, von lautem Stöhnen begleitet. Es besteht Trismus. Der Puls ist beschleunigt, ziemlich kräftig. Dargereichtes Wasser wird geschluckt.

Dieser Zustand dauerte während des Transportes, die Nacht und den folgenden Tag über an. Die Temperatur hielt sich dabei auf 39,0°. Zwischen den heftigen krampfartigen Zuckungen des ganzen Körpers traten kurze Erschlaffungspausen ein. Am 2. Tage, am 3. Juni 1908 abends, konnte dem Kranken Chloralhydrat eingeflößt werden, doch war die Nacht vom 3. zum 4. Juni besonders unruhig. Der Kranke sprang wiederholt vom Lager auf, lief im Zimmer umher und mußte mit Gewalt festgehalten werden. Am 3. Juni waren große Ringe im Blut festgestellt worden.

Am 4. Juni morgens trat unter Temperaturabfall auf 36,5° Erschlaffung ein, und das Bewußtsein kehrte langsam zurück, so daß F. wieder sprach. Der konvulsive und Erregungszustand hatte 38 Stunden gedauert. Während dieser Zeit war auch mehrmals Erbrechen aufgetreten, so daß von einer Ernährung Abstand genommen werden mußte. Am 4., 5. und 6. Juni zeigte sich F. völlig desorientiert, glaubte in seiner Heimat zu sein und erkannte seine Umgebung nicht. Am 7. Juni war er dann vollkommen klar und konnte am 14. Juni 1908 als geheilt entlassen werden.

Vom 5. Juni ab bekam er täglich 1,0 Chinin. mur. bzw. 1,5 Euchinin. Parasiten fanden sich nicht mehr."

Schwarzwasserfieber.

Aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner über drei Fälle von Schwarzwasserfieber mit tödlichem Ausgang; der eine betrifft ein Kind, in den anderen Fällen handelt es sich um Erwachsene. Er schreibt:

„Ein Kind hatte in der bezüglich Malaria wesentlich mehr gefährdeten Gegend außerhalb der Stadt (Verbindungsweg zwischen Pugu- und Geresanistraße) gewohnt. Bei diesem Kinde, welches 7 Jahre alt war und sterbend ins Lazarett gebracht wurde, hatten die Eltern die Chininkur ausgesetzt, weil es nach dem Chinin Erbrechen bekommen hatte, und die sich wiederholenden Fieber längere Zeit unbehandelt gelassen. Als das Fieber immer wiederkehrte, gab der Vater dem Kinde am Morgen eine Zimmersche Kapsel (0,2 Chinin). Vormittags trat Schwarzwasserfieber auf, welches am selben Tage 1 Uhr mittags schon tödlich verlief.

Ein anderer tödlich verlaufender Fall betraf einen Beamten, welcher seine Fieber immer selbst behandelt hatte. Er hatte sein Schwarzwasserfieber mit 0,5 Chinin (mehrere Tage nacheinander genommen) ausgelöst. Vor 3 Tagen war er wegen eines Zahnleidens im Krankenhaus, erwähnte jedoch nichts davon, daß er Fieber hatte. Auf die um 8 Uhr abends genommene Chinindosis von 0,5 war um Mitternacht schwerer Schüttelfrost aufgetreten. Morgens war der Urin schwarzrot und dickflüssig. Der schwer niedergebrochene Kranke wurde mit Fieber von 39,8° ins Krankenhaus gebracht. Während des Tages und der Nacht wurden nur einige Kubikzentimenter Urin entleert. Unter Auftreten von starkem Ikterus, Aufstoßen, Unruhe und Angstgefühl erfolgte der Tod noch am selben Tage gegen Abend an Nierenverstopfung.

Ein dritter tödlich verlaufender Fall hatte folgende Vorgeschichte: Der Kranke, welcher sich erst seit 3 Monaten in Afrika befand, hatte den Weg von Mombassa nach Tanga zu Fuß ohne Zelt und Bett zurückgelegt. Er hatte 6 Fieberanfälle durchgemacht, aber kein Chinin genommen. Drei Tage vor seinem Tode war er in Daressalam angekommen und am nächsten Tage in sehr elendem Zustande ins Krankenhaus gebracht worden. Im Blut fanden sich massenhaft kleine, mittlere und große Tropica-Ringe sowie Teilungsformen. Am ersten Tage wurde Chinin 0,25 eingespritzt, am zweiten Tage, da die Parasiten in gleicher Menge wie Tags zuvor gefunden wurden und deren Vernichtung auf jeden Fall erstrebt werden mußte, 0,5 und abends nochmals 0,25 Chinin eingespritzt und schon während des ganzen Tages, da der Puls sehr schwach war, Strophantus und Kampferöl gegeben und Flüssigkeit durch das Rectum zugeführt.

Am dritten Tage waren noch sehr viel Tropica-Parasiten und Teilungsformen im Blut nachweisbar. Wegen der Herzschwäche wurde Kampfer und Äther eingespritzt, doch gelang es nicht, der Herzschwäche Herr zu werden. Der kurz vor dem gegen 9 Uhr vormittags erfolgten Tode entleerte Urin enthielt Hämoglobin, doch ist die Hämoglobinurie kaum als Todesursache anzusprechen, sondern die schwere, unbehandelte Malaria, welche in der verhältnismäßig kurzen Zeit das schwerste Siechtum hervorgerufen hatte."

Ein Fall von Schwarzwasserfieber bei einem Inder nach einer englischen chininhaltigen Patentmedizin kam in Tanga vor. Stabsarzt Dr. Lott berichtet darüber:

„Ein etwa 40jähriger Inder hatte im Juli 1908 nach Gebrauch einer englischen chininhaltigen Patentmedizin einen schweren Schwarzwasserfieberanfall bekommen und nahm seither trotz häufiger Fieberanfälle kein Chinin mehr. Ende März 1909 kam es ohne nachweisbare Veranlassung zu einem neuen Schwarzwasserfieberanfall, dem er am 7. Krankheitstage erlag. Die Hämoglobinurie hatte bis zum Eintritt des Todes angedauert."

Über einen Schwarzwasserfieberanfall bei einem Negerkinde berichtet Stabsarzt Dr. Lott weiter:

„Ein 1½ Jahre altes Negerkind (Stamm der Waschambaa) hatte wegen bestehender Malariainfektion morgens um 7 Uhr 0,15 Chinin erhalten; um 9 Uhr entleerte es blutigen Urin, um 3 Uhr nachmittags trat der Tod ein."

Aus Bukoba teilt Stabsarzt Dr. Marshall einen Fall mit, der durch zwei Rückfälle bemerkenswert ist:

„Ein 49jähriger Kaufmann, seit 18 Jahren in den Tropen (früher auch in Westafrika) tätig, hatte nach längerer (angeblich 2jähriger) Pause Ende Juni 1908 zum ersten Male wieder Fieber. Er holte keinen ärztlichen Rat ein, doch handelte es sich höchstwahrscheinlich um Tropica, da kurz vorher bei seiner Ehefrau kleine und mittelgroße Ringformen während eines sehr schweren Fieberanfalls nachgewiesen wurden. Er nahm ganz willkürlich einige (höchstwahrscheinlich verdorbene) Chinintabletten und begnügte sich hiermit, da das Fieber nach kurzer Dauer verschwand. Übrigens hatte er auch früher bei gelegentlichen Anfällen nur ganz wenig Chinin genommen und aus Furcht, bei lange Jahre bestehender Schwerhörigkeit das Gehör zu verlieren, sich niemals zu einer Prophylaxe entschlossen. Als nun am 8. Juli das Fieber sich von neuem einstellte, nahm er noch an diesem Tage 1,0 Chinin; Tags darauf konsultierte er den Arzt, der im Blut keine Parasiten fand und Chinin 1,0, auf zwei Dosen 0,5 verteilt, verordnete. Um 10 Uhr früh nahm er 0,5, unterließ jedoch, da er sich gegen 4 Uhr nachmittags unwohl fühlte, die zweite Tablette zu nehmen. Abends 8 Uhr trat heftiger Schüttelfrost auf, Temperatur 39,3°; der entleerte Urin hatte eine burgunderrote Farbe und war stark eiweißhaltig. Die Leber war vergrößert und druckschmerzhaft. Unter entsprechender Behandlung ging die Dunkelfärbung des Urins, der am zweiten Tage nach dem Anfall bereits völlig eiweißfrei und an Menge von vornherein fast normal gewesen war (1200 pro 24 Stunden) rasch zurück. Hierauf Chiningewöhnungskur, pro Tag um 0,1 steigend von 0,1 an. Am 16. Juli abends früh waren 0,6 Chinin gegeben, erneuter Anfall von Schüttelfrost, wobei der Urin eine tiefschwarze Farbe zeigte, an Menge aber wiederum kaum unter die Norm sank und schon 2 Tage nach dem Eintreten des Anfalls wieder völlig regelrecht war. Offenbar lag das Maximum der noch zuträglichen Chinindosis bei 0,5. Deshalb abermals Chiningewöhnungskur von 0,1 bis auf 0,5. Da diese Dosis noch vertragen wurde, Anempfehlung einer Chininprophylaxe: alle 5 Tage 0,5. Dieses führte er auch durch, bekam aber Anfang August — in Abwesenheit des Stationsarztes — einen dritten Schwarzwasseranfall, ohne daß Fieber vorangegangen war, nach der üblichen Prophylaxe von 0,5. Auch dieser Anfall heilte sehr bald. Seitdem war der Betreffende nicht mehr zur Einnahme von Chinin zu bewegen. Um ihn wenigstens einigermaßen vor Neuinfektionen an Malaria zu bewahren, erhält die farbige Dienerschaft auf seinem Grundstück bis auf weiteres Chinin. Auch ließ er sich endlich auf energisches Zureden zum Gebrauch eines Moskitonetzes bewegen."

Der Stationsarzt von Kilwa (Oberarzt Dr. Peiper) berichtet folgenden Fall:

„Ein seit 5 Jahren im Schutzgebiet zwischen Kilwa und Kissiwani ansässiger Pflanzer, der bereits mehrfach Malaria gehabt und im November 1907 einen ärztlich beobachteten Schwarzwasserfieberanfall durchgemacht hatte, dem eine Chiningewöhnungskur nach ärztlicher Anweisung folgte, nahm angeblich wieder seit mehreren Monaten jeden Sonntag als Einzeldosis 1,0 und Montags 0,5 Chinin. Trotzdem traten plötzlich an den einem Montage folgenden 3 Tagen unregelmäßige Fieberanfälle auf, denen nach Einnahme von 1,0 Chinin am Freitage sofort ein Schwarzwasserfieberanfall folgte. Der Kranke ließ sich sofort nach dem 23 km entfernten Kilwa tragen (unterwegs ein schwerer Ohnmachtsanfall beim Urinieren), wo er Sonnabend früh in ärztliche Behandlung trat (am zweiten Tage nach Beginn des Anfalls). Nach einer Gesamtdauer von dreimal 24 Stunden endete der Anfall mit Genesung. Der Urin war dauernd reichlich, der Hämoglobingehalt des Blutes bis auf 30 % herabgesetzt. Schon nach 8 Tagen begab sich M. wieder auf seine Pflanzung trotz dringenden Abratens. Eine Chiningewöhnungskur führt er

jetzt auf eigene Faust durch. — Er pflegte durchschnittlich sehr schlecht zu leben und hatte eine außerordentlich angestrengte Tätigkeit; auf mechanischen Mückenschutz legte er wenig Wert, auf Reisen pflegte er ohne Moskitonetz auf einer Eingeborenen-Barasa (Veranda) zu schlafen. Chinin hatte er in den letzten Monaten angeblich regelmäßig genommen."

Ruhr.

Aus dem Farbigen-Hospital Tanga berichtet Oberarzt Jungels einen Fall, der durch seine große Ähnlichkeit mit Abdominaltyphus, einer bei der schwarzen Bevölkerung Deutsch-Ostafrikas bisher noch nicht beobachteten Erkrankung, Beachtung verdient. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

„Am 16. Januar 1909 kam der farbige Krankenwärter Wasierie vom hiesigen Farbigen-Hospital mit Ruhr in Zugang. Die Diagnose wurde auf Grund des klinischen Befundes (belegte Zunge, Druckempfindlichkeit und gummischlauchartige Resistenz in der Dickdarmgegend, dünnflüssiger, mit Blut und Schleimflocken durchsetzter Stuhl) und des Nachweises von Amoeben im mikroskopischen Stuhlpräparat gestellt.

Der anfänglich gehegte Verdacht auf Unterleibstyphus wurde fallen gelassen, da von einer Erkrankung der schwarzen Bevölkerung an dieser Krankheit hier in Ostafrika noch kein Fall bekannt ist, und anderseits auf die mit spezifischen Ruhrmitteln eingeleitete Kur sofort Besserung eintrat. Die Besserung hielt nur eine Woche an, worauf dann profuse Durchfälle mit blutigen und schleimigen Stuhlgängen wieder einsetzten. Während der ganzen Dauer der Erkrankung hatte der Stuhl niemals das Aussehen von Typhusstuhl, sondern stets von Ruhrstuhl.

Am 29. Januar 1909 um 2½ Uhr trat der Tod ein. Die Leichenöffnung ergab, daß der Darm in seiner ganzen Ausdehnung sehr hyperämisch war und eine samtartige Beschaffenheit zeigte. Im Dickdarm wie im Dünndarm befanden sich zahlreiche, erbsengroße Substanzverluste und Geschwüre, die an Typhusgeschwüre erinnerten."

Oberarzt Dr. Neubert berichtet einen Fall von Ruhr, kompliziert mit tropischer Malaria, aus Neu-Langenburg, bei dem die Diagnose „Ruhr" nur durch die Obduktion gestellt werden konnte. Er schreibt darüber:

„Gegen Abend des 11. April 1908 wurde ein stark abgemagerter, etwa 12jähriger Junge in unbesinnlichem Zustande ins Hospital eingeliefert. Es bestand Fieber 39,8°, starke Anämie der sichtbaren Schleimhäute, Auftreibung des Leibes. Die Blutuntersuchung ergab massenhaft kleine und große Tropica-Ringe.

Patient bekam sofort Chinin. bimur. 0,5 intramuskulär. Am nächsten Morgen Untertemperatur, Erbrechen, bald darauf Koma. Mittags um 1 Uhr trat der Tod ein.

Die Sektion ergab eine brandige Dysenterie des ganzen Dickdarms, dessen ganze Innenfläche eigentlich nur ein einziges großes Geschwür bildete. Am Colcum und am Colon transversum fanden sich 2 etwa 1 cm im Durchmesser haltende Perforationen vor. Die Bauchhöhle war mit stinkendem Eiter gefüllt, die Därme stark verwachsen. Die Mesenterialdrüsen waren stark geschwollen. Im Dünndarm befanden sich zahlreiche Ascariden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Amoeben, wohl aber zahllose Bazillen, so daß dieser Fall wohl als eine reine Bazillenruhr angesprochen werden kann.

Über den Verlauf war anamnestisch nur festzustellen, daß der Junge schon seit etwa 10 bis 12 Tagen an blutigen Durchfällen gelitten hatte, daß jedoch das Fieber erst in den beiden letzten Tagen sehr hoch ge-

wesen sei (Malaria und Perforationsperitonitis); erst als der Junge bewußtlos geworden, hielten die Verwandten ärztliche Hilfe für nötig."

In Mahenge kam ein bemerkenswerter Fall von chronischer Ruhr vor, bei dem die schweren Veränderungen des Mastdarmes eine akute Perisygmoiditis auslösten. Der Stationsarzt, Stabsarzt Dr. Grothusen, berichtet darüber:

„Es handelt sich um einen Europäer, der seit 5 Jahren im Anschluß an eine katarrhalische Gelbsucht häufig an blutigen Diarrhoen litt, die mit angeblich normalen Stühlen wechselten. Seit etwa 1 Jahr wurden die Blutabgänge mit dem Stuhl reichlicher, besonders morgens wurde fast nur Blut entleert, während Tags über mehrere dünnflüssige Stühle mit weniger Blut und Schleim erfolgten. Es bestand häufiger Stuhldrang; durchschnittlich wurden zur Zeit der Aufnahme des Kranken 4 bis 8 Stühle am Tage entleert. Durch lokale Behandlung mit Chininklystieren 1,0 : 200,0 nach vorherigem Reinigungsklystier, vorsichtige Diät und Bettruhe wurden die Entleerungen so weit beeinflußt, daß täglich, abgesehen von den morgentlichen Blutentleerungen, nur 1 bis 2 Stühle von dünnbreiiger Konsistenz und mit nur wenig Blut und Schleim entleert wurden.

Bei der Mastdarmuntersuchung fühlte man das unterste Mastdarmende glatt und unverändert, am obersten Ende der Ampulle aber fühlte man das Darmrohr verengert, verdickt und mit polypösen Wucherungen besetzt, die bei Berührung etwas bluteten.

In den Schleimflocken des Stuhles wurden einzelne Ruhramoeben gefunden.

Nachdem der Kranke schon wieder einige Tage außer Bett war, traten dann plötzlich, ohne daß ein Diätfehler oder sonst irgend etwas begangen wäre, heftiges, galliges Erbrechen, Fieber, enorme Leibschmerzen, außerordentlich schweres Krankheitsgefühl und große Schwäche ein. Die Untersuchung ergab in der linken Unterbauchgegend eine außerordentliche Druckempfindlichkeit, man fühlte in der Tiefe eine breite, undeutliche Resistenz.

Der Kranke erhielt sofort Morphium 0,02 subkutan und vorsichtig ein Entleerungsklystier, das sehr viel breiigen Stuhl entleerte. Bei absoluter Bettruhe, Prießnitzschen Umschlägen und täglichen Opiumgaben besserte sich das Krankheitsbild schnell. Schon am dritten Tage war der Kranke spontan schmerzlos. Die Resistenz im linken Unterbauch bildete sich in wenigen Tagen zurück. Am 6. Tage war die Gegend überhaupt nicht mehr druckempfindlich und am 10. Tage stand der Kranke wieder auf.

Es hatte sich wohl zweifellos um eine von den chronischen Mastdarmveränderungen ausgegangene Infektion des Bauchfells des S. Romanum gehandelt."

Wie im „Medizinalbericht über die Deutschen Schutzgebiete 1907/08" konnte in diesem Jahre wiederum der Stationsarzt von Moschi, Stabsarzt Dr. Ahlbory, über einen Fall von Amoebenruhr, mit Eingeweidewürmern kompliziert, berichten, der durch eine Thymolkur geheilt wurde. Der Krankenbericht ist folgender:

„Ismail, ein etwa 20jähriger Mschagga; die Infektionsquelle ist nicht mit Sicherheit festzustellen. I. ist seit Monaten Gefangener, unter den Gefangenen ist kein Amoebenträger ermittelt worden. Er hat einen dünnbreiigen Stuhl mit reichlich schleimig-eitriger Beimengung. Im Stuhl einige Larven von Strongyl. subt. und zahlreiche Amoeben mit deutlichen amoeboiden Bewegungen. Ich gab dreimal 2,0 g Thymol in zweistündigen Pausen, eine halbe Stunde später 0,3 Calomel. Darauf einige Tage Suppendiät. Der Stuhl war dann beständig fest und geformt, Amoeben oder Strongyl. konnten trotz vielfacher Untersuchungen nicht

mehr gefunden werden; sie sind seit länger als einem Monat nicht mehr nachzuweisen gewesen. I. erkrankte später an einem Lungenkatarrh und befindet sich deswegen noch in Behandlung."

Starrkrampf.

Oberarzt Dr. Brünn meldet aus dem Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam zwei Fälle von Starrkrampf:

„Zwei Fälle kamen zur Behandlung. In beiden Krankheitsfällen wurden tonische Krämpfe der Hals-, Nacken- und Rückenmuskeln beobachtet. Trotz Einspritzungen von Tentanusantitoxin endeten beide nach 5 Tagen letal. Der eine wurde allerdings schon bewußtlos eingeliefert und starb, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Die Krämpfe wurden mit Chloroformnarkose behandelt. Das Tetanusantitoxin hat den Nachteil, daß es sich sehr schwer löst.

Skorbut.

Aus Muansa berichtet Oberarzt Dr. Schumacher zwei Fälle von Skorbut, kompliziert mit Rückfallfieber, bei zwei Europäer-Kindern, Geschwistern im Alter von 12 und 5½ Jahren, von denen das ältere Kind der Erkrankung erlag. Er schreibt:

„Vorgeschichte: Seit 4 Jahren in Ostafrika (Nairobi), seit 9. 8. 08 in Muansa. Früher nie ernstlich krank. Seit etwa 20. 8. mit Schüttelfrost und hohem Fieber erkrankt. Am 4. 9. Krankmeldung, wobei bei der Blutuntersuchung Spirillen im Blut festgestellt wurden.

Befund: 11. 9. Blasses, sehr dürftig genährtes, 5½jähriges Mädchen. Sichtbare Schleimhäute blaß. Schleimhaut der Nase und des Mundes sowie Zahnfleisch mit zahlreichen blutunterlaufenen Stellen übersät, die bei leiser Berührung bluten. Zunge trocken, rissig, braunrot belegt. Körperwärme gesteigert (39,2 °), Puls beschleunigt, 140, gespannt, Herztätigkeit beschleunigt, Töne rein. Milz etwas vergrößert, nicht druckempfindlich. Harn hochgestellt, enthält etwas Eiweiß. Blut nicht untersucht mangels eines Mikroskops.

Verlauf: 13. 9. Noch immer hohe Temperatur (39,1 °). Das Kind ist sehr schwach. Die Skorbut-Erscheinungen beginnen indessen zurückzugehen.

15. 9. Temperatur gestern auf 37,2 ° gefallen. Keine Blutungen mehr aus Mund- und Nasenschleimhaut sowie aus Zahnfleisch. Hat etwas Appetit.

18. 9. Wieder leichte Temperatursteigerungen (38,0 °), Appetit und Befinden aber besser. Blutunterlaufene Stellen in Mund- und Nasenschleimhaut fast völlig verschwunden.

20. 9. Befinden gut. Kräfte nehmen etwas zu."

Für die Weiterbehandlung werden Anweisungen hinterlassen, da Arzt auf Reisen geht. Am 28. 9. wird das Kind als geheilt entlassen.

2. Fall. Seit 5 Jahren in Ostafrika. Von 1904 ab in Nairobi, seit 9. 8. 08 in Muansa, seit etwa 20. 8. mit hohem Fieber erkrankt. Wurde am 4. 9. krank gemeldet; damals wurden vom Stationsarzt Recurrens-Spirillen nachgewiesen. Am 11. 9. übernahm ich in Vertretung des seit dem 4. 9. abwesenden Stationsarztes die Behandlung.

Befund: 11. 9. Für sein Alter (12 Jahr) mittelgroßer, sehr dürftig genährter Knabe. Gesicht und sichtbare Schleimhäute auffallend blaß. In Schleimhaut von Mund und Nase sowie am Zahnfleisch zahlreiche blutunterlaufene Stellen. Blutungen aus Mund und Nase bei leiser Berührung dieser Stellen. Zunge trocken, rissig, braunrot belegt. Körperwärme erheblich gesteigert (39,9 °). Zuweilen Schüttelfröste. Puls klein, weich, unregelmäßig, 140. Herztätigkeit beschleunigt, unregelmäßig, leises systolisches Geräusch an der Herzspitze. Leber leicht druckempfindlich, Milz

leicht vergrößert. Harn hochgestellt, dunkelbraunrot, enthält etwas Eiweiß. Blutuntersuchung mangels eines Mikroskops nicht ausgeführt.

Behandlung: Feuchte Packungen des Körpers, kalte Umschläge auf den Kopf, dreimal täglich 10 Tropfen Spirit. aether. Halbstündlich einen Eßlöffel voll Rotwein.

Verlauf: 12. 9. Befinden unverändert.

13. 9. Befinden schlechter. Bewußtsein getrübt. Schüttelfröste fast alle 5 Minuten. Puls 140, unregelmäßig, klein und weich. Läßt Stuhl und Harn unter sich. Temperatur 40,4 °.

14. 9. Ist völlig bewußtlos. Andauernde Schüttelfröste. Puls klein, setzt häufig aus. Aether-Einspritzungen erfolglos. Aus Mund und Nase entleert sich Blut. Um 11 Uhr 30 Min. vormittags tritt bei 40,6 ° Temperatur der Tod ein.

Leichenöffnung auf Wunsch der Eltern unterlassen."

Vergiftungen.

Einen Fall von Schlangenbiß berichtet der Stationsarzt von Kilwa (Oberarzt Dr. Peiper). Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

„Mohamadi, ein Baharia des Bezirksamts Kilwa, wurde am 28. 8. gegen 7 Uhr vormittags von einer etwa 1½ m langen Schlange in den linken Fuß gebissen. Die Schlange haftete fest, erst nach Schleudern des Fußes ließ sie los; ein Zahn blieb in der Wunde stecken und wurde sofort von dem weißen Feldwebel entfernt. Nach dessen Aussage war der Zahn hohl.

Der Feldwebel umschnürte sofort den Fuß und 2 Stunden später befand sich der Mann im Hospital.

Aufnahmebefund: Großer, kräftig gebauter Mann. Er macht den Eindruck eines leicht Angetrunkenen. Puls kräftig, 52, etwas unregelmäßig.

Therapie: Injektion von 10 ccm Calmetteschen Schlangengiftserums in die Bauchhaut. Erweiterung der Bißstelle, die an dem leicht geschwollenen Fuße auf der Innenseite vor dem inneren Knöchel deutlich sichtbar ist, Einreiben von Kal. permang. in Substanz, Einspritzen 1 %iger Kal. permang.-Lösung (6 Spritzen à 1 ccm) in die Umgebung der Wunde. Verband, Bettruhe unter Aufsicht.

Krankheitsverlauf: 28. 8. Die Pulsfrequenz bleibt tagsüber niedrig, sinkt sogar bis auf 42, schwankt abends von 46 bis 56. Gegen Abend wird der Puls regelmäßiger. Der leicht benommene Zustand hört gegen Mittag auf.

29. 8. Puls heute regelmäßig in Füllung und Schlagfolge, kräftig, 76 bis 80 Schläge. M. fühlt sich wohl und hat keine Beschwerden.

Abgangsbefund: 29. 8. abends. Keinerlei Beschwerden. Wird abends als dienstfähig entlassen mit dem Befehle, sich in den nächsten drei Tagen morgens vorzustellen."

Einen ähnlichen Fall von Biß durch eine Puffotter beschreibt Oberarzt Dr. Wünn aus Morogoro:

„Am 7. 2. 09 kam ein in der Umgebung ansässiger Pflanzer zu mir und berichtete mir: Ich bin vor etwa ½ Stunde von einer Puffotter, die etwa 40 cm lang war, gebissen worden. Ich habe danach den rechten Zeigefinger abgebunden, mit einem Rasiermesser hineingeschnitten und mit übermangansaurem Kali gewaschen. Außerdem hat ein Neger Eingeborenenmedizin darauf getan. Ich habe dann die Umschnürung wieder gelöst und eine Dreiviertelflasche Whisky und ebensoviel Kirschwasser getrunken. Dann bin ich zu Rade so schnell wie möglich hergekommen.

Befund: 7. 2. 5 Uhr nachmittags. Blasser Mann von mäßigem Ernährungszustande. Starker Geruch nach Schnaps, Benehmen eines völlig Betrunkenen.

Am rechten Zeigefinger befindet sich an der Streckseite des untersten Gliedes ein etwa 1 cm langer, ganz oberflächlicher Schnitt, der durch stark geschwollenes Gewebe gelegt ist. In seiner Mitte befindet sich ein dunkel aussehender Punkt. Der ganze Handrücken und der halbe Vorderarm sind stark geschwollen und werden als sehr schmerzhaft bezeichnet. Die Schwellung ist nur leicht gerötet. Die Schmerzen strahlen über den ganzen Unterarm und den halben Oberarm aus. Der Puls ist ruhig, etwa 80 Schläge in der Minute, von guter Füllung und Spannung.

Behandlung: Abbinden in der Mitte des Unterarms. Tiefer Schnitt durch die Haut der Bißstelle bis auf die Sehne. Injektion von starker Lösung von Kal. hyp. in die Umgebung der Wunde. Baden der Hand in dieser Lösung. Dann Abnahme der Binde und kräftige Massage nach der Schnittstelle zu, so daß eine große Menge Blut entleert wird.

Verlauf: 6. 2. Starkes Erbrechen von großen Mengen alkoholischer Flüssigkeit. Verband mit Lösung von Kal. hyp. Seit Beginn der Behandlung kein Weiterschreiten der Schwellung. Starkes Nachlassen der Schmerzen. Schlafbedürfnis. Puls ruhig und kräftig, daher Erlaubnis zum Schlaf.

7. 2. Beim Erwachen gibt H. an, gar keine Schmerzen mehr zu haben. Die Schwellung ist auch nicht fortgeschritten. Schläft dann gleich wieder ein.

8. 2. Fährt mit einem Wagen nach Hause.

Kein Fieber. Schwellung hat sich über den ganzen rechten Arm ausgebreitet. Achseldrüsen nicht geschwollen. Sehr starke Schmerzen im rechten Hand- und Ellbogengelenk. Loser, feuchter Verband mit Kal. hyp.-Lösung. Häufiges Baden in kalter Kal. hyp.-Lösung.

9. 2. Erheblicher Rückgang der Schwellung und Schmerzen.

Entlassungsbefund: 15. 2. Keine Schmerzen mehr. Wunde geheilt. Keine Gesundheitsstörungen mehr."

Einen anderen, durch seine genaue Beobachtung interessanten Schlangenbiß berichtet Stabsarzt Dr. Lott aus dem Krankenhaus Tanga:

„Ein Fall von Schlangenbiß erscheint bemerkenswert, weil der Betroffene (selber Arzt) sich selbst genau beobachtet hat. Er wollte eine grüne Baumschlange (Dendrapis angusticeps), die er nicht für eine Giftschlange hielt, aus einem Käfig in einen kleineren setzen, wobei er von der Schlange in beide Hände durch die starken Fanghandschuhe hindurch gebissen wurde. Er stellte zunächst fest, daß das Reptil wider Erwarten sehr starke Giftzähne hatte, legte dann Ligaturen fest an und begab sich sofort zum Krankenhause. Als erste Wirkung des Giftes merkte er wenige Minuten nach der Verletzung vor Anlegung der Ligatur ein eigentümliches Gefühl an der Zungenwurzel, ein Gefühl der Vibration, als ob er faradisiert würde. Dieses Gefühl breitete sich schnell auf die Zunge, die Muskulatur des Gesichts und dann des ganzen Körpers aus; beim Gehen hatte er das Gefühl, als sei Blei in den Stiefeln. Der Befund bei der Aufnahme war folgender: Am rechten kleinen Finger und an beiden Handgelenken straff angezogene Ligaturen (Bindfaden bzw. Taschentuch). Handrücken beiderseits geschwollen, rechter kleiner Finger blaurot verfärbt. Auf dem Rücken des Mittelgliedes des kleinen Fingers sieht man die einem Nadelstiche gleichende Bißwunde, desgleichen auf dem linken Handrücken in der Mitte zwischen erstem und zweitem Mittelhandknochen. Einspritzung von 10 ccm Serum Calmette, lokale Behandlung der Bißstellen. In beiden Händen starkes Brennen. Etwa eine Stunde nach dem Unfall heftiges Erbrechen, das sich nach drei Stunden wiederholt, keine Schluckbeschwerden. Die Schmerzen in den Händen wurden nachts so heftig, daß Morphium gegeben werden mußte. Am andern Tage war das Gefühl der Vibration in den Muskeln verschwunden, dagegen empfand Patient heftiges Brennen in beiden Händen und Unterarmen, die beide stark geschwollen waren; das Oedem des linken Unter-

arms nahm zu, griff am dritten Tage auf den Oberarm über, während das Oedem des rechten Unterarms am gleichen Tage erheblich zurückging. Am dritten und vierten Tage brannten die Bißstellen noch, sonst keine Schmerzen. Das Allgemeinbefinden war vom zweiten Tage ab befriedigend, die Temperatur betrug bei der Aufnahme 37,2, stieg am zweiten Tage nachmittags auf 38,1, am dritten Tage auf 37,9, am vierten Tage auf 37,4, vom fünften Tage ab normal. Der Puls war nur bei der Aufnahme etwas beschleunigt, die Untersuchung des Blutes und Harns ergab keine Besonderheiten. Die Schwellung der Arme war am vierten Tage erheblich, am fünften völlig zurückgegangen, das Oedem der Handrücken hielt noch mehrere Tage an. Das 1. und 2. Glied des rechten Fingers blieben noch längere Zeit gerötet und geschwollen, aktive und passive Bewegungen dieses Fingers waren sehr schmerzhaft und diese Schmerzhaftigkeit verlor sich nur ganz allmählich."

Über einen Fall von Vergiftung durch Genuß von Fisch berichtet derselbe Sanitätsoffizier aus Tanga:

„Am 9. Dezember kam ein Eingeborener in Lazarettbehandlung, der am gleichen Mittag einen giftigen Fisch (mbunju) gegessen hatte, trotzdem er von anderen Boys vor dem Genuß gewarnt wurde.

Befund: 5¼ Uhr nachmittags. Großer, kräftiger Mann. Temperatur nicht erhöht. Patient liegt in leichter Benommenheit da, gibt auf Anrufen Antwort, hat keine Klagen. Pupillen weit geöffnet, Puls beschleunigt, klein, regelmäßig, Atmung ruhig. Verordnung: Rad. Ipecac. dreimal 0,5, ohne daß Erbrechen erfolgt. Patient wird unruhig, wirft sich hin und her, nach einer Stunde tritt der Tod ein.

10. 12. Obduktion ohne Ergebnis."

Hitzschlag.

Über einen Fall von Hitzschlag mit tödlichem Ausgang berichtet Oberarzt Dr. Peiper aus Kilwa:

„Vorgeschichte: 15. 11. 08. Seliman, Kettengefangener, soll heute in der Sonne viel gearbeitet haben. Nachmittag wurde er bewußtlos und sofort ins Lazarett überführt.

Aufnahmebefund: Magerer Mann, 40,2° C. Ist völlig benommen, kann auf Fragen nicht antworten, ist aber imstande, zu trinken. Körperhaut völlig trocken, ebenso die Mundhöhle. Urinblase leer.

Erhält kaltes Wasser mit Hoffmannstropfen sowie wegen äußerst kleinen Pulses (130 Schläge) zwei Campherölspritzen. Wasserübergießungen, Einwickeln in ein nasses Tuch. Keine Erholung. Die Benommenheit nimmt immer mehr zu, er kann nicht mehr trinken.

Die Herzkraft wird immer geringer, Puls und Atem setzt wiederholt aus; Besserung tritt trotz Kampferöl- und Ätherspritzen nicht ein. Unter geringen Zuckungen erfolgt um 5½ Uhr der Eintritt des Todes."

Bösartige Geschwülste.

Einen Fall von Magenkrebs berichtet aus Kilwa Oberarzt Dr. Peiper:

„Am 29. 8. 08 stellte sich in der Poliklinik der Inder Nur Mahomet Dhasi ein. Derselbe war ein kachektisch aussehender, abgemagerter Mann im Alter von 38 bis 40 Jahren. Jedes Fettpolster fehlte; die Haut war runzelig, schlaff und welk, von krankhafter gelber Farbe, die Muskulatur schlaff.

Seine Klagen beliefen sich auf Schmerzen in der Oberbauch- und Nabelgegend, auf Erbrechen schwarzer Massen nach dem Essen, das nur in geringen Mengen genossen werden könne, über Magenblähen, Gefühl von Völle im Leibe und über geringen und erschwerten Stuhlgang.

In der rechten Oberbauchgegend, rechts von der Linea alba, war durch Palpation ein faustgroßer, harter Tumor von höckriger Beschaffenheit festzustellen, der leicht verschieblich war; ebenso waren einige anscheinend walnußgroße Höcker in der Umgebung der Geschwulst durchzufühlen. Die Bauchdecken waren so dünn und schlaff, daß Aorta und Iliacae ohne Mühe zu betasten sind. Es bestand nebenbei große Blutarmut.

Ich stellte die Diagnose auf Pyloruskrebs und riet dem Manne eine Operation in Daressalam an, womit er nicht einverstanden war. Drei Tage konnte ich unverändert denselben Befund erheben, am vierten Tage reiste der Mann nach Tschole ab. Die Eltern sind angeblich in hohem Alter verstorben, die Geschwister sind frei von einem ähnlichen Leiden; er will seit etwas über einem Jahre krank sein."

Einen anderen Krebsfall berichtet Stabsarzt a. D. Dr. Stierling aus Pangani:

„Es handelt sich um einen alten Mshihiri (Araber), der sich nur zweimal in der Poliklinik vorstellte. Die linke Gesichtshälfte war aufgetrieben, auf der Wange saß eine halbapfelgroße, oberflächlich exulcerierte Geschwulst, völlig unverschieblich und m. E. vom Knochen ausgehend und durch die Haut gebrochen. Operation wurde verweigert. Der Mann starb kurze Zeit nachher."

Ein dritter Fall wurde von Stabsarzt Dr. Kudicke im Schlafkrankenlager Kigarama beobachtet. Hier handelt es sich um ein Mammacarcinom:

„Eine etwa 40jährige Frau, die nach Aussage der Angehörigen zuerst vor zwei Jahren eine Anschwellung der rechten Brust bemerkt haben soll (gesehen im Juni 1908), kam mit der Bitte um einen Einschnitt, damit der vermeintliche, in der Geschwulst enthaltene Eiter entfernt würde. Seitdem nicht wieder gesehen. Am 6. 12. 08 morgens gestorben.

Etwa 10 Stunden später Leichenbesichtigung: Kindskopfgroße Geschwulst der rechten Brust mit höckeriger, vielfach geschwürig zerfallener Oberfläche hart (die Angehörigen haben verschiedentlich Einschnitte gemacht, um den ›Eiter‹ aus der Geschwulst zu entfernen). Die Geschwulst ist mit der Haut verwachsen und gegen den Brustkorb nicht verschieblich. Von der Geschwulst aus zieht nach der Achselhöhle ein Strang bis kirschgroßer, ziemlich harter Drüsen. In der Umgebung der Geschwulst fühlt man in der Haut eine Anzahl teils einzeln stehender, teils nahe beieinander liegender erbsen- bis bohnengroßer Knoten." Ein Teil der Geschwulst wurde herausgeschnitten und zur Untersuchung an das Rudolf Virchow-Krankenhaus in Berlin gesandt. Nach Mitteilung desselben zeigte die mikroskopische Untersuchung das typische Bild eines Mammakrebses, das sich in nichts von häufig auch in Deutschland vorkommenden Formen unterschied; „man sieht in einem ziemlich derben, nicht zellig infiltrierten Maschenwerk von Bindegewebe Gruppen von protoplasmareichen Zellen mit großen bläschenförmigen Kernen. Die Zellen sind rundlich, nur wo sie sich stärker aneinanderpressen, eckig. An einigen Stellen ist das bindegewebige Maschenwerk stärker entwickelt, und hier sind die Zellhaufen kleiner und spärlicher. Es handelt sich also um ein weiches Carcinom mit stellenweisem Übergang in Skirrhus."

Der Stationsarzt von Mpapua (Stabsarzt Dr. Stolowsky) berichtet einen Fall von bösartiger Geschwulst der Augenhöhle bei einem 9 Jahr alten Negerknaben:

„Es handelt sich um einen 9 Jahr alten Jungen mit hochgradigem Exophthalmus des linken, übrigens völlig erblindeten Auges. Er gab an, daß das Auge etwa vor 5 Monaten begonnen habe, herauszutreten. Der gänzlich verödete Augapfel wurde enucleirt und als Grund des Exophthalmus eine etwa halbwallnußgroße, markig aussehende, weiche, mehrlap-

pige, in einer bindegewebigen Kapsel eingeschlossene Geschwulst entdeckt, die den hinteren Pol des Bulbus einnahm, dem letzteren sowohl als auch eine Strecke weit dem Sehnerv fast adhaerierte, so daß sie nicht ohne weiteres abzutrennen war. Der Knabe starb etwa 3 Monate nach der Enucleation des Augapfels an Erscheinungen, die auf ein Weitergreifen der Geschwulst auf das Gehirn oder Metastasenbildung schließen lassen. Der Knabe litt in letzter Zeit an häufigen Konvulsionen und namentlich an Erbrechen anscheinend cerebraler Natur."

Excidierte Geschwulstpartikel wurden, in Methylalkohol konserviert, an das Zentralkomitee für Krebsforschung gesandt. Die mikroskopische Untersuchung ergab nach von dort eingetroffenem Bericht, „daß es sich um ein kleinzelliges Rundzellensarkom handelt, also um eine unzweifelhaft bösartige Geschwulst. Es ist sehr möglich, daß dieselbe mit dem Innern des Augapfels in Zusammenhang gestanden hat oder vielleicht aus demselben herausgewachsen ist."

Ein Krankheitsfall, bei dem die Geschwulstbildung nach mikroskopischer Untersuchung ebenfalls zu den Krebsen gehört, kam in Iringa zur Beobachtung. Der Stationsarzt, Oberarzt Wünn, berichtet:

„Ein aus dem Bezirk Schirati stammender Träger, der ungefähr 30 Jahre alt sein mochte, meldete sich bei seiner Herkunft wegen eitrigen Mittelohrkatarrhs krank. Dabei fiel sein stark aufgetriebener Unterleib auf.

Die Untersuchung ergab, daß sich in der Gegend unterhalb der Magengegend ein sehr starker Tumor fühlen ließ, der deutlich fühlbar und abtastbar sich bis 5 cm vor den Rippenrand als rechtwinkliger Körper vorschob, während seine Basis breit in die Leber überging. An den Organen des Unterleibs ließ sich sonst objektiv nichts Krankhaftes nachweisen, nur enthielt der Urin etwas Eiweiß und gekörnte Zylinder, im Bauchraum war freie Flüssigkeit in reichlicher Menge nachweisbar. Der Befund des Herzens war regelrecht bis auf seine matte Tätigkeit. Die rechte Lunge zeigte die Zeichen akuten Bronchialkatarrhs, die linke war regelrecht. Der Kranke wurde im Hospital behalten und starb drei Wochen später an Herzschwäche. Die Obduktion ergab: Gänzlich abgemagerte Leiche, an deren Äußerem nichts Auffälliges zu sehen ist.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich etwa 6 l einer blutigen Flüssigkeit. Die Bauchorgane liegen regelrecht, nur ist das große Netz nach oben zusammengeschoben.

Die Eröffnung der Brusthöhle stößt auf Schwierigkeiten, da starke Verwachsungen zwischen den Pleurablättern der rechten Seite bis über die Mittellinie hinaus bestehen. Hier findet sich an der Stelle der Tymusdrüse ein halbhandtellergroßer harter, flacher Tumor.

Das Herz zeigt außer fettiger Entartung der Muskulatur nichts Krankes, besonders sind Endocard und die Klappen intakt.

Die Lungen zeigen akutes Oedem. Die linke Lunge ist sonst ohne Krankheitszeichen. Die rechte Lunge ist in ihrer ganzen Ausdehnung mit ihrer Umgebung fest verwachsen, so daß ihre Loslösung nur durch Zerreißung gelingt. Diese Verwachsung ist überall sehr derb und zeigt verdickte Einlagerungen, die besonders stark am Diaphragma sind. Sonst ist an der Lunge selbst nichts Besonderes.

Die Bronchialdrüsen sind stark vergrößert, derb und hart und mit ihrer Umgebung fest verwachsen. Die Milz ist von normaler Beschaffenheit, fühlt sich nur etwas derb an.

Die Nierenkapseln lassen sich nur unter Substanzverlust abziehen. Die Nieren sind blutarm und im Zustande chronischer parenchymatöser Entzündung. Der Magen ist völlig regelrecht; es findet sich nicht die geringste Erkrankung an ihm, ebensowenig am Darm.

Die Leber ist 24 cm lang, 20 cm breit und 10 cm hoch. Sie ist sehr hart, knollig, von braungrauer Farbe, in der gelbe markstückgroße und

kleinere Flecken sichtbar sind. Diese Flecken sind stets etwas erhaben. Der Durchschnitt zeigt die Zeichnung des Lebergewebes verwischt und durch vielfach zusammenhängende Massen von Erbsen- bis Taubeneigröße durchsetzt, die sehr hart sind, graugelb aussehen und nestartig eingelagert erscheinen. Sie sind nicht ausschälbar, sondern diffus mit der Umgebung verwachsen.

An dem der Leber entsprechenden Teile des Peritoneum parietale findet sich über einer Rippe, mit dieser nicht verwachsen, ein den übrigen gleichender Tumor von Pfenniggröße, der gelb aussieht, sich hart anfühlt.

Die Bauchspeicheldrüse fühlt sich sehr hart an, zeigt aber sonst keine Veränderungen.

Die übrigen Organe des Unterleibs sind frei von Krankheitszeichen.

Es handelt sich also um eine bösartige Geschwulstbildung, wahrscheinlich Carcinomatose."

Eingesandte Geschwulstteile wurden im Zentralkomitee für Krebsforschung untersucht; dasselbe sandte folgende Mitteilung:

„Es handelt sich um eine Geschwulst von unzweifelhaft bösartigem Charakter, die also im weitesten Sinne des Wortes zu den Krebsen gehört. Dieselbe besteht aus großen, protoplasmareichen Zellen, die, ohne interzellulare Substanz zu bilden, in Gruppen zusammenliegen. Aber auch ein deutliches Stroma ist nicht überall gebildet, so daß an manchen Stellen die Geschwulst den Eindruck eines Sarkoms, an anderen Stellen mehr denjenigen eines Carcinoms hervorruft. Jedoch ist diese Unklarheit der Struktur nicht etwa auf eine wirkliche Kombination dieser beiden Geschwulstarten zurückzuführen, wie sie gelegentlich vorkommt, sondern auf die eigentümliche Anordnung der Zellen, die überall gleichartig ist. Es handelt sich also nicht um eine Mischgeschwulst, die den Namen Carcinoma sarkomatoides verdienen würde. Nach dem Bericht ist der Ausgangspunkt der Geschwulst bei der Sektion nicht gefunden worden. Speziell ist darauf hingewiesen, daß der Magen gesund war. Solche Geschwülste, wie die vorliegende, sind auch bisher vom Magen nicht beobachtet worden, aber ebensowenig ist es bekannt, daß sich solche vom Mediastium aus entwickeln, wie in dem Bericht vermutet wird. Es erscheint vielmehr, daß die Ursprungsstelle der Geschwulst bei der Sektion übersehen wurde, und das ist um so leichter möglich gewesen, weil solche Geschwülste sich erfahrungsgemäß am häufigsten von einem Organ aus entwickeln, das, wenn die Sektion nicht unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen stattfindet, sehr leicht der Berücksichtigung entgeht, nämlich von den Nebennieren. In Wirklichkeit möchte ich nach der Struktur der Geschwulst vermuten, daß es sich um eine bösartige Nebennierengeschwulst handelt, die in den verschiedenen Organen Metastasen gemacht hat. Es läßt sich das aber nur vermutungsweise aussprechen, da ähnliche Geschwülste auch gelegentlich von anderen Organen ausgehen können, in denen versprengte Nebennierenstücke vorkommen. Endlich könnte es sich, da es sich ja um eine Geschwulst der Tropen handelt, über die bisher Erfahrungen noch wenig vorliegen, um etwas Neues und der Wissenschaft noch bisher Unbekanntes handeln."

Über einen anderen Fall von Riesenzellensarkom am Unterkiefer berichtet, ebenfalls aus Iringa, Oberarzt Petzold:

„Am 24. 11. 08. wurde ein etwa 15jähriger, mäßig genährter Mheheknabe mit einem Tumor des Unterkiefers ins hiesige Lazarett aufgenommen, der angeblich seit einem Jahre langsam gewachsen war.

Befund: Aus dem Munde ragt ein etwa hühnereigroßer, sehr derber, fleischartiger Tumor, der am Unterkiefer fest aufsitzt. Der Mund wird ständig geöffnet gehalten. Der Tumor reicht vom 1. vorderen Backenzahn links bis zum 1. vorderen Backenzahn rechts; die dazwischen liegenden Zähne sind teils aus ihrer Stellung zur Seite gedrängt oder ragen aus der Geschwulst nach oben heraus. Der linke obere Schneide-Eck- und 1. Backzahn ist durch die wachsende Geschwulst aus seiner Lage verschoben und

um etwa 4 bis 5 mm nach oben verdrängt. Eine scharfe Abgrenzung des Tumors ist nicht möglich, vielmehr geht die Infiltration unmerklich in die Schleimhaut des Zahnfleisches und der Wangen über. Submental- und Submaxillardrüsen beiderseits zeigen eine ziemlich beträchtliche Schwellung von perlschnurartiger Anordnung und von derber Consistenz. Ebenso sind deutlich geschwollen die Axillar-, Ellenbeugen- und Inguinaldrüsen.

Operationsverlauf: 27. 11. 08. Bei dem Versuche, den Tumor durch partielle Resektion des Unterkiefers radikal zu entfernen, zeigte es sich, daß dieser nach dem Boden der Mundhöhle zu und nach beiden Seiten entlang des Unterkiefers eine größere Ausdehnung besitzt, als man vorher annehmen konnte. Die Blutung wurde hierbei so heftig, daß infolge nicht ausreichender Assistenz auf eine radikale Entfernung verzichtet werden mußte. Es konnte nur die Resektion der medialen Hauptpartie des Tumors, der bei der Nahrungsaufnahme sehr hinderlich war, vorgenommen werden.

Die Heilung der Wunde, die durch Übernähen von Schleimhaut gedeckt wurde, erfolgte per primam intentionem.

Am 31. 12. 08. wurde Patient entlassen. Eine weitere Schwellung der Lymphdrüsen war nicht zu beobachten, desgleichen nicht eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens."

Die Mitteilung über den mikroskopischen Befund seitens des Zentralkomitees für Krebsforschung lautete: „In einer im wesentlichen aus spindelförmigen Zellen bestehenden Gewebsmasse, die nur spärlich ausgebildetes Bindegewebe und wenig dünnwandige Gefäße enthält, liegen eine große Menge von Riesenzellen mit zahlreichen Kernen. Die Kerne sind gleichmäßig in dem Zellkörper verteilt. Die Diagnose lautet demnach auf Riesenzellensarkom."

Aus Bukoba teilt Stabsarzt Dr. Marshall einen Fall von Rundzellensarkom mit:

„Bei einem etwa 30jährigen Maiamann exstirpierte er unter Novocainanästhesie einen Tumor der linken Hälfte des Oberkiefers. Der Tumor sollte angeblich in 20 Tagen zu seiner Größe gewachsen sein. Die gestellte Diagnose Epulis wurde durch Untersuchung im Rudolf Virchow-Krankenhause, Berlin, bestätigt." Die Mitteilung von dort lautete: „Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daß die Vermutung vollkommen zutreffend ist. Man sieht zwischen spindelförmigen Zellen sehr zahlreiche Riesenzellen mit vielen Kernen. Daß dieselben in 20 Tagen gewachsen sein sollten, ist nicht wahrscheinlich. Vielmehr ist anzunehmen, daß wesentlich längere Zeit dazu notwendig war, wahrscheinlich Monate, denn erfahrungsgemäß wachsen diese Geschwülste nicht schnell. Auch haben sie, obwohl sie den Namen Sarkome nach ihrer mikroskopischen Gestalt verdienen, nicht die Gewohnheit besonderer Bösartigkeit. Sie wirken lokal nur wenig zerstörend und wachsen vorzugsweise geschwulstartig nach außen. Auch haben sie nicht die Neigung, Ableger (Metastasen) zu machen, was nur selten bei diesen Geschwülsten vorkommt. Sie werden schon bei kleinen Kindern beobachtet, aber auch bei Erwachsenen bis in das höchste Alter hinein. Die Geschwulst unterscheidet sich mikroskopisch in keiner Weise von den gleichen Geschwülsten, die hier zu Lande vorkommen und ziemlich häufig sind."

Über einen Fall von Lymphsarkom berichtet Stabsarzt Dr. Lott aus Tanga:

„Ein bei Lamu geborener Fischer, etwa 35 Jahr alt, der während der letzten drei Jahre in Moa gewesen war, suchte das Krankenhaus wegen einer Geschwulst auf, die angeblich seit 8 Monaten bestand und mäßige Schmerzen verursachte. Die rechte Hälfte des Halses war durch eine Geschwulst eingenommen, welche die Größe eines Kindskopfes hatte, auf der Unterlage fest und breit aufsaß, sich ziemlich derb anfühlte und ge-

lappt war. Sie reichte von der Höhe des äußeren Gehörgangs bis zum Schlüsselbein hinunter, die Haut über ihr war stark gespannt und zeigte an zwei Stellen einen Substanzverlust von der Größe eines Ein- bzw. Fünfmarkstückes, der durch Granulationen ausgefüllt war, welche einen gelblichen, schmierigen, übelriechenden Belag trugen. Der Kehlkopf war etwas über die Mittellinie hinaus nach links verschoben. An der linken Halsseite dicht oberhalb der Mitte des Schlüsselbeins befand sich eine hühnereigroße, ebenfalls gelappte Geschwulst, über der die Haut unverändert war. Der Kranke kam im Zustande größter Abmagerung ins Krankenhaus, 14 Tage nach seiner Aufnahme stellten sich heftige Durchfälle ein, denen er innerhalb von wenigen Tagen erlag. Die Obduktion ergab nichts Bemerkenswertes."

Zur Sicherstellung der Diagnose wurden Geschwulstteile an das Zentralkomitee für Krebsforschung geschickt. Die mikroskopische Untersuchung ergab:

„Es handelt sich um ein aus ziemlich großen Rundzellen gleichmäßig zusammengesetztes Gewebe. Die Zellen haben den Charakter lymphatischer Zellen, sind aber etwas größer als diese. Zahlreiche Nekrosen durchsetzen das Gewebe in unregelmäßiger Weise. Es handelt sich unzweifelhaft um ein Lymphsarkom, das von den Lymphdrüsen des Halses ausgegangen sein dürfte."

Über ein Enchondrom berichtet Oberarzt Dr. Wolff aus Lindi:

„Am 5. 3. 09. kam ein etwa 22 Jahre alter Mann zur Aufnahme, der seit etwa 4 Jahren an einer langsam sich vergrößernden Geschwulst an der linken Halsseite litt.

Befund: Kräftiger, gut genährter Mann, Myas, von gesundem Aussehen.

An der linken Halsseite, medianwärts vom Musculus sternocleidomastoideus, bis unter den Unterkieferwinkel reichend, eine indolente, harte Geschwulst von mehr als Enteneigröße, über der die Haut verschieblich ist. Sonst keine Drüsenschwellungen. Lungen ohne krankhaften Befund.

Da Patient mit der Exstirpation einverstanden war, wurde am 5. 3. 09. die Operation in Chloroformnarkose vorgenommen und die Drüsengeschwulst herausgeschält.

Der Mann wurde am 31. 3. geheilt entlassen."

Die Geschwulst wurde zur genaueren Bestimmung an das Zentralkomitee für Krebsforschung nach Berlin gesandt. Das Untersuchungsergebnis war folgendes:

„Die Geschwulst stellt eine eiförmige, sehr harte Masse dar, von etwa 8 cm Länge und 4 cm Dicke. Beim Durchschneiden bemerkt man die sehr erhebliche Konsistenz der Geschwulst. Sie ist unelastisch und gleichmäßig sehr hart. Der Durchschnitt sieht schneeweiß aus und vollkommen glatt. Mit bloßem Auge lassen sich irgendwelche Differenzierungen an diesem Durchschnitt nicht erkennen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß die Hauptmasse aus glasigem, hartem Material besteht, das sich zum Teil mit Haematoxylin blau färben läßt. In demselben liegen gleichmäßig verstreut nicht sehr zahlreiche Kerne, die jedesmal von einem kleinen cystischen Raum umgeben sind. Das Bild gleicht vollkommen einem Knorpel. Dazwischen sind zellige Züge zu sehen, die zum Teil einfache Reihen darstellen, zum Teil aber drüsenschlauchartige Anordnung zeigen.

Solche Geschwülste sind seit langer Zeit bekannt und aus allen Kulturgegenden beschrieben. Dieselben gehen von den Speicheldrüsen aus, gewöhnlich von der Ohrspeicheldrüse, zuweilen aber auch von der Kieferwinkeldrüse.

Das letztere ist vielleicht hier der Fall gewesen, wie aus der beigefügten Schilderung zu entnehmen ist.

Diese Geschwülste haben den Namen Enchondrom oder auch Chondro-Adenom erhalten, und die Anschauungen darüber, von welchem Teil der Speicheldrüse sie ausgehen, sind noch nicht eindeutig geklärt.

Gewöhnlich wird angenommen, daß es sich um endotheliale Geschwülste handelt. Dieselben sind äußerst selten bösartig. Gewöhnlich verhalten sie sich vollkommen gutartig und recidivieren dann auch nicht nach der Exstirpation."

Lepra.

Einen Fall von Lepra, kompliziert mit Framboesie, beschreibt Oberarzt Dr. Ruschhaupt aus dem Sewa-Hadji-Hospital zu Daressalam:

„Vorgeschichte: Kochboy A., angeblich aus Kilwa stammend, seit 4 Jahren in Daressalam. Seit längerer Zeit, genauer nicht zu bestimmen, an Geschwüren leidend. Die Geschwüre, wenn überhaupt, heilten sehr langsam.

Befund: Ziemlich kleiner Mann, etwa 20 Jahr alt. An der linken Ohrgegend sowie in der rechten Gesichtshälfte, desgleichen an beiden Armen, am rechten Gesäß, geringer an den Beinen, teils flächenweise, teils linienförmig eine hellbraune, auffällige Pigmentierung. Am rechten Teil der Oberlippe eine mit Krusten bedeckte etwa 25 pfennigstückgroße Ulceration. Die rechte große Zehe fehlend, aber gute Vernarbung. Das Nagelglied des rechten kleinen Fingers verkümmert. An der Streckseite des rechten 4. Fingers zwei fest vernarbte tiefe Geschwüre. Zwischen 4. und 5. Finger an der Handfläche eben ein solches. An der Uluarseite des kleinen Fingers an Mittel- und Endglied von einem mächtigen torpiden Geschwür eingenommen. Eine genauere Gefühlsprüfung nicht möglich. Krankheitsname: Lepra und Framboesie.

Der Kranke wird dem Lepraheime zu Bagamojo überwiesen."

Beri-Beri.

Aus dem Gouvernements-Krankenhause Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Ahlbory einen Fall von Beri-Beri mit tödlichem Ausgange:

„Ein Fall von Beri-Beri verdient deswegen Erwähnung, weil diese Krankheit in unserer Kolonie verhältnismäßig selten beobachtet wurde. Er betrifft einen Goanesen, Schiffssteward auf einem der die Küste befahrenden Gouvernementsdampfer. Der Kranke war bis vor 14 Tagen gesund gewesen. Er wurde als Sterbender mit unternormaler Temperatur eingeliefert. Es bestand Dyspnoe, frequenter kleiner Puls, der kaum zu fühlen und nicht zu zählen war, starke Vergrößerung der Herzdämpfung. Ödeme an Beinen und Armen und Ascites. Die Herztätigkeit ließ sich durch keines der zu Gebote stehenden Mittel mehr anregen, der Tod trat nach 2 Tagen ein. Der Sektionsbefund — insbesondere der Befund am Herzen, starkes perikarditisches Exsudat und Dilatation des Herzmuskels — bestätigte die Diagnose der akuten perniziösen oder kardiovasculären Form der Beri-Beri."

Einen anderen günstig verlaufenden Fall aus demselben Krankenhause berichtet Stabsarzt Ullrich:

„In einem weiteren Falle wurde Beri-Beri bei einem italienischen Matrosen beobachtet, welcher sich seit einem Jahre in tropischen Wässern an der afrikanischen Küste befand, während der letzten 5 Monate in Zanzibar gewesen und mit dem Kriegsschiff ›Caprena‹ soeben in Daressalam eingetroffen war; derselbe ist mit plötzlich auftretenden Schmerzen im Epigastrium erkrankt, wozu sich bald Schwellungen beider Unterschenkel gesellt hatten. Am 3. Krankheitstage konnte der Befallene nicht mehr gehen und stehen. An den Herzklappen war der erste Ton gespalten, besonders über der Mitralis. Die Haut der Unterschenkel, an

welchen Paraesthesien bestanden, war bis oberhalb der Kniee hochgradig druckempfindlich, Bauch- und Kremasterreflex waren verstärkt, die Patellarreflexe normal. Die Pupillen reagierten gleichmäßig auf Lichteinfall. Die rohe Druckkraft der Hände war stark herabgesetzt, die Füße befanden sich in Varo-equinus-Stellung. Die Körperwärme war während des Krankheitsverlaufs regelrecht, nur ausnahmsweise und nur bis 37,7° erhöht, der Puls zeigte entsprechende regelrechte Frequenz. Die tägliche Menge des Urins war meist niedrig, das spezifische Gewicht etwas erhöht.

Die Ödeme der Unterschenkel vergingen im Laufe einer Woche, die Lähmungserscheinungen ließen langsam nach. Nach Verlauf eines Monats wurde der Kranke geheilt entlassen."

Maltafieber.

Über einen Fall, in dem nach den klinischen Erscheinungen Maltafieber vermutet wurde, ohne daß allerdings dasselbe auf serodiagnostischem Wege sicher nachgewiesen werden konnte, berichtet Oberstabsarzt Dr. Schörnich aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam:

„Es handelt sich um einen Italiener, welcher seit 11 Jahren im Schutzgebiet und seit 1½ Jahren in Morogoro war. Er ist mit Kopfweh, Fieber und Durchfall ohne Leibschmerzen erkrankt und wurde am 7. Krankheitstage nach Daressalam gebracht. Das Fieber erreichte in den ersten Tagen mit Remissionen mehrfach über 40° (im Maximum 40,7°). Im Blut wurden am 3. Tage einzelne große Tropicaringe, nie Spirochaeten gefunden. Trotz reichlicher Chininzufuhr (täglich zweimal 0,5 intramuskulär 4 Tage lang und dann innerlich) trat abends stets Fieber von 39° und darüber auf mit staffelförmigem Ansteigen, so daß Typhus angenommen wurde. Die Temperatur hielt sich lange kontinuierlich hoch, allmählich wurde Morgen- und Abendtemperatur niedriger, blieb vom 35. Tage nach der Aufnahme an unter 38° und vom 41. Tage an unter 37° oder dicht daran, letzteres 10 Tage lang. Die Diagnose Typhus schien demnach gesichert. Nach diesen 10 oder eigentlich 16 fieberfreien Tagen, während deren der Kranke sich erholt und im ganzen wohl gefühlt, vorübergehend jedoch über Schmerzen im rechten Bein geklagt hatte, setzte unter staffelförmigem Ansteigen ein Rückfall der Krankheit ein, welcher sich in derselben Weise abspielte wie die erste Erkrankung, eine Zeitlang kontinuierlich hohes Fieber aufwies und unter allmählich tiefer gehenden Morgenremissionen nach im ganzen 20 Tagen wieder zur Norm zurückgekehrt war.

In den Tagen des Abfallens des Fiebers war das seit langem hier erwartete Fickersche Reagens angekommen. Die (von Dr. Martin Maier vom Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten angestellte) Agglutinationsprobe war bei Verdünnung 1 : 100 positiv. 19 Tage später wurde die Agglutinationsprobe wiederholt und fiel abermals positiv aus. Es war dies am dritten Tage eines neuen dritten, nach 14 fieberfreien Tagen auftretenden Anfalls, welcher unter demselben Fiebertypus verlief wie der vorhergehende, und bei dem erst nach 31 Tagen die Temperatur wieder zur Norm zurückgekehrt war. Nach 8 fieberfreien Tagen zeigte sich nochmals ein allmähliches staffelförmiges Ansteigen der Temperatur, welche nach erst 37 Tagen Dauer unter langsamem Abfall wieder auf 37° zurückging. Der Kranke war dann noch 10 Tage im Krankenhaus fieberfrei.

Es war therapeutisch erst Chinin, dann außerdem Arsenik, vorübergehend Calomel 0,01, Ol. Ricini, Bäder, später Jodkali, lange Zeit in Dosen bis 3 g am Tage, Haematogen, Pyramidon und Digitalis gegeben worden.

Eine Möglichkeit zur Prüfung der Diagnose auf serodiagnostischem Wege lag nicht vor.

Für Typhus ist der Verlauf mit 3 schweren Nachschüben wohl etwas außerordentlich Seltenes."

Albinismus.

Über einen Fall von totalem Albinismus aus Mtumbiyayuu (Matumbi-Berge) berichtet Oberarzt Dr. Peiper:

„Beide Eltern sind Matumbileute von gesundem, kräftigem, ganz normalem Aussehen. Ihr erstes Kind ist ein jetzt 4 Monate altes, gesundes, gut genährtes Mädchen von völlig weißer-zartrosa Hautfarbe, weißblondem, nur wenig gekräuseltem Haupt- und Körperhaar. Die Augen des Kindes sind jedoch auffälligerweise dunkelbraun.

Bösartige Geschwülste oder sonstige Krankheitserscheinungen wurden bei dem Kinde nicht beobachtet.

In den Familien der Eltern sind ähnliche Fälle angeblich nicht vorgekommen."

Gehirn- und Nervenkrankheiten.

Einen Fall von schwerer Neurasthenie berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam, der ganz besonderes Interesse bietet:

„Es handelt sich um einen Mann, welcher vor einigen Jahren in einer anderen afrikanischen Kolonie nach kurzem Aufenthalt daselbst an nervösen Beschwerden, Druck in der Herzgegend, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Zittern, erkrankt und nach im ganzen viermonatiger Dienstzeit nach Europa zurückgesandt worden war.

Er hatte dann in Deutschland 3 Jahre hindurch einen anstrengenden Dienst vollkommen versehen können.

Bald nach seinem Eintreffen in Deutsch-Ostafrika, schon auf der Reise ins Innere, stellten sich wieder dieselben nervösen Beschwerden ein, Druck in der Herzgegend mit nachfolgendem Schweißausbruch, Druck im Kopf über den Augen, Schlaflosigkeit und Zittern, außerdem ein unbestimmtes Angstgefühl, wenn er allein war. Der Zustand schloß eine ernstliche dienstliche Tätigkeit unter afrikanischen Verhältnissen aus, so daß der Kranke nach knapp fünfmonatigem Aufenthalt in der Kolonie tropendienstunfähig in die Heimat zurückgesandt werden mußte.

Hier, wie in einem vor einigen Jahren hier beobachteten ähnlichen Falle, waren nicht die klimatischen Einflüsse, sondern vor allem das durch den Dienst im Innern Afrikas zeitweise bedingte Fernsein von anderen Europäern und Aufsichselbstangewiesensein das schädliche Moment, dem der nervenschwache Organismus nicht gewachsen war.

Der Fall lehrt, daß bei Neurasthenikern dieser Art auch ein mehrjähriger Aufenthalt in Europa, während dessen der Betreffende vollkommen arbeitsfähig sein kann, die Widerstandsfähigkeit für eine Tätigkeit in Afrika unter den oben angegebenen Verhältnissen nicht herzustellen vermag."

In demselben Krankenhaus konnte ein Fall von halluzinatorischer Paranoia beobachtet werden. Stabsarzt Dr. Exner berichtet darüber folgendermaßen:

„Ein 29 Jahre alter Mann, welcher sich seit 10 Jahren in den Tropen befand, wurde dem Krankenhause überwiesen, da er an den Vollziehungsbeamten mit der Bitte herangetreten war, ihn in Schutzhaft zu nehmen, weil er überall wegen Diebstahls und Unterschlagung belästigt werde.

Er schlief nach der Aufnahme erst bis zum nächsten Tage, nahm keine Nahrung zu sich, zeigte dann eine schwer niedergedrückte Stimmung und scheues Wesen. Auf Befragen gab er an, Stimmen zu hören, auch behauptete er, daß es in seinem Zimmer nach Blausäure röche.

Während so Gehörs- und Geruchshalluzinationen angegeben wurden, stellte der Kranke Sinnestäuschungen im Gebiete des Gesichtssinnes in Abrede.

Im weiteren Verlauf versuchte er dem Bezirksgericht eine Selbst-

anzeige zugehen zu lassen, worin er behauptete, er werde perverser sexueller Handlungen mit anderen Personen beschuldigt, dessen er sich nicht erinnere und die er nur im Zustande sinnloser Trunkenheit ausgeführt haben könne.

Sehr reichlicher Alkoholgenuß wurde ihm von seinen Bekannten nachgesagt und von ihm selbst zugegeben.

Ob die Geistesstörung, Kleinheits- und Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen auf diese Schädlichkeit zurückzuführen war oder melancholisches Irresein vorlag, konnte nicht festgestellt werden.

Während seiner Beobachtungszeit bekam er einen Malariaanfall und wurde dann tropendienstunfähig in die Heimat zurückgesandt."

Ein anderer Fall von akuter halluzinatorischer Paranoia mit Dämmerzustand kam in Mahenge vor. Stabsarzt Dr. Grothusen berichtet darüber:

„Ein 40jähriger Manjema-Händler, der früher angeblich nie krank gewesen war, insbesondere nie epileptische Anfälle gehabt hatte, erkrankte plötzlich im Anschluß an die Einnahme einer Eingeborenenmedizin, die er genommen hatte, um Fruchtbarkeit seiner Frau zu erzeugen — die Medizin bestand aus Hyänen- und Leopardenmist —, an akuten Verfolgungsideen, an akuter Verwirrtheit. Er lief plötzlich aus seiner Wohnung fort, behauptete, den Teufel (Sheitani) gesehen zu haben, der ihm ein Leid antun wolle und flüchtete auf den Kirchhof, wo er nächtigte. Dort wurde er am nächsten Morgen in verwahrlostem Zustande auf der blanken Erde liegend gefunden und in die Poliklinik gebracht.

Bei der Aufnahme behauptete er noch immer, daß er den Teufel gesehen und noch von ihm verfolgt werde. Im übrigen war er zeitlich und örtlich orientiert, jedoch sehr aufgeregt und zerfahren. Körperlich war nichts Krankhaftes an ihm zu finden.

Er erhielt zunächst 0,3 Kalomel und wurde dann mit Bettruhe (im Hospital) und großen Bromdosen behandelt.

Am folgenden Tage war er geistig wieder völlig geordnet, hatte auch teilweise Krankheitseinsicht, wenn er auch — was ja bei den Anschauungen der Farbigen leicht verständlich ist — fest bei seiner Ansicht blieb, daß der Teufel ihn bedroht habe, jetzt aber könne er ihm nichts mehr anhaben, da er (der Kranke) europäische Medizin im Hospital erhalten habe und infolgedessen jetzt gesund sei.

Nach vier Tagen wurde er gesund entlassen."

Über einen Fall von tuberkulöser Hirnhautentzündung berichtet Oberarzt a. D. Dr. Lenz aus Bagamojo folgendes:

„Ein Askari der hiesigen Polizeiabteilung kam, gestützt von zwei Kameraden, am 18. Juli 1908 morgens zum Revierdienst. Der begleitende Polizeiwachtmeister gab an, daß der Mann, früher immer gesund und dienstfähig, die letzten 2 Tage eigentümlich störrisch und stumpfsinnig sei, auf Kommandos nicht oder falsch reagiere und anscheinend an Geistesstörung leide.

Es war ein kleiner, sehr gut ernährter Mann, der sich nicht allein aufrecht erhalten konnte; die Temperatur betrug 40,0°, der Puls war entsprechend beschleunigt, das Bewußtsein stark getrübt.

Die Untersuchung der Lungen, bei dem delirierend vor sich hinredenden Manne schwierig, ergab keinen sicheren Anhalt für eine anatomische Veränderung. Die Blutuntersuchung ergab keine Malariaparasiten. Husten und Auswurf waren nicht vorhanden. Am 19. stellten sich Augenrollen und zuckende Bewegungen der Arme und Beine ein. Die Nackengegend wurde steif gehalten, der Versuch, die Halswirbelsäule und den Kopf zu bewegen, wurde mit Stöhnen beantwortet. Auf der Oberlippe zeigte sich ein Herpes.

Am 20. wurde der Kranke unter mäßigem Absinken der Körperwärme komatös, und abends trat der Tod ein.

Die Sektion ergab verkäste Herde in beiden Lungenspitzen, rechts auch eine kleine Kaverne, verkäste Bronchiallymphdrüsen und eine über die weichen Hirnhäute verbreitete, eitrige Entzündung mit reichlicher Eiteransammlung im Arachnoidealsack, die sich bis auf das Halsmark erstreckte."

Eitrige Gehirnhautentzündung nach Mittelohreiterung konnte Oberarzt Dr. Brünn im Sewa-Hadji-Hospital Daressalam beobachten:

„Ein schwarzer Heizer wurde in bewußtlosem Zustande dem Hospital zugeführt. Nach Angabe der deutschen Maschinisten soll er an eitriger Mittelohrentzündung seit 8 Tagen schon gelitten haben und auf dem Dampfer mit Einspritzungen von heißem Tee behandelt worden sein. Im Lazarett wurde Koma, Reaktionslosigkeit der Pupillen, beschleunigter Puls und eitriger Ausfluß aus dem rechten Ohr konstatiert. Nach 24 Stunden traten Blasen- und Mastdarmlähmungen, starke Salivation und endlich der Tod ein.

Die Sektion bestätigte die schon bei Lebzeiten gestellte Diagnose ›eitrige Gehirnhautentzündung infolge eitriger Mittelohrentzündung‹."

Stabsarzt Dr. Grothusen beobachtete spinale Kinderlähmung bei einem 12jährigen Knaben in Mahenge. Er schreibt:

„Bei einem wegen Sandflohgeschwüre behandelten Kranken, einem 12jährigen Knaben, fand ich das Bestehen einer totalen Lähmung des linken Armes mit ausgeprägten Kontrakturen. Das Ellbogengelenk stand im stumpfen Winkel gebeugt, die Hand hing wie bei Radialislähmung herab. Passive Streckungen waren unmöglich. Die Sensibilität war intakt.

Das Leiden hatte mit zehntägigem schweren Kranksein vor 3 Jahren akut eingesetzt. Danach war eine schlaffe Lähmung eingetreten, die erst allmählich zu Kontrakturen führte."

Einen Fall von Tabes dorsalis berichtet Oberarzt Wünn aus Iringa:

„Jumbe Wangidunda, 34 Jahre alt, gibt an, niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Speziell bestreitet er das Überstehen von Syphilis oder anderer Geschlechtskrankheiten. Jetzt soll ihm ein Mann Gift gegeben haben, nach dessen Genuß er nicht plötzlich, sondern allmählich erkrankte. Das Gift soll von einem ›Mganga‹ (eingeborener Arzt und Zauberer) bereitet sein, der es als Mittel gegen Geisteskrankheiten und als ungiftig bezeichnete. Es wachse auf einem ›Mkufa‹ genannten Baume in Ubena.

Großer Mann von kräftigem Knochenbau. Fettpolster sehr gering, Muskulatur dürftig. Starke Atrophie der Muskulatur von den Hüften an bis zu den Füßen. An den Organen der Brust- und Bauchhöhle nichts Krankhaftes auffindbar.

Die Pupillen reagieren nicht auf Lichteinfall.

Die Wirbelsäule ist von den untersten Brustwirbeln bis zum Steißbein druckempfindlich. Die Patellarreflexe sind aufgehoben, ebenso die Reflexe an der Achillessehne. Der Fußklonus ist nicht vorhanden. Die Kremasterreflexe sind normal, ebenso alle anderen Reflexe. Das Gefühl ist am ganzen Körper völlig regelrecht.

Der Kranke kann nicht allein stehen, sondern läßt sich von zwei Männern an den Schultern tragen und setzt dabei die Beine kraftlos. Der Gang ist demnach sehr wenig deutlich, durch die Muskelatrophie wenig kräftig, aber deutlich schlendernd.

Zeichen von Syphilis sind nicht zu finden. Behandlung: Antipyrin 3,0 täglich.

Keine Besserung erreicht. W. verläßt am 5. 8. die Behandlung, um in seine Heimat zurückzukehren, freiwillig."

Aus dem Farbigen-Hospital Tanga berichtet Oberarzt Jungels einen interessanten Fall von multipler Sklerose:

„Am 18. 1. 09. wurde der etwa 24 Jahre alte Manjema Salimu ins hiesige Farbigenhospital vom Bezirksamt gesandt, weil seine Frau auf Scheidung der Ehe klagt, während seine Mutter behauptet, daß er von seiner Frau verzaubert sei. Seit ungefähr 3 Monaten soll heftiges Zittern bei jeder Bewegung, Stottern und Stammeln, unsicherer Gang, blödes Aussehen des Kranken bestehen. Er soll seine geschlechtlichen Bedürfnisse nicht durch Beischlaf, sondern durch Cunnilingus befriedigen. Er selbst sowohl wie seine zur Zeit hier anwesende Mutter geben an, daß er aus gesunder Familie stamme und bis zu seiner jetzigen Erkrankung niemals erheblich krank gewesen sei.

S. ist ein mittelgroßer, kräftiger Mann von gesundem Aussehen, gut entwickelter Muskulatur. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle zeigen keinen krankhaften Befund. Die Gliederhaltung ist regelrecht, Atrophien sind nirgends nachzuweisen. Im Gesicht sowohl wie an beiden Armen und beiden Beinen bestehen unwillkürliche Zuckungen; ganz besonders auffällig treten tonische Krämpfe beim Beginn willkürlicher Bewegungen der Muskulatur der Arme und Beine auf, ebenso Intentionskrämpfe der Gesichtsmuskulatur beim Beginn des Sprechens. Während des Schlafens sind Zitterbewegungen nicht vorhanden. Geringes Augenzittern (Nystagmus). Die Bewegungen, sowohl die freien aktiven wie die mit Widerstand aktiven und passiven, sind frei und ungestört, abgesehen von den eben beschriebenen Intentionskrämpfen. Beide Gesichtshälften gleich, Mund gerade, Augäpfel stehen regelrecht. Die Pupillen sind beiderseits gleich, mittelweit, reagieren leicht auf Lichteinfall und Anpassung. Stirn runzeln, Augen schließen, Mund spitzen, Lachen, Backen aufblasen, Zunge herausstrecken, nach rechts und links bewegen, Kaubewegungen, Augenbewegungen werden regelrecht ausgeführt. Bei jeder willkürlichen Bewegung tritt jedoch Intentionstremor auf. Der Stand des weichen Gaumens und Zäpfchens ist regelrecht, Gaumenheben durch Intonieren ebenso. Kopfhaltung regelrecht. Beuge- und Drehbewegungen des Kopfes werden, abgesehen von dem Intentionstremor, regelrecht ausgeführt. Haltung der Arme, Stellung der Finger, Umfang des Daumens- und kleinen Fingerballens ebenso. Schulter heben, Arme heben, abduzieren, vorgestreckt halten, Unterarm beugen und strecken, pronieren, supinieren, Hand und Finger beugen und strecken, Finger spreizen, Daumen einschlagen werden regelrecht, allerdings mit Intentionstremor ausgeführt. Händedruck nach Überwindung des Intentionstremors kräftig und beiderseits gleich. Heben der Beine, abduzieren, Unterschenkel beugen und strecken wird nach Überwindung des Intentionstremors regelrecht ausgeführt. Atmung, Unterleib, Wirbelsäule, Gesäß zeigen regelrechten Befund. Nach vorn, hinten, seitlich Beugen, tief Inspirieren, Husten geschieht, abgesehen vom Intentionstremor regelrecht. Blase und Mastdarm funktionieren angeblich regelrecht und ungestört. Bei geschlossenen Augen schwankt Patient so stark, daß er gehalten werden muß. Rombergsches Symptom positiv. Das Übereinanderschlagen der Beine wird im Liegen ebenso wie das Berühren des Knies mit der Ferse des anderen Beines regelrecht, allerdings mit starkem Intentionstremor ausgeführt. Das Ergreifen von Gegenständen geschieht nach Überwindung des Intentionstremors regelrecht. Bei der Sprache heftiger Intentionstremor der Gesichtsmuskeln; es besteht besonders beim Beginn der Rede heftiges Stottern. Der Schritt ist nach Überwindung des Intentionstremors frei. Letzterer ist so stark, daß er während der ersten Schritte durch sichtliche Kraftanstrengung überwunden werden muß. Über Taubheitsgefühl, Kribbeln, Schmerzen wird nicht geklagt. Feinste Berührungen, wie schmerzhafte Nadelstiche, werden richtig angegeben und empfunden, ebenso Wärme und Kälte. Muskelsinn, Gesichtsfeld, Gehör, Geruch, Geschmack zeigen keine Abweichung

von der Regel. Sohlen- und Handflächenreflexe, Kremasterreflexe, Bauchdecken-, Lid-, Bindehaut, und Gaumenreflex regelrecht, Patellarreflex verstärkt. Achillessehnenreflex, Fußklonus, Handgelenk-Bicepssehnen-, Tricepssehnenreflex bieten keine Abweichungen von der Regel, Ellbogendrüsen-, Leisten und Nackendrüsen geschwollen, nicht schmerzhaft.

Auf Grund dieser Befunde wurde die Diagnose: ›Multiple Sklerose‹ gestellt und, da die allgemeine Drüsenanschwellung auf Syphilis hindeutete, eine Schmierkur eingeleitet und innerlich dreimal täglich 1 Eßlöffel Sol. Kal. jod. 20 : 200 gereicht.

Unter dieser Behandlung trat eine erhebliche Besserung, jedoch keine vollkommene Heilung ein. S. wurde am 20. 2. auf seinen eigenen Wunsch entlassen."

Herzkrankheiten.

Einen Fall von Herzbeutelentzündung berichtet Oberarzt Jungels aus dem Farbigen-Hospital Tanga:

„Am 29. 12. 08. kam der Mnyamwesi Sh. mit Anchylostomiasis in Zugang. Die Untersuchung ergab neben den Wurmeiern im Stuhl folgendes:

Sh. ist ein mittelgroßer, sehr elend aussehender Mann in äußerst schlechtem Ernährungszustande. Farbe der sichtbaren Schleimhäute auffallend blaß, Atmung beschleunigt und angestrengt. Unterleib etwas geschwollen. Herzdämpfung: Die obere Grenze liegt am zweiten Rippenknorpel, die äußere erreicht die hintere Achsellinie, die innere überschreitet die rechte Brustwarzenlinie um 10 cm, die untere liegt auf der achten Rippe. Die Herzdämpfung hat die Form eines gleichschenkligen Dreiecks mit der Spitze nach oben. Herzstoß und Spitzenstoß weder sichtbar noch fühlbar. Herztöne kaum zu hören. Über dem linken Schulterblatt relativ gedämpfter Lungenschall und ausgesprochenes Bronchialatmen. An der Basis der Dämpfungsfigur ist ein deutliches perikardiales Reibegeräusch zu hören. Die untere Lebergrenze überschreitet um Handbreite den Rippenbogen. Leberrand deutlich fühlbar. Wegen des elenden Zustandes des Patienten mußte von einer Thymolkur und einer Operation abgesehen werden. Die Behandlung bestand in innerlicher Darreichung von Inf. Fol. Digital. 1 : 200 zweistündlich 1 Eßlöffel. Die Digitaliskur hatte nicht den geringsten Erfolg. Am 4. 1., 2½ Uhr nachmittags, trat der Tod ein. Die Obduktion ergab etwa 5 Liter Perikardialflüssigkeit von bernsteingelber durchsichtiger Farbe im Herzbeutel. Herz nicht vergrößert, eher klein zu nennen, erreicht nicht die Größe der Faust des Besitzers. Das ganze Epikard ist mit hirsekorngroßen, teils weiß, teils rötlich gefärbten Faserstoffmassen bedeckt, deren nach der Herzbeutelhülle gerichtete Lagen zottig angeordnet sind. Am ganzen Herzen war nicht eine Stelle zu finden, wo das Epikardium eine regelrechte Beschaffenheit zeigte."

Kropf.

Ein Fall von ausgedehntem Kropf kam in Mahenge zur Operation. Stabsarzt Dr. Grothusen berichtet darüber:

„Eine Kranke mit Gallertkropf wurde operiert. Sie gab an, daß die Geschwulst vor drei Jahren allmählich entstanden sei. Seit einigen Tagen habe sie Schmerzen beim Schlucken. Ihre Eltern und Geschwister sollen gesund und ohne Kropf sein.

Die Kranke, ein Mhehe-Weib, macht den Eindruck eines Kretins. Sie ist trotz ihrer 28 Jahre nur 148 cm groß, hat verkrüppelte Ohren (angeboren) und einen großen Kropf, die Psyche ist intakt.

Der Kropf ist auf der rechten Seite mannsfaustgroß, links taubeneigroß. Die untere Luftröhrenhälfte ist etwas nach links konvex verbogen. Die Geschwulst fühlt sich hart an; die Haut ist überall über ihr verschieblich. Im Rachen, Hals und Kehlkopf ist mit Spiegeluntersuchung nichts Regelwidriges festzustellen.

Durch Operation in Narkose wurde der rechtsseitige Kropftumor entfernt. Er reichte nach unten bis unter das Schlüsselbein, nach hinten bis auf die Wirbelsäule und hatte die Muskeln dort weit nach außen gedrängt. Eine Verbindung mit dem linken Kropftumor war nicht festzustellen. Die Operation war außerordentlich blutreich. Die Wunde wurde vernäht; sie heilte primär. Nach 10 Tagen wurde die Kranke geheilt und ohne Beschwerden entlassen. Sie befindet sich jetzt nach 2 Monaten völlig wohl, die linke Kropfgeschwulst ist kaum noch zu fühlen.

Die Geschwulst erwies sich als fester Gallertkropf, Cysten waren in ihr nicht vorhanden. Die einzelnen Acini waren sehr groß und mit gelatinösen Massen gefüllt; die bindegewebigen Septa zwischen ihnen waren sehr wenig entwickelt, enthielten jedoch ebenso wie die festere Kapsel sehr viel erweiterte Gefäße."

Kiefer- und Zahnkrankheiten.

Aus Mahenge berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen:

„Zwei Fälle von Unterkiefernekrose im Anschluß an Zahnkrankheiten kamen in Behandlung. Bei dem einen Kranken hatte sich der Sequester, der hintere Teil des Körpers links, schon spontan durch ein den hinteren beiden Mahlzähnen entsprechendes Loch ausgestoßen.

Der zweite Fall wurde operiert. Der Kranke hatte vor 3 Jahren starke Zahnschmerzen, im Verlauf derer ihm sämtliche Zähne aus der rechten Unterkieferhälfte ausfielen. Dabei schwoll die Backe stark an. Es entleerte sich Eiter aus zwei sich bildenden Fisteln nach außen. Das Zahnfleisch an der Stelle der verloren gegangenen Zähne saß fest auf dem dort intakten Unterkiefer. Bei der Operation zeigte sich, daß der rechte Teil des Unterkiefers enorm verdickt war. Aus zwei Öffnungen im hinteren Teil desselben entleerte sich Eiter. Nach breiter Eröffnung der Totenlade konnte der große Sequester, der aus der Hälfte des Unterkiefers auf der rechten Seite bestand und frei in der Totenlade lag, extrahiert werden. Die große Wunde granulierte langsam zu.

Mit noch nicht ganz verheilter Wunde wurde der Kranke 1 Monat später auf seinen Wunsch entlassen."

Bauchfellentzündung.

Einen Fall von Invaginatio ileocoecalis berichtet Oberarzt Petzold aus Iringa:

„Es handelt sich um einen 24jährigen Msukuma-Träger, der mit den Symptomen einer Brust- und Lungenentzündung, einer chronischen Bauchfellentzündung mit beginnender Invagination in die Poliklinik kam und unter den zunehmenden Erscheinungen der Ileus nach 5 Tagen starb. An einen chirurgischen Eingriff konnte bei dem elenden Zustande des Patienten nicht gedacht werden.

Sektionsprotokoll: Mittelgroßer, grazil gebauter, mäßig kräftiger Mann mit dürftigem Ernährungszustande.

Die ganze linke Lunge ist durch bindegewebige Schwarten mit der Pleura fest verwachsen, am Boden des Pleuraraumes finden sich einige Kubikzentimenter eitrig-seröser Flüssigkeit und einige große, grün-gelbliche Fibergerinsel.

Der linke Unterlappen ist von weicher Konsistenz, vollkommen atelektatisch und zeigt auf seiner Schnittfläche einen schmierigen, braunroten Farbenton; das Gewebe ist im Inneren völlig zerfließlich und macht den Eindruck eines beginnenden einschmelzenden Prozesses.

Linker Oberlappen, rechte Lunge und Herz bieten normale Verhältnisse.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß Muskulatur, Milz und Eingeweide durch Bindegewebsmassen so fest miteinander verlötet sind, daß es nur einigermaßen gelingt, mit dem Messer die einzelnen Schichten

zu trennen. Die genannten Eingeweide sind ebenfalls durch dicke, gelbgraue Bindegewebsstränge unlöslich miteinander verbunden. Die Leber ist stark vergrößert, sie ragt bis zum Nabel in die Bauchhöhle hinein; ihre Oberfläche ist mit einer beinahe 1 cm hohen speckigen Fibrinschicht überzogen.

Beim Trennen der einzelnen Darmschlingen sieht man, daß der Übergang des Ileum in den Dickdarm in einer Ausdehnung von 25 cm braunrot verfärbt, beträchtlich angeschwollen und von so weicher Konsistenz ist, daß dieses Stück beim Anfassen zerreißt. Der Wurmfortsatz ist ebenfalls brandig verändert, in seiner Mitte findet sich ein kleiner Kotstein, der von einer bindegewebigen Kapsel umgeben ist. Deutlich kann man an einer Stelle eine jetzt vernarbte Perforationsöffnung wahrnehmen.

Ein interessanter Befund ergibt sich insofern, als ein 120 cm langes Stück des Dünndarms sich in den Dickdarm invaginiert hat und erst in der pars sigmoidea des colon descendens sein Ende erreicht. Die Darmpartien oberhalb der Invagination sind beträchtlich aufgebläht und fest mit Kot angefüllt. Leber beträchtlich vergrößert, von derber Konsistenz und von speckiger Schnittfläche, 31 : 18 : 9 cm (Amyloidreaktion positiv). Die etwas große Milz und die Nieren geben ebenfalls die Amyloidreaktion.

Die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung der verschiedenen Organe ergibt neben milzbrandähnlichen Leichenbazillen hauptsächlich Haufen von Staphylokokken."

Einen seltenen Fall von angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes konnte Stabsarzt Dr. Grothusen in Mahenge beobachten:

„Der Kranke, ein etwa 28jähriger, gut genährter Mnyamwesi, wurde am 2. 8. mit Schmerzen in der rechten Bauchseite und Fieber in das Hospital aufgenommen. Diese Beschwerden hatten angeblich 3 Tage vorher begonnen und seit gestern an Intensität zugenommen.

Die Untersuchung ergab außer einer erheblichen Fiebersteigerung eine heftige Druckempfindlichkeit der ganzen rechten Bauchhälfte, hauptsächlich in der Blinddarmgegend. Ein Tumor oder eine sonstige Resistenz war an dem nur wenig gespannten Leib nirgends zu fühlen. Der Stuhlgang war etwas angehalten. Er wurde mit Opium und Prießnitzschen Umschlägen behandelt.

In der Folgezeit blieb die Temperatur dauernd remittierend zwischen 39 und 37,5°. Der Kranke hatte spontan nur wenig Schmerzen. Die Schmerzhaftigkeit der rechten Bauchhälfte war bald oben, bald unten stärker. Zeitweise klagte er auch links über Druckempfindlichkeit in der Darmbeingrube. Der Stuhl zeigte nur einmal kleine Blutstreifen, sonst aber nie irgendwelche Besonderheiten. Der Appetit blieb relativ gut.

In der 4. Krankheitswoche lokalisierte sich der nur noch auf Druck entstehende Schmerz auf die rechte Blinddarmgegend. Ein deutlicher Tumor war auch jetzt nicht zu fühlen. Da der Kranke inzwischen aber etwas abgemagert war und eine abgekapselte Eiterung im rechten Unterbauch angenommen werden mußte, so wurde am 27. 8., also am 30. Krankheitstage, die Operation, der Bauchschnitt, vorgenommen. Der Bauch wurde durch schrägen ›Zickzackschnitt‹ in der Blinddarmgegend eröffnet, dabei quoll klare, seröse Flüssigkeit aus dem Bauch hervor. Nachdem diese abgetupft war, sah man auf dem vorliegenden Blind- und Dünndarm etwas Injektion der kleinen Serosagefäße und einzelne Fibrinauflagerungen, kleine weiße Fäden und Flocken. Die Därme waren völlig frei beweglich; nirgends ein Eiterherd, besonders das Colon ist überall normal beweglich und abtastbar. Nirgends ist aber an ihm eine Spur eines Wurmfortsatzes zu finden. Das Bauchfell erscheint überall, wenn auch nur wenig, injiziert und gerötet. Die abgetupfte und abgeflossene Bauchflüssigkeit beträgt nur wenige Eßlöffel voll.

Durch exakte Etagennaht wurde daher der Bauch geschlossen. Die Wunde heilte primär. Es entstand kein sekundärer Bauchbruch.

Die ersten 5 Tage nach der Operation blieb der Kranke fieberfrei. Dann stellte sich noch drei Wochen lang wieder unregelmäßiges Fieber ein. Im übrigen erholte der Kranke sich gut. Die Leibschmerzen erschienen nach der Operation nicht wieder. Er wurde geheilt entlassen."

Leberabszeß.

Über einen Fall von Leberabszeß, der durch Operation geheilt wurde, berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam:

„Der Kranke, ein Grieche, befand sich schon seit mehreren Jahren im Schutzgebiet und hatte sich während des letzten Jahres in Morogoro aufgehalten, wo in dieser Zeit zahlreiche Erkrankungen an Ruhr vorkamen. Er gab bei der Aufnahme an, seit einem Monat an blutigen, sehr häufigen und mit großen Schmerzen verbundenen Durchfällen zu leiden. Bald nach Beginn dieser Krankheit hätten sich auch vorübergehend Schmerzen in der Gegend unterhalb des rechten Rippenbogens eingestellt. Fieber hatte während dieser Zeit angeblich nicht bestanden.

Im Krankenhause wurden anfangs täglich etwa 8 Stuhlentleerungen beobachtet, welche Blut und Schleim enthielten und worin Dysenterie-Amoeben nachgewiesen wurden. Die Temperatur war zunächst ganz normal. Die inneren Organe boten keine Besonderheiten dar, nur die untere Grenze der Leberdämpfung reichte in der rechten Brustwarzenlinie bis etwas unterhalb des Rippenbogens. Am Rande des Rippenbogens bestand mäßige Druckempfindlichkeit, am deutlichsten etwas hinter der Brustwarzenlinie.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Simarubadekokt und von Opiaten (Opiumzäpfchen und Morphium). Nach etwa 6 Tagen hatten sich die dysenterischen Erscheinungen wesentlich gebessert und im Stuhl war kein Blut mehr wahrzunehmen. Die Schmerzen in der Lebergegend ließen unter heißen Umschlägen nach. Der fieberfreie Verlauf wurde für einige Tage durch einen leichten Malariaanfall (Tropica) unterbrochen, welcher unter Chinin ablief. Doch stellte sich trotz regelrechter Chininkur bald darauf wieder Fieber ein, welches stets am Abend wiederkehrte und bald höher, bald niedriger war. Die Schmerzen in der Gegend des rechten Rippenbogens kehrten mit vermehrter Heftigkeit wieder. Es stellte sich große Empfindlichkeit der genannten Gegend gegen Betasten und Beklopfen ein, die Bauchmuskeln wurden dabei stark zusammengezogen, so daß die Abgrenzung der Leberdämpfung nicht möglich war. Die Hauptempfindlichkeit betraf die Gegend unterhalb des rechten Rippenbogens, nach außen von der Brustwarzenlinie. Hier entstand eine flache Vorwölbung. Das Fieber betrug des Abends 38,5, so daß zur Punktion der vorgewölbten Stelle geschritten wurde. Es ergab sich dickflüssiger, gelbgrauer Eiter.

Da nach den begleitenden Erscheinungen eine Verlötung des Bauchfells in der Gegend der Vorwölbung sicher anzunehmen war, wurde parallel zum Rippenbogen ein mehrere Zentimeter langer Hautschnitt gemacht und schichtweise vertieft, bis zur Eröffnung der Eiterhöhle. Der Eiter war reichlich mit bräunlichen Massen vermischt

Im Eiter wurden später Amoeben nachgewiesen (Dr. Martin Maier vom Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg). Nachdem eine erhebliche Menge Eiter abgeflossen war, wurde ein Gummidrainrohr eingelegt und der Verband täglich unter reichlicher Entleerung von Eiter der oben beschriebenen Beschaffenheit erneuert. Es wurde Chininlösung in die Abszeßhöhle injiziert, diese Behandlungsweise wegen Schmerzhaftigkeit aber wieder aufgegeben. Beim Versuch, das Schmerzen verursachende Drainrohr wegzulassen, traten Retentionserscheinungen

auf, so daß die Wundöffnung zweimal wieder erweitert werden mußte. Die Eiterabsonderung hielt lange Zeit an. Schließlich wurde, obwohl keine Erscheinungen früher überstandener Syphilis nachweisbar waren, Jodkali gegeben.

Die Ausheilung der Abszeßhöhle machte dann schnellere Fortschritte, die 5 : 7 cm große granulierende Fläche wurde durch Transplantation nach Thiersch gedeckt und war binnen einigen Tagen fest epidermisiert. Die Ausheilung des Abszesses beanspruchte vom Tage der Operation an drei Monate."

Über einen Fall von Leberabszeß mit tödlichem Ausgange infolge allgemeiner Peritonitis verbunden mit Amoebendysenterie, Anchylostomiasis und Strongyloidosis berichtet Oberarzt Fehlandt aus Bismarckburg:

„Am 7. 11. 08. kam der etwa 20jährige Msuaheli M. mit Klagen über Durchfälle und schmerzhafte Anschwellung des Leibes zur Aufnahme. In den letzten 2 Jahren war er angeblich gesund. Vor etwa 6 Jahren will er längere Zeit an Durchfällen gelitten haben. Sein jetziges Leiden bestehe seit 8 Tagen.

Befund: Stark abgemagert, Augenbindehäute leicht ikterisch gefärbt. Körperhaltung im Stehen gebückt, im Liegen: Oberkörper nach vorn gebeugt, beide Unterschenkel angezogen, rechte Seitenlage.

Der Bauch ist in der Gegend des rechten, zum Teil auch des linken Hypochondrium stark hervorgewölbt. Die Gegend unterhalb des Nabels ist eingezogen, die Bauchdecken sind gespannt, die epigastrischen Venen erheblich erweitert.

Die Anschwellung ist an der unteren Grenze, die rechts bis zur Nabelhöhe reicht und von da schräg nach links oben bis zur Mitte des Rippenbogens verläuft, durch einen deutlichen Rand gegen die Darmschlingen abgegrenzt. Die Oberfläche fühlt sich glatt an, die Konsistenz ist ziemlich hart, die Druckempfindlichkeit ziemlich gleichmäßig über der Schwellung. Fluktuation ist auf der Höhe der Wölbung angedeutet. Rechts oben beginnt die Leberdämpfung über der vierten Rippe und schließt mit der Ausdehnung der Schwellung ab. Die Gegend unterhalb des Nabels ist nicht druckempfindlich.

Der wässrige Stuhl enthält mikroskopisch Schleim, der mit Blut untermischt ist. Mikroskopisch finden sich Eier von Anchylostomum duodenale, Trichocephalus trichinosis, zahlreiche Amoeben mit deutlich getrenntem, hyalinem Ektoplasma und körnigem Entoplasma, das teilweise rote und weiße Blutkörperchen enthält (Entamoeba histolytica), ferner einzelne lebende Larven von Strongyloides stercoralis (erkennbar an der Mundhöhle), Leukocyten, Erytrocyten und zahlreiche Charcot-Leydensche Kristalle.

Im mikroskopischen Blutbild: Mäßige Leukocytose mit starker Eosinophilie, keine Parasiten, dagegen Basophilie und Polychromatophilie.

Im Urin geringer Eiweißgehalt, keine Gallenfarbstoffe.

Diagnose: Leberabszeß, Amoebendysenterie, Anchylostomiasis und Strongyloidosis.

Behandlung: Da Operation trotz dringenden Zuratens verweigert wird, Ipecac. deemet. abwechselnd mit Narcotica.

Verlauf: Unter rapidem Kräfteverfall traten am 12. 11. Zeichen einer allgemeinen Peritonitis auf: hochgradige Druckempfindlichkeit über der ganzen Bauchgegend, Erbrechen, Anstieg der Körperwärme. Es wurde Durchbruch des Abszesses in den Bauchfellraum angenommen. Während vorher die Fieberkurve einen septicopyämischen Typus zeigte, hielt sich die Körpertemperatur vom Eintritt einer allgemeinen Peritonitis bis zum Tode am 17. 11. 08. kontinuierlich auf der Höhe von 39,5 bis 40,4°.

Die Durchfälle dauerten bis zum Ende an, die Zahl der Stühle betrug innerhalb 24 Stunden durchschnittlich 6 bis 8. Der mikroskopische Befund des Stuhles und des Blutes blieb annähernd derselbe wie bei der

Aufnahme. Deutlicher Ikterus war niemals wahrzunehmen. Im Urin traten niemals Gallenfarbstoffe auf. Sektionsbefund der Bauchhöhle zwei Stunden nach dem Tode: Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich etwa ein halbes Liter gelblichen, dickflüssigen Eiters mit Fibrinfetzen. Das Bauchfell ist mit fibrinösen Membranen bedeckt und von wachsartigem trüben Aussehen. Die Blutgefäße sind stark gefüllt. An vielen Stellen sind Blutaustritte vorhanden. Die Darmschlingen sind sowohl untereinander, wie mit den übrigen Baucheingeweiden verwachsen. Das Netz ist verdickt und geschrumpft. Bei der Schwierigkeit der Lösung der überall bestehenden Verwachsungen wird eine Öffnung in den Darmschlingen nicht gefunden. Die Darmschleimhaut ist im ganzen trübe und zeigt im oberen Dünndarm zahlreiche Blutaustritte, in deren Bereich zum Teil Anchylostomen sitzen.

In der Schleimhaut des Dickdarms sind einzelne oberflächliche Geschwüre bis zu Pfennigstückgröße mit scharfen Rändern und schmierigem gelben Belag vorhanden.

Die Leber ist über das Doppelte vergrößert. Beide Lappen sind kugelig gewölbt. Der seröse Leberüberzug ist teilweise mit den Nachbarorganen verwachsen. Am unteren Rande des linken Leberlappens befindet sich eine rundliche Öffnung von 3 mm Durchmesser, aus der Eiter sickert. In dem rechten Leberlappen befindet sich ein kindskopfgroßer Abszeß, in dem linken einer von Mannsfaustgröße. Der Eiter ist dickflüssig, von grün-gelblichem Aussehen, geruchlos. Die Wand beider Abszesse ist uneben, zottig, mit Fetzen bedeckt. Im eitrigen Wandbelag beider Abszesse finden sich mikroskopisch Eiterkörperchen, vereinzelte degenerierte Leberzellen und neben grampositiven Kokken einzelne Amoeben, die eine Trennung von Ekto- und Entoplasma nicht erkennen lassen."

Geschlechtskrankheiten.

Aus Mahenge berichtet der Stationsarzt, Stabsarzt Dr. Grothusen, einen Fall von periurethraler Fistel infolge Gonorrhoe:

„Bei einem kranken Eingeborenen fand sich bei seiner Aufnahme ein gonokokkenhaltiger Ausfluß nur aus einer kleinen Fistel dicht neben der hinteren Kommissur der Harnröhrenöffnung. Beim Drücken auf die Eichel entleerte sich nur aus dieser Fistel Eiter. Sie war 1 cm tief. Ihre Verbindung mit der Harnröhre konnte mit feinster Sonde nicht nachgewiesen werden. Im Urin waren zwar einzelne Fäden, in diesen konnten aber keine Gonokokken, sondern nur wenig Zellen in viel Schleim nachgewiesen werden. Der Kranke hatte vor einem Jahr schon einen Tripper gehabt.

Es mußte also entweder eine isolierte frische Infektion der wohl von einem Tripper herrührenden Fistel angenommen werden, oder es bestand dort ein altes Gonokokkendepot, ausgegangen von einer Morgagnischen Krypte, das nur jetzt wieder eine akute Eiterung veranlaßt hatte.

Die Fistel wurde in ganzer Ausdehnung in die Harnröhre hineingespalten und mit Höllenstein energisch geätzt. Schon am folgenden Tage setzte ein starker eitriger und gonokokkenhaltiger Harnröhrentripper ein. Es war jetzt von der Fistel aus trotz energischer Ätzung eine Reininfektion der Harnröhre eingetreten. Der Harnröhrentripper heilte in 4 Wochen aus."

Einen Fall von tertiärer Kehlkopfaffektion konnte ebenfalls Stabsarzt Dr. Grothusen in Mahenge beobachten:

„Ein Askari zeigte eine tertiäre Affektion im Kehlkopf. Von einer früheren Infektion wollte er nichts wissen, auch vorher nie krank gewesen sein. Er klagte über Schmerzen im Hals, besonders beim Schlucken. Die Rachenorgane zeigten keinen krankhaften Befund. Druck außen links am Kehlkopf war schmerzhaft. Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung zeigte sich die Schleimhaut desselben nicht gerötet oder geschwollen. Im

linken Sinus pyriformis sah man eine lochförmige Fistel, in die man etwa 1 cm tief hineinsehen konnte. Beim Anlauten war die Fistel am offensten. Sie hatte glatte, nicht geschwollene Ränder und einen Durchmesser von etwa dem Drittel des Sinus. Beim tiefen Atmen, also bei weit offenstehender Stimmritze, verengerte sich die Fistel und sezernierte etwas Schleim. Eine Verbindung mit der Luftröhre schien sie nicht zu haben.

Er erhielt Jodkali und war nach 3 Wochen beschwerdefrei. Die Fistel selbst schloß sich erst später."

Über einen Fall von Gelenkentzündung nach Gonorrhoe berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam:

„Bei einem Europäer trat kurze Zeit nach seinem Eintreffen hier im Anschluß an einen während der Ausreise erworbenen Tripper schmerzhafte Anschwellung der linken großen Zehe und einige Tage später, im ganzen einen Monat nach dem Auftreten des Trippers, eine schwere Entzündung der Fuß- und Kniegelenke auf. Es wurde Salizyl ohne Erfolg versucht.

Trotz Ruhigstellung der Gelenke und Behandlung des noch bestehenden, Gonokokken enthaltenden Harnröhrenausflusses und späterer Behandlung mit heißen Bädern blieb nach langer Behandlung und Schonung eine erhebliche Störung in der Gebrauchsfähigkeit, besonders des linken Fußgelenks zurück, daß der Kranke tropendienstunfähig in die Heimat zurückgesandt werden mußte."

Syphilitische Leberschwellung beobachtete in 2 Fällen Stabsarzt Dr. Lott im Gouvernements-Krankenhaus Tanga. Er schreibt darüber:

„Es wurden zwei Fälle von entzündlicher Leberschwellung beobachtet, die mit unregelmäßigem Fieber einhergingen, und die nicht auf Ruhr, sondern auf Syphilis zurückzuführen waren. Die Infektion lag 14 bzw. 2 Jahre zurück. Der Gebrauch von Quecksilber und Jodkali bewirkte in beiden Fällen das Verschwinden der Krankheitserscheinungen und beeinflußte das Allgemeinbefinden in außerordentlich günstiger Weise."

Aus Bukoba berichtet Stabsarzt Dr. Marshall einen interessanten Fall von syphilitischem Pemphigus und einen Fall von syphilitischem Fieber:

„Im Hinblick auf die große Verbreitung der Syphilis sind bisher relativ selten Fällen von Lues congenita beobachtet worden. Von Interesse ist ein ausgeprägter syphilitischer Pemphigus bei einem 4 Monate alten Negerkinde. Der ganze Körper war mit pustulösem, an Handteller und Fußsohle zu Schuppenbildung neigendem Ausschlag bedeckt; an den Mundwinkeln sowie am After fanden sich massenhaft ulzerierte Papeln, an der Kinn- und Nackengegend eine Reihe subkutaner Abszesse. Die erst ein Vierteljahr nach erfolgter Geburt aufgetretene Erkrankung heilte unter Anwendung von Sublimat- und Tanninvollbädern sowie sorgfältiger Reinigung des Mundes mit Borsäurelösung auffallend schnell.

In 2 Fällen von Spätsyphilis bestand ein sehr auffälliges, wochenlang anhaltendes Fieber von kontinuierlichem Charakter, für das trotz genauester Blutuntersuchung, die nur eine hohe Leukocytose ergab, eine Ursache nicht aufzufinden war und das deswegen vermutlich dem Grundleiden zur Last zu legen ist."

Augenkrankheiten.

Aus Mahenge berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen über einen Fall von Blennorrhoe:

„Ein 8 Tage altes Kind eines hiesigen Jumben wurde mit einer Tripperblennorrhoe in Behandlung genommen, bei der die Augen des

kleinen Patienten geradezu in Eiter schwammen. Da der Vater ein relativ intelligenter Mann war, erreichte ich es, daß das Kind täglich zweimal zur Behandlung kam. So konnte es nach drei Wochen mit ganz klaren Hornhäuten geheilt entlassen werden."

Über traumatische Verletzung des Auges berichten Oberarzt Dr. Peiper aus Kilwa und Oberarzt Scherschmidt aus dem Farbigen-Hospital Tanga:

Fall 1. „In Kilwa kam ein Fall vollständiger Zerreißung der Hornhaut durch einen Stockhieb bei einem 18jährigen Knaben zur Beobachtung.

Die Hornhaut war senkrecht von oben nach unten zerfetzt, die Regenbogenhaut vorgefallen, das Kammerwasser ausgelaufen, die Bindehäute geschwollen und ebenso wie die Lider blutig durchtränkt. An eine Erhaltung des Auges konnte bei den schon bestehenden Entzündungserscheinungen nicht mehr gedacht werden.

Nachdem anfangs eine Radikaloperation verweigert worden, konnte doch noch rechtzeitig zur Rettung des gesunden Auges, das noch keine Entzündungserscheinungen aufwies, die Exstirpation des kranken Auges erfolgen. Die Wunde schloß sich gut und Beschwerden bestehen zur Zeit nicht."

Fall 2. „In Tanga trug gelegentlich eines Streites einer der Streitenden eine Augenverletzung davon. In den nächsten Tagen kam er des Schmerzes wegen in die Poliklinik. Trotz sofort vorgenommener Enucleation war das andere Auge nicht mehr zu retten. Es trat durch sympathische Entzündung völlige Erblindung ein."

Hautausschläge, Unterschenkelgeschwüre.

In Mpapua konnte Stabsarzt Dr. Stolowsky einen Fall von Zoster ophthalmicus beobachten. Er schreibt:

„Der Zugang betraf einen etwa 25jährigen Polizeiaskari, der angab, schon seit einigen Tagen an heftigem, linksseitigem Stirnkopfschmerz zu leiden. Es zeigten sich über dem linken Auge, dem Verlaufe des N. supraorbitalis entsprechend, zahlreiche, in Gruppen zusammenstehende Herpesbläschen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Das linke obere Augenlid war stark ödematös und hing schwer und starr herunter, so daß das Auge kaum sichtbar gemacht werden konnte. Gleichzeitig bestand auf dem linken Auge ein mit profuser Sekretion einhergehender Bindehautkatarrh. Die Hornhaut war intakt. In den nächsten Tagen vermehrten sich die Herpeseruptionen noch, die Bläschen vergrößerten sich durch Konfluieren zu flachen, papelartigen Gebilden; ihr Inhalt trübte sich teils eitrig, teils hämorrhagisch und trocknete nach Platzen der Bläschen zu Krusten und Borken ein, so daß die ganze Affektion, die streng auf die linke Stirnhälfte beschränkt blieb, schließlich mehr einem pustulösen, nässenden Ekzem ähnelte. Charakteristisch blieb aber der halbseitige neuralgische Stirnkopfschmerz.

Behandlung bestand anfänglich in Borsalbeverbänden; als sich später beim Platzen der Bläschen die oberen Schichten der Epidermis in großen Fetzen lösten, wurde Jodoform aufgepudert. Der Bindehautkatarrh wurde mit lauen Borsäureausspülungen behandelt und innerlich Antipyrin in großen Dosen mit gutem Erfolg gegen die neuralgischen Schmerzen gegeben. Immerhin dauerte es drei Wochen, ehe die Affektion, die zeitweilig recht alarmierend aussah, zur Abheilung gelangte."

Einen Fall von tropischem Phagedänismus berichtet Oberarzt Dr. Schoenebeck aus Liwale:

„Ein Sklave aus der Landschaft Ngende wurde von seinem Besitzer, einem Somali, zugeführt, weil dieser glaubte, eine bösartige ansteckende Krankheit vor sich zu haben. Der Kranke, ein etwa 21jähriger Mgindo,

gab an, das Leiden vor etwa 5 Jahren nach einem heftigen Fieber erworben zu haben. An der linken Schulter und dem linken Knie hätten sich etwa kirschgroße Beulen entwickelt, aus denen nach Erweichung Eiter durchgebrochen wäre. Die Geschwüre seien langsam geheilt, doch entwickelten sich ständig frische Geschwüre in der Umgebung und unter den Narben älterer.

Bei der Aufnahme zeigten sich bei dem in der Ernährung etwas heruntergekommenen Manne von mittelgroßem und mäßig kräftigem Körperbau an der linken Schulter, dem linken Knie, auf der Brust, über beiden Schlüsselbeinen und dem Brustbein sowie am Kopf unterhalb des rechten unteren Augenlides Narben alter neben frischen Geschwüren, die mit einem festanhaftenden, schwärzlichgrauen lederartigen Schorf bedeckt waren. Nach dessen Entfernung quoll dickflüssiger, nußfarbener, zum Teil blutig gefärbter stinkender Eiter hervor. Die Geschwüre waren kraterförmig mit steilen Rändern, einige 4 bis 6 mm in die Tiefe reichend. An der linken Schulter waren unter einer Hautbrücke mehrere Geschwüre ineinander übergegangen, und das ganze etwa fünfmarkstückgroße Hautstück eingesunken.

In der Tiefe lagen nach erfolgter Reinigung Muskel- und Sehnengewebe frei, zum Teil schon von der Zerstörung ergriffen. Im Eiter fanden sich Streptokokken, Staphylokokken und zahlreiche andere Bakterien, darunter milzbrandähnliche. Nach Reinigung der Geschwüre durch Abtupfen mit 1 : 1000 Sublimatlösung wurde mit Jodtinktur geätzt und dann Jodoformgaze eingelegt. Die bestehenden Hautbrücken wurden durchtrennt. Einzelne Geschwüre heilten schnell, bei anderen geht die Ausfüllung der Geschwürslöcher sehr langsam vor sich. Die Haut über den Narben pigmentiert sich in etwa 3 Wochen. In einem Falle bildete sich unter einer Narbe ein neuer kleiner Abszeß, aus dem ganz dickflüssiger, wenig stinkender Eiter entleert wurde."

Einen Fall von Unterschenkelgeschwür berichtet Oberarzt Scherschmidt aus dem Farbigen-Hospital Tanga, bei dem infolge Behinderung des Eiterabflusses aus der Tiefe des Geschwürs eine Nekrose des Knochens eintrat:

„Im September 1908 kam ein Mann mit einem fünfmarkstückgroßen Unterschenkelgeschwür in Zugang, das sich dicht über dem äußeren Knöchel befand. Die Mitte war strichförmig tief eingezogen und schmierig belegt. Aus drei Punkten entleerte sich etwas Eiter. Fieber bestand nicht. Unter Seifenwasserbädern und trockenen Verbänden reinigte sich das Geschwür. Die Einziehung füllte sich ebenfalls mit Granulation aus und nur aus den vorher erwähnten Punkten quoll noch etwas Eiter hervor. Da fing Patient plötzlich über Schmerzen in der oberen Hälfte des Wadenbeins zu klagen an. Es trat Fieber ein, und da Fluktuation in der Tiefe zu fühlen war, so wurde die Eröffnung des Eiterherdes vorgenommen, zumal die Sondierung der Eiterpunkte auf rauhen Knochen führte. Ein etwa 5 cm langer Schnitt über dem oberen Drittel des Wadenbeins führte auf den linken Teil des zweiköpfigen Wadenmuskels (Gastrocnemius). Der Schnitt durch Haut und Aponeurosa wurde daher nach unten verlängert, und zwar dicht am Nervus tibialis anterior, der nach dem Schienbein zu weggehalten wurde. Es spritzte stinkender Eiter unter starkem Druck hervor. Der Schnitt wurde nun bis an den unteren Rand des Unterschenkelgeschwürs fortgeführt, und es zeigte sich nach Durchtrennung des Gastrocnemius, daß das ganze Wadenbein bis auf die Gelenkenden von Eiter umspült gewesen war. Unter Schonung der Gelenkenden wurde es völlig herausgenommen. Danach erfolgte sofort Abfall der Temperatur, und nach 4 Tagen wurde die Wunde durch Naht völlig geschlossen. Auch das Unterschenkelgeschwür wurde so weit als möglich durch die Naht zusammengezogen. Glatte Heilung."

Gutartige Geschwülste.

Einen Fall von Glottisödem infolge Perichondritis laryngea berichtet Stabsarzt Dr. Stolowsky aus Mpapua:

„Vorgeschichte: Am Morgen des 13. 11. wurde der Polizeiaskari A., der sich auf der Durchreise durch Mpapua befand, in schwerkrankem Zustande ins Lazarett eingeliefert. Seine Begleiter, zwei Askarifrauen, die mit ihm von Tabora gekommen waren, gaben an, daß er bereits in Kondoa-Irangi über Halsschmerzen geklagt habe, die immer schlimmer geworden seien. In Nyangalla, 2 Tage vor Mpapua, habe er hohes Fieber bekommen, der Hals sei geschwollen, und seit mehreren Tagen habe er schon nichts mehr essen können.

Befund 13. 11.: Kräftig gebauter Sudanneger, der alle Zeichen einer inspiratorischen Dyspnoe aufweist. Durch krampfhafte Spannung der Hilfsmuskeln treten inspiratorische Einziehungen am Jugulum und im Epigastrium auf, Dyspnoe vermehrt sich, wenn Patient in liegende Stellung verbracht wird. Atmung ist von lautem Stridor begleitet. Sensorium ist klar, doch vermag Patient keinen Laut hervorzubringen, nur durch Nicken oder Schütteln ist eine geringe Verständigung möglich.

Die vordere Halspartie bis zum Kinn hinauf zeigt ödematöse Schwellung, Fluktuation aber nirgends festzustellen. Es besteht eine gewisse Kiefersperre. Bei gewaltsamem Öffnen des Mundes sieht man die stark ödematös geschwollene Zunge das ganze Mundcavum ausfüllen, so daß ein Sichtbarmachen der hinteren Rachenpartien nicht gelingt. Hals- und Nackendrüsen sind geschwollen. Über der Brust feuchte Rasselgeräusche. Puls schlecht, 110 Schläge, Temperatur bei der Aufnahme 39,8°. Blutuntersuchung negativ. Da die Dyspnoe einen hoch bedrohlichen Charakter annimmt — bei der Untersuchung mehrere Anfälle hochgradiger Dyspnoe —, wird unverzögert zur Tracheotomie geschritten, zu der Patient durch Kopfnicken seine Einwilligung gibt.

Verlauf der Operation: Von Narkose mußte abgesehen werden, da wenige Tropfen Chloroform einen heftigen dyspnoetischen Anfall auslösten. Durch Unterlegen eines Kissens unter die Schultern und Rückwärtsbeugen des Kopfes wird der Kehlkopf nach oben gezogen. Infolge der Schwellung des Halses ist Orientierung ziemlich schwierig. Hautschnitt, in der Medianlinie oberhalb des Ringknorpels beginnend und etwa 5 cm weit nach abwärts verlaufend. Spaltung der Halsfascie. Eine ziemlich heftige venöse Blutung wird durch Tamponade gestillt. Durch Heraufziehen des Ringknorpels mit einem spitzen Haken wird die Trachea zugänglich gemacht und in der Medianlinie dicht unterhalb des Ringknorpels durch Spaltung zweier Trachealringe eröffnet. Aus der Wunde brodelt ein mit Schleim und etwas Blut vermischter Luftstrom hervor. Nach Austupfen der Luftröhre sofortiges Einführen der Kanüle, was ohne Schwierigkeiten gelang. Operation mußte sehr schnell zu Ende geführt werden, da ein heftiger Dyspnoeanfall während derselben eintrat; mittels künstlicher Atembewegungen gelang es, die Respiration wieder in Gang zu bringen. Atmung erfolgte dann ruhig durch die Kanüle, und Patient gab durch Nicken zu erkennen, daß er sich bedeutend erleichtert fühlte. Durch häufige Hustenstöße wurde ziemlich viel Schleim aus den Bronchien durch die Kanüle entleert. Hierauf Jodoformierung der Wunde, Fixieren der Kanüle durch entsprechenden Verband. Die Kanülöffnung wird mit feuchter Gaze leicht bedeckt gehalten. Patient wird dann ins Bett gebracht, Oberkörper erhöht gelagert. Nach der Operation betrug Temperatur 40,4°, Puls 120. Am Abend Temperatur 40,6°, Puls 120. Kiefersperre besteht weiter; verschiedene Versuche, Milch und Tee mittels Teelöffel einzuflößen, mißlangen. Da Atmung aber unbehindert ist, fühlt sich Patient relativ erleichtert. Nachtwache durch farbige Wärter.

14. 11.: Patient hat in der Nacht etwas geschlafen. Temperatur morgens 39,3, Puls 120. Zunge scheint etwas abzuschwellen, ein Sichtbarmachen der hinteren Rachenpartien gelingt aber nicht. Atmung ist stri-

doröser geworden. Der Kranke macht einen verfallenen Eindruck, Sensorium aber noch unbenommen. Verbandwechsel, Reinigen der Kanüle, in der sich viel zäher Schleim angesammelt hat. Weitere Versuche der Nahrungsaufnahme mißlingen meist. Abends Temperatur 40,2°, Puls 120, klein, Atmung stark stridorös; diffuse Rasselgeräusche über der ganzen Brust. Sensorium etwas benommen. Kampfer subkutan. Nachtwache.

15. 11.: Nacht schlaflos verbracht. Patient sehr unruhig, häufiges schüttelfrostähnliches Zittern, Temperatur 40,3°. Puls fliegend, Sensorium benommen. Verbandwechsel mit Reinigen der Kanüle. Kampfer subkutan.

Vormittags 10 Uhr, genau 48 Stunden nach der Operation, tritt Exitus unter zunehmendem Lungenödem ein.

Von einer vollständigen Sektion mußte wegen des schlechten Eindrucks auf die hiesigen Mohamedaner (Sudanesen) Abstand genommen werden. Die Tracheotomiewunde wurde nach oben erweitert und der Kehlkopf eröffnet. Die Kehlkopfschleimhaut war stark sulzig geschwollen und stellenweise mit pseudomenbranösen Auflagerungen bedeckt. An den Aryknorpeln zeigte sie geschwürigen Zerfall, die Knorpel selber teilweise nekrotisch verändert. Ein Abszeß wurde indessen nicht gefunden. In dem gewaltsam geöffneten Munde sah man die post mortem abgeschwollene Zunge, die hintere Rachenwand livid verfärbt und mit reichlich Schleim bedeckt. Tonsillen wenig vergrößert. Danach scheint es sich um primäre Perichondritis laryngea (luetica) gehandelt zu haben. Tod erfolgte an Lungenödem bzw. Bronchitispneumonie."

Über ein Enchondrom der Glandula-Sublingualis berichtet derselbe Arzt aus Mpapua:

„Eine Mgogofrau, welche wegen einer unbedeutenden Verletzung am Daumen die Hilfe der Poliklinik aufsuchte, zeigte eine eigentümliche Geschwulstbildung an der rechten Halsseite. Die Geschwulst hatte etwa die Größe eines Straußeneis, war unregelmäßig knollig, höckerig und von knochenharter Konsistenz. Einzelne Knollen zogen sich bis in die Gegend der Ohrspeicheldrüsen hin. Sie schien ihren Ausgang von unterhalb des Mundbodens zu nehmen, welch letzterer sonst keine Veränderungen zeigte. Die Haut über der Geschwulst war überall verschieblich, ebenso die Geschwulst selbst, die sich in toto abheben ließ. Mit dem Kehlkopf bzw. der Schilddrüse stand sie in keiner Verbindung, jedenfalls verursachte sie keine Atembeschwerden, sondern schien nur durch ihre Schwere lästig zu fallen. Sie soll seit 5 Jahren (?) bestehen.

An eine operative Entfernung, die ich vorschlug, war gar nicht zu denken, da sowohl die Frau als ihr Mann sich allem Zureden gegenüber unzugänglich erwiesen, da sie die Geschwulst für eine Schickung Gottes (›amri ya mungu‹) hielten. Kaum der Kamera hielten sie stand.

Ich halte die Geschwulst für eine Knorpelgeschwulst (Enchondrom) der Sublingualis, die auf fötale Knorpelreste aus den Kiemenbögen zurückzuführen wäre."

Einen Fall von multiplen Fibromen berichtet Stabsarzt Dr. Marshall aus Bukoba:

„Ein 22jähriger, herkulisch gebauter Msukuma wies eine Reihe von Geschwülsten (15) der Oberhaut auf, die durchschnittlich erbsen- bis bohnengroß waren. Sehr auffallend war, daß einer dieser völlig regellos über Kopf, Rumpf und Gliedmaßen verstreuten Tumore, der offenbar vom linken Ohrläppchen aus gewachsen war, im Gegensatz zu den kleinen übrigen Neubildungen die Größe eines Handtellers erreichte und in ganzer Breite flach der regio parotidea sinistra pilzförmig aufsaß, während häufig derartige wohl als multiple Fibrome aufzufassende Geschwülste an einem stielartigen Fortsatz hängen. Wegen der Entstellung des Gesichts wünschte der Kranke die Entfernung der Neubildung, die in Chloroformnarkose ausgeführt wurde. Der hierdurch entstandene sehr erhebliche Defekt wurde später vermittels überpflanzter Hautstücke nach Thiersch gedeckt."

Über ausgedehnte Keloidbildung berichtet Stabsarzt Dr. Wittrock aus Muansa:

„Eine sehr ausgedehnte Keloidbildung zeigte ein etwa 28jähriger Mann, welcher sich mir gelegentlich der Impfung auf Ukerewe vorstellte.

Derselbe gab an, daß schon seit Jahren jede Narbe sich im Laufe von mehreren Monaten zu einer festen, über der Umgebung erhabenen, nicht schmerzhaften Geschwulst entwickle. Die untere Körperhälfte war weniger davon befallen."

Framboesie.

Aus Neu-Langenburg berichtet Oberarzt Dr. Neubert über 2 Fälle hartnäckiger Framboesie, bei denen er Atoxyl einmal mit gutem, einmal mit absolut negativem Erfolge anwandte. Er schreibt darüber:

„Bei zwei Fällen von Framboesie, die jeder anderen Behandlung trotzten, versuchte ich Atoxyl subkutan, zwischen die Schulterblätter gespritzt. Ich hatte beide Fälle schon mit Schmierkur, dann Injektionskur und Jodkali innerlich, verbunden mit Pinselungen der Geschwüre mit Tinct. Jodi., monatelang behandelt, eine Therapie, die mich bisher fast nie im Stich gelassen hatte, alles vergebens; immer und immer wieder entstanden Rezidive.

Das Atoxyl gab ich beginnend mit täglich 0,2 und steigerte die Dosis jeden vierten Tag um 0,1 bis täglich 0,5. Nach 20tägiger Behandlung war noch kein Erfolg zu sehen. Vertragen wurde das Atoxyl trotz der ziemlich hohen Dosen ausgezeichnet, es traten keinerlei üble Nebenwirkungen auf.

Leider konnte ich den Verlauf nicht weiter beobachten, da ich zur Behandlung kranker Europäer mehrere Wochen von der Station abwesend war. Bei meinem Weggang instruierte ich den schwarzen Lazarettgehilfen und befahl ihm, die Kur fortzusetzen. Als ich zurückkam, erfuhr ich von dem Mann, daß die ›dawa‹ bei dem einen vorzüglich geholfen habe; der sei schon längst entlassen; bei dem anderen dagegen, der immer besonders heftige Rezidive aufgewiesen hatte, war die Krankheit noch auf ihrer alten Höhe. Genannter Patient steht bereits 9 Monate in Behandlung.

Im übrigen gibt es manchmal Fälle von Framboesie, und auch ich habe solche gesehen, die einfach auf keine Behandlung reagieren und erst nach monate-, ja jahrelanger Dauer spontan zur Heilung kommen."

Stabsarzt Dr. Grothusen aus Mahenge schreibt über Framboesie:

„Ich möchte hier eine Ansicht intelligenter Schwarzer anführen. In bezug auf das Erkennen allgemeiner Volkskrankheiten, wie Pocken, Windpocken, Aussatz, Wurmkrankheit, Framboesie usw., sind diese zuweilen sehr gute Diagnostiker.

Sie behaupten, daß die Framboesie häufig mit einem ganz charakteristischen Endstadium definitiv ausheile. Nachdem die letzte Allgemeineruption längst vorüber sei, entstände nach kürzerer oder längerer Zeit, meistens am Fuß oder Unterschenkel, seltener an der Hand, das sogenannte Endgeschwür »buba ja muisho«, auch »mitombo« oder »ashungu« von den Wasuaheli genannt. Dies ist entweder ein mehr oder weniger großes, torpides Geschwür mit himbeerartiger Oberfläche, das die charakteristische Form der Framboesie zeigt oder ein mehr granulationstumorartiges Gebilde. Ich habe Beispiele beider Arten gesehen, jedoch bis jetzt nur bei Erwachsenen. Sie sollen aber ebenso bei Kindern vorkommen.

Alle Kranken behaupteten, früher Allgemeinerscheinungen von Framboesie, jedoch keine Syphilis gehabt zu haben. Es waren alles Wapogoro, unter denen Syphilis sehr selten ist, Framboesie dagegen sehr häufig. Differentialdiagnostisch könnte kaum eine andere Krankheit in Betracht kommen.

Energische lokale Behandlung, kombiniert mit Jodkali innerlich, bringt im allgemeinen in diesen Fällen relativ schnelle Heilung zustande. Bleiben die Geschwüre dagegen unbehandelt, dann sollen sie jahrelang persistieren."

„Einen typischen Fall habe ich zur Zeit noch in Behandlung. Es betrifft einen 30jährigen Mpogoro, der etwa 10 Jahre nach der letzten Allgemeineruption eine Geschwulst an der rechten Ferse bekam, die ihn am Gehen hinderte. Er zeigte auf dem Winkel der Ferse eine breit aufsitzende, apfelgroße Geschwulst, die wie eine große rohe und sehr höckrige Himbeere aussah und wenig sezernierte. Die Geschwulst war ziemlich fest und auf Druck schmerzhaft. Unter der oben angegebenen Behandlung heilte sie in 8 Wochen mit derber Narbe aus."

Verkrüppelung.

Über einen Fall von kongenitaler Verkrüppelung beider Füße berichtet Stabsarzt Dr. Stolowsky aus Mpapua:

„Kongenitale Verkrüppelungen gelangen bei erwachsenen Negern verhältnismäßig selten zur Beobachtung, da mit solchen behaftete Kinder bei vielen Stämmen beseitigt werden. Wo dies nicht geschieht, sind verkrüppelte Wesen in primitiven Verhältnissen beim Kampfe ums Dasein einem vorzeitigen Tode durch interkurrente Erkrankungen und dgl. jedenfalls eher ausgesetzt als völlig normal entwickelte. Mir scheint daher die Beobachtung eines doppelseitigen Pes varus congenitus bei einem voll erwachsenen, etwa 30 Jahre alten Neger erwähnenswert."

„Beide Füße standen in hochgradigster Supinationsstellung. Beim Gehen benutzte der Mann den äußeren Fußrand bzw. die angrenzende Partie des Fußrückens als Stützfläche, infolgedessen die Haut hier eine schwielige, sohlenartige Beschaffenheit angenommen hatte. Die Unterschenkel selber waren hochgradig atrophisch.

Der Mann vermochte dabei sehr gewandt und schnell zu gehen; man hatte den Eindruck, als ob er auf Stelzen liefe."

Knochenbrüche.

Einen interessanten komplizierten Bruch der Kniescheibe konnte Stabsarzt Dr. Exner im Gouvernements-Krankenhaus Daressalam beobachten:

„Von Knochenbrüchen verdient ein komplizierter Bruch der Kniescheibe bei einem Lokomotivführer erwähnt zu werden: Derselbe war bei einem Eisenbahnzusammenstoß mit seiner Maschine einen Bahndamm hinabgestürzt und hatte neben anderen leichten Verletzungen die erwähnte schwere Verletzung der linken Kniescheibe durch einen darauf mit großer Gewalt wirkenden spitzen Eisenteil erlitten.

Am selben Tage wurde er ins Krankenhaus nach Daressalam transportiert. In der Gegend der Kniescheibe befand sich eine 8 cm lange und 3 cm breite Riß-Quetschwunde. Die Kniescheibe war in viele Stücke zerschmettert, so daß das Kniegelenk frei zutage lag. Die Wunde war stark mit Erdbestandteilen verunreinigt. Nach möglichster Reinigung der

Wunde wurden die losgelösten Knochensplitter entfernt, zwei größere Stücke der rechten Hälfte der Kniescheibe gut aneinandergepaßt und fixiert und die Wunde tamponiert (Stabsarzt Dr. Schörnich). In der ersten Zeit bestand Fieber, welches jedoch auf die übrigen Verletzungen (Verbrennung) zurückzuführen war.

Die Wundheilung ging langsam, aber ohne Störung des Verlaufs vonstatten. Die beiden Kniescheibenstücke verwuchsen fest miteinander. Der Kranke konnte nach Ablauf von 3 Monaten mit Hilfe von Stöcken einhergehen. Die Kniescheibe war unbeweglich, aktive Beugung im Kniegelenk bis zu einem Winkel von 160° möglich.

Der Kranke wurde zu weiterer Mobilisierung seines Kniegelenks noch einem medico-mechanischen Institut der Heimat überwiesen."

Wunden und Verletzungen.

Über eine Verletzung, die nachträglich chirurgischen Eingriff erforderte, berichtet Stabsarzt Dr. Marshall aus Bukoba:

„Eine Laparotomie wurde bei einem 1 Jahr alten Kinde ausgeführt. Es handelte sich um eine Stichverletzung der Bauchhöhle, die das Kind sich zugezogen hatte, indem es hingefallen war und sich hierbei an einem Messer verletzt hatte, wie es die hiesigen Eingeborenen zum Schneiden von getrocknetem Gras verwenden. In der linken regio hypochondrica fand sich eine zur Längsachse des Körpers leicht schräg gestellte 2 cm lange glattrandige Wunde, aus der ein wallnußgroßes Stück Netz prolabiert war. — Erweiterung der Wunde auf 5 cm (16 Stunden nach erfolgter Verletzung), Hervorziehen des Netzstranges, der abgebunden und entfernt wurde, Versenken des Stumpfes in die Bauchhöhle, Naht der Bauchwand. Heilung innerhalb drei Wochen, durch Nahteiterung etwas verzögert."

Über eine Schußverletzung der Leber berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhaus Daressalam:

„Eine Schußverletzung mit einem kleinen Vollmantelprojektil einer Pistole (Webley & Scott), Kaliber 7,65 mm, endete tödlich.

Der Verunglückte hatte den Schuß aus einer nicht genau festzustellenden Entfernung (wahrscheinlich 30 Schritt), als er in einer Rikshaw zurückgelehnt saß, erhalten. Das Geschoß war etwa 3 cm unterhalb des rechten Rippenbogens dicht seitlich von der Brustwarzenlinie eingedrungen.

Bei Freilegung des Schußkanals in Äthernarkose durch einen Schnitt in der Längsrichtung zeigte sich ein rundes Loch in der zehnten Rippe und nach Resektion eines Stücks dieser Rippe weiter oben eine der Größe des Projektils entsprechende Einschußöffnung in der Leber. Eine Ausschußöffnung war nicht festzustellen. Aus der Bauchhöhle kam eine große Menge flüssigen und geronnenen Blutes hervor. Infolge des starken Blutverlustes trat der Tod ein.

Bei der Autopsie erwies sich der Schußkanal, welcher den rechten Leberlappen schräg von vorn unten nach oben hinten in einer Länge von 15 cm durchsetzte, nach Aufschneiden der Leber unter zunehmender Dicke hinten über daumdick.

Das verhältnismäßig kleinere Geschoß muß also eine stark reißende Wirkung auf das parenchymatöse Organ ausgeübt haben. Jedenfalls war eine große Menge Lebergewebe zertrümmert, und so der starke Blutverlust bewirkt worden.

Das Geschoß war an der Hinterfläche des rechten Leberlappens durch die große Austrittsöffnung aus der Leber ausgetreten, hatte das Zwerchfell mit einem kleinen runden Loch, welches der Kalibergröße entsprach, durchschlagen und war in die neunte Rippe eingedrungen, in welcher es eine runde, nicht perforierende Wunde mit gesplitterten Rändern gesetzt

hatte. Von da war es wahrscheinlich beim späteren Heben des Körpers in den Pleuraraum gefallen."

Über eine andere Schußverletzung berichtet Stabsarzt Dr. Wittrock aus Muansa:

„Von Interesse ist noch eine Schußverletzung bei einem Farbigen, welcher allerdings gleich Lazarettaufnahme fand, aber erst 14 Tage später in Behandlung des Arztes kam.

Bei dem Verletzten war die aus nächster Nähe aus einem Revolver abgeschossene Kugel in die untere rechte Brustseite (in der Achselhöhlenlinie) eingedrungen. Die Kugel war nicht entfernt worden, die Lunge war verletzt (Bluthusten), trotzdem konnte der Verletzte nach 23tägiger Lazarettbehandlung mit völlig verheilter Einschußöffnung seinem Herrn auf Expedition folgen."

Eine Stichverletzung des Unterleibes konnte Oberarzt Dr. Peiper in Kilwa beobachten. Die Krankengeschichte ist folgende:

„Vorgeschichte: 17. 9., abends 10 Uhr, wurde Ibrahim, Mwera, etwa 20 Jahre alt, von einem Askari bei einem Einbruchsdiebstahl ertappt. Er setzte sich bei seiner Verhaftung zur Wehr, entriß dem Askari das Seitengewehr und stach sich vielleicht aus Selbstmordabsicht in den Leib. In bewußtlosem Zustande wurde er ins Lazarett gebracht.

Aufnahmebefund 17. 9.: Bei meiner Ankunft im Hospital lag der Mann bewußtlos mit ausgebreiteten Armen, kaum atmend, mit kleinem Puls auf dem Fußboden. Aus einer 3 cm breiten queren Stichwunde in der Magengrube floß wenig Blut heraus.

Sofortige Operation ohne Narkose. Instrumente in Karbollösung desinfiziert, statt steriler Gaze Jodoformgaze. Eine breite Sonde dringt etwa 10 cm unter der Haut entlang nach der Milz zu vor, alsdann dringt sie in die Bauchhöhle ein.

Schnittführung links außen und unterhalb der Wunde am Außenrande des linken geraden Bauchmuskels 12 cm lang. Das Bauchfell wird mit Klemmen festgehalten. Die Besichtigung des Magens, der Därme usw. ergibt keine Verletzung dieser Organe. Das Bauchfell wird mit einigen Nähten an der Muskulatur befestigt, der sichtbare Teil der Bauchhöhle von Blut gesäubert und alsdann reichlich Jodoformgaze eingeführt. Verband.

Nach der Operation erwacht nach 2 Kampferspritzen der Verletzte aus seiner Ohnmacht. Puls klein, aber regelmäßig. Geringe Milchdiät, stündlich 1 Eßlöffel.

Krankheitsverlauf 18. 9.: I. ist aufgestanden und hat versucht, sich an einem Haken aufzuhängen, ist aber rechtzeitig abgeschnitten worden. Keine Anzeichen einer Bauchfellentzündung.

19. 9.: Erklettern einer senkrecht gestellten Kitanda (Negerbettstelle), um sich an einem Deckenhaken zu erhängen. Keine Zeichen einer Bauchfellentzündung.

23. 9.: Verbandwechsel. Keine Eiterung. Die Jodoformgaze wird zum größten Teil aus der Wunde entfernt.

27. 9.: Verbandwechsel. Die Wunde hat sich allmählich verkleinert. Die Jodoformgaze wird gänzlich entfernt. Neue Gaze wird leicht eingeführt.

30. 9.: Verbandwechsel. Die Wunde heilt von innen nach außen sehr gut. Keine Eiterung.

2. 10.: Verbandwechsel. Einführung eines neuen Gazestreifens.

6. 10.: Verbandwechsel. Keine Klagen.

10. 10.: Verbandwechsel. Es besteht nur noch eine oberflächliche Wunde. Temperatur 36,8° C.

15. 10.: Die Wunde ist oberflächlich noch 6 cm lang und 0,5 cm breit. Wohlbefinden.

19. 10.: Verbandwechsel. Es besteht eine starke Wucherung und wurde deswegen mit Höllenstein geätzt.

21. 10.: Die Wucherung geht gut zurück; es besteht nur noch eine oberflächliche Wunde von 2 cm Länge. Keine Schmerzen auch bei starken Pressungen, keine Druckempfindlichkeit. I. steht den ganzen Tag auf und wird am 26. 10. mit fester Vernarbung der Operationswunde geheilt entlassen."

Verbrennung.

Einen Fall ausgedehnter Verbrennung teilt Oberarzt a. D. Dr. Lenz aus Bagamojo mit:

„Am 2. 11. 08. wurde ein Askari der hiesigen Polizeitruppe in das Lazarett gebracht, der im Schlafe mit Petroleum übergossen und angezündet worden war. Verbrennung II. und III. Grades am Rücken, Gesäß, Oberschenkeln, Armen und Seiten. Im ganzen war die Haut von etwas mehr als der halben Körperoberfläche verbrannt. Da, wo die Kleiderstoffe fest der Haut anlagen (Gürtel) und da, wo sie erheblich von ihr abstanden, war die Verbrennung ausgeblieben; sie war überall da eingetreten, wo die Gewänder lose auflagen.

Es wurde mit Bädern und Ölverbänden vorgegangen. Das beste wäre wohl permanentes Vollbad gewesen, doch fehlten dazu die nötigen technischen Einrichtungen. Reinigung der verbrannten Stellen mit Wasser, Seife und Bürste, danach Auflage von Verbandstoff und nur Wechsel der oberen Schichten konnte nicht angewandt werden wegen des zu erwartenden Blutverlustes. Bei so ausgedehnten Verbrennungen II. Grades läßt sich dieses heroische Verfahren offenbar nicht anwenden.

Bis zum 12. war unter Abstoßung der verbrannten Gewebsfetzen bei Abendtemperaturen von 38,5 bis 39,0° Reinigung fast der ganzen Fläche eingetreten.

Inzwischen waren aber auch Ernährung und Kräfte sehr heruntergekommen. In der Nacht stieg die Temperatur plötzlich auf 41,5°, und um 2½ Uhr trat unter Herzschwäche Tod ein."

Eingeweidewürmer.

Über einen Fall von Erkrankung infolge Spulwürmer berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen aus Mahenge:

„Bei einem 5jährigen Msukuma-Knaben trat einige Tage nach einem Rückfallfieberanfall bei völligem Wohlbefinden ziemlich plötzlich eine schnell zunehmende Schwäche ein. Das Kind war am zweiten Tage vollkommen apathisch, fast pulslos, erbrach alles, was es zu sich nahm. Es bestand kein Fieber. Parasiten waren in seinem Blut nicht mehr vorhanden. In dem Erbrochenen sollen einmal 2 Würmer gewesen sein, desgleichen hatte die Mutter auch im Stuhl solche bemerkt. Nach Einnahme von 0,5 Ipecac. erbrach das Kind 4 zu einem Haufen geballte Spulwürmer. Innerlich wurde mehrfach 0,05 Santonin gegeben. Es gingen dann im Laufe des folgenden Tages noch mehrere Würmer mit dem Stuhl ab. Am Tage nach dem Erbrechen der Würmer war das Kind schon etwas kräftiger geworden und konnte etwas essen. 2 Tage darauf war es wieder völlig wohl."

Oberarzt Dr. Peiper, Kilwa, berichtet über eine selbst durchgemachte Darmerkrankung, hervorgerufen durch Fliegenmaden.

„Am 2. 3. 09. erkrankte ich in Mitole an Durchfällen, die mit Druck in der Magengegend verbunden waren. Die Stühle waren breiig, boten aber keine Besonderheiten. Die Erkrankung trat nicht plötzlich auf; schon seit einigen Tagen verspürte ich Druck in der Magengegend und litt an Appetitlosigkeit. Durch strenge Diät glaubte ich meinen Zustand bessern zu können.

Am 3. 3. früh hatten sich die Schmerzen in die linke Unterbauchgegend gezogen, Fieber war nicht vorhanden. Im Lager in Kigombo

nahm ich 2 Tabletten Kalomel à 0,3. Zwei Stunden später erfolgte ein breiiger Stuhlgang, bei dessen Besichtigung ich etwa 15 Stück Fliegenmaden fand. Dieselben hatten etwa 0,5 cm Länge und waren am Kopfende bräunlich verfärbt. Meine Beschwerden waren völlig beseitigt. Leider verhinderte mich eine längere Zeit andauernde Schwäche, die Maden zu konservieren.

Der Schwächezustand des Körpers hielt derart lange an, daß ich genötigt war, vom 9. bis 17. 3. ein Lager zu beziehen, um mich zu kräftigen.

Da ich stets abgekochtes Wasser genieße und im Genuß rohen Obstes sehr vorsichtig bin, kann ich als Ursache der Erkrankung nur das einzige Mal annehmen, wo ich Obst aß: dies war in Kiswere am 28. 2. 09. Es handelte sich um Bananen, die an einigen Stellen schon mulmig geworden waren; vielleicht habe ich alle kranken Stellen nicht beseitigt und auf diese Weise Fliegeneier mit verzehrt."

Anchylostomiasis.

Einen Fall von Wurmkrankheit, der unter Erscheinungen einer Thymolvergiftung letal endete, berichtet Stabsarzt Dr. Stolowsky aus Mpapua:

„Es handelt sich um einen unglaublich heruntergekommenen, hochgradig anämischen Menschen, der als Landstreicher in der hiesigen Karawanserei in halbverhungertem Zustande aufgefunden wurde. Bei der Einlieferung ins Hospital machte er bereits einen somnolenten Eindruck, so daß nur schwer Angaben von ihm zu erhalten waren. Es bestanden die für chronische Anchylostomiasis charakteristischen Symptome von seiten des Zirkulationsapparates. Außer hochgradiger Anämie der sichtbaren Schleimhäute, die tatsächlich rein weiß aussahen, starkes Herzklopfen mit diffusen Schmerzen in der Herzgegend, erhöhte Pulsfrequenz, Dilatation des linken Herzens, unreine Herztöne. Ödeme fehlten allerdings, dagegen war das von Stiles beschriebene Symptom des eigentümlich starren leeren Blickes sehr augenfällig vorhanden. In dem braunrötlich gefärbten Stuhlgang fanden sich massenhaft Anchylostomeneier. Nachdem Patient am Einlieferungstage mehrfach Digitalis und am Nachmittage zweimal 0,3 Kalomel erhalten hatte, bekam er am folgenden Tage morgens gegen 8 Uhr 1½ g Thymol gepulvert in Oblate. Da die Dosis anscheinend gut vertragen wurde, wurde sie um 10 Uhr wiederholt. Um 4 Uhr nachmittags, also 6 Stunden nachher, verfiel Patient in einen komatösen Zustand. Hinzugerufen, fand ich ihn gegen 5 Uhr vollständig bewußtlos, mit krampfhaft geschlossenem Munde, so daß es ganz unmöglich war, ihm etwas einzuflößen. Herztätigkeit schwach und verlangsamt (60 Schläge), Respiration oberflächlich und gleichfalls verlangsamt, Temperatur 36°. Auf Kampfer und Äther subkutan wurde Herztätigkeit wieder besser, der komatöse Zustand hielt weiter an bis zum nächsten Morgen 4 Uhr, um welche Zeit der Patient mit Hilfe des Wärters sein Lager zu wechseln vermochte. Der eigenartige Kieferkrampf bestand allerdings weiter. Ich glaubte den Kollapsanfall bereits überwunden, als nach erneutem kurzdauernden Koma der Exitus an Herzlähmung gegen 8 Uhr morgens plötzlich eintrat.

In diesem Falle hatten sich also Anchylostomen, eine wahrscheinlich schon lange dauernde Unterernährung (Vagabund) und last not least, die Thymolwirkung vereinigt, den ungünstigen Ausgang zu bewirken."

Bilharzia.

Über eine Bilharzia-Epidemie unter den Kettengefangenen in Newale berichtet der Stationsarzt von Lindi, Oberarzt Dr. Lurz:

„In der neuerbauten Boma Newala waren 60 Kettengefangene untergebracht; davon starben in der Zeit vom 6. bis 20. 1. 09. 8 männliche Gefangene. Berichterstatter traf am 21. 1. in Newala ein.

Die Kettengefangenen sind in 3 Räumen in einem aus Holz und Lehm gebauten, mit einem Strohdach versehenen Haus untergebracht. Jedem steht nachts eine wollene Decke zur Verfügung; auch wird bei kälterer Temperatur Feuer gemacht. Als Nahrung dient abwechselnd Mais mit Mtama und Chiroka mit Mtama; zweimal wöchentlich gibt es Ziegenfleisch. Das Wasser wird aus einem etwa eine halbe Stunde entfernt gelegenen Bach geholt; es ist einwandfrei. Zur Kotentleerung werden die Gefangenen auf freies Feld geführt; der Kot wird vergraben.

Die 8 Gestorbenen stammen aus der Landschaft Mkoleo, woselbst die Wasserverhältnisse angeblich sehr schlecht sind. In der Boma waren sie in ein und demselben Raum untergebracht.

Das Leiden hat angeblich mit Fieber und Leibschmerzen begonnen; dann trat eine blutige Verfärbung des Urins ein, etwas später war dem Kot Blut beigemischt, zuletzt entleerte sich aus der Harnröhre fast rein eitriger Urin; die Kotentleerungen waren dagegen ganz schleimig-eitrig. Unter totaler Abmagerung und Entkräftung trat der Tod ein.

Die Askari und deren Weiber, die in derselben Boma untergebracht waren, waren bisher gesund.

Die geschilderten Symptome, besonders der blutige Urin, sprechen für Bilharzia-Erkrankung. Es lag noch die Möglichkeit vor, daß die Bilharzia-Erkrankung mit Bakterien-Dysenterie kompliziert war.

Nach solchen Gesichtspunkten wurden alle Kettengefangenen untersucht. Zwei davon, im nämlichen Raum wie die Verstorbenen untergebracht, befanden sich in besonders elendem Zustand.

Ihr Leiden begann, wie oben geschildert: erst Blut im Urin, dann in den Fäkalien, schließlich eitriger Urin und schleimig-eitriger Stuhl; sie hatten stets Stuhldrang und bei der Kotentleerung Schmerzen im Unterleib. Bei dem einen war ein Mastdarmvorfall vorhanden. Temperaturerhöhung bestand nicht. Beide waren gänzlich abgemagert.

Mikroskopisch sind im Urinsediment und in dem Kot Eier von Schistosomum haematobium zahlreich nachweisbar. Der Kot setzt sich aus Schleim, Eiter und Blutkörperchen zusammen. Dysenterie-Bakterien oder Amoeben konnten nicht gefunden werden. Im Urinsediment rote Blutkörperchen, massenhaft Eiterkörperchen, Blasen- und Nierenepithelien.

Die übrigen Kettengefangenen befanden sich, eine kleine Anzahl ausgenommen, in gutem Ernährungszustand und waren anscheinend gesund. Die Untersuchung ihrer Stühle ergab bei 16 Eier von Anchylostomum duodenale, davon 2 mit Ascaris lumbric.; zwei hatten nur Eier von Ascaris lumbric.

Da die Verstorbenen unter genau denselben Erscheinungen wie die zwei Schwerkranken erkrankt waren, ist mit aller Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß auch sie an Bilharziosis gelitten hatten. Da sie erst zwei Monate Kettengefangene waren, mußten sie sich bereits in der Heimat, wo die Wasserverhältnisse äußerst schlecht sind, infiziert haben.

Bemerkenswert ist das epidemische Auftreten. Alle erkrankten in demselben Zimmer und unter denselben Symptomen. Nach Ansicht des Berichterstatters ist hierfür nur die veränderte Lebensweise verantwortlich zu machen; der durch Bilharziosis geschwächte Körper ist Anstrengungen nicht mehr gewachsen. Die erkrankten Beckenorgane, besonders Blase und Mastdarm, bieten den stets vorhandenen Infektionserregern einen guten Nährboden. Ihre Vermehrung kennzeichnet sich in Fieber und den genannten Erscheinungen. Unter Blasen- und aufsteigender Nierenentzündung tritt schließlich der Tod ein."

Über Bilharzia des Mastdarms berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen aus Mahenge:

„Ein Kettengefangener, Mpogoro, kam mit Bilharzia-Krankheit des Mastdarms in Behandlung. Er erkrankte akut mit Durchfällen und hatte blutig-schleimige Stühle, in denen sich zahlreiche Bilharzia-Eier und einzelne ausgeschlüpfte, lebhaft bewegliche Embryonen befanden. Der Urin

war hellgelb und völlig klar und hatte angeblich nie fremde Beimengungen gezeigt.

Es handelte sich also um eine primäre Erkrankung des Mastdarms."

Einen anderen Fall von Bilharzia des Mastdarmes, der zugleich noch von Bandwurm und Anchilostomiasis-Erkrankung begleitet war, konnte Stabsarzt Dr. Ahlbory in Moschi beobachten. Er schreibt darüber:

„Ein etwa 20jähriger Polizist, Msukuma, ist längere Zeit auf Expedition gewesen; er leidet an Durchfällen. Im stark mit Blut und Schleim vermischten Stuhl zahlreiche Eier von Haemat. Bilharz. und Taenia saginata, einige von Anchilostomum duod. Zunächst Anchylostomumkur mit dreimal 2,0 g Thymol, nach einer Woche Taenienkur mit zweimal 3,0 g Chloroform; darauf wurde der Stuhl dickbreiig, geringe schleimig-eitrige Beimengungen lagen oben auf. Alsdann täglich morgens 1 Teelöffel Magnes. sulfur. in einem Glas Wasser und 0,01 g Santonin während 6 Wochen. Nach Beendigung dieser Kur hat H. bedeutend an Körpergewicht zugenommen, er sieht sehr wohl aus. Der Stuhl ist entweder geformt oder dickbreiig und zeigt nur zuweilen noch einige Eier von Haemat. Bilharz. H. wird dienstfähig entlassen."

Elephantiasis.

Aus Mahenge berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen über eine große Anzahl operierter Fälle; unter diesen waren ganz besonders große Geschwülste. Er schreibt:

„Ein Hodensacktumor wog abgeschnitten 67¾ Pfund engl. — 60,4 deutsch, ein zweiter 51 Pfund deutsch. Der letztere war 61 cm lang und hatte 122 cm Umfang! Ein Kranker hatte einen isolierten Penistumor von 35 cm Länge und 35 cm Umfang. Selbst bei absolut gutem Wundverlauf bleibt die Amputation sehr großer Tumoren immer ein gewaltiger und nicht ungefährlicher Eingriff.

Sehr oft waren die Geschwülste mit 1 oder 2 meist schon großen Wasserbrüchen kompliziert.

Ein Kranker zeigte gleichzeitig Elephantiasis eines Beins, drei Kranke solche des Penis. Bei allen diesen drei Kranken war, wie es ja fast immer der Fall, das innere Vorhautblatt ganz oder zum Teil unverändert und konnte zur Bedeckung des ausgeschälten Gliedes verwandt werden. Nur in einem Fall wurde der Penis nur zu zwei Dritteln mit Haut bedeckt. Wie meistens in solchen Fällen überhäutete sich trotzdem der Penis sehr schnell.

Ein Operierter hatte eigentümlicherweise eine elephantistische Verdickung der Eichelhaut, trotzdem die Vorhaut ganz unverändert war.

Der Inhalt einer ›Hydrocele‹ bei einem Elephantiastiker zeigte denselben merkwürdigen Inhalt, wie ich ihn schon einmal früher bei einem solchen Kranken gesehen hatte, die über mannskopfgroße Geschwulst fluktuierte nicht, sondern fühlte sich fast steinhart an. Sie enthielt nur sehr wenig bräunliche, trübe Flüssigkeit und bestand im übrigen aus grützeartigen, schmutzig-gelbbraunen Massen, die an breiigen Kot erinnerten. Die Innenflächen der dicken Geschwulsthäute sahen braungelblich aus, waren lederartig mit kalkigen Einlagerungen. Vom Hoden selbst war makroskopisch keine Spur zu entdecken.

Bei einem Kranken fanden sich auch noch nach der Operation mehrfach Filaria-Embryonen im Blut.

Bei zwei Elephantiasis-Kranken, deren Hodensackgeschwulst radikal operiert wurde, wurde der Penis, der vorher keine Zeichen elephantiastischer Veränderungen gezeigt hatte, im Anschluß an die Operation elephantiastisch. Schon in den nächsten Tagen nach dem Eingriff war der Penis stark ödematös geschwollen, sehr verlängert und um das Doppelte

seines bisherigen Volums verdickt. Diese Schwellung ging zwar in den folgenden Tagen etwas zurück. Es zeigte sich dann aber, daß die Penishaut deutlichen, elephantiastischen Charakter angenommen hatte. Beide Fälle betrafen eine Hodensackelephantiasis mäßigen Grades. Der größte von ihnen war nur wenig über mannskopfgroß. Bei großen, elephantiastischen Hodensäcken, von denen ich bis jetzt eine große Reihe operierte, ist mir diese postoperative Erkrankung des Penis nie vorgekommen. Nur einer von den oben erwähnten Kranken willigte in eine zweite Operation. Bei dieser gelang es mit Erfolg, den abgehäuteten Penis mit dem unveränderten, inneren Praeputialblatt zu bedecken."

Über einen Fall von „Elephantiasis vulvae" berichtet Oberarzt Dr. Neubert aus Neu-Langenburg:

„Etwa 22 Jahr altes Manjema-Weib. Angeblich vor 5 Jahren Anschwellen der Vulva. An der Stelle derselben hängt ein Tumor, von etwa 30 cm Durchmesser, hart und von knotiger Beschaffenheit.

Von der Rückseite sieht man den Eingang der Scheide, die beiden elephantiastisch entarteten großen Labien, dazwischen die gleichfalls entartete Clitoris und die kleinen Labien, alles zusammen drei abgetrennte Tumoren bildend.

Operation in Chloroformnarkose: Abtragung beider Labien, der Clitoris usw. bis zur hinteren Commissur. Entfernung der elephantiastischen Bauchhaut bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Naht des ziemlich erheblichen Defekts mit etwa 30 Nadeln.

Der Tumor hatte ein Gewicht von 9½ Pfund.

Patientin wurde am 20. 11. geheilt entlassen."

Eine besonders große Elephantiasisgeschwulst beobachtete Stabsarzt Dr. Leupolt in Tabora.

„Die Entstehung der Geschwulst wird etwa 8 Jahre zurückdatiert. Die Operation an sich bot nichts Besonderes; sie wurde nach den von Werner und Grothusen angegebenen Regeln ausgeführt. Die abgenommene Geschwulst wog 54 Pfund.

Die Ausheilung wurde durch eine entstandene Fistel lange verzögert und dauerte über 3 Monate."

Filarien.

Über drei Fälle von Filarien berichtet Oberarzt Dr. Schoenebeck aus Liwale:

„Filarien als Erreger von Fieber und anderen Krankheitserscheinungen wurden bei drei Kranken gefunden. Der Manjema-Askari H., 23 Jahre alt, erkrankte mit allgemeinem Hitzegefühl und stechenden Schmerzen in der Brust sowie allgemeinem Schwächegefühl. Er hatte früher, wie das Krankenbuch ergibt, an Dysenterie- Magen- und Darmkatarrh gelitten. Seine hauptsächlichsten Beschwerden sind die andauernden stechenden Schmerzen in der Brust. Husten gibt er nicht an. Seine Körperwärme beträgt 38,9° C. Der Befund über den Lungen ergibt keine Abweichungen vom Gesunden, ebenso zeigen die übrigen Organe keine krankhaften Veränderungen. Im Blutpräparat (nach Giemsa-Romanowsky gefärbt) fanden sich verschiedene Tiere der Art Filaria perstans. Die Behandlung bestand, da bis zur Auffindung der Filarien Verdacht auf Malaria bestand, in der Darreichung von Chinin und wurde auch mit Chinin weitergeführt. Zum Unterschiede von den gewöhnlichen Malariafiebern blieb das Filarienfieber ein mit ganz geringen Schwankungen anhaltendes, und fiel gleichmäßig von Tag zu Tag ab, bis es am 4. Tage nach Auftreten der ersten Beschwerden in die gewöhnliche Körperwärme überging.

Ganz ähnlich verlief ein im Anschluß an einen poliklinisch beobachteten leichten Bronchialkatarrh auftretendes Filarienfieber bei einem Askariboy. Dieser stammte aus der näheren südlichen Umgebung von

Kilwa und hatte nach seiner Aussage früher in der Heimat ähnliche Fieberanfälle durchgemacht. Seine Klagen waren hauptsächlich solche über Kopfschmerzen, Mattigkeit und große innerliche Hitze. Die Körperwärme betrug bei der ersten Messung 38,4°, sie sank langsam und erreichte die gewöhnliche Körperwärme ebenfalls am 4. Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen. Außer mäßiger Blässe der Schleimhäute waren keine anderen Abweichungen nachweisbar. Im Blutpräparat fanden sich in den Tropfenpräparaten durchschnittlich 3 bis 4 Filaria perstans. Die Behandlung bestand in der täglichen Darreichung von 1,0 g Chinin.

Abweichend von den beiden ersten Fällen wurde in einem dritten von einem Kranken, der stets fieberfrei war, über dauerndes Kältegefühl geklagt; er erschien selbst nachmittags in der größten Hitze mit einer dicken Decke umwickelt.

Auch er klagte über stechende Schmerzen in der Brust, über Schlaffheit und Schlaflosigkeit. Im Blutpräparat fanden sich, soweit die Giemsafärbung eine Bestimmung zuläßt, als Fil. perstans zu bezeichnende Filarien.

Bei keinem der drei Fälle konnten die als ›Kamerunschwellung‹ bezeichneten leichten örtlichen Schwellungen der Haut beobachtet werden; auch auf Befragen verneinten die Kranken das Auftreten von solchen Schwellungen an sich beobachtet zu haben. Ebensowenig war das Vorkommen elephantiastischer Schwellungen oder von Chylurie von den Kranken bemerkt worden."

Weiter berichtet derselbe Artz aus L i w a l e über eine Filariasis mit Lymphscrotum und Drüsenschwellung:

„Ein aus Gombe am Iramba-Fluß, einen Tagemarsch von Mahenge, stammender Mpogoroträger traf krank mit einer Kalksafari aus Mahenge am 29. 1. in Liwale ein. Sein Hodensack war geschwollen. Er gab an, seit vielen Jahren geschwollene Leistendrüsen ohne Beschwerden zu haben. Als Träger angeworben, habe er einen Tagemarsch vor dem Jumben Jima-Jima Fieber bekommen. Bei Jima-jima begannen heftige Schmerzen im Leib in der Gegend der Blase. Harnlassen konnte er ohne Beschwerden, der Harn sei gewöhnlich gewesen. Er lag einen Tag bei Jimajima krank, dann hörte das Fieber auf. Um seinen Lohn nicht zu verlieren, marschierte er mit seiner Last bis nach Liwale. Während des Marsches stellten sich Schmerzen im Hodensack ein, der anschwoll und dessen Haut wundgescheuert wurde.

Bei der Aufnahme zeigte sich bei dem großen kräftigen Manne der Hodensack über mannskopfgroß geschwollen, prall elastisch, fluktuierend unter dem Bilde eines großen Wasserbruchs. Die Hoden waren nicht durchfühlbar. Seine Haut war teigig, an drei Stellen mit etwa pfennig-großen Geschwüren mit schmierigem Grunde besetzt. Der Penis war nicht eingezogen, seine Haut wässrig geschwollen.

Im Blutpräparat fanden sich Filarienlarven mit Scheide, Fieber bestand nicht und trat auch nicht mehr auf. Nach einigen Tagen hatten sich unter feuchten Verbänden mit Sol. Alum. acet. die Geschwürsflächen gereinigt, zugleich schienen sie in der Mitte tiefer, und aus ihnen tropfte bei aufrechter Stellung des Kranken eine farblose, wässrige, leicht klebrige Flüssigkeit. Darin ließen sich im Tropfen durchschnittlich 3 bis 4 lebhaft bewegliche Filarienlarven erkennen. Bei Abblendung und stärkerer Vergrößerung war am stumpfen, bei der Bewegung vorderen Ende innerhalb der Scheide eine bewegliche, zurückziehbare kleine Spitze sichtbar, die jedoch aus der Scheide nicht heraustrat. Das Bild war genau dasselbe wie das der ägyptischen Fil. Bancrofti. Die Blut- wie die Lymphpräparate waren stets am Tage entnommen worden.

Unter feuchten Verbänden mit Sol. Alum. acet. und innerlicher Darreichung von täglich 0,5 Chinin und Gran. arsen. Nr. V ging unter ständigem tropfenweisen Abfließen der Lymphe aus den Geschwüren die Hodensackschwellung bis zur regelrechten Größe zurück. Die Drüsen-

schwellung blieb unbeeinflußt. Die Geschwüre verkleinerten sich, die Lymphfisteln heilten, und der Mann wurde mit einem aus Americano gefertigten Suspensorium in seine Heimat entlassen."

Über systematische Blutuntersuchungen bei allen zur Operation kommenden Hodensackgeschwülsten berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen aus Mahenge:

„Seit 4 Monaten habe ich systematisch bei allen wegen Hodensackgeschwülsten zur Operation kommenden Kranken, im ganzen bei 20 Leuten, systematische Blutuntersuchungen, sowohl am Tage wie in der Nacht, gemacht, und zwar bei 12 Fällen von Wasserbrüchen und 8 Fällen von Elephantiasis. Sämtliche Leute stammten aus der Ubena-Ebene, unter deren Bewohnern — Wandamba und Wabäna —, wie ich schon früher berichtete, Elephantiasis endemisch ist.

Der Sultan Danka in Sofi am Ulanga war von mir veranlaßt worden, möglichst alle Leute in seinem Gebiet mit Elephantiasis zu zählen. Leider zählte er nur Hodensackgeschwülste in den Landschaften Sofi und Malinje. Die Gesamtbevölkerung beträgt dort etwa 5000 Köpfe. Er fand 32 Kranke.

Bei den Wasserbrüchen fand ich zweimal, bei den Elephantiasisfällen nur einmal Filaria nocturna im Blut. Bei den Wasserbrüchen fand ich bei dreien im Hydroceleninhalt lebende Filarien, von diesen hatte der eine auch Filarien im Blut. Die Wasserbruchflüssigkeit war in diesen Fällen fast stets hellgelb und klar, nur zweimal schwammen auf der Oberfläche einige Fettaugen. Chylösen Charakter hatte die Flüssigkeit jedoch nie.

Einer von den Kranken mit Wasserbrüchen, der Filarien im Blut, aber nicht in der Hydrocelenflüssigkeit hatte, starb 5 Tage nach der Operation. Da die Wunde absolut reaktionslos war und, abgesehen vom Fieber, der Kranke keine Zeichen einer inneren Erkrankung zeigte, er auch über nichts klagte und hochfiebernd am 5. Tage starb, dürfte die Todesursache wohl in der akut gewordenen Filarienkrankheit zu suchen sein. Andere Parasiten hatte er im Blut nicht.

Die Filarien zeigten, abgesehen von der nur sehr selten sichtbaren Scheide, alle Charakteristika der Filaria nocturna."

Über das Vorkommen von Filaria-Erkrankungen im Bezirk Bukoba berichtet Stabsarzt Dr. Marshall:

„Die Krankheit ist, wie längst bekannt, im Bezirk außerordentlich verbreitet. Auch in der unmittelbaren Nähe von Bukoba selbst finden sich wohl bei den meisten Eingeborenen Filarienembryonen im Blut, und zwar ausnahmslos die der Filaria perstans. Die Anzeichen des Leidens sind Ödeme an den verschiedenen Körperstellen, so beispielsweise an den Gliedmaßen, besonders auch im Gesicht, wo mit Vorliebe das obere Augenlid befallen wird, das bei gleichzeitiger starker Schwellung der Konjunktiva bulbi außerordentlich entstellend wirkt. Nach 3 bis 4 Tagen gehen die Ödeme von selbst zurück. Fast stets klagen die mit Filaria behafteten Personen über Brustschmerzen (kifua). Es ist naheliegend, die Ursache dieser Kla-

gen in den Muttertieren der Filaria zu suchen, die ja sehr häufig ihren Sitz in dem der Brust- und Bauchaorta benachbarten Bindegewebe zu haben pflegen.

Zweimal sah ich bei erwachsenen Personen tiefliegende Abszesse innerhalb der Muskelbäuche des Vorderarms. Da nicht die geringsten Anzeichen einer von außen erfolgten Infektion vorlagen, die Erkrankung vielmehr bei gleichzeitig bestehender starker Filariose des Blutes ohne jede Fiebersteigerung verlief und die anfangs sehr reichliche Eiterung nach Spaltung der Muskulatur bald versiegte, glaube ich, die »kalten« Abszesse auf Filariose zurückführen zu dürfen. Filarien wurden allerdings trotz sorgfältigen Suchens nicht in der Abszeßhöhle gefunden."

Ainhum.

Über drei Fälle von Ainhum berichtet Stabsarzt Dr. Leupolt aus Tabora:

„Merkwürdigerweise kamen diesmal kurz hintereinander 3 Fälle von Ainhum der kleinen Zehe zur Operation. Der eine Fall bei einem etwa 25jährigen Manne aus der Umgegend von Tabora soll angeblich nur 2 Monate zu seiner Ausbildung gebraucht haben; über die Entstehungsursache konnte er nichts angeben. Der zweite Fall bei einem etwa 25jährigen Myao-Weibe hat, wie sich mit Sicherheit feststellen ließ, 1 Jahr gebraucht bis zur fast völligen Abschnürung der kleinen Zehe.

Hier wird als Entstehungsursache eine Verletzung der Zehe angegeben. Die Mutter dieser Kranken soll auch eine kleine Zehe durch diese Krankheit verloren haben.

Die Entstehung des dritten Falles bei einem etwa 32jährigen Manjema-Weibe wird etwa 12 Jahre zurückdatiert und soll nach einer kleinen Verletzung entstanden sein.

Die Fälle boten sonst nichts Besonderes. Die Leute kamen zur Operation, weil sie die lose Zehe beim Gehen hinderte. Die Heilung verlief nach Absetzen der kranken Zehe ganz glatt."

Frauenkrankheiten.

Über einen Gebärmuttervorfall berichtet Stabsarzt Dr. Exner aus dem Gouvernements-Krankenhause Daressalam:

„Bei einer Kranken, bei welcher nach der ersten Entbindung ein Gebärmuttervorfall aufgetreten war und das Leiden sich nach einer zweiten Entbindung so verschlimmert hatte, daß das Gehen infolge des Drängens der inneren Organe nach unten mit großen Beschwerden verbunden war, der Uterus beim Stehen jedoch nicht vor die Vulva herabsank, wurde die Colporrhaphia anterior, Exision eines ovalen Stückes der vorderen Scheidenwand von 8,5 cm Ausdehnung und die Naht der Wunde und Darmplastik nach Lawson Tait unter Bildung eines neuen Dammes vorgenommen.

Die hintere Kommissur wurde bogenförmig umschnitten, die hintere Vaginalwand mehrere Zentimeter tief frei präpariert und diese quer verlaufende Wunde mittels Bronzedrahtnähten zu einer sagitalen Narbe vereinigt.

Die Heilung erfolgte ohne Störung unter 17tägiger Bettruhe. Die Beschwerden waren, als die Kranke wieder aufstehen durfte, behoben."

Einen interessanten Fall von Zwillingsgeburt berichtet Stabsarzt Dr. Stolowsky aus Mpapua:

„Es handelt sich um eine Vpara (Mgogo), die seit 28 Stunden in Wehen lag und, nur auf das notdürftigste in einen Lappen gehüllt, in

einem als Trage dienenden, schmutzigen Stück Zeug 2 Stunden weit zur Station geschleppt wurde. Temperatur bei der Ankunft 38,6°, Puls 120. Untersuchung ergab folgenden Befund: Uterus stark dextrovertiert, in beständigem Kontraktionszustand ohne ordentliche Wehenpausen. Kontraktionsring etwa 3 Finger breit unterhalb des Nabels; der unterhalb des Ringes befindliche Uterusabschnitt fühlt sich im Gegensatz zu dem brettharten Fundusteil verhältnismäßig weich an, woraus auf Gefahr einer nahen Uterusruptur geschlossen wird. Eine breite Resistenz läßt sich rechts feststellen, während kleine Teile wegen der ständigen Kontraktion nicht durchzufühlen sind. Foetale Herztöne nicht zu hören. An den Genitalien hängt ein stark ödematös geschwollenes Bein bis zum Knie heraus. Das Bein ist seit etwa 20 Stunden geboren. Nach gründlicher Reinigung und Desinfektion der in bezug auf Reinlichkeit jeder Beschreibung spottenden Genitalien gelangt der touchierende Finger bis zum äußeren Muttermund, der um den Oberschenkel krampfhaft geschlossen ist. Es handelte sich also um einen tetanusähnlichen Zustand des Uterus, hervorgerufen durch eine langdauernde Geburtsbehinderung. Als ein kurzer, vorsichtiger Extraktionsversuch an dem vorgefallenen Beine keinen Erfolg zeitigte, wurde in Chloroformnarkose, zu der auffallend wenige Tropfen genügten, mit der ganzen Hand eingegangen. Der Uterus erschlaffte in der Narkose prompt, es gelang, neben dem Oberschenkel zwei Finger durch den Muttermund zu bringen, worauf sich derselbe rasch gänzlich erweiterte. Dabei drängte sich eine zweite Blase vor, durch die deutlich Kopfnähte gefühlt wurden. Es gelang mit Unterstützung der äußeren Hand den Kopf in dem nun völlig erschlafften, an sich sehr geräumigen Uterus nach oben wegzudrängen, worauf Zug am vorgefallenen Bein die Frucht bis zu den Schultern rasch folgen ließ. Entwicklung des Kopfes mittels des Veit-Smellieschen Handgriffes und Abnabelung der bereits abgestorbenen Frucht. Unmittelbar nach der Extraktion erscheint eine zweite Blase in der Vulva, und während noch Wiederbelebungsversuche am ersten Kinde gemacht werden, wurde eine zweite Frucht in Schädellage spontan und in toto (mit Blase und Placenta) geboren, die sich trotz sofortigen Zerreißens der Eihäute als gleichfalls abgestorben erwies. Nach weiteren 15 Minuten Expression der Placenta der ersten Frucht: es lag also der verhältnismäßig seltene Fall des getrennten Abganges der Placenta einer zweieiigen Frucht vor. Nach Ausstoßung der Placenta war der Uterus fast kontrahiert, es erfolgte nicht die geringste Blutung. Da der Fall sehr unreinlich lag, wurde eine energische Scheidenspülung angeschlossen. Die Früchte, beide männlich, waren klein, aber ausgetragen. Drei Stunden nach der Geburt betrug die Temperatur 37,4°, Puls 100, am nächsten Morgen stieg sie noch einmal auf 38,1°, um dann dauernd unter 37,5° zu bleiben. Die Frau ließ sich nicht länger als 4 Tage im Lazarett behalten. Wenige Wochen nachher erfuhr ich, daß sie gänzlich gesund sei und wieder alle Arbeiten verrichte.

Bemerkenswert bei dem Fall ist, daß so absolut keine Neigung zu Nachblutung ex atonia uteri vorhanden war, wie ich eigentlich mit Sicherheit erwartet hätte, und daß es trotz der unglaublichen Unreinlichkeit und Verwahrlosung zu keiner puerperalen Erkrankung kam."

In Anlage 23 ist eine Übersicht der von den Hebammenschwestern des Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien während des Berichtsjahres geleiteten Geburten beigefügt. Anlage 23.

B. Veterinärärztlicher Teil.

(Berichterstatter Regierungstierarzt Dr. Lichtenheld.)

I. Personalien.

In dem Berichtsjahre erfolgte eine Vermehrung der Tierarztstellen von zwei auf fünf. Neugeschaffen wurden die Stellen in Kondoa-Irangi, Tabora und Muansa. Der in Daressalam stationierte Tierarzt wurde zum Korreferenten für das Veterinärwesen beim Gouvernement ernannt.

II. Seuchenpolizeiliche Verordnungen.

Der bisher bestehende allgemein empfundene Mangel an gesetzlichen Bestimmungen zur Bekämpfung der Tierseuchen wurde im Berichtsjahre beseitigt. Es wurden folgende drei Verordnungen ausgearbeitet: 1. betr. die Bekämpfung der Tierseuchen, 2. betr. die Bekämpfung des Küstenfiebers, 3. betr. den Transport von Rindern. Die beiden ersten Verordnungen treten am 1. Mai 1909 in Kraft, die dritte Verordnung wird in Kraft treten mit der Veröffentlichung der Viehtreibewege.

III. Infektionskrankheiten.

1. Küstenfieber.

Die Ausbreitung dieser Seuche im Bezirk Langenburg wurde im Berichtsjahre genau untersucht (Lichtenheld). Es wurde festgestellt, daß in den Landschaften Kondeunterland, Kondeoberland, Untali, Buanji, Niederusafua und in einem Teil von Unika die Seuche endemisch vorkommt. Die Kälber werden in diesen Gebieten im allgemeinen im ersten Lebensjahre infiziert, es sterben 30—70 % der Nachzucht; die Verluste sind in der trockenen Zeit und in regenarmen Jahren gering, während der Regenzeit und in regenreichen Jahren groß.

Das auffallendste klinische Symptom ist eine sehr bedeutende Anschwellung der in der Umgebung der Ohren gelegenen Lymphdrüsen, der meist eine Schwellung der Bugdrüsen folgt. Den Eingeborenen ist der spezifische Charakter der Krankheit bekannt, sie nennen sie Matussi. Mittels Brennen der geschwollenen Drüsen mit glühendem Eisen wollen sie gute Erfolge erzielen. Bemerkenswert ist es, daß bei der Matussi nur ausnahmsweise viele Piroplasmen im Blute auftreten, meist sind nur die Kochschen Kugeln in den erkrankten Drüsen und der Milz nachzuweisen.

Die verseuchten Gebiete sind von einer solchen Größe und besitzen eine solche Menge verseuchter Rinderherden, daß an eine Aus-

rottung der Seuche zunächst nicht gedacht werden kann. Die Bekämpfung muß sich hier auf die Sperre beschränken.

Die bei Iringa vorgenommene Entseuchung der verseuchten Herden ist als gelungen zu betrachten. Die nach zweimaligem Weidewechsel von je 3 Wochen freigegebenen Rinder sind gesund geblieben und haben ihre neuen Standorte nicht verseucht (Lichtenheld).

Außer der im Vorjahre erfolgten Feststellung der Seuche in der Landschaft Itamba wurde diese noch gefunden auf der Farm von Biller und Sehm (Oberarzt Petzoldt) und bei zwei Eingeborenen-Rinderherden in der Nachbarschaft der Farm (Lichtenheld). Die Rinderherde der beiden Farmer wurde von der verseuchten Farm weggenommen und nach kontrolliertem Weidewechsel auf unverseuchten Weideplätzen freigegeben, die Farm ist gesperrt worden. Die Entseuchung der übrigen Herden konnte aus Mangel an Personal nicht erfolgen.

In dem aus den Bezirken Tanga und Wilhelmstal und einem Teil des Bezirks Pangani bestehenden Entseuchungsgebiet ist infolge der getroffenen Maßnahmen das Küstenfieber wesentlich zurückgegangen (Reg. Tierarzt Dr. Sommerfeld). Während früher in Korogwe, dem Stapelplatz des Händlerviehs, außerordentlich viel Rinder mit Küstenfieber infiziert wurden und bei längerem Aufenthalt verendeten, kommt jetzt dort nach Einrichtung einer Kontrolle nur noch selten eine Erkrankung an Küstenfieber vor (Sommerfeld).

Das in der Umgebung von Mpapua im Jahre 1906 festgestellte Küstenfieber ist noch nicht erloschen. Es traten wieder Todesfälle auf in Gairo und Kitangi (Reg. Tierarzt Dr. Schellhase).

Auch in Mangati, wo im Jahre 1906 endemisches Küstenfieber nachgewiesen wurde, kommt die Seuche noch im alten Umfange vor. Bei den Jumben Issudja und Tschira bei Kondoa-Irangi wurde Küstenfieber neu festgestellt (Stabsarzt Dr. Stolowsky).

Im Moschibezirk wurde auch im Berichtsjahre an verschiedenen Orten das Küstenfieber wieder beobachtet. Von den übrigen Bezirken sind keine Nachrichten über das Auftreten des Küstenfiebers eingelaufen.

Die gesamten bisherigen Untersuchungen haben zu dem Resultat geführt, daß das Küstenfieber in großen Gebieten des Bezirks Langenburg, der Landschaften Mangati und Ruanda endemisch vorkommt. Eine Ausrottung dieser mächtigen Seuchenherde ist zur Zeit nicht durchführbar. Die Bekämpfung muß sich auf die Sperre dieser Gebiete beschränken. Sollte sich bei weiteren Untersuchungen ergeben, daß in der Tat alle Kälber dieser Gebiete im ersten Lebensjahre durchseuchen, so könnte die Ausfuhr aller erwachsenen, also immunen Rinder unbedenklich gestattet werden. Diese Tiere würden als Zugtiere einen hohen Wert repräsentieren, da sie auf den Fahrwegen nicht infiziert werden können und sie diese selbst zu infizieren nicht imstande sind. Neben diesen großen endemischen Herden kommen noch kleine Herde (z. B. Daressalam) vor. Außerdem tritt

das Küstenfieber an sehr vielen Stellen epidemisch auf. In den beiden letzteren Fällen ist eine Ausrottung der Seuche durch Weidewechsel der Rinder und Sperre der verseuchten Weiden leicht erreichbar und oft auch schon praktisch durchgeführt worden.

2. Texasfieber.

Das Piroplasma bigeminum wurde, wie auch im Vorjahre, oft bei an Küstenfieber und Tsetse erkrankten Tieren gefunden (Lichtenfeld). Todesfälle infolge von reinem Texasfieber sind nicht beobachtet worden. Eine Bedeutung wird dem Texasfieber erst dann beizumessen sein, wenn europäische Zuchttiere eingeführt werden. Es würden dann auch wie in Transvaal (Dr. Theiler) nur Tiere unter einem Jahre einzuführen sein, die sowohl die künstliche als natürliche Infektion ohne nennenswerte Verluste überstehen. Eine Impfung der Zuchttiere in ihrer Heimat ist bei der Verschiedenheit der afrikanischen von den europäischen Piroplasmen nicht zweckmäßig.

3. Piroplasmosis canis.

Bei mehreren eingeführten europäischen Hunden wurde diese Krankheit beobachtet, mehrere Tiere erlagen derselben.

4. Tsetse.

a) Glossinen. Die Feststellungen über die Verbreitung der Glossinen wurden vervollständigt. In einem Erlaß sind außerdem alle Behörden aufgefordert worden, genaue Beobachtungen über das Vorkommen der Glossinen anzustellen und die eingefangenen Fliegen unter Angabe des Ortes und der Zeit an das hiesige Laboratorium zu senden. Auf diese Weise wird wesentlich mehr Beobachtungsmaterial gesammelt werden, als es bisher durch die wenigen Sachverständigen möglich war.

In Cherehani bei Sadani verschwanden Tsetsefliegen (Gloss. fusc.), die in vereinzelten Waldparzellen vorkamen, sobald das Land in größerem Umfange für die Baumwolle in Kultur genommen worden war (Lichtenheld). Versuche darüber, inwieweit Abholzungen zur Beseitigung der Tseste von Erfolg sind, werden zur Zeit bei Tabora ausgeführt.

Auf der Plantage Lewa wurde die Gloss. fusca in den Anlagen von Mahinot Glaziovii festgestellt (Lichtenheld).

b) Trypanosomiasis. Die auf das Atoxyl und Löfflers Arseniklösung gesetzten Hoffnungen sind nicht in Erfüllung gegangen. Eine Anzahl von chronisch tsetsekranken Tieren erholte sich zwar während der Behandlung und blieb auch nach Aussetzen derselben gesund, es ist jedoch zweifelhaft, ob diese Fälle nicht auch ohne Behandlung günstig verlaufen wären. Bei Tieren, die an akut verlaufender Tsetse erkrankt waren, blieben die Mittel erfolglos. Sie werden nur noch bei wertvolleren Tieren (Pferden, Maultieren, Maskateseln) angewandt. In erster Linie wird für tsetsekranke Tiere

Ruhe, gute Pflege und reichlich Futter verordnet. Ein ohne medikamentöse Behandlung genesenes tsetsekrankes Maultier erlag einer natürlichen Neuinfektion mit Trypanosomen.

5. Spirillose.

Bei einem Rinde, das an Trypanosomiasis erkrankt war, wurden vereinzelte Spirillen (Oberarzt Dr. Fehlandt) und bei einem Esel, der ebenfalls an Trypanosomiasis erkrankt war, eine Spirille (Reg. Tierarzt Trautmann) gefunden. Krankheitserscheinungen, die auf das Vorhandensein der Spirillen zurückgeführt werden konnten, wurden nicht beobachtet. In Anbetracht der Seltenheit des Vorkommens und bei dem Fehlen irgendwelcher Krankheitserscheinungen kann die Spirillose der Haustiere als eine harmlose Infektionskrankheit bezeichnet werden.

6. Pferdesterbe.

Die Sterbezeit begann in Daressalam Mitte März und dauerte bis Anfang Juli. Es verendeten hier an der Seuche 1 Pferd (Bestand 10), 4 Maultiere (Bestand etwa 50) und 1 Zebroid (Bestand 3). In den Hochländern des Inneren (z. B. Uhehe, Ubena, Kondeoberland usw.) ist die Seuche bisher noch nie beobachtet worden.

7. Rinderpest.

Das Schutzgebiet blieb im Berichtsjahre frei von der Rinderpest.

8. Bösartige Katarrhalfieber der Rinder.

Die im Vorjahre fast über das ganze Schutzgebiet verbreitete Krankheit wurde im Verlaufe des Berichtsjahres nur noch in Ussuwi (Reg. Tierarzt Probst), wo sie auch schon früher aufgetreten war, beobachtet. Auch in diesem Falle wurde sie zunächst für Rinderpest gehalten und erst nach gründlichen Untersuchungen sowie Experimenten die Diagnose Katarrhalfieber gestellt. Die Krankheit hat in manchen Herden sehr bedeutende Verluste verursacht; in mehreren Fällen sollen ihr in der Landschaft Wumi etwa 75 % der befallenen Rinderherden zum Opfer gefallen sein (Mitteilungen von Eingeborenen).

In einem Rundschreiben sind alle Verwaltungsstellen darauf hingewiesen worden, daß die Krankheit nicht Rinderpest oder Rinderruhr, sondern bösartiges Katarrhalfieber sei und daß mittels Weide- und Tränkewechsel günstige Resultate in Uhehe erzielt worden sind.

9. Ansteckende Lungen-Brustfellentzündung der Ziegen.

Die Seuche ist auch in diesem Jahre im Schutzgebiet aufgetreten, und zwar im Bezirk Wilhelmstal und Tanga (Sommerheld) und im Bezirk Mpapau (Schellhase). In der Landschaft Irangi scheint sie endemisch zu sein.

10. Milzbrand.

Der Milzbrand ist bisher, dank der getroffenen Maßnahmen, auf das im Vorjahre als verseucht anerkannte Gebiet, die Landschaft Pawagga, beschränkt geblieben. Er wurde in diesem Jahre nur noch bei einer Ziege in Maganga metetu (Petzoldt) festgestellt. Mit einer geringen Menge Herzblut wurde eine zweite infiziert. Der Verlauf war folgender:

„1 Uhr nachm. entnahm ich unter aseptischen Kautelen 1 ccm halbgeronnenes Blut aus beiden Herzkammern und spritzte es subkutan unter die Bauchhaut einer kräftigen gesunden männlichen Ziege, von deren normalem Blut- und Temperaturbefund ich mich vorher eingehend überzeugt hatte.

4 Uhr nachm.: Tier macht einen völlig gesunden Eindruck, frißt und ist munter. Temperatur und Blut normal. An der Injektionsstelle eine etwa zweimarkstückgroße teigige Schwellung.

6 Uhr abends: Völlig munter. Temperatur und Blut normal. Schwellung etwa fünfmarkstückgroß.

10 Uhr nachts: Munter, schreit viel. Temperatur 38,6. Blut normal. Schwellung hat sich in der Richtung der Injektionsnadel bis zu etwa Handtellergröße entwickelt.

17. 8. 6 Uhr früh: Zeigt keine auffälligen Symptome. Schreit öfters. Temperatur 39,4. Blut normal. Schwellung beträchtlich zugenommen, etwas härter und überragt das Niveau der Haut um 2 cm.

10 Uhr früh: Status idem.

1 Uhr nachm.: Wird auffallend unruhig, frißt nicht, schreit ängstlich. Temperatur 40,8. Blut zum ersten Male bazillenhaltig, nach Räbiger schöne Kapselbildung mit allen Merkzeichen des Milzbrandkeims. Schwellung reicht jetzt bis zur vorderen Hälfte der Brust.

3 Uhr nachm.: Temperatur 41,0. Befund derselbe.

5 Uhr nachm.: Weißer Schaum vor dem Maule, steht querbeinig in den einen Stallwinkel gedrückt, tief schnaufend. Blutige Ausflüsse fehlen. Temperatur 42,0. Blut außerordentlich bazillenhaltig. Schwellung dieselbe.

5 Uhr 20 Min. nachm.: Unter Krampferscheinungen erfolgt plötzlich der Tod.

Die Sektion wurde sofort vorgenommen und ergab folgenden für Milzbrand typischen Befund:

Von der Infektionsstelle ausgehend findet sich ein ausgebreitetes sulzig-ödematöses Infiltrat von schwarz-roter Farbe. Das Blut besitzt eine eigentümlich teerartige Beschaffenheit. Zahlreiche Blutungen in die serösen Häute, in das Epikard, Pleura, Bauchfell, Nierenkapsel, harte Hirnhaut. Magenschleimhaut leicht geschwollen, an einzelnen Stellen beginnende Nekrosen erkennen lassend. Darmschleimhaut intakt.

Milz beträchtlich vergrößert, von schwarz-roter Farbe und von

außerordentlich weicher Konsistenz. Leber und Nieren leicht parenchymatös getrübt. Gehirn blutreich. Ventrikel enthalten ziemlich reichlich hellgelbliche Flüssigkeit."

11. Rauschbrand.

In diesem Jahre wurde der Rauschbrand zum ersten Male im Schutzgebiet, in einem Falle bei Kondoa-Irangi und in einem zweiten bei Tabora festgestellt. Herr Dr. Schellhase (Kondoa-Irangi) gründet seine Diagnose auf folgende Untersuchungen:

„Muskulatur und Unterhautbindegewebe am Halse sind sulzig durchtränkt und mit Blutungen durchsetzt, außerdem ist das Gewebe mürbe, knistert bei Druck in geringem Grade und besitzt einen leicht fauligen Geruch. Das Mediastinum ist sulzig geschwollen, das Fett an der Herzbasis gelblich durchscheinend und gallertig. Die Bugdrüsen sind durchfeuchtet und gerötet. Am Labmagen befinden sich an einer etwa handtellergroßen Fläche der Schleimhaut Blutungen, zum Teil ist die Schleimhaut nekrotisch. Alle anderen Organe sind normal.

Ausstriche aus Geschwulst: Vereinzelte Bakterien verschiedener Art. Blut und Milzausstriche: negativ.

Die Diagnose Rauschbrand konnte ich endlich sicher stellen an einem Kalbe, das in der Nähe Kondoas bei dem Jumben Umbuku krepiert war.

Der eine Hinterschenkel dieses Kalbes war in seiner ganzen Ausdehnung um etwa das Doppelte vergrößert, die Muskulatur war braun bis schwarzrot gefärbt und mit vielen Gasblasen durchsetzt. Den für Rauschbrand charakteristischen Geruch nach ranziger Butter habe ich an dem Fleisch erst nach längerem Liegenlassen feststellen können. Die Milzpulpa war schwarzrot und etwas weich.

Ausstriche der veränderten Muskulatur: Alle Formen der Rauschbrandbazillen sind vorhanden.

Zur Sicherung der Diagnose habe ich ein Kalb mit einem Fleischstückchen subkutan und ein Schaf mit Fleischsaft intramuskulär geimpft. Das Kalb ist nach 48 Stunden, das Schaf nach 30 Stunden unter den typischen Erscheinungen des Rauschbrandes eingegangen."

Außerdem sind in der Landschaft Turu an mehreren Orten Todesfälle der Rinder unter den Symptomen des Rauschbrandes erfolgt, ohne daß es gelungen ist, die Krankheit einwandfrei festzustellen (Schellhase). Auch in Usambara sollen Rinder unter Rauschbrand verdächtigen Symptomen verendet sein (Sommerheld).

Über den Rauschbrandfall bei Tabora schreibt Dr. Wölfel:

„Der Sultan der Watussi Kuwesa teilte mir mit, daß in Lelanguru, einer Gemarkung, welche 5 Stunden von hier an der Straße nach Udjidji liegt, in letzter Zeit ziemlich viel Rinder stürben. Die Tiere fräßen nicht, bekämen plötzlich Anschwellungen an verschie-

denen Körperstellen und gingen nach 2 bis 3 Tagen ein. Es stürben nicht sehr viel auf einmal, sondern immer nur 1, 2 oder 3 kurz hintereinander.

Ich brach auf diese Mitteilung hin auf und kam gerade noch rechtzeitig nach Lelanguru, um ein in der Nacht verendetes Jungrind sezieren zu können.

Zunächst stellte ich fest, daß von der etwa 130 Stück starken Herde 13 Rinder, meist Kalben, im letzten Monat unter den oben beschriebenen Erscheinungen erkrankt und krepiert, Saugkälber und sehr alte Tiere dagegen bis jetzt verschont geblieben waren.

Die Sektion ergab folgenden Befund:

„Leidlich gut genährte graue Kalbe, etwa 1 Jahr alt. Die Zahnreihen sind geöffnet, die Zunge ist hervorgestreckt, der After geschlossen. Die Augen zeigen keine Veränderungen. Totenstarre besteht noch.

An der Außenfläche des linken Hinterschenkels erscheint die Haut geschwollen. Diese Schwellung zieht sich, die ganze Außenfläche des Schenkels bedeckend, vom Kniegelenk über die Kniefalte auf die Mitte des Rückens bis in die Gegend der letzten Brustwirbel. Desgleichen ist die Haut der linken Vordergliedmaßen vom Carpalgelenk bis zur Schulter geschwollen. Schließlich befindet sich noch eine etwa handgroße Schwellung in der linken Unterkiefergegend. Überstreicht man oder drückt man diese Stellen, so fühlt man deutlich ein Knistern. Das darunter befindliche Unterhautbindegewebe ist sulzig infiltriert und schwarzrot verfärbt. Über die Schnittfläche fließt eine Gasblasen enthaltende dunkelrote Flüssigkeit von fadem Geruch. Die Muskulatur unter diesen Stellen ist dunkelrot mit schwarzroten Flecken durchsetzt, brüchig und mürbe und knistert beim Einschneiden, da sie von Gasen durchsetzt ist.

Die Bauchhöhle hat keinen abnormen Inhalt. Die Lage der Eingeweide ist die gewöhnliche. Der Magen und Darm sind mäßig gefüllt, der Bauchfellüberzug ist glatt und glänzend. An einigen Stellen des Dünndarms besteht eine leichte Rötung.

Die Brusthöhlenflüssigkeit ist vermehrt und rötlich verfärbt. An der linken Brustwand sieht man unter dem Rippenfell in der Gegend, welcher die Schulter außen anliegt, dunkelrote Flecke. Das Mittelfell ist vor und über dem Herzen sulzig infiltriert.

Die Lungen sind etwas dunkler gefärbt als gewöhnlich, fast vollständig retrahiert und fühlen sich überall puffig an. Über die Schnittfläche fließt eine schaumige Flüssigkeit. Die Luftröhre und die Bronchien enthalten eine mäßige Menge blaßgelben Schaumes, ihre Schleimhaut hat das gewöhnliche Aussehen.

Das Herz befindet sich im Füllungszustand, beide Herzkammern enthalten gut geronnenes Blut. Der rote, teils graurote Herzmuskel ist besonders im Septum von dunkelroten Stellen durchsetzt und brüchig.

Die Mediastinaldrüsen und retropharyngealen Lymphdrüsen sind vergrößert, ihre Schnittfläche ist sehr feucht und zeigt rote Flecken.

Der Kehlkopf ist nicht verändert.

Der Pansen, Netz- und Blättermagen enthalten feuchte, sauer riechende grüne Futtermassen. Das Epithel des Pansens läßt sich leicht abziehen. Im Labmagen und Dünndarm befinden sich dünnflüssige Inhaltsmassen. Die Schleimhaut beider ist stellenweise leicht gerötet und geringgradig geschwollen. Der Dickdarm hat die gewöhnliche Beschaffenheit.

Die Milz erscheint mäßig geschwollen und ist stahl- bis graublau. Ihre Kapsel ist nicht gespannt und ihre Konsistenz die eines schlaffen Muskels. Über die dunkelrote Schnittfläche quillt die Pulpa etwas hervor, so daß die Trabekel nicht zu erkennen sind.

Die Leber ist in geringem Grade geschwollen, ihre Ränder sind leicht gerundet. Sie ist graurot und von gewöhnlicher Konsistenz. Die Schnittfläche ist graurot, feucht und glatt.

Die Fettkapsel und die fibröse Kapsel der Nieren zeigt keine Veränderung. Die letztere läßt sich leicht von den Nieren abziehen. Diese sind graurot, von gewöhnlicher Größe und Konsistenz. Ihre Schnittflächen zeigen nichts Abnormes.

Die Geschlechtsorgane zeigen keine Abweichung von der Norm.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes, der Milz, des Muskelsaftes und der Brusthöhlenflüssigkeit ergab das Vorhandensein von Milzbrandbazillen ähnlichen Stäbchen. Dieselben sind jedoch etwas länger und schmaler als die Milzbrandbazillen und an den Enden abgerundet. Sie liegen meist einzeln, bilden aber auch Ketten von 1 bis zu 3 Bazillen. Sie zeigen, mit Safranin gefärbt, keine Kapseln und nach Manson gefärbt meist endständige Sporen."

Im vorliegenden Falle waren in einem Monat von 130 Rindern 13 Stück verendet. Die Infektion war mit Wahrscheinlichkeit durch einen in sumpfigem Gelände liegenden Brunnen ausgegangen.

Zur Bekämpfung der Seuche wurden folgende Maßnahmen angeordnet: Alle Kadaver sind unschädlich zu beseitigen. Die Rinderherden sind von den verseuchten Weiden zu entfernen. Diese werden bis auf weiteres gesperrt. Der Ausfall der Rauschbrandweiden für den Weidegang spielt in Anbetracht der überall reichlich vorhandenen unbenützten Weiden keine Rolle.

12. Tuberkulose.

Die Tuberkulose der Haustiere kommt ebenso wie die menschliche Tuberkulose im Schutzgebiet äußerst selten vor. Obwohl an mehreren Orten seit Jahren die Fleischbeschau der Schlachttiere ausgeführt wird, ist hierbei noch nicht Tuberkulose festgestellt worden. Ein einziger Fall von Tuberkulose bei einem aus Uhehe stammenden Rinde wurde in Nyukwa am Ruaha beobachtet. Das sehr gut genährte Rind zeigte starke Atembeschwerden. Die Sektion ergab: Tuberkulose der retropharyngealen Lymphdrüsen, der Lunge und der bronchialen Lymphdrüsen (Lichtenheld).

13. Rotz.

Bei zwei aus Aden eingeführten Maultieren und einem aus Durban stammenden Maultiere wurde Rotz festgestellt (Lichtenheld, Oberarzt Dr. Weck). Die Infektion der Tiere ist wahrscheinlich vor ihrer Einfuhr erfolgt, da im Schutzgebiet bisher der Rotz noch nirgends beobachtet worden ist.

14. Geflügelkrankheiten.

Die Geflügelpocken traten in diesem Jahre in mehreren veredelten Hühnerbeständen unter den jungen Hühnern sehr heftig auf, während Verluste in den aus Eingeborenen-Hühnern bestehenden Beständen nicht beobachtet wurden. In einem Falle erkrankten auch Puten an den Pocken. Die Erkrankung erstreckte sich außer auf den Kamm auf die Augen, die Schleimhäute des Maules und auch auf die äußere Haut. Mit der Behandlung der Knötchen mit Öl und nach ihrer Ablösung mit der Behandlung der entblößten entzündeten Stellen mit 3 % Creolinwasser wurden gute Erfolge erzielt (Lichtenheld).

Außerdem traten an verschiedenen Orten Geflügelseuchen auf, deren Untersuchung nicht möglich war, weil bis zum Eintreffen des Sachverständigen die Hühner verendet waren.

IV. Finnenkrankheit.

Die Finnenkrankheit der Rinder ist im Schutzgebiet sehr stark verbreitet. Nach gelegentlichen Untersuchungen kommt sie überall im Schutzgebiet vor. Es wird wohl nicht zu niedrig gerechnet sein, wenn man annimmt, daß ungefähr ½ % sämtlicher Rinder mit Cysticercus inermis behaftet ist (Lichtenheld).

Bei Schweinen wurde bisher der Cysticercus cellulosae noch nicht beobachtet.

V. Hautkrankheiten der Haustiere.

1. Glatzflechte.

Die Glatzflechte ist festgestellt worden am Kilimandjaro, in Ugogo, Daressalam und Uhehe (Lichtenheld). Sie befällt in erster Linie Kälber, und zwar hauptsächlich schlecht genährte Individuen, während sie bei erwachsenen Rindern nicht beobachtet wurde.

2. Räude.

Akarusräude wurde festgestellt bei einem Hunde in Daressalam (Lichtenheld) und einem Rinde in Turu. Die Haut des Rindes war am ganzen Körper flach knotig verdickt. Aus diesen Knoten, die Markstückgröße hatten, ließen sich gelbe, trockene, käsige Massen ausdrücken, die, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, aus zahllosen Akarusmilben bestand (Schellhase).

Außerdem wurde in Turu in mehreren Ziegenherden die Sarkoptesräude beobachtet. Herr Dr. Schellhase schreibt darüber:

„Die Krankheitserscheinungen sind die für die Sarkoptesräude der Tiere typischen, indem am Kopf und besonders an den geschützten Körperstellen — Innenfläche der Schenkel, Bauch und bei Böcken besonders am Hodensack — Hautausschläge auftreten. Die Haare fallen aus, die Haut ist mit Borken bedeckt, ist verdickt und runzelig. Die Tiere zeigen starken Juckreiz und nehmen stark ab. Die mikroskopische Untersuchung von der Haut entnommener Borken ergibt das Vorhandensein von Sarkoptesmilben, die freilich erst nach sorgfältigem Untersuchen ganz vereinzelt aufzufinden sind."

VI. Eingeweidewürmer.

Bei der Sektion eines Rindes in der Nähe von Muaja am Nyassa-See wurde der Magen und die Haube dicht besetzt mit Amphistoma conicum gefunden. Das Rind war außerdem an Trypanosomiasis erkrankt. Die Eingeweidewürmer übten anscheinend keinen besonders schädigenden Einfluß aus (Lichtenheld).

VII. Vergiftungen bei Haustieren.

Im Frühjahr 1908 starben in Mroweka und verschiedenen anderen Orten des Bezirks Lindi eine größere Anzahl Ziegen und Schafe (Rinder sind in jenen Gegenden nicht vorhanden). Die dortigen Pflanzer vermuteten, daß die Tiere infolge des Genusses von Giftpflanzen verendet wären. Zwei gesunde Schafe wurden daraufhin isoliert, sie erhielten außer Gras Blätter der fraglichen Giftpflanze. Die Blätter wurden gierig gefressen, während das Gras verschmäht wurde. Nach einigen Stunden fielen beide Tiere zu Boden, der Tod erfolgte plötzlich unter Krämpfen, anscheinend infolge Herzlähmung (Oberarzt Wolff, Wirtschaftsinspektor Christen).

Im landwirtschaftlichen Institut in Amani wurde die Pflanze als Dichapetalum Stuhlmannii Engl. bestimmt. Die Eingeborenen nennen diese ebenso wie eine zweite Giftpflanze dieser Art Dichapetalum mossambicense: Nchenchere, Nyenyere, Njerema, Njenje. Die Giftigkeit dieser Pflanzen ist ihnen bekannt. Sie binden Ziegen, die sie durch Gegenden treiben, in denen die Pflanzen vorkommen, an Stricke an und binden ihnen manchmal auch das Maul zu.

Bis jetzt sind als Fundorte bekannt: nördlich von Vindili bis Luhangula, Lussegwa im Quellengebiet des Kissemo, eines Nebenflusses des Fisigo in Ost-Ulugura, ebenda die Vorberge von Kidai, ferner der Küstenstrich gegenüber der Insel Zanzibar, und Usaramo. Verfasser (Dr. Braun) fand die Pflanze im Juni 1906 bei Mtua im Bezirk Lindi. Gerade in diesem Bezirk scheint sie besonders häufig zu sein und werden weiter noch daselbst Mroweka, Mtama und die Massasistraße als Fundstellen angegeben.

Dichapetalum Stuhlmannii ist ein 1½ bis 2 m hoher Strauch sandiger Gegenden. Die Blätter sind oben und unten kahl, glänzend, lederartig, nach der Spitze und Basis zu gleichmäßig zugespitzt, 7 bis 10 cm lang, 4 bis 5 cm breit und mit kurzem, etwa 0,5 cm langem Stiele versehen. Auf der Unterseite treten die Adern stark hervor. Der Blütenstand ist kurz gestielt, etwa halb so lang als das Blatt und reichblütig. Die fünf Kelchblätter sind länglich lineal, 5 mm lang und 2 mm breit, alles mit spärlichen kurzen Haaren bedeckt. Blumenblätter sind 5 vorhanden, die Farbe ist weiß, an der Spitze sind sie kaum gespalten, sondern nur etwas eingebuchtet und das Spitzchen umgeschlagen. Die Länge ist kaum größer als die Kelchblätter. In der Blüte stehen 5 Staubfäden mit nach innen gewendeten Staubbeuteln. Der Griffel ragt weit hervor und ist an der Spitze zweiteilig. Die Frucht ist groß, länglich zugespitzt, bis 3 cm lang und ziemlich kahl (Dr. K. Braun).

VIII. Viehzucht.

Auf dem Gebiete der Viehzucht ist im Berichtsjahre wenig geschehen. Die Leipziger Baumwollspinnerei hat auf ihrer Plantage in Kissauke bei Sadani einen podolischen Bullen aus Italien eingeführt. Der Bulle ist in kurzer Zeit derart schwer geworden, daß das Eindecken der kleinen Küstenrinder kaum noch möglich ist. In Kwai wurden zwei europäische Bullen, ein Holländer und ein Franke, eingeführt. Der holländische Bulle ist verendet. Bei früheren Kreuzungsversuchen mit holländischen und fränkischen Bullen auf Kwai hat sich herausgestellt, daß die holländischen Kreuzungen gegenüber den fränkischen schlecht gediehen.

Zur Hebung der Eselzucht wurden von mehreren Privatleuten Maskathengste eingeführt, die sehr gut gedeihen.

Ein deutsches Landschaf wurde von einem Plantagenbesitzer nach Daressalam eingeführt. Es zeigte sich jedoch, daß das Tier unter dem Küstenklima sehr zu leiden hatte. Darauf wurde es nach Uhehe gebracht, wo es sich sehr gut entwickelt.

Wollschafe sind bisher noch nicht eingeführt worden, obwohl in der benachbarten britischen Kolonie mit der Wollschafzucht sehr gute Erfolge erzielt sind. Die ¾-Kreuzung von Wollschafen mit unseren Haarschafen soll eine exportfähige Wolle liefern. Die Wolle der ⅞-Kreuzung soll von der des Stammwollschafes kaum noch zu unterscheiden sein.

Da das deutsch-ostafrikanische Schutzgebiet weite, für die Wollschafzucht geeignete Flächen besitzt, die zum Teil in kürzester Zeit durch Bahnen erschlossen werden, so ist anzunehmen, daß sie bei seiner Weiterentwicklung eine bedeutende Rolle spielen wird.

Anlage 1.

Bericht

über die gesundheitlichen Verhältnisse beim Bahnbau Morogoro—Tabora bis zum 30. April 1909.

Von Dr. Lenz.

(Vgl. Medizinal-Jahresbericht 1905/06.)
Von der Bauleitung der Firma Ph. Holzmann zur Verfügung gestellt.

Wie bei dem Bahnbau Daressalam—Morogoro wurde auch bei der Fortsetzung, die im Anfang des Jahres 1908 begonnen wurde, ein Gesundheitsdienst eingerichtet. Von vornherein war beabsichtigt, ihn auf alle bei dem Unternehmen beschäftigten Personen, Europäer und Farbige, Angestellte und Unternehmer, auszudehnen.

Naturgemäß war im Beginn die Zahl der Arbeitenden geringer; je weiter die Baustrecke sich ausdehnte, um so größer wurde die Anzahl der daran Beschäftigten. Dementsprechend trat auch der Gesundheitsdienst nicht von vornherein mit dem vollen auf eine große Strecke und Tausende von Arbeitern berechneten Umfange in Tätigkeit. Er mußte sich mit der Bautätigkeit erst entwickeln.

Von dem ersten Bau her waren noch Medikamente usw. in Daressalam vorrätig, ein Arztgehilfe war mit der vorläufigen Wahrnehmung des Dienstes beauftragt. Für Krankheitsfälle ernsterer Art unter den Europäern wurde die Hilfeleistung der im Dienste des Kaiserlichen Gouvernements stehenden Ärzte in Anspruch genommen und gewährt.

Im Juli traf ein Arzt und drei weitere Arztgehilfen ein. Nach vorübergehendem Aufenthalt in Daressalam zur Einrichtung des Betriebes ging der Arzt nach Morogoro, die Gehilfen wurden auf der Strecke bis Km 38 verteilt.

In Morogoro wurde eine Lazarettbaracke aufgestellt und daneben ein Krankenlager für farbige Arbeiter eingerichtet.

In Morogoro waren unter den Europäern einige Typhusfälle aufgetreten, und unter den Schwarzen machte sich die Wurmkrankheit bemerkbar. Recht häufig waren von Anfang an die Infektionen mit Malaria, wie das bei der großen Anzahl der Europäer, darunter viele Neulinge und auch Frauen, nicht anders zu erwarten war.

So ungünstig die gesundheitlichen Verhältnisse für den Europäer bei einem tropischen Bahnbau naturgemäß liegen, so haben diese doch auch wieder den Vorzug, daß sie eine epidemieartige Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten nicht begünstigen.

Es gelang auch, unter den in Lagern zusammenwohnenden farbigen Arbeitern den Ausbruch von Seuchen hintanzuhalten.

Der Wurmkrankheit wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt, die Befallenen ausgesondert und aus dem Bereich der Gesunden entfernt. Es darf auch wohl gesagt werden, daß die Verbreitung dieser Volkskrankheit der Neger durch den Bahnbau bisher nicht gefördert worden ist.

Die hygienisch einwandfreie Unterbringung und Ernährung einer großen Menge farbiger Arbeiter bietet große Schwierigkeiten. Die Negerbevölkerung Deutsch-Ostafrikas ist ja im allgemeinen auf große Gebiete verteilt und an gedrängtes Zusammenwohnen nicht gewöhnt. Die Lebensweise der einzelnen Stämme ist sehr verschieden, das machte sich auch hier bemerkbar. Die an Bananen und Bohnen gewöhnten Leute, wie die Wahaga, die von den Produkten der Viehzucht lebenden, wie die Wanjeramba, konnten das einzige hier zu Lande verfügbare Nährmittel, den Reis, nicht gleich vertragen. Es wurde ihnen auf den Rat des Gesundheitsdienstes nach Möglichkeit die gewohnte Kost geboten. In dem Maße, daß sie zur Ernährung ausgereicht hätte, war das aber nicht möglich. Die Folge davon waren dann häufige Magen- und Darmkatarrhe, die man zweifellos großenteils wenigstens im Anfang als nutritiver Art auffassen muß. Der Vorgang im Verdauungstraktus entspricht sicher dem bei der Kuhmilchfütterung der Säuglinge oder bei der experimentell fortgesetzten Einführung von Peptonen oder der Überfütterung mit Eiweiß. Solche geschädigte Darmkanäle bieten dann einen günstigen Entwicklungsboden für die zufällig aufgenommenen Krankheitskeime und aus den rein nutritiven entwickeln sich dann infektiöse Krankheiten des Verdauungsapparates. Diese Krankheiten waren denn auch häufig. Eine große Schwierigkeit ihrer Bekämpfung bot die bekannte Art des Negers, der lieber nach altgewohnter Weise zugrunde geht, als daß er sich durch fremdartige und ihm unverständliche Maßnahmen retten läßt.

So stieß auch das Bestreben, einwandfreie Trinkwasser- und Latrinenverhältnisse zu schaffen, auf den Widerstand derer, denen es zugute kommen sollte.

Infolgedessen war die Ruhr nicht selten unter den Farbigen. Die Infektion wurde wohl nicht in allen Fällen durch das Trinkwasser bedingt, sondern wohl auch durch gemeinsame Benutzung von Eßgeschirren, enges Zusammenschlafen, Genuß roher und verunreinigter Lebensmittel und dergleichen mehr. Es wurden schon im Laufe des Berichtsjahres Maßnahmen getroffen, um späterhin alle Arbeiter mit abgekochtem Wasser versehen zu können. Auch wurden in den Lagern Latrinen für die Schwarzen angelegt. Ihre ausschließliche Benutzung konnte aber, da Gewalt vermieden werden mußte, nicht erzwungen werden.

Um welche Art von Ruhr es sich gehandelt hat, war damals nicht einwandfrei festzustellen. Nach den Krankheitserscheinungen muß sowohl bacilläre als auch Amöbenruhr beteiligt gewesen sein.

Typhus abdominalis wurde in der Berichtszeit bei Schwarzen nicht festgestellt. Sowohl die klinischen Erscheinungen als auch die Epidemiologie dieser Krankheit hätten sich wohl erkennen lassen.

Auch Rückfallfieber kam nicht vor. Dagegen waren Malariafälle nicht selten. Für eine exakte Feststellung dieser Krankheit durch die Blutuntersuchung war die Zahl der Patienten zu groß. Die klinische Diagnose mußte genügen. Leute aus fieberfreien Bergländern wurden nicht beschäftigt, so daß Infektion von vorher malariaintakten Leuten nicht beobachtet wurde.

Krankheiten der Atmungsorgane hätte man häufiger erwarten können. Wurde doch auch im Regen und Wind und in feuchtem Gelände gearbeitet. Wo sich Erkältungskrankheiten bemerkbar machten, wurde durch Ausgabe von Decken dafür gesorgt, daß die oft mit äußerst mangelhafter Bekleidung angekommenen Leute wenigstens nachts nicht froren.

Geschlechtskrankheiten waren verhältnismäßig selten. Die neuangestellten Leute wurden untersucht und die geschlechtlich Erkrankten erst nach Ausheilung zur Arbeit zugelassen. Auch kam hier der Umstand zu Hilfe, daß in Zeiten anstrengender Arbeit die Geschlechtstätigkeit des Negers nachläßt, daß er auch von Hause aus durch althergebrachte Sitte an längere Pausen in der Betätigung dieses Triebes gewöhnt ist.

Sehr groß war die Zahl der Verletzungen und der sich daran anschließenden Geschwüre. Das Bestreben, jeden sofort nach einer Beschädigung sachgemäß zu verbinden und dadurch den Eintritt eines langwierigen Leidens fernzuhalten, ward häufig durch die Indolenz der Verletzten selbst verhindert. Sie kamen wohl einmal mit einer Wunde an, konnten aber selten dazu gebracht werden, regelmäßig bis zur Heilung sich zum Verbinden einzustellen.

Größere Verletzungen durch Unglücksfälle waren selten. Am 17. 2. 09 erlitten durch das Rutschen einer Schienenladung ein Europäer und ein Schwarzer je einen komplizierten Unterschenkelbruch. Bei beiden mußte die Amputation vorgenommen werden.

Der schwere Blutverlust und die bei der Verletzung erfolgte Infektion führte bei beiden tödlichen Ausgang herbei. Zwei Leuten mußten je 5 Zehen und einem Manne 4 Finger abgenommen werden.

Der Gesundheitsdienst gestaltete sich im Laufe des Berichtsjahres so, daß in Morogoro und in Muinisagara (96 km) je ein Arzt saß, der in Morogoro als Leiter des Ganzen. Für jede Sektion (je 30 km) wurde ein Arztgehilfe bestimmt. In dem Sektionslager wurde ein Hospital nebst Poliklinik für Farbige eingerichtet. Die Arztgehilfen hatten ihre Strecken regelmäßig zu bereisen, leichtere Fälle an Ort und Stelle zu behandeln, schwerere in das Hospital zu überführen. Den Ärzten lag es ob, durchschnittlich jeden Monat ihre Bezirke zu inspizieren, wobei sowohl auf die einzelnen Kranken wie auch auf die allgemeinen hygienischen Verhältnisse geachtet wurde.

Die anfängliche Scheu vor der europäischen Medizin machte es nötig, die Lager und auch deren Umgebung nach Kranken abzu-

suchen. Im Laufe der Zeit besserte sich das, so daß große Zahlen von Fällen der Tätigkeit des Sanitätspersonals zugingen.

Hindernd wirkte die Tatsache, daß auch das Sanitätspersonal unter dem Klima und, entsprechend seinem besonders anstrengenden und die Gesundheit gefährdenden Dienst, unter Krankheiten zu leiden hatte. So starb ein Arztgehilfe an Typhus und der zuerst herausgekommene Arzt mußte schon im Beginn des Jahres 1909 nach Deutschland zurückkehren.

Eine exakte Statistik ist daher und weil ihre Aufstellung unter den Verhältnissen einer 150 km weit sich ausdehnenden Baustrecke kaum möglich ist, nicht entstanden. In der Anlage folgt indessen eine Aufstellung über die hier in Morogoro behandelten Krankheitsfälle, die nur ärztliche Diagnosen und ein ziemlich genaues Bild von der ganzen Strecke gibt, wenn man berechnet, daß hier natürlich vor allem nur die schweren Fälle zur Behandlung kamen.

Die Belehrung der Europäer wurde nicht vernachlässigt, sowohl hinsichtlich ihrer eigenen Wohlfahrt als auch der der zugeteilten Farbigen. Merkblätter über Wurmkrankheit und Geschlechtskrankheiten wurden verteilt, für jedes größere Lager wurde ein Exemplar „Esmarch, Erste Hilfe“ bestimmt. Die Ingenieure wurden mit Arznei- und Verbandskasten, die übrigen Europäer mit den notwendigsten Hilfsmitteln versehen.

Chininprophylaxe wurde viel geübt, zunächst nach verschiedenen Methoden und Vorschriften, auch gelegentlich nach eigener Erfahrung und Meinung. Hier durch Belehrung Nutzen zu stiften, war eine besonders wichtige Aufgabe der Ärzte.

Alles in allem kann man sagen, daß bei den Schwarzen das Zusammenströmen zu ungewohnter Arbeit, bei den Europäern das tropische Klima mit seinen Gefahren seine Wirkung auf den Gesundheitszustand geltend gemacht hat, daß es aber gelungen ist, größere Verluste an Menschenleben, die bei anderen tropischen Bahnbauten nicht ausgeblieben sind, zu vermeiden und daß man hoffen darf, daß bei weiterem Ausbau des Gesundheitsdienstes und weiterem Wachsen des Verständnisses für seine Bestrebungen die Gesundheitsverhältnisse beider Kategorien von Arbeitskräften eher sich noch bessern werden.

Beschreibung der Eingeborenen-Krankenhäuser in Deutsch-Ostafrika.

1. Das Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam.

Das im Jahre 1893 erbaute Sewa-Hadji-Hospital verdankt seine Entstehung einer großen Stiftung eines reichen Inders, nach dem es auch benannt ist. Es dient nur zur Behandlung von Indern und anderen Eingeborenen.

Es liegt auf dem Gelände zwischen Magazinstraße und dem Strande. Seine Gebäude bilden einen etwa rechteckigen, zusammenhängenden Komplex (vgl. Grundriß auf Seite 101). Die einzelnen Räumlichkeiten öffnen sich nur nach dem nach arabischer Sitte in der Mitte liegenden Hofe. In der Mitte der Vorderfront etwa befindet sich das Eingangstor (vgl. Abb. 1 auf Tafel I). Rechts davon liegt ein 38,50 m langes Haus, dessen Obergeschoß 17 m lang ist und zwei Zimmer, einen Bade- und Abortraum nebst einer etwa 2 m breiten Veranda enthält. Diese Räumlichkeiten dienen 2 Sanitäts-Unteroffizieren zur Wohnung. Das Erdgeschoß enthält einen Raum für die Wache; daran schließen sich in der Front Krankensäle. Tafel I Bild 1.

In der Südfront liegen neben Krankenzimmern die beiden Kochräume und ein 5 m langer Schuppen zur Aufnahme des Brennholzes. Den Abschluß der Südfront bilden ein Baderaum und 2 Aborträume mit 1 und 3 Brillen. Die Fäces und das Badewasser werden durch einen zementierten Kanal dem Meere zugeführt. Das Regenwasser und die Abwässer ergießen sich gleichfalls durch eine vor dem Holzschuppen befindliche Öffnung in dieses Rohr. Die Reinigung der Aborträume, die durch automatisch schließende Türen abgesperrt sind, geschieht durch tägliches reichliches Wässern.

Es folgen nun in Ostfront ein Krankensaal, ein Krankenzimmer und ein Magazinraum. Die Mitte dieser Seite wird durch das zweistöckige, von vier Türmen gekrönte Hauptgebäude eingenommen (vgl. Abb. 2 auf Tafel I). Im Untergeschoß dient der Vorraum, der mit Bänken eingerichtet ist, als Warteraum, von wo aus man nach rechts in den Poliklinikraum, nach links in den Operationsraum gelangt, der zugleich zu mikroskopischen und chemischen Untersuchungen benutzt wird. Die Ausrüstung an Instrumenten und Inventarien genügt völlig, um selbst die größten und schwersten Operationen ausführen zu können. Ein kleiner Nebenraum jederseits dient zur Aufbewahrung von Verbandmitteln und Medikamenten. Tafel I Bild 2.

Im Obergeschoß befindet sich die Arztwohnung, deren Lage und Größe auf beiliegender Skizze ersichtlich ist.

Über dem Bade- und Abortraum befindet sich je ein großer Wasserbehälter, die beide durch die Druckpumpe vor dem Poliklinikraum gespeist werden und die den Wasserbedarf im Hauptgebäude und in den Bade- und Aborträumen der Kranken decken. Die Abwässer des Hauptgebäudes, die Fäkalien und das Regenwasser fließen in einer etwa ¼ m dicken Tonrohrleitung dem Meere zu.

Der übrige Teil des Hospitals ist von dem bisher beschriebenen durch eine Mauer völlig getrennt, teils um eine Isolierung von ansteckenden Kranken, aber auch eine Internierung von kranken Gefangenen ermöglichen zu können. In diesem Teil, der durch ein Tor in der Mitte der Mauer zu betreten ist, folgen in der Ostfront 2 Krankensäle und in der Ecke ein Bade- und Abortraum; in diesem Abort besteht das Kübelsystem. Die Abwässer und das Regenwasser fließen in einer zementierten Rinne in das Meer. In der Nordfront liegt ein Krankensaal, ein Desinfektionsraum mit 2 großen Desinfektionsapparaten, die für Holzheizung eingerichtet sind, ein Seziersimmer und ein Magazinraum. Von hier bis zum Haupteingang in der Westfront folgt noch ein größerer Krankensaal und vier kleine Räume, von denen einer für Pockenkranke bestimmt ist. Dieser ist gemäß der neueren Ansicht bezüglich des günstigen Einflusses des roten Lichtes völlig rot angestrichen.

In der Mitte dieses Teils liegt noch eine 10 m lange Krankenbaracke, davor ein zweiter Brunnen. Beide Brunnen sind völlig gedeckt und liefern fast völliges Süßwasser, das sich daher bei den Eingeborenen großer Beliebtheit erfreut.

Die Bauart der Krankenräume ist überall die gleiche, der Fußboden ist zementiert, die Wände sind gekalkt, nur der untere Teil ist bis 1½ m mit einem Ölfarbenanstrich versehen. Das Wellblechdach liegt auf genügend hohen Pfeilern, so daß die Ventilation eine völlig ausreichende ist, zumal noch von 3 zu 3 Metern 2 m breite Tore vorhanden sind.

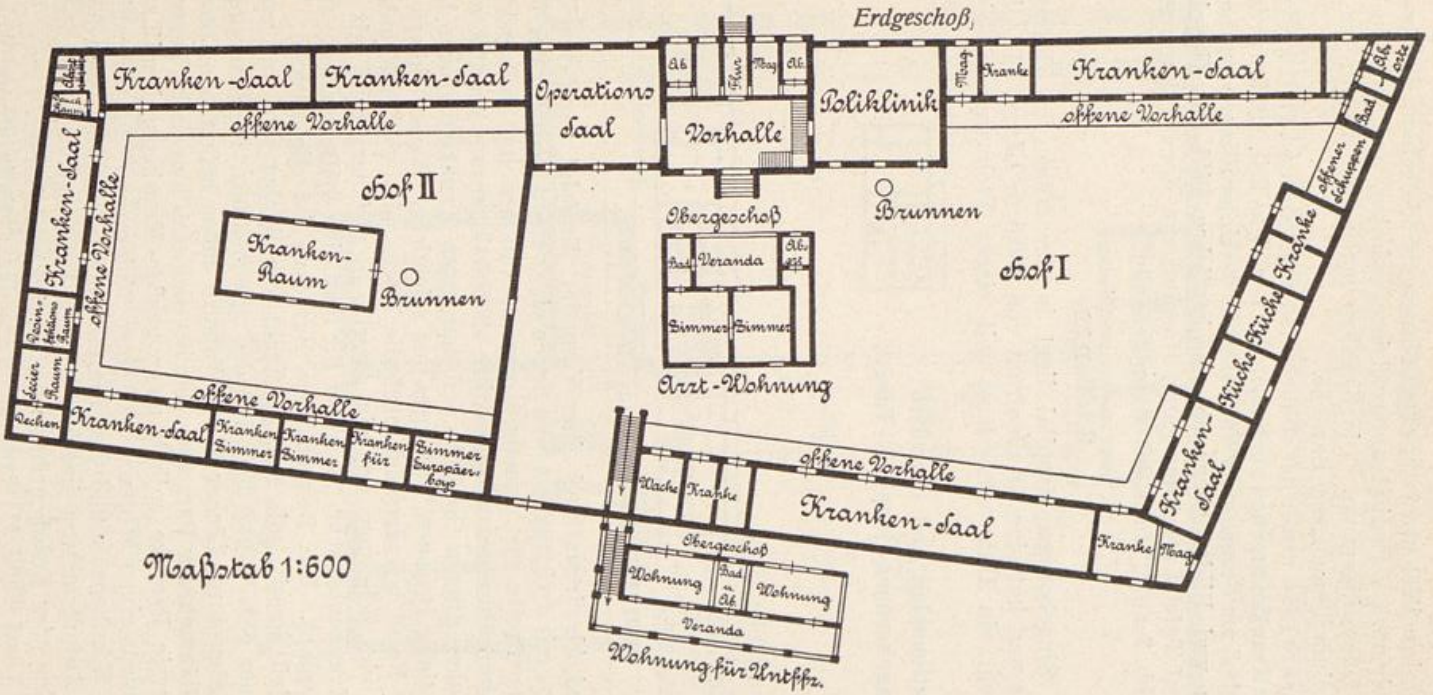
Die 2 m breite Vorhalle fehlt nur vor den beiden Koch- und 2 Krankenzimmern in der Südfront.

Welche Fortschritte das Hospital in den letzten Jahren gemacht hat, ergibt sich aus folgender Zusammenstellung:

Es waren

	Einnahmen	Ausgaben für Verpflegung	Zahl der behandelten Kranken
Im Jahre 1904/05 . . .	1013	6648	646
„ „ 1907/08 . . .	3501	6705	1113

Es haben sich demnach im Laufe von drei Jahren bei gleichbleibenden Ausgaben die Einnahmen verdreifacht, die Zahl der Kranken verdoppelt.



Sewa-Hadji-Hospital zu Daressalam.

Im Jahre 1893 wurde nur das Hauptgebäude erbaut, in dem damals auch noch 2 Sanitätsunteroffiziere wohnten, und zwar in dem jetzigen Operationsraum. Die Kranken lagen etwa 5 Minuten entfernt in einer besonderen Baracke.

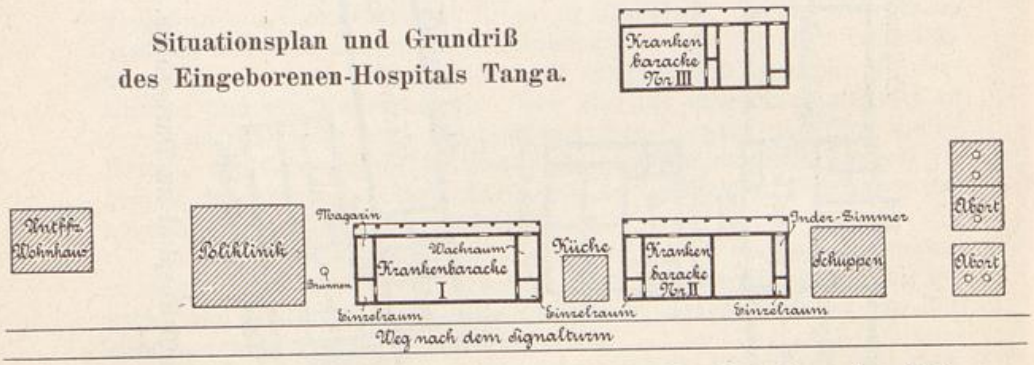
Im Jahre 1896 wurde der südliche Teil angebaut und 1901 wegen des stärkeren Krankenzugangs auch noch der nördliche Teil. 1905 wurde das Obergeschoß am Eingang als Wohnung für die Unteroffiziere geschaffen.

Plan und Bilder geben ein anschauliches Bild des Hospitals. Abb. 1 auf Tafel I zeigt das ganze Hospital von Nordwesten aus gesehen, Abb. 2 auf Tafel I das Hauptgebäude.

2. Tanga.

Das Eingeborenen-Hospital liegt in der Nähe des Europäer-Hospitals und hat eine Straßenfront von 130,5 m Länge. In dieser Front liegt ein Unteroffizierhaus mit einem Wohnzimmer, einem

Situationsplan und Grundriß des Eingeborenen-Hospitals Tanga.



Bade- und Abortraum und einer Veranda. Es folgt dann das Poliklinikhaus mit drei Räumen, von denen einer zur Abhaltung der Poliklinik, der zweite zur Vornahme von Operationen und mikroskopischen Untersuchungen und der dritte als Sektionsraum benutzt wird.

Zwischen diesem Gebäude und der ersten Krankenbaracke liegt ein 30 m tiefer Brunnen, der gutes und reichliches Wasser liefert. In derselben Front befinden sich noch die Küche, eine zweite Krankenbaracke, ein Schuppen und ein Abort. In gleicher Höhe mit der zweiten Krankenbaracke, 20 m vor ihr liegt eine dritte Baracke (vgl. Situationsplan). Die Bauart aller Baracken ist die gleiche. Die Wände sind massiv, mit Kalk getüncht, die Dächer sind mit roten Ziegelsteinen gedeckt und der Fußboden ist zementiert. Die Reinigungswässer fließen durch Löcher in der Wand in außen befindliche Tonnen. Vor den Räumen der Baracken befindet sich eine 2 m breite Veranda.

Die erste Baracke enthält einen großen Krankensaal mit zwei Einzelräumen, einen Magazin- und einen Wohnraum. In der zweiten sind zwei Krankensäle und vier Einzelzimmer vorhanden, von denen eins zur Aufnahme von kranken Indern bestimmt ist. Die dritte Baracke hat vier Krankenräume und drei Einzelzimmer.

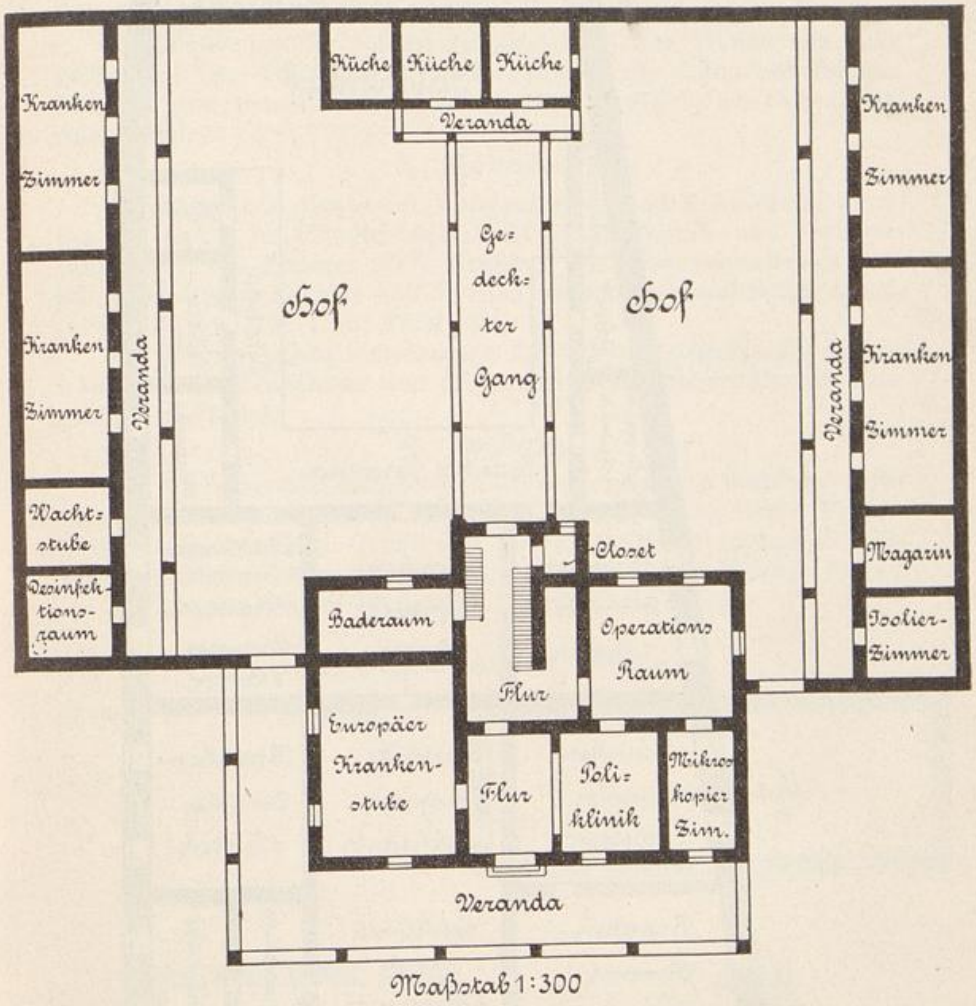
Tafel II Bild 3 und 4.

Abb. 3 auf Tafel II veranschaulicht das Poliklinikhaus, Abb. 4 auf Tafel II die drei Krankenbaracken und den Hof.

3. Pangani.

Das Farbigen-Hospital besteht aus zwei mit Wellblech gedeckten Steinhäusern, die in acht verschieden große Räume geteilt sind. Zwischen diesen Krankenbaracken befindet sich auf einem zemen-

Eingeborenen-Krankenhaus Pangani.



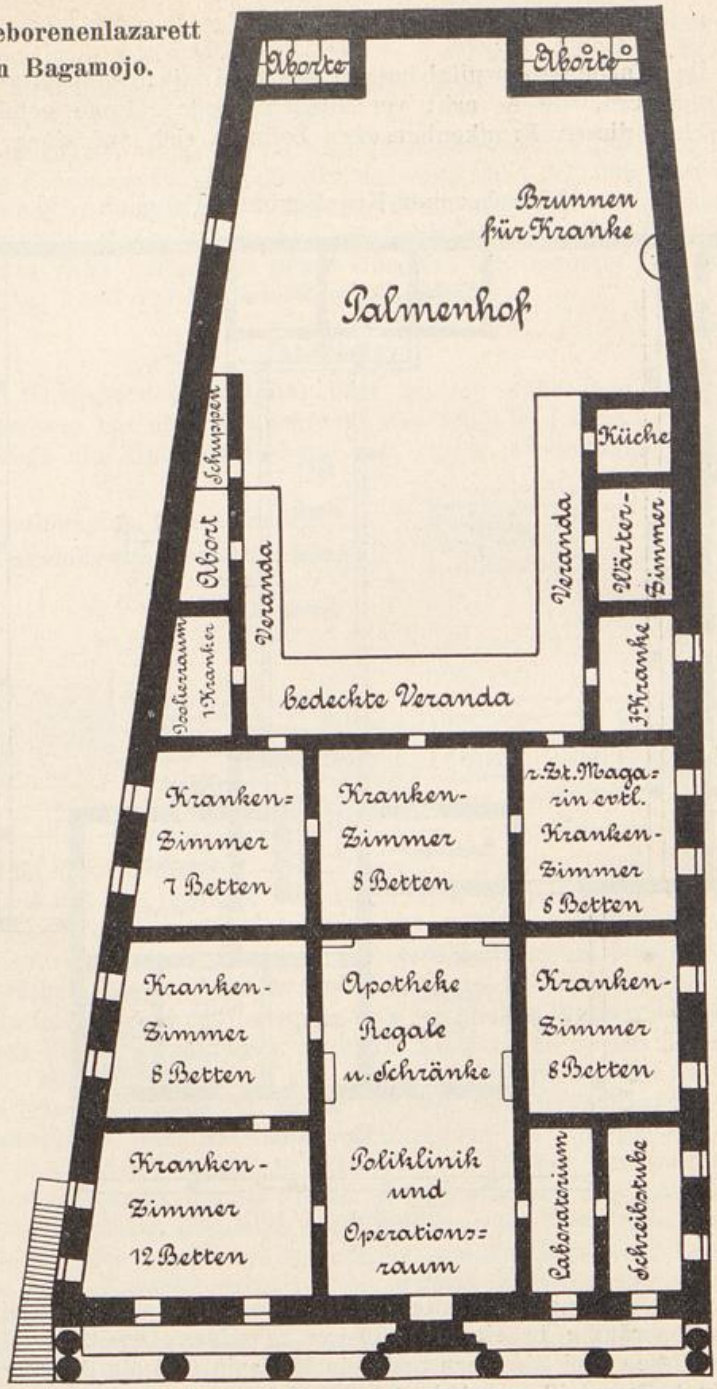
Maßstab 1:300

tierten Hofe eine offene Halle. Dicht dabei liegen die Poliklinik- und Operationsräume in einem größeren massiven Gebäude. Hier ist außer diesen drei Zimmern noch ein Magazin und ein Abort vorhanden (vgl. Grundriß und Abb. 6 auf Tafel III).

Tafel III Bild 6.

Das Hospital besitzt Raum für 30 bis 40 Kranke.

Eingeborenenlazarett in Bagamojo.



Maßstab 1:140

4. Bagamojo.

Das in Bagamojo befindliche Eingeborenen-Hospital hat einen Poliklinikraum, 8 Krankenzimmer für insgesamt 50 Kranke, ein Laboratorium, ein Arztzimmer, Küche, Wärterzimmer und sonstige Nebenräume.

Es befindet sich im Erdgeschoß eines großen massiven Gebäudes in der Strandstraße und hat daher stets die kühle Seebrise (vgl. Grundriß und Abb. 5 auf Tafel III). Tafel III Bild 5.

Der Fußboden der Räume ist zementiert, die Wände mit Kalk getüncht. Das Trinkwasser wird einem in der Nähe befindlichen Brunnen entnommen, während der im Hof befindliche das Gebrauchswasser liefert.

5. Mohoro.

Zwei Gebäude dienen zur Unterbringung und Behandlung kranker Farbiger. Im Hauptgebäude liegt der Poliklinik- und Verbandraum sowie ein Zimmer für 5 Kranke. Im Nebengebäude mit drei Räumen werden Askaris und Kranke weiblichen Geschlechts untergebracht (vgl. Abb. 7 auf Tafel III). Tafel III Bild 7.

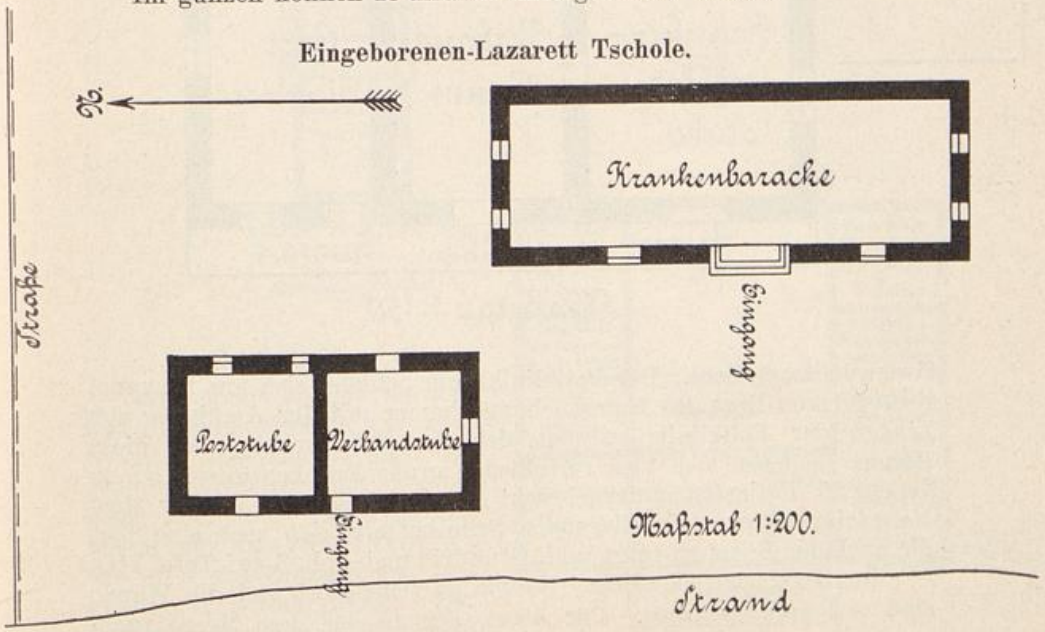
Die Häuser haben zementierten Fußboden, weißgetünchte Lehmwände, Makutibedachung und liegen direkt am Mohoroufer im Eingeborenen-Viertel.

6. Tschole.

Die Verbandstube befindet sich in einem massiven Gebäude; dicht dabei liegt die Krankenbaracke, die auf einem 80 cm hohen Mauerwerk errichtet ist (vgl. Grundriß). Der Fußboden ist gestampft. Die Wände sind aus Lehm gebaut und das Dach ist mit Makutis belegt.

Im ganzen können 18 Kranke untergebracht werden.

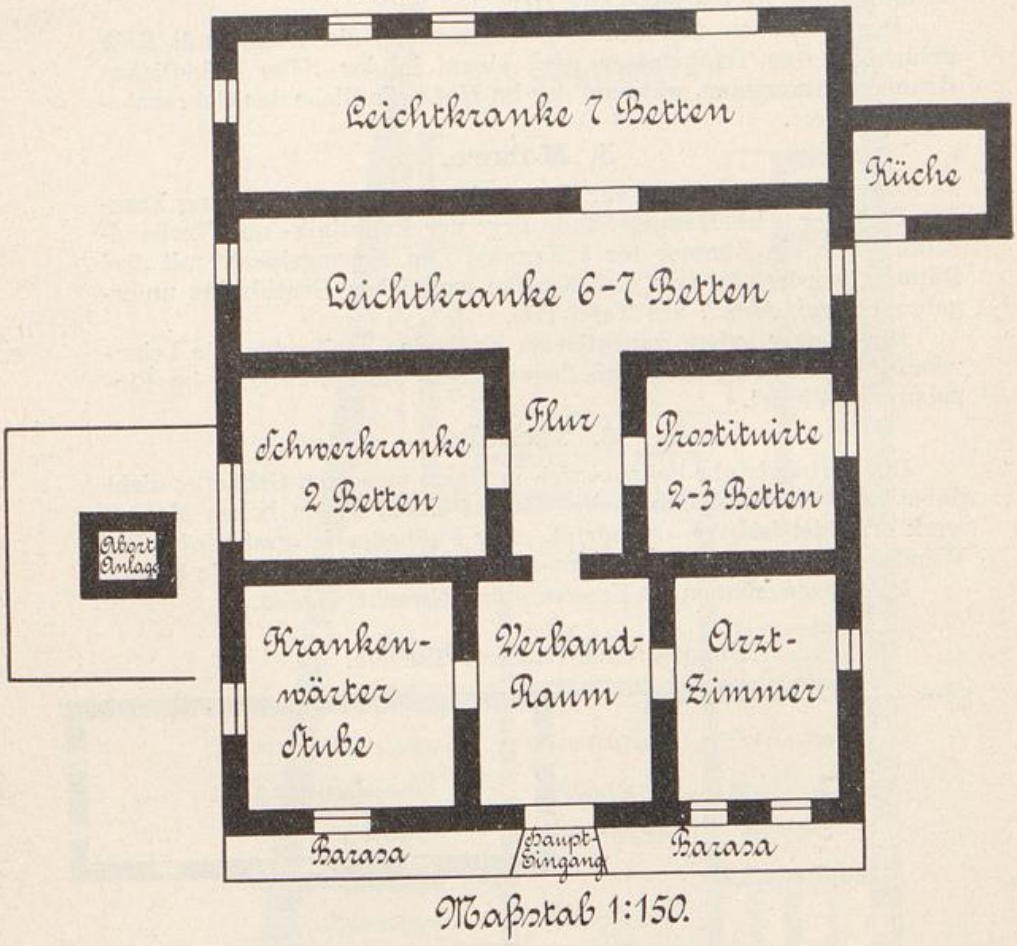
Eingeborenen-Lazarett Tschole.



7. Kilwa.

Das Farbigen-Hospital liegt in den Strandanlagen zwischen Boma und Stallgebäude. Es ist ein nach Araberart gebautes einstöckiges weißes Haus mit flachem Zementdach. An seiner Vorderfront befindet sich eine erhöhte Veranda, die Patienten als Warte- und

Eingeborenen-Lazarett in Kilwa.



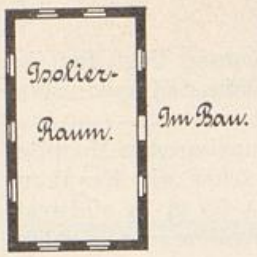
Aufenthaltsort dient. Der Poliklinikraum befindet sich am Eingang, rechts davon liegt das Untersuchungszimmer mit der Apotheke; zur Linken der Poliklinik befindet sich der Wärterraum. An diese Räume schließen sich vier verschieden große Krankenzimmer an, in denen 20 Patienten untergebracht werden können. An der dem Haupteingang gegenüberliegenden Seite befindet sich noch eine Tür, die nach der Boma zu führt (vgl. Grundriß und Abb. 8 auf Tafel III).

Tafel III Bild 8.

Der Fußboden sämtlicher Räume ist zementiert und die Wände sind mit Kalk getüncht. Der Abort, der an der dem Meere zuge-

kehrten Seite liegt, ist nach dem Tonnensystem eingerichtet.

Auf der ihm gegenüberliegenden Seite des Gebäudes befindet sich in einem Anbau die Küche.

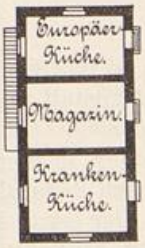


Farbigen-Hospital und Poliklinik in Lindi.



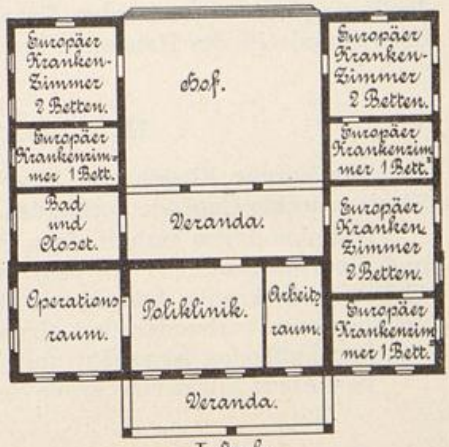


Maßstab 1:400.



Hof.

I. Stock: Wohnung mit Bad und Veranda für Sanitäts-Offiz.



I. Stock: Wohnung für Schwester.

8. Lindi.

Auf einer Anhöhe am Lukulediflusse, etwa 1 km südwestlich von Lindi, liegt das Eingeborenen-Hospital. Es besteht aus einem massiven Gebäude (vgl. Abb. 10 auf Tafel IV), das 3 Krankenräume mit insgesamt 52 Betten enthält. Der Fußboden des Hauses ist zemen-

Tafel IV Bild 10.

tiert, das Dach aus Wellblech. In einiger Entfernung liegt das Gebäude für die Küche, in welchem sich noch ein kleiner Magazinraum befindet.

Im Bau befindlich ist noch ein hinter dem Eingeborenen-Hospital gelegenes Gebäude von quadratischer Form, welches als Krankenraum für Kettengefangene vorgesehen ist. Etwa 50 m in südwestlicher Richtung davon ist das Gebäude für den Isolierraum im Bau.

Der Poliklinik- und der Operationsraum sind in dem großen vorderen Hauptgebäude, in welchem sich die Europäer-Krankenräume befinden, eingerichtet (vgl. Grundriß und Abb. 9 und 11 auf Tafel IV).

Tafel IV Bild 9 und 11.

9. Morogoro.

Das Eingeborenen-Hospital liegt in der Nähe des Bezirksamtsgebäudes. Es ist ein massives, mit Wellblechdach versehenes schmuckloses Gebäude (vgl. Abb. 12 auf Tafel IV), das einen Vorraum und 3 Zimmer enthält.

Tafel IV Bild 12.

Im Vorraum sowie in dem rechts davon liegenden Apothekenzimmer wird die Poliklinik abgehalten. Links vom Vorraum liegt ein Krankenzimmer mit 8 Betten. Ein weiterer Krankenraum befindet sich auf dem anderen Flügel des Hauses. Der Eingang dazu liegt abseits an der Vorderfront, weswegen dieses Zimmer auch als Isolierzimmer für ansteckende Krankheiten benutzt wird.

Der Fußboden besteht aus gestampftem Lehm, die Wände sind innen weiß getüncht.

10. Mpapua.

Ebenso wie das Hospital in Morogoro ist das Eingeborenen-Hospital in Mpapua angelegt, nur das Dach ist anstatt mit Wellblech mit Stroh belegt (vgl. Abb. 13 auf Tafel IV und Abb. 14 auf Tafel V).

Tafel IV Bild 13.
Tafel V Bild 14.

Links vom Eingang liegt das Arztzimmer, in dem die Poliklinik abgehalten wird. Rechts davon befinden sich 2 durch eine Tür verbundene Krankenzimmer mit je 6 Betten. Der letzte Raum dient zur Isolierung von ansteckenden Kranken; der Eingang dazu liegt auf der Schmalseite des Hauses.

11. Kondoa-Irangi.

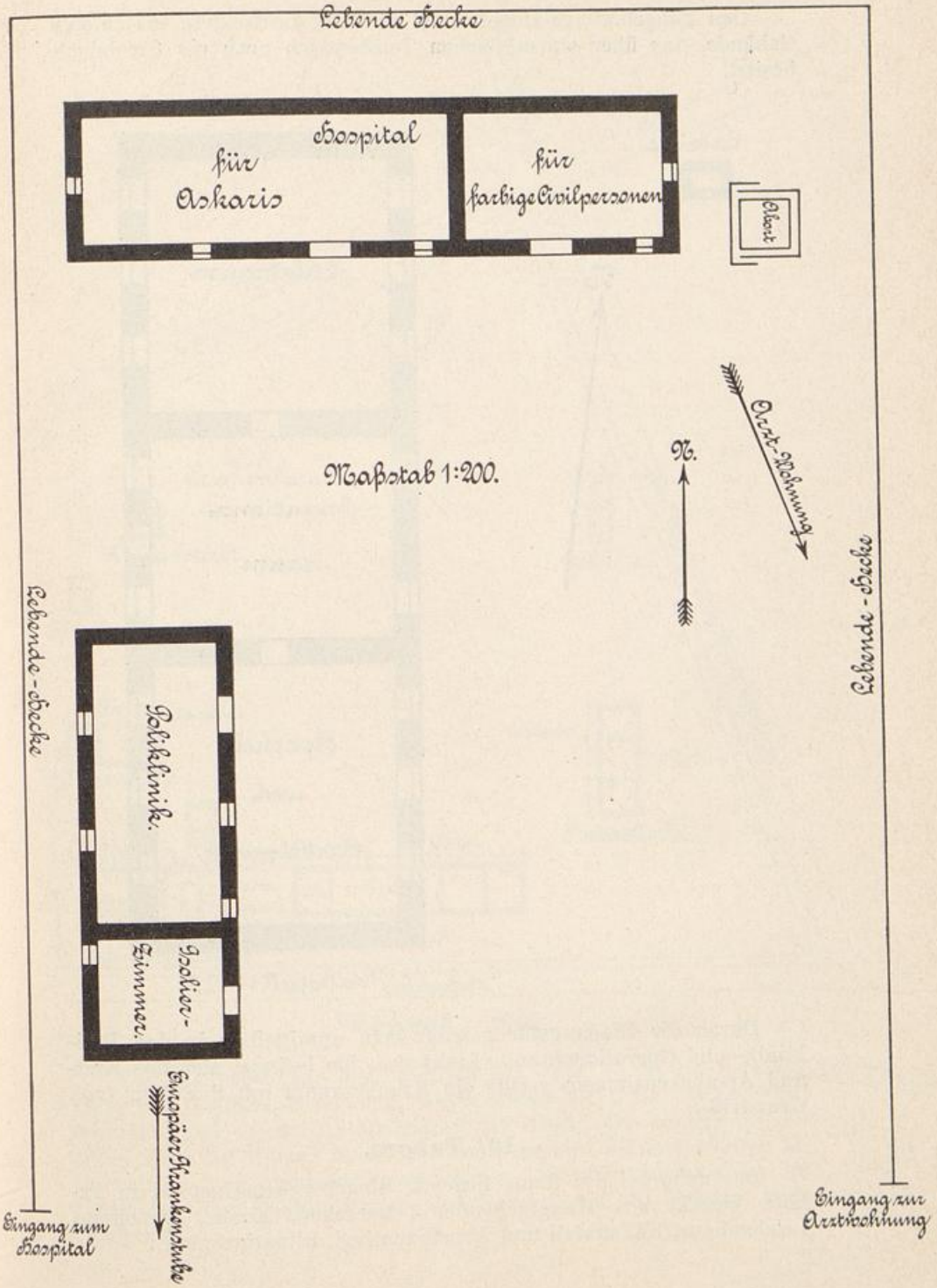
Für kranke Eingeborene sind in Kondoa-Irangi 2 massive mit Stroh gedeckte Gebäude vorhanden (vgl. Abb. 15 auf Tafel V).

Tafel V Bild 15.

Das eine davon enthält einen Raum zum Abhalten der Poliklinik und ein Isolierzimmer. In dem zweiten Gebäude ist ein Raum mit 14 Betten für kranke Askaris und ein anderer mit 8 Betten für kranke Zivilpersonen vorhanden (vgl. Grundriß).

Der Fußboden ist erhöht und aus gestampftem Kalk hergestellt. Den Abort bildet eine große Senkgrube.

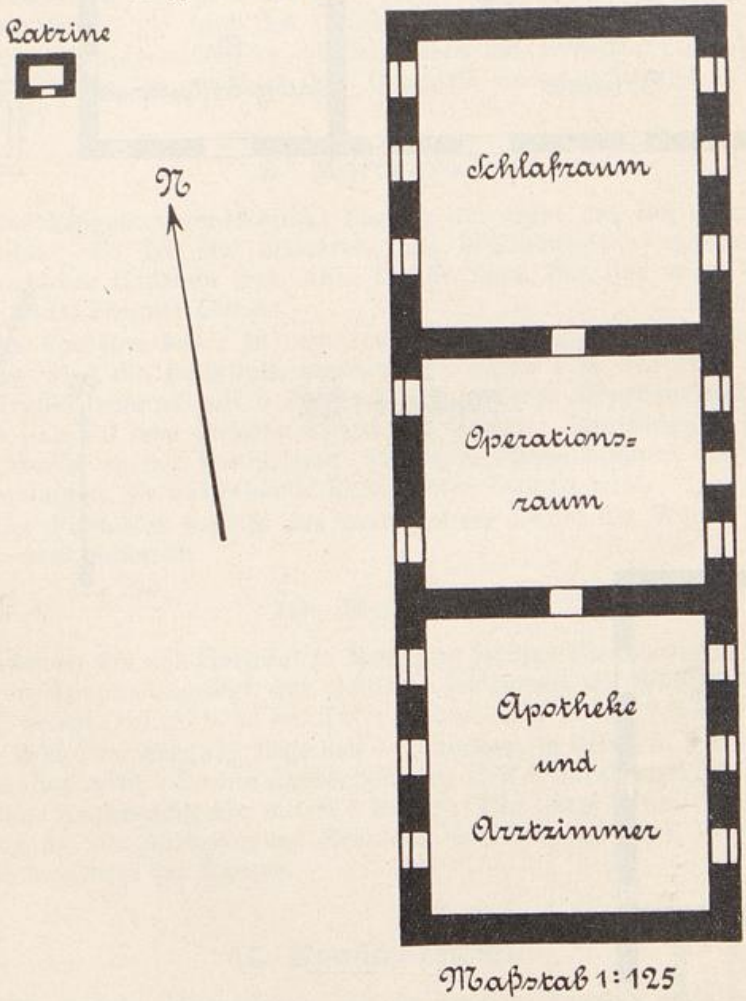
Eingeborenen-Lazarett in Kondoa-Irangi.



12. Kilimatinde.

Das Eingeborenen-Hospital ist ein aus Luftziegeln errichtetes Gebäude, das über einem flachen Tembendach noch ein Strohdach besitzt.

Eingeborenen-Lazarett in Kilimatinde.

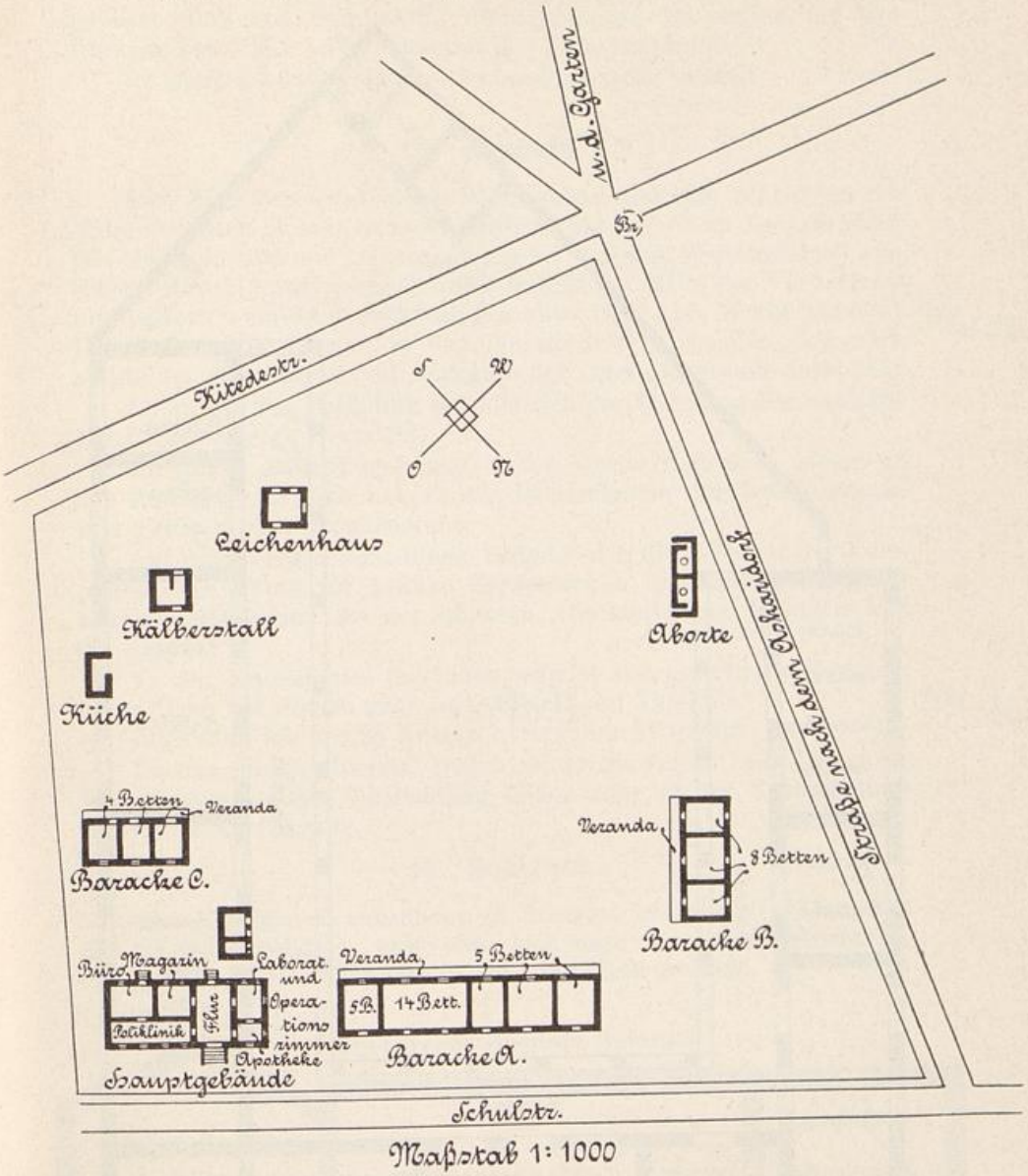


Durch die Eingangstür gelangt man unmittelbar in den Poliklinik- und Operationsraum. Links von ihm befindet sich das Arzt- und Apothekenzimmer, rechts ein Krankenraum mit 8 Betten (vgl. Grundriß).

13. Tabora.

Das nahe bei der Boma liegende Eingeborenen-Hospital in Tabora besteht aus Hauptgebäude, 3 Baracken, Küche, Badehaus, Leichenhaus, Kälberstall und Aborthaus (vgl. Situationsplan).

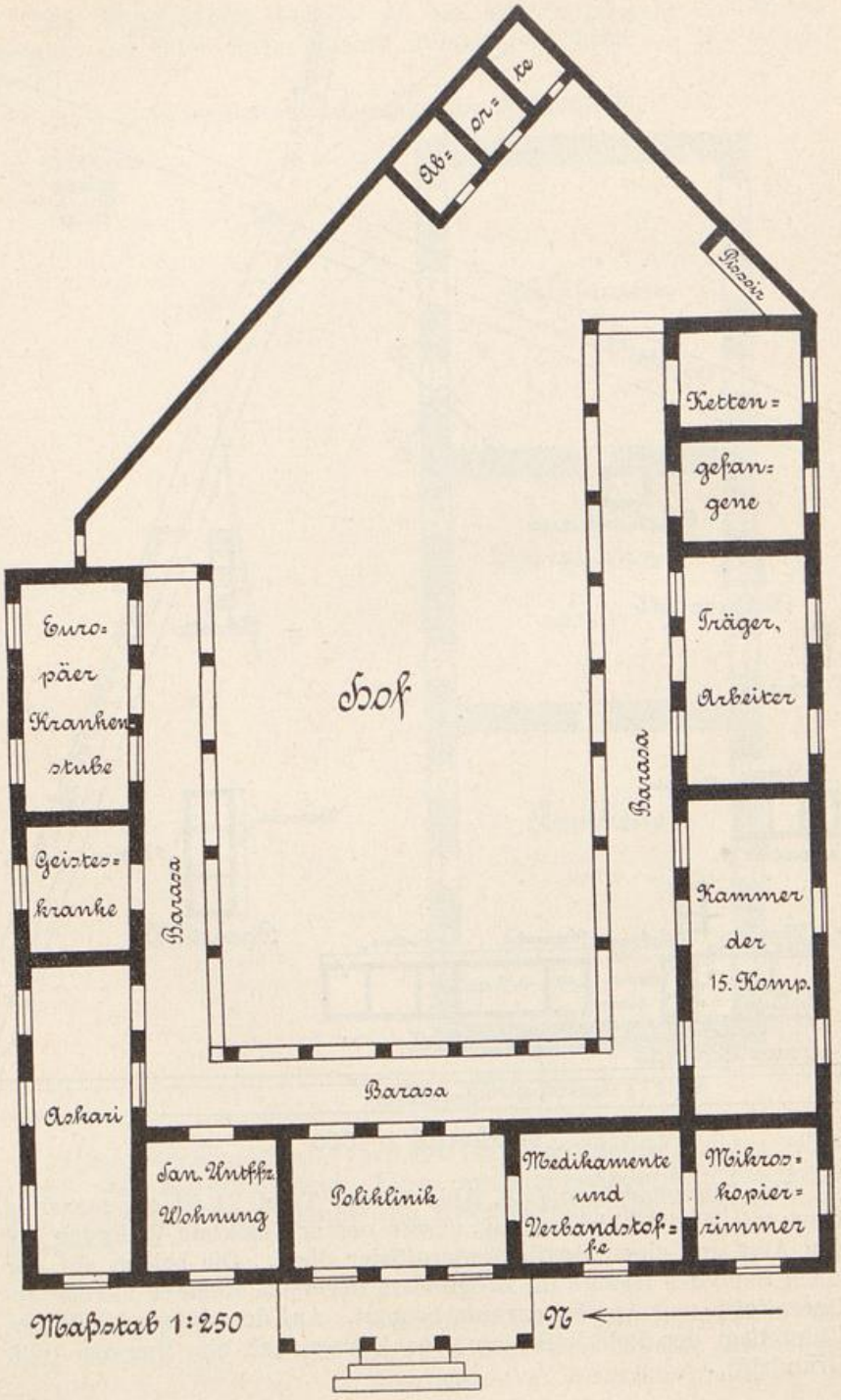
Situationsplan vom Eingeborenen-Lazarett zu Tabora.



Maßstab 1: 1000

Das Hauptgebäude (vgl. Abb. 16 auf Tafel V) ist ein massives Haus mit Wellblechbedachung, dessen oberer Stock als Wohnung für den Arzt und einen Sanitätsunteroffizier dient. Die beiden auf der einen Seite des Hauses im Erdgeschoß liegenden Zimmer werden als Operations- und Apothekenraum benutzt. Auf der anderen Seite des Flurs liegt der Poliklinikraum, das Bureau und ein Magazin (vgl. Grundriß). Tafel V Bild 16.

Eingeborenen-Lazarett Muansa.



Die 3 Krankenbaracken sind gleichmäßig gebaut (vgl. Grundriß). Sie haben Wände aus Luftziegeln, die innen mit Kalk beworfen und geweißt sind, und Strohdach. Der Fußboden ist erhöht, die eine Baracke hat 5, die beiden anderen je 3 Krankenräume.

Im ganzen können 79 Kranke untergebracht werden.

14. Muansa.

Das Eingeborenen-Hospital in Muansa liegt am Markt, in der Nähe der alten Boma; seine Vorderfront ist nach dem See gerichtet. Die Gebäude sind aus Luftziegeln gebaut und mit Wellblechdach versehen. Der Haupteingang befindet sich in der Mitte der Vorderfront und ist durch ein Säulenvordach geschützt (vgl. Abb. 17 auf Tafel V). Tafel V Bild 17. Durch ihn gelangt man in den Poliklinikraum, an den sich nach rechts der Apotheken- und weiterhin der Operationsraum anschließt.

Links von der Poliklinik befindet sich die Wohnung des Sanitätsunteroffiziers (vgl. Grundriß).

Im linken Seitenflügel liegt in der Vorderfront nach hinten zu der Raum für kranke Askari, ein Isolierzimmer für Geisteskranke und die Europäer-Krankenstube.

Auf dem rechten Seitenflügel befindet sich die Kammer der Kompagnie, ein Raum für kranke Zivilpersonen und zwei Räume für kranke Gefangene. An der hinteren Abschlußmauer befinden sich die Aborte.

An der Hofseite des Gebäudes befindet sich eine breite Veranda, deren Dach auf Säulen ruht (vgl. Abb. 18 auf Tafel V). Tafel V Bild 18.

Insgesamt können 35 Kranke untergebracht werden.

Da das jetzige Hospital wegen seiner günstigen Lage hierzu zu Verwaltungszwecken Verwendung finden soll, ist der Neubau eines solchen in Ausführung.

15. Schirati.

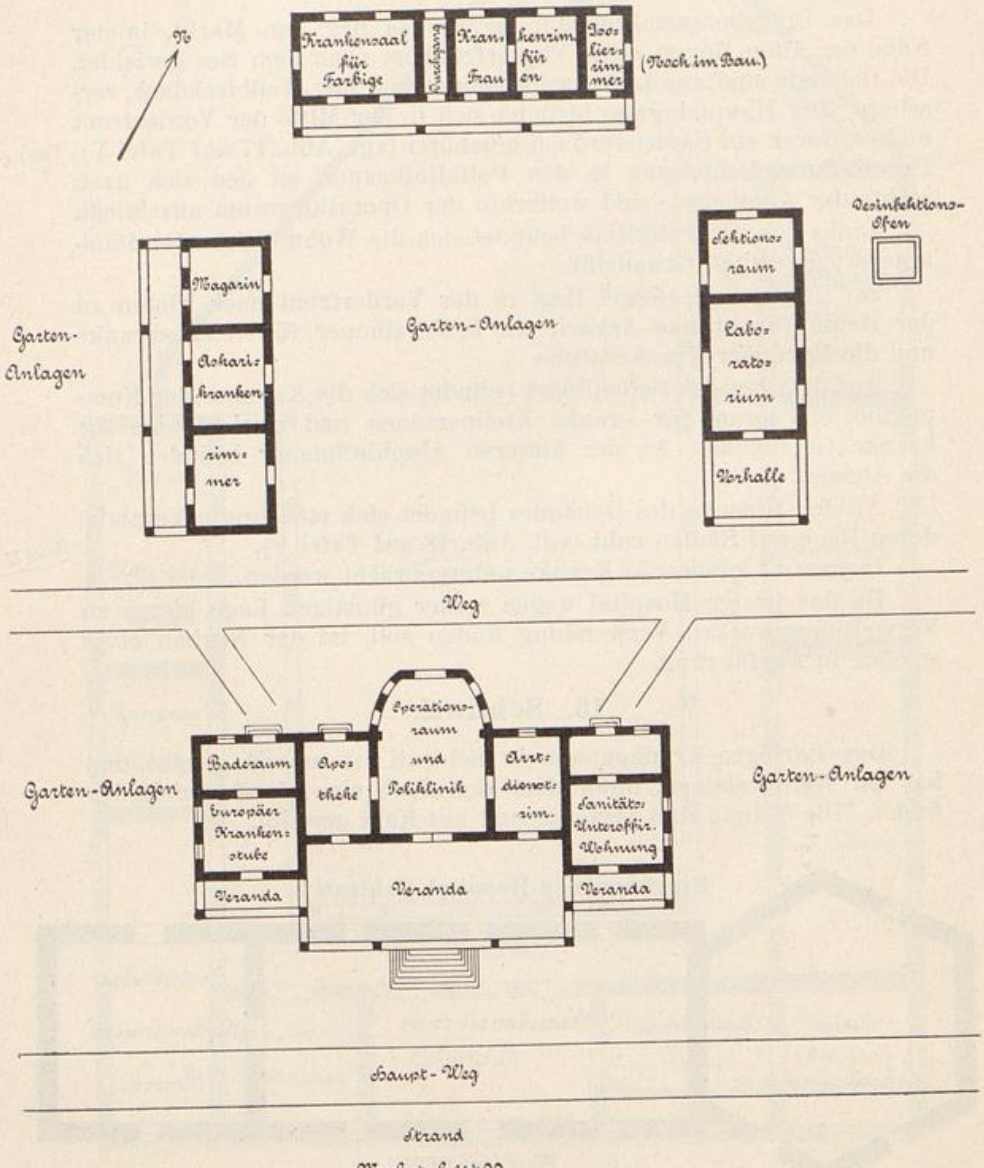
Das Farbigen-Krankenhaus in Schirati ist massiv gebaut und hat ein Wellblechdach, unter dem sich noch eine Mateteschicht befindet. Die Wände sind verputzt und mit Kalk geweißt.

Eingeborenen-Hospital Schirati.



Von den drei vorhandenen Räumen wird der linke als Poliklinik- und Schreibzimmer benutzt; der mittlere größte Raum dient als Krankenzimmer, das für 6 Kranke eingerichtet ist. Daran anschließend befindet sich rechts der Arznei- und Verbandmittelraum (vgl. Grundriß).

Farbigen-Hospital Bukoba.



Maßstab 1:400

16. Bukoba.

In Bukoba wird zur Zeit ein neues Eingeborenen-Hospital gebaut, welches bereits bis auf das Gebäude, welches einen großen Krankensaal für farbige Zivilpersonen, Krankenzimmer für Frauen und das Isolierzimmer enthalten soll, fertiggestellt ist.

Das Hauptgebäude enthält einen Poliklinik- und Operationssaal, den Apothekenraum, Arztzimmer, die Wohnung des Sanitätsunteroffiziers und das Krankenzimmer für Europäer; seine Vorderfront, die Südseite, ist dem Strande zugekehrt.

Nördlich vom Hauptgebäude befinden sich 2 langgestreckte Gebäude, von welchen das eine 2 große Askarikrankenzimmer und das Magazin, das andere Sektionsraum und Laboratorium enthält. Östlich vom Sektionszimmer liegt der Desinfektionsofen.

Noch weiter nördlich, dem Hauptgebäude gegenüber, ist das noch im Bau befindliche Gebäude für farbige kranke Zivilpersonen, das Raum für 24 Betten haben wird (vgl. Grundriß).

Sämtliche Gebäude sind aus Mauerwerk aufgeführt. Der von den Gebäuden eingeschlossene wie der sie umgebende Raum ist zu Gartenanlagen benutzt.

Zur Zeit werden die kranken farbigen Zivilpersonen noch in in der Nähe befindlichen Hütten untergebracht.

17. Usumbura.

Das Hospital in Usumbura liegt außerhalb der Boma, etwa 120 m entfernt. Der Gebäudekomplex wird durch eine Mauer in einen östlichen und westlichen getrennt. In der Mitte der Nordseite befindet sich der überdachte Eingang, der als Warteraum dient. Nach rechts gelangt man von hier in das Poliklinikgebäude, nach links in das Bureau und das Laboratorium. In letzterem Haus ist noch ein drittes Zimmer mit besonderm Eingang für den Lazarettaskari vorhanden.

In der Ostfront liegen 4 Räume für etwa 25 Kranke. Dies Gebäude hat eine überdachte Veranda.

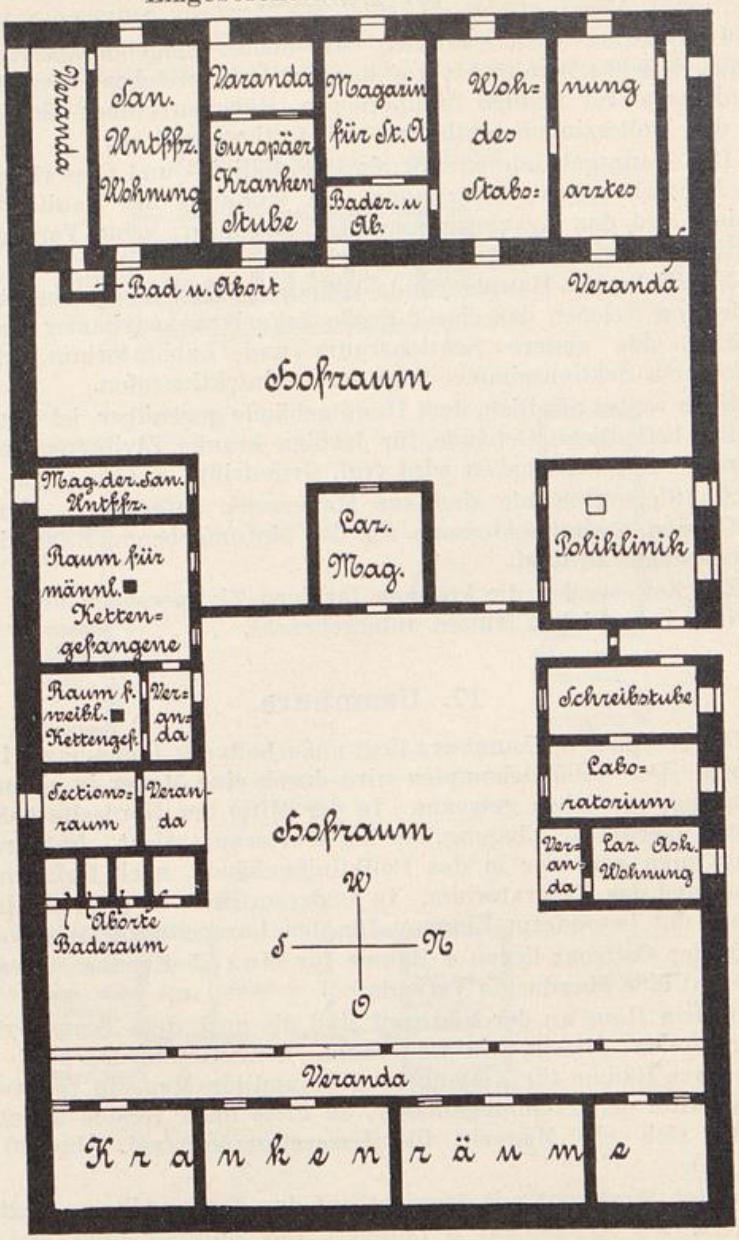
In dem Haus an der Südfront sind die nach dem Tonnensystem eingerichteten Aborte, ein Baderaum, Sektionszimmer, zwei verschließbare Räume für Kettengefangene und ein Magazin vorhanden. In der Mitte der Trennungsmauer, an diese nach Westen angebaut, befindet sich ein Magazin für Lazarettgeräte (vgl. Abb. 20 auf Tafel VI).

Tafel VI Bild 20 und 19.

In der Westfront mit Aussicht auf den Tanganyikasee liegt die Wohnung des Arztes, aus 2 Zimmern mit Zubehör bestehend, die Europäer-Krankenstube und das Zimmer für den Sanitätsunteroffizier (vgl. Grundriß und Abb. 19 auf Tafel VI).

Sämtliche Gebäude sind aus Luftziegeln hergestellt, innen und außen geweißt und mit Gras gedeckt.

Eingeborenen-Lazarett Usumbura.

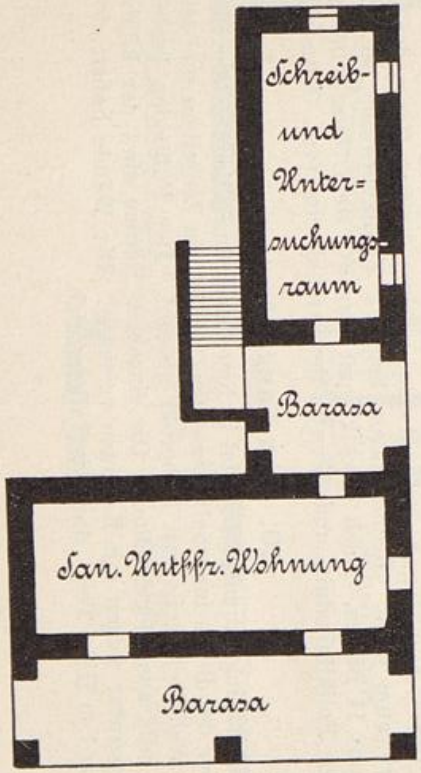


Maßstab 1:150

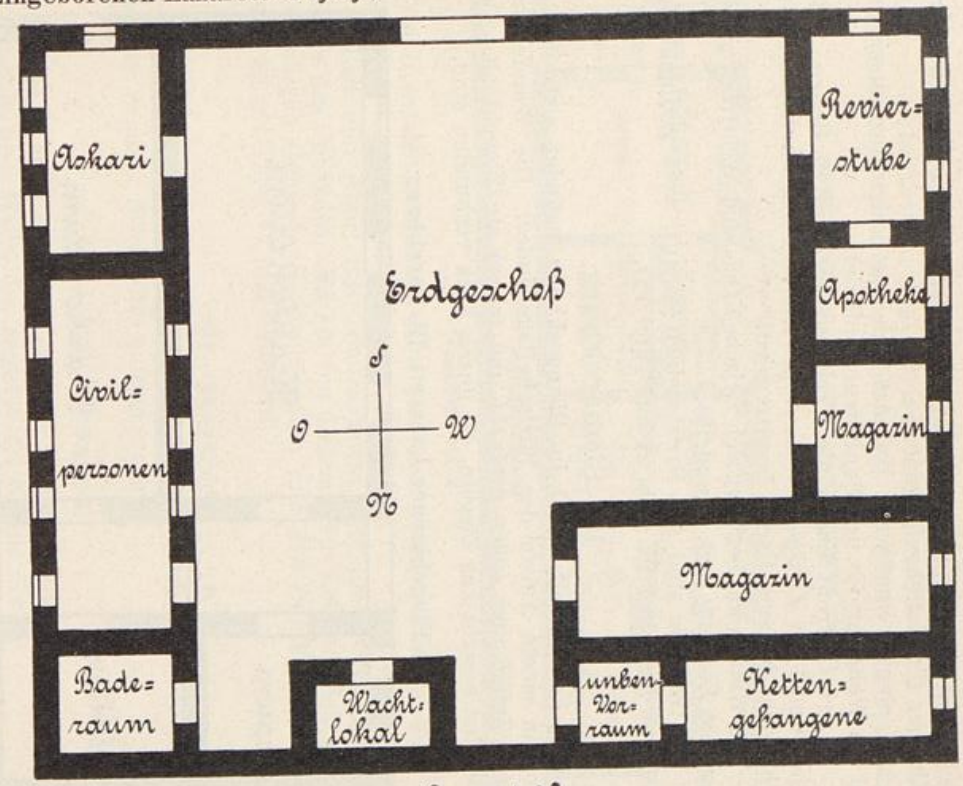
18. Udjidji.

Das in der Nähe der Boma in Udjidji liegende Eingeborenen-Hospital ist rechteckig gebaut und von einer 3 m hohen Mauer umgeben. Das in der Westfront gelegene Gebäude enthält im Erd-

Eingeborenen-Lazarett Udjidji.



I. Stock



Grundriß

Maßstab 1:150

geschoß die Poliklinikstube, die Apotheke, 2 Magazinräume und 1 Zimmer für Kettengefangene.

Im oberen Stockwerk befindet sich das Laboratoriumszimmer und die Wohnung für den Sanitätsunteroffizier.

In der Ostfront liegen die Krankenstuben mit 9 Betten, 1 für Askari und 1 für Zivilpersonen. Außerdem ist noch ein dritter Raum vorhanden, der zum Baden benutzt wird.

Das Wachtlokal befindet sich zwischen Ost- und Westfront gegenüber dem Eingang (vgl. Grundriß).

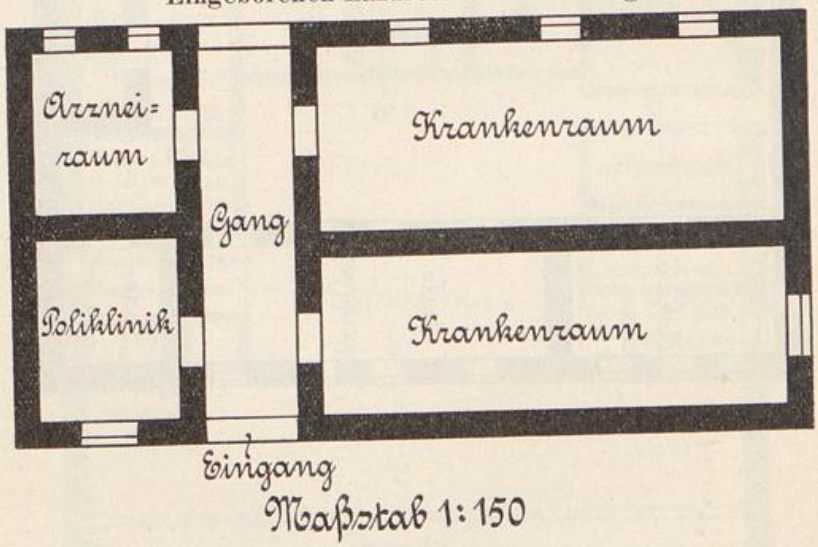
Die Gebäude sind aus Bruchsteinen gebaut, weiß getüncht und mit Stroh gedeckt (vgl. Abb. 21 auf Tafel VI).

Tafel VI Bild 21.

19. Bismarckburg.

Das Farbigen-Hospital in Bismarckburg befindet sich in der Boma in einem Anbau des Wirtschaftsgebäudes. Die Wände sind massiv, innen und außen getüncht und tragen ein Ziegeldach. Der Fußboden besteht aus Ziegeln, die durch Kalk verbunden sind.

Eingeborenen-Lazarett Bismarckburg.



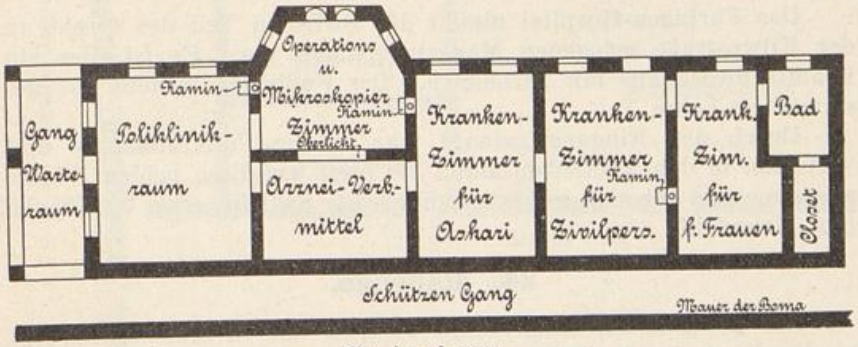
Durch den Eingang gelangt man in einen breiten Gang, der als Warteraum dient. Rechts davon liegen 2 Krankenräume mit insgesamt 11 Betten. Nach links kommt man aus dem Gang zunächst in die Poliklinikstube und dann in den Arzneiraum (vgl. Grundriß).

20. Neu-Langenburg.

Das Eingeborenen-Hospital in Neu-Langenburg liegt an der Südmauer der Boma innerhalb derselben. Es ist ein Ziegelbau und teils mit Wellblech, teils mit Ruberoid gedeckt. Der Fußboden besteht ebenfalls aus Ziegelsteinen. Die einzelnen Räume sind der kühlen Temperatur wegen mit Kaminen versehen. Die Wände haben etwa bis zu 1 m Höhe Teer-, darüber Kalkanstrich.

Durch einen als Warteraum dienenden breiten Gang kommt man in den Poliklinikraum. Von hier aus führt eine Tür nach dem sechseckigen Operationssaal, eine andere nach dem hinter dem Operations-

Eingeborenen-Lazarett Neu-Langenburg.



Maßstab 1:250

saal liegenden Magazin. Von hier aus gelangt man in die 3 anschließenden Krankenzimmer mit 16 Betten.

Bad und Abort mit Tonnensystem sind die letzten Räumlichkeiten des Gebäudes. Rechts von diesem Haus befindet sich in einem besonderen Gebäude ein Isolierraum und der Impfkälberstall (vgl. Abb. 22 auf Tafel VI und Grundriß). Tafel VI Bild 22.

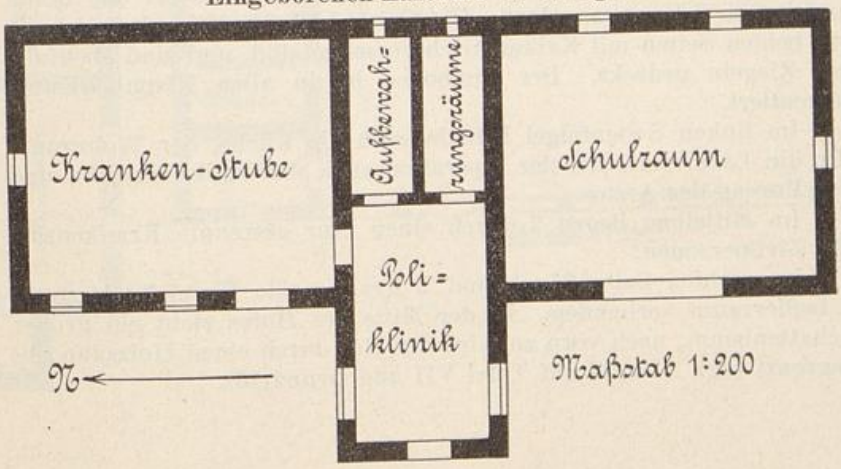
21. Massoko.

Die kranken Askaris der 8. Kompagnie in Massoko werden provisorisch in einer Strohhütte untergebracht.

22. Ssongea.

Das Eingeborenen-Hospital in Ssongea befindet sich in einem strohgedeckten Haus, das zugleich als Schule dient.

Eingeborenen-Lazarett in Ssongea.



An Räumlichkeiten ist 1 Poliklinikstube, 2 kleinere Räume zum Aufbewahren von Arzneien und 1 Krankenstube mit 5 Betten vorhanden (vgl. Grundriß).

23. Liwale.

Das Farbigen-Hospital nimmt den östlichen Teil des direkt an der Kilwastraße gelegenen Magazingebäudes ein. Es ist dies ein Lehmfachwerkhaus mit Strohdach. Der Fußboden besteht aus gestampftem Lehm.

Durch den Eingang gelangt man in die Poliklinikstube und weiterhin in den Apothekenraum. So breit wie diese beiden Räume zusammen ist der sich rechts anschließende Saal für etwa 20 Kranke (vgl. Grundriß).

24. Mahenge.

Das Hospital für Eingeborene befindet sich in Mahenge in den an der Nordseite der Boma gelegenen Gebäuden. Die Wände sind aus Bruchsteinen aufgeführt, haben innen und außen Kalkanstrich und tragen ein Wellblechdach. Der Fußboden besteht aus gestampftem Lehm.

Links von dem in der Mitte der Lazaretträumlichkeiten gelegenen Warteraum gelangt man in den Poliklinikraum und von hier aus ins Operationszimmer. Daran schließt sich ein Krankenzimmer mit dem Eingang vom Hofe aus. Von hier aus führt eine Tür nach dem unterhalb der Bastion befindlichen Lazarettmagazin.

Rechts vom Warteraum liegen hintereinander 2 Krankensäle (vgl. Grundriß).

Im ganzen können etwa 30 Kranke untergebracht werden.

Die Latrinen und die Isolierhütte liegen außerhalb der Boma.

25. Iringa.

Das Eingeborenen-Hospital in Iringa liegt dicht bei der Boma und ist in U-Form angelegt. Die Gebäude haben Ziegelwände, die auf beiden Seiten mit Kalkanstrich versehen sind, und sind ebenfalls mit Ziegeln gedeckt. Der Fußboden ist in allen Räumlichkeiten zementiert.

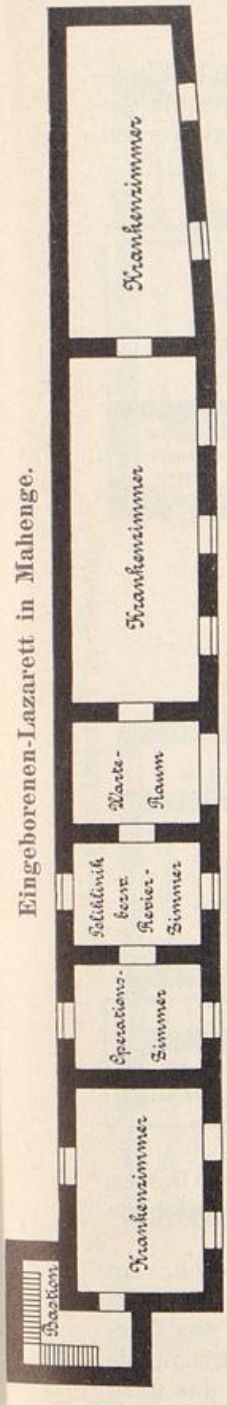
Im linken Seitenflügel befindet sich die Küche, der Wohnraum für die Lazarettaskari, der Operationssaal, die Poliklinikstube und das Bureau des Arztes.

Im Mittelbau liegen 2 durch einen Flur getrennte Krankensäle für Zivilpersonen.

Im rechten Seitenflügel sind 2 Krankensäle für Askaris sowie 1 Isolierraum vorhanden. In der Mitte des Hofes steht ein großer Schattenbaum; nach vorn zu wird der Hof durch einen Holzzaun abgegrenzt (vgl. Abb. 23 auf Tafel VII und Grundriß).

Tafel VII Bild 23.

Eingeborenen-Lazarett in Mahenge.



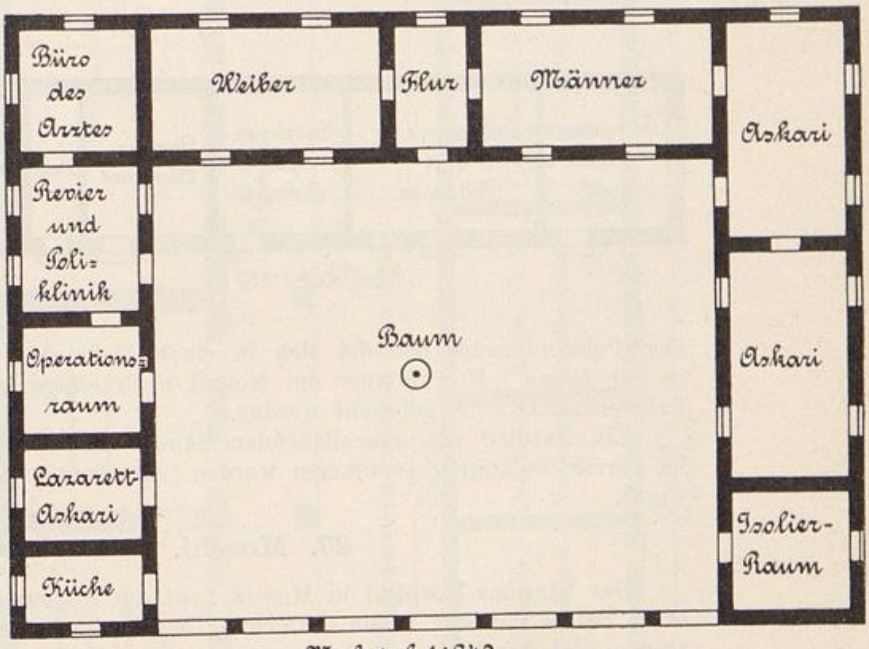
Maßstab 1:200

Eingeborenen-Lazarett in Liwale.



Maßstab 1:250

Eingeborenen-Lazarett Iringa.

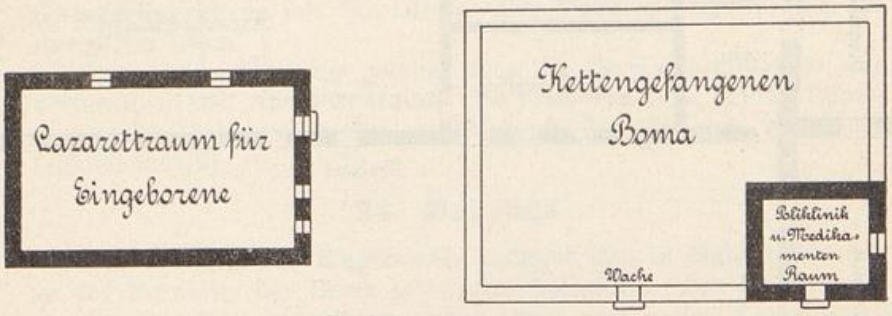


Maßstab 1:240

26. Wilhelmstal.

In Wilhelmstal ist für kranke Farbige nur eine nach Eingeborenenart aus Holz und Lehm erbaute Hütte mit Bananenblattbedachung vorhanden. Dieselbe kann mit 8 Kranken belegt werden.

Eingeborenen-Lazarett Wilhelmstal.



Maßstab 1:250



Maßstab 1:250

Der Poliklinikraum befindet sich in einem Gebäude in der Boma. Hier können im Notfall noch einige Schwerkranke untergebracht werden.

Ein Neubau mit anschließenden Räumlichkeiten ist bereits in Angriff genommen worden (vgl. Grundrisse).



27. Moschi.

Das Stations-Hospital in Moschi liegt am Ausgang des Dorfes, etwa 200 m von der Boma entfernt. Umgeben wird es von einem Garten, der durch eine Hecke begrenzt wird.

Das Haus ist ein einstöckiger Steinbau mit Wellblechdach. An seiner Vorderfront befindet sich eine breite gedeckte Veranda. Es enthält 1 Poliklinikraum, von dem aus man nach links in das Operationszimmer, nach hinten in die Apotheke und nach rechts in die Europäer-Krankenstube gelangt. Hinter dieser Stube liegt das dazu gehörige Badezimmer sowie 1 Abort für Farbige.

Eingeborenen-Lazarett in Moschi.

Die rechte Hälfte des Hauses nimmt 1 großer Krankensaal und 3 kleine Krankenräume mit im ganzen 17 Betten ein. Auch auf dieser Seite ist 1 Abortanlage für Farbige errichtet (vgl. Grundriß).

28. Aruscha.

Das Farbigen-Hospital in Aruscha ist nach Eingeborenenart gebaut. Die Wände bestehen aus Lehmfachwerk und sind innen

Eingeborenen-Lazarett Aruscha.

und außen mit Kalk getüncht. Der Fußboden besteht aus gestampftem Kalk. Rings um das Haus läuft eine meterbreite Veranda. Das Haus hat 7 Räume. Einer dient zur Abhaltung der Poliklinik, ein weiterer zur Unterbringung der Medikamente. 3 Zimmer mit insgesamt 17 Betten werden zur Unterbringung der Kranken benutzt. Ferner ist noch 1 Isolierraum vorhanden (vgl. Abb. 24 auf Tafel VII und Grundriß).

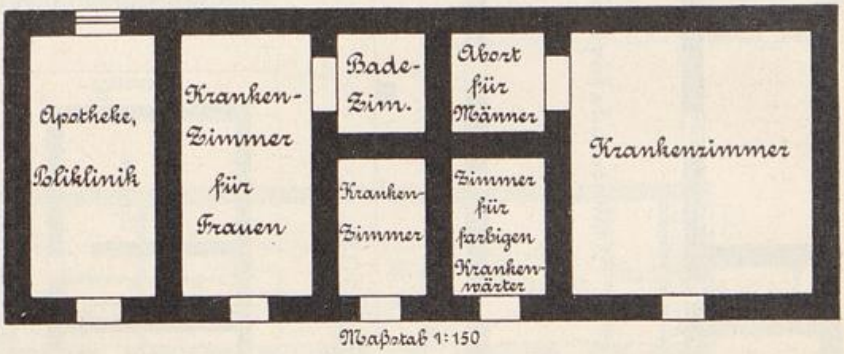
Tafel VII Bild 24.

Die Abortanlagen befinden sich in einiger Entfernung hinter dem Hospital.

29. Amani.

Das Hospital für Farbige in Amani ist ein massiver Bau aus Feldsteinen mit Wellblechbedachung. Es enthält 1 Poliklinikzimmer mit Apotheke, dann folgen 1 größerer und 1 kleinerer Krankenraum

Eingeborenen-Lazarett in Amani.



Maßstab 1:150

mit anschließendem Badezimmer. Der folgende Raum ist für den Lazarettboy eingerichtet; den letzten Raum nimmt 1 großer Krankensaal mit 11 Betten ein. Von ihm aus gelangt man in den Abortraum (vgl. Grundriß); für gewöhnlich wird aber eine außerhalb des Hauses befindliche Senkgrube benutzt.

Insgesamt können 20 Kranke untergebracht werden.

Anlage 3.

Pocken-Erkrankungen und -Todesfälle

ausschliefslich der Zugänge der öffentlichen Krankenanstalten.

Bezirk	Landschaft	Monat	Erkrankungen		Todesfälle	
			Von Eingeborenen gemeldet	Ärztlich festgestellt	Von Eingeborenen gemeldet	Ärztlich festgestellt
Tanga	Pongwe	Juni 1908	.	1	.	.
„	Kigombe	Dez. „	.	1	.	.
Pangani . . .	Ngomeni-Lewa	Juli 1908	3	.	.	.
„ . . .	Kihuhui	„ „	4	.	.	.
„ . . .	Mbego	Okt. „	.	5	3	.
„ . . .	Mbegera	„ „	.	7	1	.
„ . . .	Pangani	März 1909	.	3	.	.
„ . . .	Kisumba	„ „	.	12	.	1
„ . . .	Kwaruma	„ „	.	11	.	5
„ . . .	Kwamlele	„ „	.	3	.	.
„ . . .	Misima	„ „	.	1	.	.
„ . . .	Muyassa	„ „	.	1	.	.
Daressalam . .	Mangeromango	Mai 1908	.	20	.	2
„ . .	Mange	Jan. 1909	?	.	?	.
Lindi	Kikwetu	Dez. 1908	.	3	.	.
Mahenge . . .	Liganga	Nov. 1908	.	1	.	.
Kondoa-Irangi .	Kondoa-Buringi Mangati	März 1909	2	60	.	7
Kilimatinde . .	Mkalama, Usandani	Febr. 1909	?	.	?	.
„ . .	Kilimatindi	„ „	.	1	.	.
„ . .	Singgida	„ „	2	2	.	.
„ . .	Nord-Turu	„ „	.	15	.	.
Wilhelmstal . .	Wilhelmstal	Febr. 1909	2	.	.	.
„ . .	Korogwe	März „	3	.	.	.
„ . .	Lungusa, Marimba	„ „	.	15	1	.
Moschi . . .	Iraku	März 1909	?	.	?	.
„ . . .	Aruscha	„ „	.	3	.	.

Anlage 4.

Impfübersicht zum

für das Berichts-

Die fettgedruckten Zahlen bedeuten

Lfde. Nr.	Bezirk	a. Europalymphe				b. von Arm zu Arm			
		Erwachsene		Kinder		Erwachsene		Kinder	
		Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
1	Tanga	15 **(7)**	3 684 **(152)**	18 **(7)**	793 **(19)**	.	5 177 **(53)**	1	850 **(1)**
2	Pangani	.	2 084 **(23)**	.	263 **(1)**	.	2 139	.	1107
3	Bagamojo	.	70	.	358	.	.	.	.
4	Daressalam	.	3 333 **(7)**	.	966 **(96)**	.	.	.	.
5	Mohoro	.	3 961 **(96)**	.	616 **(8)**	.	.	.	.
6	Kilwa	.	1 802	.	1276	.	91	.	71
7	Lindi	9 **(9)**	2 053	1 **(1)**	323	.	.	.	.
8	Ssongea	.	1 048	.	428	.	.	.	.
9	Mahenge	.	1 727 **(5)**	.	788	.	234 **(71)**	.	668 **(37)**
10	Iringa	.	136 **(11)**	.	84	.	.	.	.
11	Morogoro	.	2 037 **(391)**	.	440 **(12)**	.	.	.	.
12	Mpapua	.	1 020 **(52)**	1	546 **(25)**	.	10	.	8
13	Kondoa-Irangi	.	221 **(49)**	.	279 **(2)**	.	217 **(10)**	.	165
14	Kilimatinde	.	55	.	8	.	3 512	.	1751
15	Mkalama	.	.	.	.	.	.	.	.
16	Tabora	.	209	.	47	.	34	.	9
17	Udjidji	.	.	.	.	.	.	.	.
18	Usumbura	.	83 **(48)**	.	44	.	.	.	.
19	Muansa	.	335 **(5)**	.	279	.	.	.	.
20	Bukoba	.	.	.	.	.	.	.	.
21	Bismarckburg	.	.	.	.	.	.	.	.
22	Langenburg	2 **(2)**	9 **(2)**	.	58 **(11)**	.	.	.	.
23	Massoko	.	.	.	.	.	.	.	.
24	Wilhelmstal	12 **(12)**	1 899 **(304)**	7	983 **(111)**	.	84 **(7)**	.	34
25	Wugiri	.	.	1	.	.	.	.	.
26	Mombo	.	1 380	.	3	.	.	.	.
27	Moschi	3 **(3)**	106 **(29)**	13	286 **(6)**	.	.	.	.
28	Aruscha	.	309 **(55)**	.	107	.	1 887 **(48)**	.	626
	Gesamtsumme	41 **(33)**	27 561 **(1229)**	41 **(8)**	8975 **(291)**	.	13 385 **(189)**	1	5289 **(38)**

Jahres-Medizinalbericht

jahr 1908/09.

die bereits früher einmal Geimpften.

c. selbstgewonnene Lymphe				Gesamtsumme		Davon mit Erfolg		Bemerkungen
Erwachsene		Kinder						
Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	
.	1 833 **(523)** [1]	.	1 223 **(45)**	34 **(14)**	13 560 **(793)**	keine Nachschau		[1] Selbstgewonnene Lymphe von Daressalam und Tanga.
.	1 093 [2]	.	609	.	7 295 **(24)**	„		[2] Lymphe von Daressalam.
.	.	.	.	.	428	.	ca. 73%	[3] Lymphe von Daressalam.
.	3 907 **(84)** [3]	.	1 421 **(13)**	.	9 627 **(200)**	.	„ 75%	[4] Lymphe von Kilwa.
.	.	.	.	.	4 577 **(104)**	keine Nachschau		[5] Lymphe von Langenburg und Ssongea.
.	5 562 [4]	.	2 282	.	11 084	.	90 bis 100%	[6] Lymphe von Mahenge.
.	.	.	.	10 **(10)**	2 376	keine Nachschau		[7] Lymphe von Langenburg und Iringa.
.	2 761 [5]	.	1 033	.	5 270	.	ca. 77%	[8] Lymphe von Daressalam.
.	1 739 **(11)** [6]	.	964 **(87)**	.	6 120 **(211)**	.	„ 86%	[9] Lymphe von Mpapua und Daressalam.
.	289 **(4)** [7]	.	300 **(15)**	.	809 **(30)**	keine Nachschau		[10] Lymphe von Mpapua.
.	330 **(40)** [8]	.	158 **(26)**	.	2 965 **(469)**	.	ca. 41%	[11] Lymphe von Tabora, Daressalam und Kilimatinde.
.	1 643 **(101)** [9]	.	1 938 **(36)**	1	5 165 **(214)**	1	75 bis 100%	[12] Lymphe von Daressalam und Tabora.
.	1 507 **(16)** [10]	.	1 493	.	3 882 **(77)**	.	ca. 76%	[13] Lymphe von Tabora.
.	2 170 [11]	.	1 428	.	8 924	keine Nachschau		[14] Lymphe von Tabora.
.	435 [12]	.	229	.	664	.	.	[15] Lymphe von Tabora und Muansa.
.	531 [13]	.	82	.	912	.	ca. 55%	[16] Lymphe von Tabora.
.	65 [14]	.	.	.	65	.	38%	[17] Lymphe von Langenburg und Bismarckburg.
.	.	.	.	.	127 **(48)**	.	0,8%	[18] Lymphe von Langenburg.
.	6 745 **(5)** [15]	.	2 028	.	9 387 **(10)**	.	43%	[19] Lymphe von Langenburg.
3 **(3)**	626 **(12)** [16]	3 **(2)**	280	6 **(5)**	906 **(12)**	3	75%	[20] Lymphe von Daressalam.
8 **(8)**	2 167 **(282)** [17]	.	1 233 **(132)**	8 **(8)**	3 400 **(414)**	2	70%	[21] Lymphe von Moschi.
.	1 921 **(41)** [18]	.	4 188 **(76)**	2 **(2)**	6 176 **(130)**	.	75%	[22] Durchschnittl., soweit Nachschau stattgefunden bzw. Stichproben gemacht worden sind.
.	307 **(71)** [19]	.	186 **(38)**	.	493 **(109)**	.	83%	
.	627 **(119)** [20]	.	224 **(28)**	19 **(12)**	3 851 **(569)**	keine Nachschau		
.	.	.	.	1	.	1	.	
.	.	.	.	.	1 383	keine Nachschau		
.	2 851 **(516)** [21]	.	2 148 **(217)**	16 **(3)**	5 391 **(768)**	.	75%	
.	.	.	.	.	2 929 **(103)**	.	78%	
11 **(11)**	39 109 **(1825)**	3 **(2)**	23 447 **(713)**	97 **(54)**	117 766 **(4285)**	.	62% [22]	

Anlage 4a.

Nachweisung über Lymphgewinnung.

Lfde. Nr.	Sanitätsdienststelle Ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung	Zahl der Kälber	Zahl der Kaninchen	Datum der Abnahme	Ergebnis	Bemerkungen
1	Tanga St. A. Dr. Lott	Europa-Vaccin	8.08	1	.	.	pos.	6 ccm
		„ „	3.09	.	1	.	„	
2	Daressalam O. A. Dr. Weck	Europa-Vaccin	12. 9.08	1	.	.	neg.	
		„ „					„	
		Gemischte Lymphe	14. 9.08	1	.	21. 9.08	pos.	6,5 ccm R. L.
		Humane					„	5,25 „ „ „
		Daressalam-Vaccin	24. 9.08	1	.	29. 9.08	„	6 „ „ „
		„ „	25. 9.08	1	.	29. 9.08	„	15,2 „ „ „
		Humane	1.09	1	.	.	„	4000 Portionen
		Lapine						
		Europa-Vaccin	2.09	2	.	.	neg.	
		Humane	6. 3.09	.	1	12. 3.09	pos.	
		Europa-Vaccin	12. 3.09	2	.	.	„	9000 „
		„ „	12. 3.09	.	1	16. 3.09	„	750 „
3	Kilwa O.A. Dr. Peiper	.	8.08	1	.	24. 8.08	pos.	
		Humane	20.10.08	1	.	26.10.08	„	17,6 ccm R. L.
		„	21.10.08	1	.			
		Europa-Vaccin	4. 2.09	1	.	9. 2.09	„	21 „ „ „
		Humane	11. 2.09	1	.	16. 2.09	„	6 „ „ „
4	Ssongea San. Sergt. v. Przyborowski	Humane	12.11.08	2	.	20.11.08	pos.	16 ccm R. L.
		„	15.11.08	2	.	23.11.08	„	10 „ „ „
		„	2.12.08	1	.	?	?	
		.	4.12.08	1	.	?	?	
5	Mahenge St. A. Dr. Grothusen	Europa-Vaccin	21.10.08	1	.	26.10.08	pos.	
		Humane	28.10.08	1	.	4.11.08	„	6 ccm R. L.
		„	10.11.08	1	.	17.11.08	„	2 „ „ „
		„	22.11.08	1	.	29.11.08	„	8 „ „ „
		„	16.12.08	1	.	23.12.08	„	2 „ „ „
		Mahenge-Vaccin	8. 3.09	1	.	.	neg.	
6	Iringa O.A. Dr. Petzold	Langenburg-Vaccin	20.11.08	1	.	27.11.08	pos.	1,5 ccm R. L.
		Iringa-Vaccin	14.12.08	1	.	20.12.08	„	6 „ „ „
7	Mpapua St. A. Dr. Stolowsky	Europa-Vaccin	5. 5.08	3	.	.	neg.	
		Humane	21. 9.08	1	.	25. 9.08	pos.	½ Curette
		„	17. 1.09	1	.	23. 1.09	„	100 Portionen
		„	1. 2.09	1	.	7. 2.09	„	10 ccm R. L.
		„	10. 2.09	2	.	16. 2.09	„	10 „ „ „
		„	24. 3.09	1	.	30. 3.09	„	2 „ „ „
8	Kilimatinde O. A. Claus	Tabora-Vaccin	29. 9.08	2	.	1	neg.	
		.	.	.	.	4.10.08	pos.	3,5 ccm R. L.
		Variola u. Humane	12.08	5	.	.	neg.	
		Variola	2.09	2	.	.	„	

Lfde. Nr.	Sanitätsdienststelle Ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung	Zahl der Kälber	Zahl der Kaninchen	Datum der Abnahme	Ergebnis	Bemerkungen
9	Tabora St. A. Dr. Leupolt	Europa-Vaccin	21. 7. 08	1	.	.	neg.	
		„ „	22. 7. 08	1	.	.	„	
		„ „	8. 8. 08	1	.	.	„	
		„ „	. 9. 08	1	.	n. 6 Tag.	„	
		Humane	. 9. 08	1	.		pos.	1,66 ccm R. L.
		„	. 9. 08	2	.	.	„	16,0 „ „ „
		Tabora-Vaccin	. 9. 08	1	.	.	neg.	
		Europa-Vaccin	12. 11. 08	1	.	.	pos.	0,5 „ „ „
		Daressalam-Vaccin	15. 11. 08	1	.	.	neg.	
		Humane	30. 11. 08	1	.	.	pos.	7,66 „ „ „
		„	1. 12. 08	1	.	.	„	5,76 „ „ „
		„	6. 2. 09	1	.	13. 2. 09	„	1,66 „ „ „
		Tabora-Vaccin	12. 2. 09	1	.	.	neg.	
		Humane	19. 2. 09	1	.	26. 2. 09	pos.	5 „ „ „
10	Muansa St. A. Dr. Wittrock	Humane	19. 11. 08	1	.	.	neg.	
		„	5. 1. 09	1	.	11. 1. 09	pos.	10 ccm R. L.
11	Bukoba O. A. Dr. Ruschhaupt	Humane	. 1. 09	1	.	.	neg.	
12	Bismarckburg O. A. Fehlandt	Langenburg-Vaccin	8. 2. 09	1	.	13. 2. 09	pos.	2716 Portionen
13	Langenburg O. A. Dr. Neubert	Europa-Vaccin	1. 4. 08	1	.	.	neg.	
		Humane	22. 4. 08	1	.	28. 4. 08	pos.	11 ccm R. L.
		„	4. 5. 08	1	.	10. 5. 08	„	12 „ „ „
		„	5. 5. 08	1	.	11. 5. 08	„	4 „ „ „
		„	?	1	.	.	„	9 „ „ „
		.	1. 10. 08 bis 31. 12. 08	5	.	.	„	96 „ „ „
		.	1. 4. 08 bis 31. 3. 09	14	.	.	„	217 „ „ „
14	Eltzhafen, Bez. Langenburg San. Feldw. Ziegelmeier	Humane	30. 5. 08	1	.	2. 6. 08	pos.	2,5 ccm R. L.
15	Moschi O. A. Dr. Penschke	Europa-Vaccin	23. 7. 08	1	.	28. 7. 08	pos.	9 ccm R. L.
		„ „	16. 1. 09	1	.	25. 1. 09	„	3 „ „ „
		Humane						4 „ „ „
		Europa-Vaccin	18. 1. 09	1	.	25. 1. 09	„	6 „ „ „

Anlage 5.

Rattenvertilgung 1908/09

an der Küste von Deutsch-Ostafrika.

Monat	Daressalam	Tanga	Pangani	Bagamojo	Kilwa	Lindi	Mohoro mit Salale	Tschole	Sadani	Mikindani
1908										
April	109	300	.	309	270	209	60	123	104	.
Mai	39		.	412	400	142	199	101	133	.
Juni	92		.	245	423	84	131	181	168	.
Juli	67	400	.	122	393	.	103	111	115	.
August	58		.	185	395	.	182	103	83	.
September	24		168	176	526	400	153	.	133	233
Oktober	137	300	.	211	473	210	119	99	105	.
November	647		.	162	460	180	164	.	201	.
Dezember	418		316	300	615	.	143	175	227	82
1909										
Januar	952	100	416	.	464	122	101	75	227	282
Februar	23		252	.	648	142	97	.	180	223
März	17		306	74	348	169	37	147	124	323
Summe	2583	1100	1458	2196	5415	1658	1489	1115	1800	1143
	19 957									

Anlage 6.

Tabelle über die Blutuntersuchungen

bei der

Malariabekämpfung in Daressalam 1908/09.

1908/09. Gruppen der Untersuchten		I. Vierteljahr										II. Vierteljahr							
		Malaria										Malaria							
		Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten waren						Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten waren			
		Anzahl	Davon positiv	Anzahl	Davon positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirillen	Filarien	Anzahl	Davon positiv	Anzahl	Davon positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Europäer.	a. Krankgemeldete	87	21	12	7	3	.	1	24	.	.	82	15	20	1	.	.	4	12
	b. Gesunde	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Farbige.	a. Krankgemeldete	60	37	16	9	1	3	.	42	1	.	37	15	8	5	.	2	.	18
	b. Sewa-Hadji-Hospital	450	149	10	3	6	5	16	125	10	13	396	137	2	1	2	6	22	108
Farbige Einwohner.	a. Villenviertel	625	164	185	64	1	16	31	180	.	27	764	191	178	74	4	29	48	184
	b. Innenstadt	362	77	87	30	1	10	18	78	.	10	1455	413	270	156	30	23	27	489
	c. Außenstadt	1517	255	505	153	13	31	5	359	.	63	1267	98	471	114	7	22	9	174
	d. Vorstädte	898	215	206	126	3	57	50	231	1	37	651	225	142	77	7	33	63	199

III. Vierteljahr												IV. Vierteljahr									
		Malaria										Malaria									
		Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten waren						Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten waren					
Spirillen	Filarien	Anzahl	Davon positiv	Anzahl	Davon positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirillen	Filarien	Anzahl	Davon positiv	Anzahl	Davon positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirillen	Filarien
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
.	.	53	7	18	4	2	.	.	9	.	.	56	3	15	1	1	.	.	3	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	35	12	14	5	.	.	4	13	.	.	24	11	12	7	1	1	1	15	.	.
10	11	217	59	18	11	1	3	16	50	11	6	304	55	26	10	3	8	13	41	14	13
1	22	320	72	150	19	.	9	15	67	1	18	320	66	120	15	2	11	21	47	.	14
1	32	1044	151	231	64	2	30	44	139	1	12	2090	389	280	74	23	64	87	289	2	74
3	41	1399	129	457	90	5	28	16	170	5	60	1117	100	276	75	5	28	13	129	1	41
4	29	392	113	119	73	3	17	37	119	2	8	299	85	70	46	5	26	30	70	.	8

Anlage 7.

Tabelle über die Blutuntersuchungen

bei der

Malariabekämpfung in Tanga 1908/09.

Bezirk	Vierteljahr	Erwachsene			Kinder		
		untersucht	davon infiziert	Prozent	untersucht	davon infiziert	Prozent
Bezirk I	I.	522	59	11	108	19	18
	II.	524	73	14	136	42	31
	III.	518	43	8	144	23	16
	IV.	574	147	26	150	51	34
Bezirk II	I.	712	124	17	102	39	38
	II.	605	92	15	109	28	26
	III.	738	98	13	98	22	22
	IV.	790	194	25	114	53	46,5
Bezirk III	I.	554	94	17	63	19	30
	II.	536	69	13	69	24	35
	III.	622	92	15	72	26	36
	IV.	682	165	24	90	39	43
Bezirk IV	I.	.	.	.	354	78	22
	II.	.	.	.	405	69	17
	III.	.	.	.	245	32	13
	IV.	.	.	.	442	49	11
Bezirk V	I.	70	5	7	23	9	39
	II.	56	3	5	21	14	67
	III.	55	2	4	27	10	37
	IV.	55	10	18	37	13	35
Bezirk VI	I.	100	4	4	18	6	33
	II.	93	17	18	15	4	27
	III.	92	12	13	15	8	53
	IV.	61	5	8	13	3	23
Bezirk VII	I.	67	9	13	.	.	.
	II.	65	18	28	.	.	.
	III.	75	11	15	.	.	.
	IV.	73	11	15	.	.	.

Anlage 8.

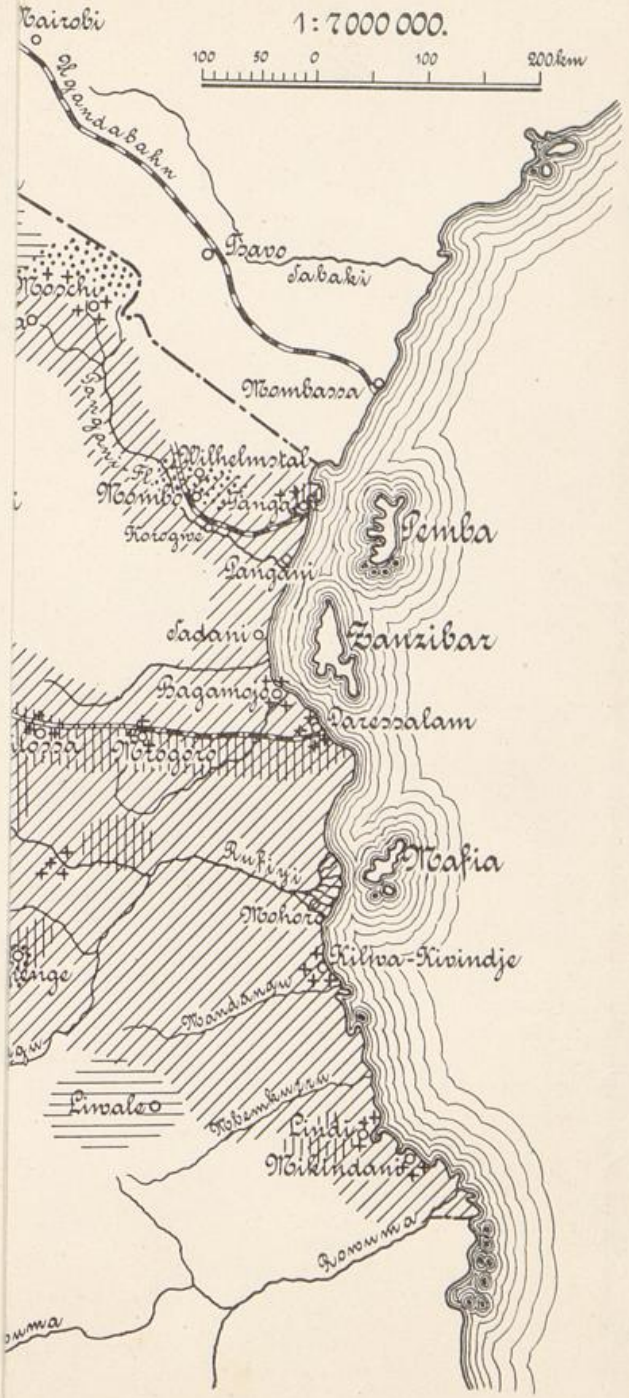
Malariafeststellungen

ausschliefslich der auf den einzelnen Stationen in Behandlung Gekommenen für die Zeit 1905 bis 1908/09 nebst Angaben über Anophelesfunde.

Monat	Gesammelt bzw. festgestellt durch	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe etwa Meter	Blutuntersuchung (fast ausschl. an Kindern) Summe	pos.	Proz. rund	Anophelesfunde
Oktober 1908	St. A.	Moschi	Samunka Sonyo	1250	44	7	16	
November 1908	Dr. Dempwolff	„	Ngaruka	800	9	6	66,6	pos.
„ „	„	„	Lawate, Himu	1000	23	12	50	
Dezember 1908	„	„	Kindi chini	1100	40	2	5	
Mai 1906	O. A. Radloff	Muansa	Ihonge		16	7	44	
„ „	„	„	Ssorne	1100	13	7	54	
„ „	„	„	Kome	bis	12	8	66	
„ „	„	„	Umande	1200	18	10	55	
„ „	„	„	Buhunkukira		15	13	86	
Juni 1906	„	„	Muansa	1230	35	29	55	
Juli 1906	„	„	Kagehi	1200	18	18	100	
„ „	„	„	Nassa	1300	20	14	78	
„ „	„	„	Neuwied (Ukerewe)	1200	19	16	84	
August 1906	„	„	Ikoma und 8 Orte	1300				
September 1906			weiterer Umgebung	bis 1400	146	95	65	
Dezember 1906	„	„	Bumkuhubi	1200	20	17	85	
Oktober 1908	St. A. Dr. Dempwolff	„	Ollobo	1800	16	0	0	
„ „	St. A. Dr. Wittrock	„	Insel Ukerewe und Nebeninseln	.	83	55	66	
Dezember 1908	„	„	Ukerewe und Nordküste v. Speake-Golf	.	235	175	74	
Juni 1907	St. A.	Bukoba	Kifumbiro	1400	23	19	83	
Juli 1907	Dr. Marshall	„	Mabira	1400	29	8	27	
August 1907	„	„	Bukoba	1300	116	87	75	
Juli 1908	„	„	Insel Bumbide und 6 Nachbarinseln	1200 bis 1300	282	96	34	
„ „	„	„	Ruhange und andere Orte der Küstenlandschaft	1200 bis 1500	284	114	41	
März 1907	St. A. Dr. Groß	Morogoro	Kilossa usw.	400	21	20	95	
Dezember 1908	O. A. Wünn	„	Kasanga	900	.	.	.	40
Februar 1908	O. A. Brünn	Kondoa-Irangi	Westufiome	1400	41	23	46	83
September 1906	O. A. Dr. Stolowsky	Kilimatinde	Iramba und Turu	1000 bis 1200	43	15	35	
Oktober 1905	O. A.	Tabora	Msalala usw.	1100	6	5	83	
März 1906	Dr. Grothusen	„	Likonge	1400	7	5	71	
April 1906	„	„	Tabora	1300	24	22	92	
Juni 1908	St. A. Dr. Leupolt	„	Taboraumgebung	1300	115	22	20	
Juni 1907	O. A. Fehlandt	Udjidji	Udjidji	900	40	37	92	

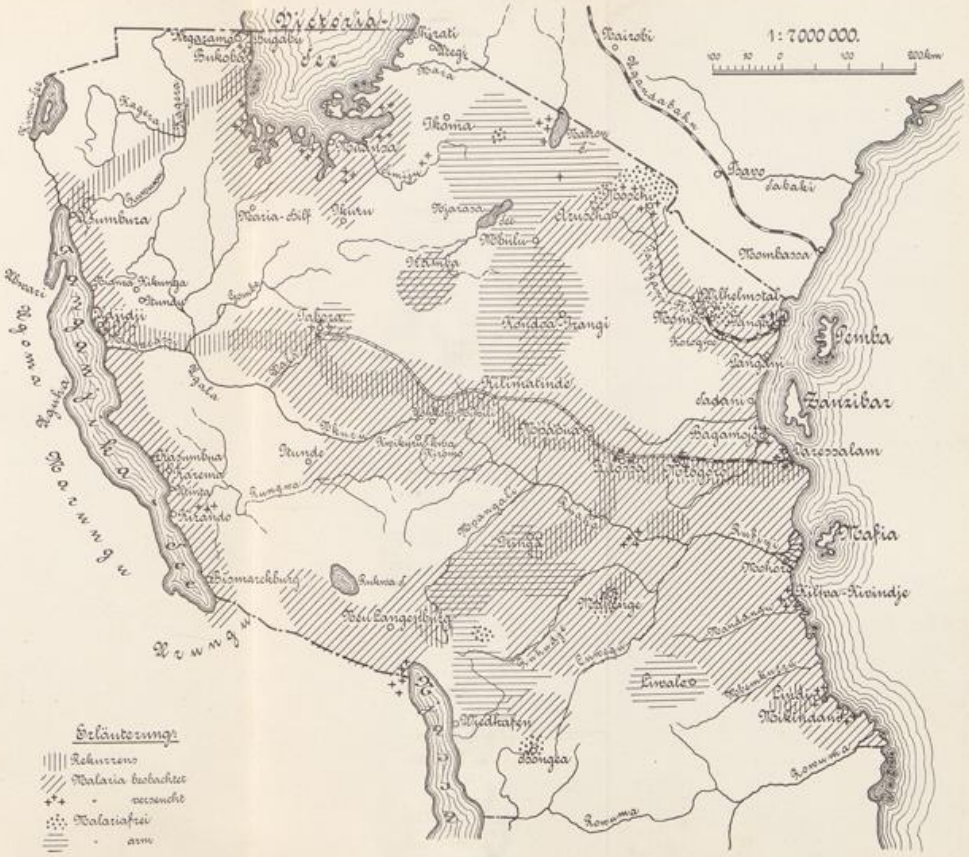
Monat	Gesammelt bzw. festgestellt durch	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe etwa Meter	Blutuntersuchung (fast ausschl. an Kindern) Summe	pos.	Proz. rund	Anophelesfunde
Februar 1909	O. A. Fehlandt	Bismarckburg	Ufipa	1600 bis 1700	62	18	29	
März 1909	„	„	Mpimbue usw.	1000	219	185	84	
März 1909	St. A. Dr. Dempwolff	Lindi	Mikindani	130	24	19	80	
September 1908	St. A. Dr. Grothusen	Mahenge	Kwa Mohamedi chirua usw.	700	10	0	0	
„ „	„	„	Kwa Ngali usw.	400 bis 600	46	33	72	
Januar 1909	„	„	Nduewe kwa ndunja usw.	350 bis 500	68	49	72	
Juli 1908	Gesammelt San. Sergt. v. Przyborowski Untersucht O. A. Dr. Weck	Ssongea	Likuja usw.	900	20	20	100	
		„	Migerigeri usw.	1100	40	0	0	
November 1908	Gesammelt wie vor Untersucht Schw. Margot Schwieder	„	Peramiho usw.	1100	80	11	7,3	
März 1909	Gesammelt wie vor Untersucht O. A. Dr. Weck	„	Gumbiro usw.	1000	60	0	0	
Mai 1905	O. St. A. Zupitza Untersucht St. A. Dr. Dempwolff	Iringa	Muhanga usw.	unter 1000	44	22	50	
„ „	„	„	Lula usw.	über 1000	69	7	11	
„ „	„	„	Mdenegebirge	1000	13	0	0	
Juli 1907	St. A. Dr. Dempwolff	„	Ubena	1000	56	7	13	
Februar 1909	„	„	Wuassa	1600	19	4	21	
März 1909	O. A. Petzoldt	„	Iringa (Tal)	1300	10	5	50	pos.
Juli 1906	St. A. Dr. Skrodzki	Langenburg	Muakelele	1500	46	5	11	
August 1906		„	Mwaja	500	33	3	9	
September 1906	„	„	Mandemere	600	37	11	30	
Oktober 1906	„	„	Kaveta	500	19	6	31	
November 1906	„	„	Chitete	1000	17	3	17	
„ „	„	„	Mbosi	1100	25	4	16	
Januar 1907	„	„	Rutengania	1200	33	9	27	
September 1907	„	„	Ipyana	1300	.	.	.	160
Februar 1909	St. A. Dr. Dempwolff	„	Ukinga	2000	28	1	4	
„ „	„	„	Isoko	1900	28	4	14	
Oktober 1908	O. A. Dr. Neubert	„	Nyassaküste Rukwasee	800	.	.	.	pos.

ınd Malaria.



von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW, Kochstraße 68—71.

Verbreitungskarte von Rekurrens und Malaria.



Verlag der Königl. Hofbuchhandlung von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW, Kochstraße 68–71.

Anlage 10.

Wurmkrankheitsfeststellungen

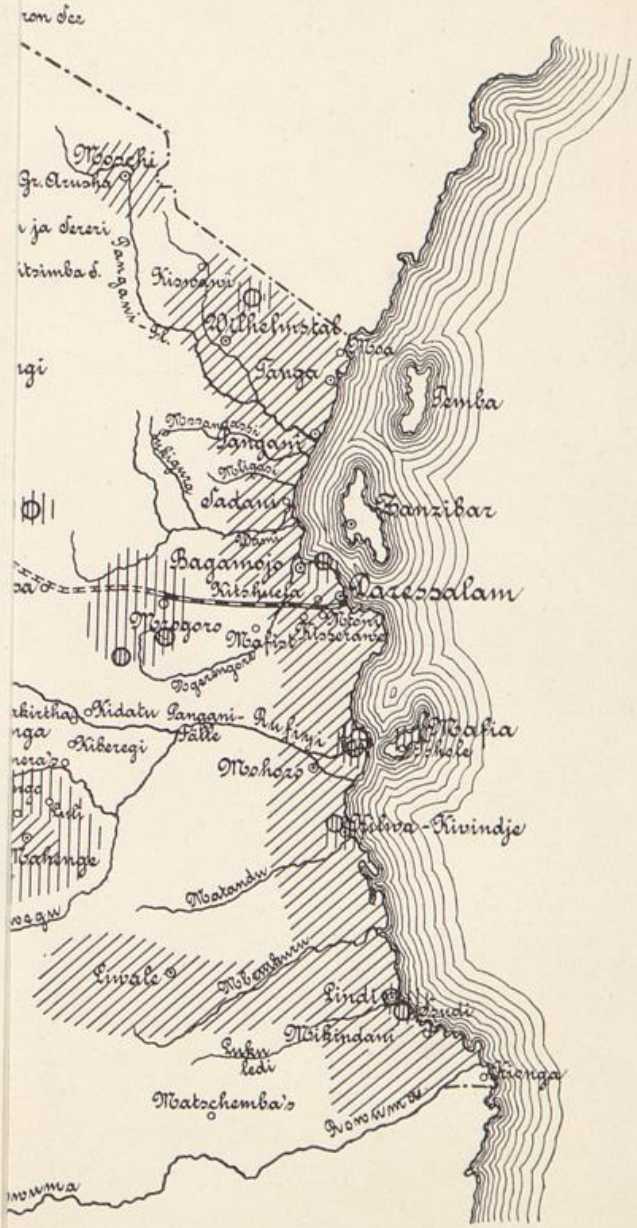
ausschliefslich der auf den einzelnen Stationen in Behandlung Gekommenen für die Zeit 1908/09.

Monat	Durch Untersuchung festgestellt von	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe m	Stuhluntersuchungen Summe	pos.	Proz.
April 1908	St. A.	Tanga*)	Kiswani		29	3	10
	Dr. Engeland	„	Amani		260	197	76
	„	„	Mkulumusi		91	67	73,6
August 1908	„	„	Grunewald		201	146	73
	„	„	Nyussi		117	40	34
	„	„	Frankenwald		92	52	56,5
	„	„	Kiuhui		383	192	50
	„	„	Kwamkoro		184	109	59
	„	„	Sangarawe		167	101	60,4
	„	„	Derema		155	100	65
November 1908	„	„	Lungusa		.	.	77,8
	„	„	Monga		.	.	63,8
	„	„	Bulwa		.	.	69
	„	„	Ngambo		.	.	53
Juni 1908	St. A.	Wilhelmstal	Wilhelmshöhe		125	0	0
	Dr. Schörnich	„	Wilhelmstal		104	27	26
	„	„	Gare		44	0	0
	„	„	Magamba		94	11	11,7
	„	„	Neu-Hornow		267	63	23,4
Juli 1908	„	„	„ „		98	36	36,5
	„	„	Mgumbara		8	7	87,5
	„	„	Mombo		284	103	68
	„	„	Toronto		180	166	94
	„	„	Sakarre		175	131	75
	„	„	Bolangai		36	24	67
	„	„	Bungu		171	102	59
	„	„	Amhangulu		173	125	72
August 1908	„	„	Mlalo, Kwaponga, Kwamkoro		84	49	58
	„	„	Kwa Schemschi		117	107	91
	„	„	Mabuegu		49	40	80,5
	„	„	Mauri		28	24	85,7
	„	„	Korogwe		517	275	53
	„	„	Mgombesi		187	154	82
	„	„	Gomba-Makuyuni		123	66	54
September 1908	„	„	Kwai		47	27	57,5
Oktober 1908	„	„	Kwankuri		55	30	54
	„	„	Irente		68	20	29
	„	„	Wuga		102	43	42
	„	„	Mlalo		222	21	9
	„	„	Mtai		89	3	3

*) Im Bezirk Tanga wurden außerdem gelegentlich der Impfreisen von O. A. Jungels noch 900 Wurmkranke behandelt.

Monat	Durch Untersuchung festgestellt von	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe m	Stuhluntersuchungen Summe	pos.	Proz.
November 1908	St. A.	Wilhelmstal	Makuyuni		.	.	41
	Dr. Schörnich	,,	Massowien				
	,,	,,	Kwasigi		.	.	14
	,,	,,	Msingi				
Juli 1908	St. A.	Kilwa	Matapatapa		51	19	37
	Dr. Greisert	,,	Mtingi		300	42	14
Oktober 1908	O. A.	,,	Mfumagombe		.	7	.
	Dr. Peiper	,,	Mio Mpiani		.	6	.
	,,	,,	Tirawandu		.	10	.
	,,	,,	Matapatapa		.	1	.
	,,	,,	Mtingi		.	3	.
	,,	,,	Mitega		.	17	.
	,,	,,	Urumbassui		.	2	.
	,,	,,	Samanga fungu		.	4	.
	,,	,,	Samanga Ndumbo		.	12	.
	,,	,,	Limboranga		.	21	.
	,,	,,	Kibata		.	15	.
	,,	,,	Bara-bara		.	3	.
	,,	,,	Mtumbi ya yu		.	24	.
	,,	,,	Mtumbi chini		.	8	.
	,,	,,	Tawa		.	12	.
November 1908	,,	,,	Kiperele		.	3	.
	,,	,,	Mtingi		.	2	.
	,,	,,	Samanga Ndumbo		.	25	.
	,,	,,	Marendego		.	15	.
	,,	,,	Limboranga		.	11	.
	,,	,,	Ruzambi		.	6	.
	,,	,,	Mingumbi	100	.	8	.
	,,	,,	Tiranandu		.	3	.
	,,	,,	Mdanduflus		.	4	.
Juni 1908	O. A. Wolff	Lindi	Mitwero	250			42
	,,	,,	Kikwetu	200			52,9
	,,	,,	Kiduni	150	677	339	62,5
	,,	,,	Mroweka	200			38,5
	,,	,,	Mtua	220			51,2
	,,	,,	Mkoe	85			54
November 1908	O. A. Dr. Lurz	,,	Lindi (Askari)		96	53	55
	,,	,,	Jangwani	100	.	pos.	.
	,,	,,	Nmimbira	100	.	,,	.
	,,	,,	Sodaresa	100	.	,,	.
März 1909	O. A. Dr. Lurz	Daressalam	Maneromango		53	11	20
	,,	,,	Mssanga Myafuno		40	16	40
	,,	,,	Mssanga Wissiya		20	9	45
	,,	,,	Marui		20	15	75
	,,	,,	Jombo		30	10	33,3
	,,	,,	Lukinga		30	12	40
	,,	,,	Sam wula		30	17	56
	,,	,,	Tshole		30	19	63
	,,	,,	Kikumbulu		30	20	66,5
	,,	,,	Kissangire Yuu		25	7	28

ıeit, Glossina palpalis und Lepra.



von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW., Kochstraße 68—71.

Verbreitungskarte über Wurmkrankheit, Schlafkrankheit, Glossina palpalis und Lepra.


Erklärung:
Schlafkrankheit
Glossina palpalis
Wurmkrankheit
Aussatz
Leprahaim
1:7000000.
100 50 0 100 200 km
Bukoba
Mwanza
Tabora
Kondoa-Irangi
Kilimatinde
Iringa
Dar-es-Salam
Sansibar
Pemba
Mafia
Kilwa-Kivindje
Wiedhafen
Langenburg
Bismarckburg
Neu Langenburg
Mahenge
Morogoro
Kilossa
Ifakara
Mpapwa
Ikoma
Ukerewe
Ukerewe
Ukerewe

Anlage 12.

Nachweisung

der in Deutsch-Ostafrika festgestellten Leprakranken sowie der vorhandenen Lepraheime und Lepradörfer nach dem Stande vom 31. 3. 1909.

Lfde. Nr.	Bezirk	Name bzw. Lage des Lepraheimes oder -dorfes	Insassen			Bemerkungen.
			leprös	verdächtig	gesunde Angehörige	
1	Wilhelmstal . .	Hohenfriedeberg-Mlalo	ca. 20	.	.	Unter Aufsicht der Mission Hohenfriedeberg
2	Bagamojo . . .	Bagamojo	41	.	.	
3	Kilwa	Ligaura, Kisswani-bucht	80	.	.	Wegen Verpflegungsschwierigkeiten aus dem früheren Heim Noro verlegt.
		Kibata	100	.	.	
		Insel Mafia (Tschole)	75	.	.	
		Kiswere Nakihu Mawutji	noch nicht bekannt			Erst Ende März angelegt.
4	Lindi	Insel Kissiwani im Lukuledi	56	.	.	Wird wegen Verpflegungsschwierigkeiten nach Kilindi verlegt.
		Kilindi b. Kionga	50	.	.	
		Moessi	30	.	.	Selbst entstanden durch Ausstoßen seitens der Angehörigen.
		Außerhalb der Heime im Bezirk auf dem Mkondeplateau nach Schätzung des Bez.-Amts noch	500	.	.	
5	Mohoro	bei Mohoro	46	.	.	
6	Morogoro . . .	Harrarani	135	.	.	
		Muina	100	.	.	
		Kipambawe	50	.	.	
		Mvuha	16	.	.	Sollen nach der Ernte in Kipambawe interniert werden.
*		Außerhalb der Heime im Bezirk nach Zählung	139	.	.	
7	Mpapua . . .	Nyangallo (N. Ugogo)	26	.	.	Die Lepradörfer sind noch nicht ganz eingerichtet; die Leprösen sollen allmählich zusammengezogen werden.
		Momni (S.-Ugogo)	11	.	.	
		Mamboza (Kaguru)	50	.	.	
		Luande (Unguu)	10	.	.	
		Mpanire (Usagara-Uhehe	11	.	.	

Lfde. Nr.	Bezirk	Name bzw. Lage des Lepraheimes oder -dorfes	Insassen			Bemerkungen
			leprös	verdächtig	gesunde Angehörige	
8	Mahenge . . .	Im Bezirk bisher gezählt	173	.	.	Lepradörfer bisher nicht eingerichtet.
9	Iringa	Ilembule	4	.	.	
		Madibira	11	.	.	
10	Bismarckburg .	Kalango	16	.	.	
		Muli ya kwazi	6	.	.	
11	Langenburg . .	Neu-Wangemannshöhe	121	33	102	
		Ipyano	66	11	29	
		Rutenjanio	72	26	48	
		Rungwe	15	.	.	
		Bulangwa	80	.	.	
		Undali	45	.	.	
		Lundo-Nyassa	20	.	.	
		Kißsaku	Erst angelegt.			

Anlage 13.

Schlafkrankheitsfeststellungen

nebst Nachweisung über Verbreitung der Glossina palpalis 1908/09.

Monat	Untersucht und festgestellt durch:	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe	Blut- und Drüsenuntersuchungen Summe	pos.	% rund	Glossina palpalisfunde
April 1908	St. A. Prof. Dr. Kleine	Schirati	Utegi		93	2	4,3	pos.
			Summe		93	4	4,3	
Oktober 1908	St. A. Dr. Wittrock	Muansa	Ins. Ukerewe bei Bussagami		70	1	1,4	pos.
„ „	„	„	Ins. Ukerewe					
„ „	„	„	„ Wiru		6198	6	0,1	„
„ „	„	„	„ Schisu					
			Summe		6268	7	0,1	
Juni Juli 1908	St. A. Dr. Marshall	Bukoba	Ihangiroküste:					
„ „	„	„	Ruazi		34	4	12	neg.
„ „	„	„	Kitubi		11	neg.	.	4
„ „	„	„	Ruanganiro		50	5	10	20
„ „	„	„	Kabanga		31	neg.	.	8
„ „	„	„	Kaima		16	„	.	1
„ „	„	„	Mzikiro		36	„	.	14
„ „	„	„	Katunguru		30	„	.	13
„ „	„	„	Cheosnero		16	„	.	14
„ „	„	„	Lukindo		25	„	.	52
„ „	„	„	Mishenji		8	„	.	58
			Ins. Bumbide:					
„ „	„	„	Bujamba		36	„	.	26
„ „	„	„	Buju		63	1	1,6	pos.
„ „	„	„	Ibera		32	neg.	.	5
„ „	„	„	Mwena		14	„	.	5
„ „	„	„	Bugaisho		12	„	.	3
„ „	„	„	Mbuga		11	„	.	4
„ „	„	„	Runiania		10	„	.	5
„ „	„	„	Manasi		20	1	5	neg.
„ „	„	„	Makongo		15	1	6,6	„
„ „	„	„	Ikondo		13	neg.	.	4
„ „	„	„	Mishenji-Iremera		115	„	.	2
„ „	„	„	Kisha		91	2	2,2	16
„ „	„	„	Kilangalala		15	1	6,6	neg.
								Landungsplatz pos.
„ „	„	„	Ichwundimi		21	2	9,5	pos.
			Ins. Iroba:					
„ „	„	„	Kondo		19	6	31,6	52
„ „	„	„	Ins. Kitwa (Unbewohnt)		.	.	.	17
„ „	„	„	Buionzo-Insel		35	neg.	.	44
			Ins. Kibumba:					
„ „	„	„	Mbembe		16	„	.	6
„ „	„	„	Kibumba		19	„	.	4
„ „	„	„	Kionza		17	„	.	4
„ „	„	„	Kiunfuru		.	.	.	6
„ „	„	„	Kamoani		.	.	.	6

Monat	Untersucht und festgestellt durch:	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe m	Blut- und Drüsenuntersuchungen Summe	pos.	% rund	Glossina palpalis-funde
Juni Juli 1908	St. A. Dr. Marshall	Bukoba	Ins. Majeje	1200 bis 1300	Unbewohnt, Rastplätze für Fischer.			6
„ „	„	„	„ Rumenge					6
„ „	„	„	„ Mujunua					14
„ „	„	„	„ Massinge-Makosso	„				12
„ „	„	„	„ Galinziga	„				2
„ „	„	„	„ Kiulo	„				4
„ „	„	„	„ Subira	„				71
„ „	„	„	„ Iramba	„				18
			Ins. Ikussa:					
„ „	„	„	Ruasi	„	13	neg.	.	10
„ „	„	„	Matumbururu	„	12	„	.	10
„ „	„	„	Mishenji	„				10
„ „	„	„	Niakararo	„				10
„ „	„	„	Kazirantenura	„	21	„	.	10
„ „	„	„	Buchawuga	„	11	„	.	10
„ „	„	„	Mruaga	„	15	1	6,6	29
„ „	„	„	Mjamahangu-Bubajo	„	3	neg.	.	29
„ „	„	„	Ins. Sukando	„	Unbewohnt			8
„ „	„	„	„ Itemusi	„				12
„ „	„	„	„ Chakazimba	„	23	neg.	.	6
„ „	„	„	„ Mirambi	„	20	„	.	3
„ „	„	„	„ Subinto	„	20	„	.	13
„ „	„	„	„ Ihussa	„	Unbewohnt			41
„ „	„	„	„ Suwondo	„	221	neg.	.	133
„ „	„	„	„ Kimoani	„	261	„	.	117
„ „	„	„	Maganje-Küste	„	120	„	.	7
„ „	„	„	Bwina	„	160	„	.	23
August 1908	St. A. Dr. Kudicke	„	Deutsch-Budda	„	1000	5	0,5	pos.
„ „	San. Feldw. Sacher	„	Sultanat Bugabu	1300 bis 1400	7325	12	0,2	„
November 1908	St. A.	„	Lugege					
„ „	Dr. Marshall	„	Kisha	„	.	.	.	„
„ „	„	„	Bussinga	„				
				Summe	10056	41	0,4	pos.
Juli 1908	St. A.	Usumbura	Bulinga		121	15	12	
„ „	Dr. Breuer	„	Rametta		38	3	8	
„ „	„	„	Katshekusi		60	7	11,6	
„ „	„	„	Ramasiwa		42	8	19	
„ „	„	„	Mikoni		27	7	26	
„ „	„	„	Mutarra		35	23	66	
„ „	„	„	Massaba		70	15	21,4	
„ „	„	„	Kajagge		186	5	27	
Juni 1908	St. A. Dr. Feldmann	„	Urambi		240	77	32	
			Kiguena		26	23	88	
Juli 1908	St. A. Dr. Breuer	„	Russissital bis Felsbrücke		.	.	.	pos.
„ „	„	„	Nebenflüsse:					
			Mpanda		.	.	.	„
			Kagumusi		.	.	.	„
			Mukira		.	.	.	„
„ „	„	„	Njamagara		.	.	.	„

Monat	Untersucht und festgestellt durch:	Bezirk	Ortschaft	Meereshöhe m	Blut- und Drüsenuntersuchungen Summe	pos.	% rund	Glossina palpalis-funde
Juli 1908	St. A. Dr. Breuer.	Usumbura	Luha-Vorberge		.	.	.	pos.
„ „		„	Tschiwitoke		.	.	.	„
„ „	„	„	Kama		402	3	0,7	„
„ „	„	„	Niamsimba Straße Usumbura Mtara-Kigasi		.	.	.	„
März 1909	„	„	Übergang über den Udahangwe		.	.	.	„
„ „	„	„	Njakissumazusammenflüsse		.	.	.	„
„ „	„	„	Mtungusi		30	3	10	„
„ „	„	„	Kagumusi-Tschiwitoke		384	11	3	„
			Summe		1661	200	12	pos.
Juni 1908	St. A. Dr. Feldmann	Udjidji	Rutschugi	1400	200	14	7	pos.
			Mlagarassital: Saline Gottarp		285	2	0,9	„
Juli 1908	O. A. Fischer	„	Lussacca		64	18*	28	„
„ „	„	„	Küste Lussacca-Katanga		80	21*	26	„
„ „	„	„	Katanga		27	7*	25	„
„ „	„	„	Weg Katanga-Moire		23	8*	35	„
„ „	„	„	Moire		117	38*	32	„
„ „	„	„	Kassia		29	11*	40	„
„ „	„	„	Goma stole		2	1*	50	„
			Summe		827	120	13,9	pos.
April 1908	St. A. Dr. Feldmann	Bismarckburg	Manda, Ins. Kirengi	810	100	8	8	pos.
„ „		„	Bismarckburg		1300	10	0,77	„
September 1908	St. A. Dr. Breuer	„	Kassanga-Mozi		1050	1	0,1	„
Dezember 1908	O. A. Fehlandt	„	Kirande		200	15	7,5	„
„ „		„	Nsinga			3		„
„ „	„	„	Ins. Usuile			2		„
„ „	„	„	„ Kirangi			8		„
„ „	„	„	Kirando-Kambo			9		„
			Summe		2650	56	2,1	pos.
			Zusammenstellung:					
			Bezirk Schirati		93	4	4,3	pos.
			„ Muansa		6268	7	0,1	„
			„ Bukoba		10056	41	0,4	„
			„ Usumbura		1661	200	12	„
			„ Udjidji		827	120	13,9	„
			„ Bismarckburg . . .		2650	56	2,1	„
			Summe		21555	428**)	2	

*) Durch Palpation und Stichproben festgestellt.

**) Wieviele von diesen Schlafkranken in Behandlung genommen sind, läßt sich im Medizinal-Referat nicht ermitteln; ebensowenig die Zahl derjenigen, die den Lagern direkt zugeführt wurden, und bei denen dann Schlafkrankheit festgestellt worden ist.

Anlage 14.

Nachweisung

über die behandelten Schlafkranken (Farbige) 1908/09.

Gebiet	Lager bzw. Station	Anzahl der Fälle	Abgang				Bestand bleiben
			geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
A. Schlafkranken-Lager.							
Am Viktoria-Nyansa-See	Schirati	112	49	1	50	100	12
„	Utegi	310	9	23	97	129	191
„	Ukironi	34	.	1	1	2	32
„	Kigarama	691	.	83	219	302	389
„	Kishanji	206	.	23	3	26	180
Am Tanganyika-See	Niansa	516	3	100	336	439	77
„	Rumonge	205	2	12	8	22	183
„	Urambi	187	.	1	3	4	183
„	Kiguena	34	.	.	.	.	34
„	Russissi-Bez.	12	.	.	.	.	12
	Summe . .	2307	63	244	717	1024	1293
B. Auf den Stationen.							
Am Viktoria-Nyansa-See	Bukoba	43	.	3	26	29	14
„	Muansa	9	.	.	2	2	7
Am Tanganyika-See	Usumbura	343	8	30	182	220	123
„	Udjidji	324	.	108	77	185	139
„	Bismarckburg	6	.	.	6	6	.
„	Tabora	1	.	1	.	1	.
	Summe .	726	8	142	293	443	283
	Gesamtsumme .	3033	71	386	1010	1467	1575
	Davon ab . . .	278*)					
	Bleibt . .	2765					

*) Von den 278 Fällen wurden 270 zur Weiterbehandlung nach anderen Lagern bzw. Stationen überwiesen, so daß dieselben zweimal in Zugang kamen; 8 Fälle betreffen Rückfälle.

Anlage 15.

Übersicht

über das Vorkommen von Eingeweidewürmern im Akidat Maneromango.

(Festgestellt von O. A. Dr. Lurz.)

Ort	Zahl der Untersuchten	Bilharzia	Ankylostomum duodenale	Ascaris lumbricoides	Trichocephalus trichiurus
Maneromango	53	35 %	20 %	45 %	20 %
Mssanga Myafuno . . .	40	25 %	40 %	45 %	.
Mssanga Wissiya . . .	20	.	45 %	30 %	15 %
Marui	20	3,5 %	75 %	75 %	10 %
Jombo	30	.	33,3 %	60 %	.
Lukinga	30	3,3 %	40 %	53,3 %	.
Sam wula	30	.	56 %	76,5 %	.
Tshole	30	3,33 %	63 %	66,5 %	23,3 %
Kikumbulu	30	.	66,5 %	73 %	10 %
Kissangire yuu	25	.	28 %	60 %	.
Summe .	308	.	.	.	.

Anlage 16.

Über-

über den Krankenzugang auf

Station bzw. Bezirk	Zahl der Monate, in welchen die Station mit Arzt oder Sanit. Untffz. bzw. Arzt und Sanit. Untffz. besetzt war		Iststärke der				Gesamtkrankenzugang der					
			Europäer		Farbigen		Europäer			Farbigen		
	Arzt	Sanit. Untffz.	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Summe	Militär-	Zivil-	Summe
			personen		personen		personen			personen		
Tanga	12	12	6	252	.	84 000	11	725	736	.	3622	3622
Pangani	12*)	1	1	54	.	62 000	.	35	35	.	381	381
Bagamojo	12*)	.	.	77	.	80 000	.	96	96	.	1547	1547
Daressalam	12	12	62	681	478	210 000	105	1077	1182	759	4061	4820
Mohoro	.	12	1	27	.	67 000	3	9	12	.	608	608
Kilwa	12	6	3	48	.	82 000	4	35	39	.	1707	1707
Liwale } Bezirk	12	.	5	4	119	19 000	7	3	10	267	444	711
Tschole } Kilwa	.	12	1	2	.	14 000	.	.	.	.	564	564
Lindi	12	7	7	88	144	235 000	12	58	70	208	1632	1840
Ssongea	.	12	1	23	.	40 000	.	.	.	.	212	212
Mahenge	12	.	8	12	208	250 000	20	17	37	309	1010	1319
Iringa	12	12	7	45	193	61 000	14	11	25	349	965	1314
Morogoro	8	12	2	200	.	111 000	3	55	58	.	775	775
Mpapua	12	.	2	24	.	72 000	10	15	25	.	382	382
Kondoa Irangi	.	12	6	12	152	55 000	7	10	17	86	282	368
Kilimatinde	12	4	7	9	92	200 000	11	3	14	46	198	244
Mkalama	.	12	2	15	60	70 000	7	6	13	20	181	301
Tabora	12	12	9	30	236	750 000	28	29	57	206	834	1040
Udjidji	12	12	7	12	136	500 000	14	1	15	99	534	633
Usumbura	12	12	19	2	294	300 000	31	.	31	235	1027	1262
Schirati	12	12	7	4	.	115 000	9	4	13	.	208	208
Muansa	12	12	8	84	147	452 000	29	102	131	211	725	936
Bukoba	12	9	9	44	153	415 000	19	24	43	90	1805	1895
Bismarckburg	8	12	5	64	89	200 000	5	6	11	72	276	348
Langenburg	12	12	3	120	.	165 000	5	11	16	.	635	635
Massoko { Bez. Langenburg	.	8	4	.	94	.	25	.	25	108	117	225
Eltzhafen { Bez. Langenburg	.	4	2	.	47	.	13	.	13	49	122	171
Wilhelmstal	.	12	2	350	.	70 000	2	53	55	.	622	622
Mombo } Bezirk	.	9	1	.	.	.	2	11	13	.	238	238
Wugiri } Wil-	4	12	2	.	.	.	2	5	7	.	115	115
Amani } helmstal	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Moschi	12	4	3	527	.	85 000	6	86	92	.	2710	2710
Aruscha	.	12	7	264	146	11 000	6	9	15	118	603	721
Summe	.	.	209	3074	2788	4 775 000	410	2495	2905	3232	29 142	32 374

*) Von Zivilärzten besetzt.

sicht

den einzelnen Stationen.

Malariafieber				Summe der Todesfälle an Malaria		Schwarzwasserfieber				Summe der Todesfälle an Schwarzwasserfieber		Zahl der behandelten Malariafieberfälle unter Europäern in Prozent der Behandlungsziffer	Bemerkungen
Europäer		Farbige				Europäer		Farbige					
Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Europäer	Farbige	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Europäer	Farbige		
personen		personen				personen		personen					
3	186	.	242	.	1	.	14	.	8	2	3	73,3	Im Gesamtkrankenzugang sind die bei der Pocken-, Malaria- und Wurmkrankheitsbekämpfung Behandelten, die in Lepradörfern angesiedelten, sowie die in den Schlafkrankenlagern zugegangenen Schlafkranken nicht enthalten.
.	8	.	14	.	1	.	.	.	3	.	.	14,5	
.	19	.	151	.	.	.	1	.	.	1	.	24,7	
43	286	66	383	1	1	.	13	.	3	2	2	44,3	
2	2	.	105	.	1	.	1	.	.	1	1	14,3	
1	9	.	164	.	2	.	1	.	.	.	.	19,6	
3	2	9	5	1	.	.	.	.	.	.	.	55,6	
.	.	.	59	.	.	.	.	.	.	.	.	0,0	
5	27	10	63	1	.	.	7	.	.	.	.	33,7	
.	.	.	13	.	.	.	.	.	.	.	.	0,0	
2	2	8	6	.	1	.	1	.	.	1	.	20,0	
2	1	4	12	.	.	.	.	.	.	.	.	5,8	
1	23	.	40	.	2	.	4	.	2	1	.	11,9	
5	2	.	20	.	.	.	.	.	.	.	.	26,9	
5	7	12	21	.	.	1	.	.	.	.	.	70,6	
8	.	6	30	.	2	.	1	.	.	1	.	50,0	
4	4	2	3	.	1	.	.	.	.	.	.	47,1	
11	13	.	27	.	.	.	2	.	.	.	.	61,5	
8	.	24	27	.	.	.	.	.	.	.	.	42,1	
11	.	19	63	.	.	2	.	.	.	1	.	52,4	
5	2	.	20	.	.	1	.	.	.	.	.	63,6	
7	42	23	54	.	1	2	2	.	.	.	.	53,3	
4	5	9	96	.	.	.	1	.	.	.	.	17,0	
2	1	11	24	.	.	.	.	.	.	.	.	4,3	
1	7	.	65	.	1	.	.	.	.	.	.	6,5	
8	.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	200,0	
4	.	8	5	.	.	.	.	.	.	.	.	200,0	
1	10	.	10	.	.	.	.	.	.	.	.		
2	3	.	20	.	.	.	2	.	.	.	.		
.	1	.	16	.	.	.	.	.	.	.	.	4,8	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		
2	14	.	109	.	.	.	1	.	.	.	.	3,0	
3	5	6	30	.	2	.	1	.	.	.	.	2,9	
153	681	224	1897	3	16	6	52	.	16	10	6	.	

Anlage 17.

Nachweisung

über die kranken Europäer Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung: 3074.
Jahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Windpocken	.	3	3	3	.	.	3	.	.	13
2	Scharlach	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
3	Masern	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
4	Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
5	Rose	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
6	Pyämie (Septicämie)	.	6	6	4	1	1	6	.	204	43
7	Gastrisches Fieber	.	9	9	8	.	1	9	.	24	25
8	Unterleibstyphus	1	8	9	4	4	.	8	1	314	1
9	Rückfallfieber	.	17	17	10	2	5	17	.	116	182
10	Malariafieber	7	681	688	640	2	39	681	7	2554	2187
11	Schwarzwasserfieber	2	52	54	35	9	6	50	4	517	165
12	Grippe	.	12	12	11	.	.	11	1	25	46
13	Lungentuberkulose	1	6	7	.	1	6	7	.	25	20
14	Ruhr	1	30	31	22	4	4	30	1	430	105
15	Akuter Gelenkrheumatismus	1	13	14	11	.	3	14	.	309	65
16	Chronischer Gelenkrheumatismus	1	3	4	2	.	2	4	.	85	29
17	Gicht	.	1	1	1	.	.	1	.	12	.
18	Blutarmut	.	24	24	18	.	5	23	1	55	307
19	Alkoholvergiftung	.	7	7	5	.	1	6	1	167	16
20	Vergiftung durch andere Gifte	.	6	6	5	1	.	6	.	4	14
21	Andere allgemeine Erkrankungen	.	7	7	3	.	4	7	.	34	30
	Summe der Gruppe I	14	889	903	786	24	77	887	16	4875	3284
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
22	Geisteskrankheiten	.	1	1	.	.	1	1	.	6	.
23	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	17	17	10	.	7	17	.	41	160

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
24	Krankheiten des Gehirns	.	2	2	1	1	.	2	.	22	.
25	Gehirnerschütterung	.	3	3	2	.	1	3	.	46	7
26	Andere Rückenmarkserkrankungen	.	3	3	.	.	3	3	.	119	10
27	Neurasthenie	2	37	39	12	.	27	39	.	145	187
28	Hysterie	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
29	Andere Krankheiten dieser Gruppe	1	16	17	14	.	3	17	.	18	99
	Summe der Gruppe II	3	80	83	39	1	43	83	.	398	463
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
30	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	6	6	5	.	1	6	.	.	35
31	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	8	8	6	.	2	8	.	6	102
32	Andere Erkrankungen der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge	.	1	1	.	.	1	1	.	.	6
33	Akuter Bronchialkatarrh	.	36	36	30	.	5	35	1	99	179
34	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	5	5	1	.	4	5	.	22	10
35	Akute Lungenentzündung	.	6	6	4	2	.	6	.	47	9
36	Brustfellentzündung	.	5	5	4	.	.	4	1	37	35
37	Lungenerweiterung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	4
38	Asthma	.	3	3	3	.	.	3	.	.	24
39	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	4	4	3	.	1	4	.	.	34
	Summe der Gruppe III	.	75	75	56	2	15	73	2	211	438
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
40	Idiopathische Herzvergrößerung	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
41	Erkrankung der Herzklappen	.	2	2	.	.	2	2	.	9	1
42	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	37	37	16	.	21	37	.	31	306
43	Andere Herzkrankheiten	.	4	4	1	2	1	4	.	52	6
44	Hämorrhoiden	.	13	13	9	.	4	13	.	127	29
45	Entzündung der Lymphgefäße	.	5	5	3	.	1	4	1	23	113
46	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	16	16	11	.	5	16	.	117	158
47	Leukämie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
48	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	1	1	.	.	1	1	.	.	3
	Summe der Gruppe IV	.	81	81	41	2	37	80	1	359	628

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
49	Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	90	91	90	.	1	91	.	6	265
50	Mandelentzündung	.	22	22	21	.	1	22	.	19	96
51	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	14	14	12	.	2	14	.	13	53
52	Akuter Magenkatarrh	1	77	78	66	.	9	75	3	96	356
53	Chronischer Magenkatarrh	.	10	10	3	.	6	9	1	26	51
54	Magenblutung bzw. Magengeschwür	.	2	2	1	.	1	2	.	16	3
55	Akuter Darmkatarrh	6	129	135	117	2	12	131	4	268	470
56	Chronischer Darmkatarrh	2	11	13	9	.	4	13	.	54	149
57	Brechdurchfall	.	3	3	3	.	.	3	.	.	23
58	Unterleibsbrüche	.	7	7	3	.	4	7	.	54	4
59	Darm-Blinddarmentzündung	1	11	12	8	1	3	12	.	153	23
60	Bauchfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	25	.
61	Krankheiten der Leber	1	16	17	10	1	6	17	.	221	41
62	Katarrhalische Gelbsucht	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
63	Krankheiten des Mastdarms	.	1	1	.	.	1	1	.	.	19
64	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	13	13	13	.	.	13	.	43	34
	Summe der Gruppe V	12	408	420	358	4	50	412	8	994	1588
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschl. der venerischen.										
65	Nierenentzündung	.	1	1	.	.	.	.	1	4	.
66	Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
67	Blasenkatarrh	.	12	12	8	.	4	12	.	40	55
68	Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	1	1	1	.	.	1	.	14	5
69	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	7	7	6	.	1	7	.	30	24
70	Verengerung der Harnröhre	.	4	4	1	.	3	4	.	78	15
71	Wasserbruch	.	2	2	1	.	1	2	.	.	12
72	Andere Krankheiten der Harn- usw. Organe	.	3	3	3	.	.	3	.	.	7
	Summe der Gruppe VI	.	31	31	20	.	10	30	1	166	119
	VII. Venerische Krankheiten.										
73	Tripper	5	106	111	84	.	27	111	.	195	2342
74	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	7	7	6	.	1	7	.	17	22
75	Spitze Feigwarzen	.	2	2	1	.	1	2	.	.	6
76	Weicher Schanker	1	34	35	26	.	8	34	1	76	639
77	Bubo	1	22	23	10	.	12	22	1	209	305
78	Syphilis	4	50	54	20	1	33	54	.	193	657
	Summe der Gruppe VII	11	221	232	147	1	82	230	2	690	3971

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
79	Granulöser Bindehautkatarrh.	.	1	1	1	.	.	1	.	.	15
80	Nicht ansteckende Krankheiten der Lider	.	18	18	13	.	5	18	.	.	65
81	„ Bindehaut	.	32	32	30	.	2	32	.	21	279
82	„ Hornhaut	.	20	20	18	.	2	20	.	38	149
83	„ Regenbogenhaut	2	9	11	8	.	2	10	1	86	139
84	„ Sehnerven und Netzhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
85	Andere Augenkrankheiten	1	4	5	2	.	3	5	.	11	17
	Summe der Gruppe VIII	3	85	88	73	.	14	87	1	156	665
	IX. Ohrenkrankheiten.										
86	Krankheiten der Ohrmuschel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
87	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	3	28	31	29	.	2	31	.	.	252
88	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	1	23	24	16	.	8	24	.	106	217
89	Schwerhörigkeit	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
90	Andere Ohrenkrankheiten	.	4	4	4	.	.	4	.	.	6
	Summe der Gruppe IX	4	57	61	50	.	11	61	.	106	479
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
91	Akute Hautkrankheiten	2	77	79	72	.	7	79	.	42	635
92	Chronische Hautkrankheiten	.	5	5	3	.	2	5	.	28	106
93	Chronisches Unterschenkelgeschwür	.	10	10	5	.	5	10	.	1	145
94	Panaritium	1	15	16	11	.	4	15	1	.	138
95	Zellgewebsentzündung	4	57	61	52	.	8	60	1	108	544
96	Furunkel	.	51	51	47	.	4	51	.	.	503
97	Gutartige Geschwülste	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
98	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	6	6	3	.	3	6	.	.	51
	Summe der Gruppe X	7	222	229	194	.	33	227	.	179	2126
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
99	Knochenhautentzündung	.	8	8	6	.	2	8	.	30	31
100	Knochenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
101	Akute Gelenkentzündung	.	5	5	4	.	1	5	.	23	63
102	Chronische Gelenkentzündung	.	2	2	.	.	2	2	.	.	18
103	Muskelrheumatismus	.	58	58	51	.	6	57	1	88	350
104	Andere Krankheiten der Muskeln	.	5	5	5	.	.	5	.	.	19
105	Krankheiten der Schleimbeutel	1	2	3	3	.	.	3	.	.	22
106	Krankheiten der Sehnen	.	4	4	4	.	.	4	.	.	20
	Summe der Gruppe XI	1	85	86	74	.	11	85	1	141	533

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XII. Mechanische Verletzungen.										
107	Wundlaufen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	7
108	Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunde	1	24	25	18	.	7	25	.	84	126
109	Knochenbruch des Oberarms	.	1	1	1	.	.	1	.	123	57
110	Knochenbruch des Unterarms	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
111	Knochenbruch der Hand	.	1	1	1	.	.	1	.	.	34
112	Knochenbruch des Unterschenkels	.	2	2	1	.	.	1	1	99	79
113	Knochenbruch des Fußes	.	1	1	.	.	1	1	.	8	.
114	Knochenbruch des Schlüsselbeins	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
115	Knochenbruch der Rippen	.	2	2	2	.	.	2	.	51	.
116	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	2	2	1	.	1	2	.	.	7
117	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	10	10	9	.	1	10	.	34	86
118	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	2	2	1	.	1	2	.	6	6
119	Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
120	Verrenkung anderer Gelenke	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
121	Schußwunden	.	5	5	3	1	1	5	.	5	48
122	Hieb- und Schnittwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	12	34
123	Stichwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
124	Riß- und Quetschwunden	.	42	42	33	.	8	41	1	104	304
125	Bißwunden	.	3	3	3	.	.	3	.	.	22
126	Verbrennung	.	14	14	11	.	3	14	.	13	137
127	Andere Wunden und Verletzungen	.	3	3	3	.	.	3	.	.	110
	Summe der Gruppe XII	1	123	124	97	1	24	122	2	577	1073
	XIII. Andere Krankheiten.										
128	Allgemeine Körperschwäche	.	4	4	3	1	.	4	.	.	38
	Summe der Gruppe XIII	.	4	4	3	1	.	4	.	.	38
129	**XIV. Zur Beobachtung**	.	1	1	.	.	1	1	.	8	.
	Summe der Gruppe XIV	.	1	1	.	.	1	1	.	8	.
	XV. Durch tierische Parasiten usw. hervorgerufene Krankheiten.										
130	Eingeweidewürmer	.	37	37	33	.	4	37	.	8	40
131	Ringwurm	.	4	4	4	.	.	4	.	.	45
132	Sandflohgeschwüre	1	14	15	13	.	2	15	.	.	123

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
133	Krätze	.	7	7	5	.	2	7	.	.	26
134	Fliegenmaden	.	5	5	5	.	.	5	.	.	15
135	Insektenstich	.	2	2	2	.	.	2	.	.	7
	Summe der Gruppe XV	1	69	70	62	.	8	70	.	8	256
	XVI. Frauenkrankheiten.										
136	Entbindung	2	17	19	18	.	1	19	.	241	28
137	Gebärmuttererkrankungen	.	20	20	12	.	8	20	.	98	142
138	Milchdrüsenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	8
139	Erbrechen infolge Schwangerschaft	.	2	2	2	.	.	2	.	8	3
140	Schwangerschaftsbeschwerden	.	3	3	1	.	2	3	.	32	.
141	Schwangerschaft	.	4	4	3	.	.	3	1	30	3
142	Fehlgeburt	.	9	9	9	.	.	9	.	22	73
143	Zangenentbindung	1	.	1	1	.	.	1	.	.	21
144	Dammriß	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
145	Beschwerden der Wechseljahre	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
146	Dysmenorrhoe	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
147	Nachgeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
148	Eihautverhaltung nach Fehlgeburt	.	1	1	.	.	.	.	1	8	.
149	Fluor albus	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
150	Frühgeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XVI	3	64	67	52	.	13	65	2	439	292
	Zusammenstellung der Gruppen.										
	Gruppe I	14	889	903	786	24	77	887	16	4875	3284
	„ II	3	80	83	39	1	43	83	.	398	463
	„ III	.	75	75	56	2	15	73	2	211	438
	„ IV	.	81	81	41	2	37	80	1	359	628
	„ V	12	408	420	358	4	50	412	8	994	1588
	„ VI	.	31	31	20	.	10	30	1	166	119
	„ VII	11	221	232	147	1	82	230	2	690	3971
	„ VIII	3	85	88	73	.	14	87	1	156	665
	„ IX	4	57	61	50	.	11	61	.	106	479
	„ X	7	222	229	194	.	33	227	2	179	2126
	„ XI	1	85	86	74	.	11	85	1	141	533
	„ XII	1	123	124	97	1	24	122	2	577	1073
	„ XIII	.	4	4	3	1	.	4	.	.	38
	„ XIV	.	1	1	.	.	1	1	.	8	.
	„ XV	1	69	70	62	.	8	70	.	8	256
	„ XVI	3	64	67	52	.	13	65	2	439	292
	Gesamtsumme	60	2495	2555	2052	36	429	2517	38	9301	15953

Anlage 18.

Nachweisung

über die kranken Farbigen Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung etwa: 4 775 000.
Jahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	.	72	72	46	19	1	66	6	1218	90
2	Windpocken	2	67	69	64	.	1	65	4	799	126
3	Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	18	18	18	.	.	18	.	26	118
4	Masern	.	13	13	13	.	.	13	.	39	25
5	Rose	.	4	4	4	.	.	4	.	12	53
6	Hospitalbrand	.	27	27	27	.	.	27	.	854	488
7	Pyämie (Septicämie)	.	4	4	1	3	.	4	.	18	13
8	Gastrisches Fieber	.	1	1	1	.	.	1	.	1	4
9	Rückfallfieber	.	163	163	156	2	4	162	1	226	1 140
10	Malariafieber	11	1897	1908	1860	16	26	1902	6	944	10 231
11	Schwarzwasserfieber	.	16	16	10	6	.	16	.	74	102
12	Grippe	.	9	9	9	.	.	9	.	13	69
13	Tuberkulose der ersten Luftwege und Lunge	.	25	25	1	5	19	25	.	446	244
14	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	1	4	5	2	.	3	5	.	65	46
15	Tuberkulose anderer Organe	.	3	3	1	1	1	3	.	2	47
16	Ruhr	2	173	175	118	47	8	173	2	1704	1 004
17	Starrkrampf (Trismus Tetanus)	.	4	4	1	2	1	4	.	61	.
18	Akuter Gelenkrheumatismus	.	56	56	49	.	6	55	1	136	768
19	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	7	7	6	.	1	7	.	51	65
20	Gicht	.	2	2	2	.	.	2	.	.	50
21	Blutarmut	1	20	21	14	.	5	19	2	134	280
22	Skorbut	.	2	2	2	.	.	2	.	.	28
23	Vergiftung durch Alkohol	.	3	3	2	1	.	3	.	8	6
24	Vergiftung durch andere Gifte	.	4	4	2	2	.	4	.	2	36
25	Hitzschlag	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
26	Bösartige Geschwülste	.	6	6	2	2	2	6	.	67	16
27	Lepra	1	37	38	.	.	38	38	.	89	148
28	Beriberi	2	10	12	5	1	5	11	1	208	.
29	Maltafieber	.	1	1	.	.	1	1	.	.	51
30	Andere allgemeine Erkrankungen	1	34	35	21	2	11	34	1	517	151
	Summe der Gruppe I	21	2683	2704	2437	110	133	2680	24	7735	15 399

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
31	Geisteskrankheiten	.	16	16	2	3	11	16	.	196	79
32	Fallsucht	.	16	16	5	.	11	16	.	63	81
33	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen . . .	.	43	43	36	1	6	43	.	107	374
34	Hirnhautentzündung	.	4	4	.	3	.	3	1	8	2
35	Krankheiten des Gehirns . .	2	2	4	1	1	2	4	.	48	29
36	Gehirnerschütterung	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
37	Tabes dorsualis	1	2	3	1	.	2	3	.	87	16
38	Andere Rückenmarkskrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	56	.
39	Progressive Muskelatrophie .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	28
40	Neurasthenie	.	4	4	3	.	1	4	.	27	42
41	Hysterie	.	7	7	7	.	.	7	.	23	45
42	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	4	4	2	.	2	4	.	.	37
	Summe der Gruppe II	3	102	105	60	9	35	104	1	617	733
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
43	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	2	13	15	12	.	3	15	.	10	132
44	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	92	92	89	1	1	91	1	87	532
45	Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge	1	2	3	1	2	.	3	.	3	7
46	Akuter Bronchialkatarrh . .	19	2496	2515	2453	1	43	2497	18	2211	15 845
47	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	45	45	36	.	8	44	1	320	1 100
48	Lungenentzündung	20	312	332	239	73	17	329	3	2953	1 422
49	Lungenblutung	.	3	3	3	.	.	3	.	7	36
50	Brustfellentzündung	2	86	88	76	5	3	84	4	976	661
51	Lungenerweiterung	.	6	6	3	2	1	6	.	6	40
52	Asthma	.	17	17	12	.	4	16	1	56	142
53	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	1	2	3	3	.	.	3	.	6	15
	Summe der Gruppe III	45	3074	3119	2927	84	80	3091	28	6635	19 932
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
54	Idiopatische Herzvergrößerung	.	4	4	3	.	1	4	.	.	27
55	Erkrankung der Herzklappen	.	6	6	1	1	4	6	.	4	57
56	Nervöse Störung der Herztätigkeit	2	11	13	7	.	6	13	.	10	82
57	Andere Herzkrankheiten . .	1	9	10	3	3	4	10	.	37	38
58	Pulsadergeschwulst	.	1	1	.	1	.	1	.	.	9
59	Hämorrhoiden	.	10	10	8	.	1	9	1	14	122

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
60	Krampfadern	.	4	4	2	.	2	4	.	9	25
61	Venenentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	35	24
62	Entzündung der Lymphgefäße	.	33	33	32	.	.	32	1	214	220
63	Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	3	3	1	.	2	3	.	.	82
64	Krankheiten der Lymphdrüsen	8	253	261	241	1	13	255	6	808	2714
65	Kropf	.	1	1	1	.	.	1	.	18	.
66	Leukämie	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
67	Andere Krankheiten dieser Gruppe	2	24	26	18	.	6	24	2	24	444
	Summe der Gruppe IV	13	364	377	321	7	39	367	10	1174	3 844
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
68	Krankheiten der Kiefer und Zähne	2	935	937	928	.	7	935	2	131	1 454
69	Zungenentzündung	.	11	11	11	.	.	11	.	2	80
70	Mandelentzündung	3	239	242	237	.	3	240	2	70	1 334
71	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	2	129	131	127	.	4	131	.	66	885
72	Krankheiten der Speicheldrüsen	.	6	6	6	.	.	6	.	35	116
73	Krankheiten der Speiseröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
74	Akuter Magenkatarrh	3	531	534	517	2	9	528	6	240	2 779
75	Chronischer Magenkatarrh	2	11	13	7	1	4	12	1	39	180
76	Magenblutung, Magengeschwür	.	1	1	.	.	1	1	.	.	5
77	Akuter Darmkatarrh	37	2196	2233	2140	45	26	2211	22	4019	10 903
78	Chronischer Darmkatarrh	1	99	100	52	34	12	98	2	1851	404
79	Brechdurchfall	.	7	7	7	.	.	7	.	.	72
80	Unterleibsbrüche	.	44	44	20	1	22	43	1	407	123
81	Eingeklemmter Bruch	1	9	10	9	.	.	9	1	95	16
82	Darm-, Blinddarmentzündung	.	6	6	3	1	2	6	.	5	33
83	Bauchfellentzündung	.	5	5	1	4	.	5	.	123	2
84	Katarrhalische Gelbsucht	1	12	13	11	.	2	13	.	27	88
85	Krankheiten der Leber	.	29	29	20	3	3	26	3	134	389
86	Krankheiten des Mastdarms	.	3	3	3	.	.	3	.	18	24
87	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	56	56	54	.	2	56	.	18	237
	Summe der Gruppe V	52	4330	4382	4154	91	97	4342	40	7280	19 130
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschl. der venerischen.										
88	Nierenentzündung	1	13	14	9	2	3	14	.	258	36
89	Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	.	1	1	.	1	.	1	.	.	3
90	Blasenkatarrh	3	31	34	30	1	3	34	.	201	304
91	Andere Blasenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	12

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
92	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	2	24	26	24	.	1	25	1	186	334
93	Verengerung der Harnröhre	.	6	6	4	.	2	6	.	3	58
94	Wasserbruch	2	116	118	91	.	20	111	7	2 135	358
95	Krampfaderbruch	.	5	5	3	.	2	5	.	.	31
96	Andere Krankheiten der Harn- usw. Organe	1	8	9	6	.	3	9	.	62	63
	Summe der Gruppe VI	9	205	214	168	4	34	206	8	2845	1 199
	VII. Venerische Krankheiten.										
97	Tripper	38	740	778	666	2	74	742	36	9252	6 858
98	Hoden-, Nebenhodenentzündung	2	117	119	114	.	5	119	.	787	770
99	Spitze Feigwarzen	.	3	3	3	.	.	3	.	.	18
100	Weicher Schanker	12	257	269	234	.	15	249	20	2 925	2 547
101	Bubo	6	111	117	108	.	4	112	5	1 175	927
102	Syphilis	52	662	714	565	13	91	669	45	11 338	11 041
	Summe der Gruppe VII	110	1890	2000	1690	15	189	1894	106	25 477	22 162
	VIII. Augenkrankheiten.										
103	Granulöser Bindehautkatarrh	1	10	11	7	.	4	11	.	.	214
104	Granulöse Bindehautentzündung und Folgezustände	1	9	10	6	.	3	9	1	111	183
105	Akute Blennorrhoe	1	53	54	51	.	2	53	1	99	505
106	Chronische Blennorrhoe	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.
107	Tripperblennorrhoe	1	21	22	18	.	3	21	1	103	181
108	Nicht ansteckende Krankheiten der Lider	.	29	29	25	.	1	26	3	36	182
109	„ Bindehaut	6	1094	1100	1061	.	10	1071	29	739	7 976
110	„ Tränenorgane	.	2	2	2	.	.	2	.	7	8
111	„ Hornhaut	3	150	153	130	.	18	148	5	846	1 476
112	„ Regenbogenhaut	.	90	90	82	.	4	86	4	523	895
113	„ Linse	.	5	5	.	.	4	4	1	.	13
114	„ Aderhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	24
115	„ Sehnerven und Netzhaut	.	2	2	.	.	2	2	.	.	136
116	Krankheiten und Fehler des Brechungsvermögens	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
117	Andere Augenkrankheiten	1	31	32	27	.	5	32	.	193	294
	Summe der Gruppe VIII	14	1499	1513	1411	.	57	1468	45	2 664	12 088
	IX. Ohrenkrankheiten.										
118	Krankheiten der Ohrmuschel	.	3	3	3	.	.	3	.	.	20
119	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	1	108	109	107	.	1	108	1	28	854
120	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	6	366	372	347	.	20	367	5	341	4 576
121	Schwerhörigkeit	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
122	Andere Ohrenkrankheiten	.	4	4	4	.	.	4	.	.	48
	Summe der Gruppe IX	7	482	489	462	.	21	483	6	369	5 507

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
123	Akute Hautkrankheiten	11	662	673	632	2	25	659	14	821	7 239
124	Chronische Hautkrankheiten	3	100	103	97	.	4	101	2	107	1 753
125	Chronisches Unterschenkelgeschwür	135	1787	1922	1551	28	210	1789	133	24 331	41 460
126	Panaritium	2	114	116	107	.	8	115	1	197	1 500
127	Zellgewebsentzündungen	43	1818	1861	1717	9	87	1813	48	6 395	21 525
128	Furunkel	3	393	396	373	.	10	383	13	644	3 821
129	Gutartige Geschwülste	1	39	40	34	.	5	39	1	159	394
130	Framboesie	21	296	317	243	.	50	293	24	3 416	4 936
131	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	24	24	15	.	6	21	3	69	266
	Summe der Gruppe X	219	5233	5452	4769	39	405	5213	239	36 139	82 894
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
132	Knochenhautentzündung	6	92	98	90	.	6	96	2	575	793
133	Knochenentzündung	1	13	14	8	2	3	13	1	363	140
134	Mißbildung der Knochen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	8
135	Akute Gelenkentzündung	1	75	76	65	3	3	71	5	434	539
136	Chronische Gelenkentzündung	1	10	11	9	.	2	11	.	381	80
137	Mißbildung der Gelenke	.	4	4	2	.	2	4	.	.	50
138	Fußgeschwulst	2	70	72	68	.	4	72	.	162	519
139	Plattfüßigkeit und Folgezustände	.	4	4	2	.	1	3	1	5	7
140	Andere Verbildungen des Fußes und Folgezustände	.	3	3	2	.	.	2	1	29	50
141	Muskelrheumatismus	6	679	685	661	.	10	671	14	638	4 195
142	Andere Krankheiten der Muskeln	.	32	32	29	.	3	32	.	87	185
143	Krankheiten der Schleimbeutel	.	33	33	32	.	1	33	.	40	326
144	Krankheiten der Sehnen	4	38	42	40	.	1	41	1	14	415
	Summe der Gruppe XI	21	1055	1076	1010	5	36	1051	25	2 728	7 307
	XII. Mechanische Verletzungen.										
145	Wundlaufen	.	24	24	23	.	.	23	1	42	174
146	Quetschung der Weichteile	2	174	176	167	1	3	171	5	668	1 452
147	Quetschung innerer Organe	.	2	2	1	1	.	2	.	2	10
148	Zerreißung innerer Organe	.	1	1	.	1	.	1	.	6	.
149	Knochenbruch des Oberarms	2	17	19	17	.	.	17	2	428	156
150	Knochenbruch des Unterarms	3	22	25	20	.	4	24	1	231	426
151	Knochenbruch der Hand	1	10	11	8	.	2	10	1	52	152
152	Knochenbruch des Oberschenkels	3	14	17	12	3	1	16	1	914	16
153	Knochenbruch des Unterschenkels	3	15	18	14	1	1	16	2	877	42
154	Knochenbruch des Fußes	.	7	7	7	.	.	7	.	154	47

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
155	Knochenbruch des Kopfes . .	.	3	3	2	1	.	3	.	80	13
156	Knochenbruch des Schlüsselbeins	.	2	2	2	.	.	2	.	29	25
157	Knochenbruch des Schulterblatts	.	2	2	2	.	,	2	.	.	30
158	Knochenbruch der Rippen .	1	4	5	5	.	.	5	.	65	78
159	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	3	72	75	70	.	4	74	1	60	665
160	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	1	100	101	97	.	2	99	2	369	948
161	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	17	17	12	.	5	17	.	205	194
162	Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	7	7	7	.	.	7	.	84	83
163	Verrenkung anderer Gelenke .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
164	Schußwunden	3	18	21	17	1	3	21	.	698	216
165	Hieb- und Schnittwunden .	13	675	688	650	5	21	676	12	1 546	5 752
166	Stichwunden	1	78	79	69	3	6	78	1	248	738
167	Riß- und Quetschwunden . .	30	2138	2168	2094	6	32	2132	36	4 266	22 580
168	Bißwunden	.	104	104	95	3	2	100	4	739	1 170
169	Verbrennung	2	205	207	194	3	2	199	8	1 129	2 324
170	Erfrierung	.	1	1	1	.	.	1	.	37	.
171	Andere Wunden und Verletzungen	.	23	23	23	.	.	23	.	29	201
	Summe der Gruppe XII	68	3736	3804	3610	29	88	3727	77	12 958	37 494
	XIII. Andere Krankheiten.										
172	Selbstmordversuch	.	1	1	.	1	.	1	.	.	1
173	Allgemeine Körperschwäche .	3	42	45	10	27	4	41	4	414	176
174	Altersschwäche	2	22	24	2	18	4	24	.	224	36
	Summe der Gruppe XIII	5	65	70	12	46	8	66	4	638	213
175	**XIV. Zur Beobachtung** .	7	94	101	71	.	30	101	.	232	603
	Summe der Gruppe XIV	7	94	101	71	.	30	101	.	232	603
	XV. Durch tierische Parasiten usw. hervorgerufene Krankheiten.										
176	Eingeweidewürmer	1	1265	1266	1253	.	1	1254	12	121	2 242
177	Sandflohgeschwüre	12	419	431	397	1	20	418	13	593	6 915
178	Anchylostomiasis	67	1297	1364	998	145	140	1283	81	16 188	12 131
179	Bilharzia	9	58	67	35	3	18	56	11	937	773
180	Trypanosomiasis (ausschl. Schlafkrankheits-Expeditionen)	15	614	629	8	91	247	346	283	24 014	32 405
181	Elephantiasis	2	67	69	51	3	15	69	.	2 294	132
182	Bandwurm	.	3	3	3	.	.	3	.	.	8
183	Ringwurm	.	11	11	11	.	.	11	.	.	113
184	Krätze	1	484	485	472	1	7	480	5	182	4 124

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
185	Filaria	.	45	45	42	1	1	44	1	109	283
186	Fliegenmaden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
187	Madurafuß	.	1	1	.	.	1	1	.	.	32
188	Rhabdonema	.	3	3	3	.	.	3	.	11	9
189	Insektenstich	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
190	Skorpionsstich	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
191	Lymphserotum	.	1	1	1	.	.	1	.	.	17
192	Schlangenbiß	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XV	107	4272	4379	3278	245	450	3973	406	44449	59197
	XVI. Frauenkrankheiten.										
193	Geburt (Entbindung)	.	2	2	2	.	.	2	.	40	.
194	Gebärmutterkrankheiten	.	17	17	13	.	4	17	.	186	87
195	Milchdrüsenentzündung	2	14	16	13	.	1	14	2	.	165
196	Fehlgeburt	1	6	7	7	.	.	7	.	26	78
197	Schwangerschaftsbeschwerden	.	2	2	2	.	.	2	.	.	13
198	Perimetritis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	21
199	Parametritis	.	4	4	1	.	3	4	.	13	30
200	Myoma uteri	.	2	2	.	.	2	2	.	.	23
201	Dysmenorrhoe	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
202	Scheiden-, Mastdarmfistel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
203	Geschwür an der Gebärmutter	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
204	Scheidenentzündung	.	2	2	.	.	1	1	1	43	17
205	Menstruationsbeschwerden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	12
206	Geschwulst der Schamlippen	.	1	1	1	.	.	1	.	19	31
207	Krankheiten des Eierstocks	.	2	2	.	.	2	2	.	3	1
208	Nachgeburtsverhaltung	.	1	1	1	.	.	1	.	6	.
	Summe der Gruppe XVI	3	58	61	45	.	13	58	3	336	497
	Zusammenstellung der Gruppen.										
	Gruppe I	21	2683	2704	2437	110	133	2680	24	7735	15399
	„ II	3	102	105	60	9	35	104	1	617	733
	„ III	45	3074	3119	2927	84	80	3091	28	6635	19932
	„ IV	13	364	377	321	7	39	367	10	1174	3844
	„ V	52	4330	4382	4154	91	97	4342	40	7280	19130
	„ VI	9	205	214	168	4	34	206	8	2845	1199
	„ VII	110	1890	2000	1690	15	189	1894	106	25477	22162
	„ VIII	14	1499	1513	1411	.	57	1468	45	2664	12088
	„ IX	7	482	489	462	.	21	483	6	369	5507
	„ X	219	5233	5452	4769	39	405	5213	239	36139	82894
	„ XI	21	1055	1076	1010	5	36	1051	25	2728	7307
	„ XII	68	3736	3804	3610	29	88	3727	77	12958	37494
	„ XIII	5	65	70	12	46	8	66	4	638	213
	„ XIV	7	94	101	71	.	30	101	.	232	603
	„ XV	107	4272	4379	3278	245	450	3973	406	44449	59197
	„ XVI	3	58	61	45	.	13	58	3	336	497
	Gesamtsumme	704	29142	29846	26425	684	1715	28824	1022	152276	288199

Anlage 19.

Nachweisung

über die im Jahre 1908/09 verstorbenen Europäer.

Iststärke: 3074.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen Jahr	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahr	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
			In ärztlicher Behandlung.				
1	P.	männl.	40	.	$9^1/_2$	Ruhr	Muansa
2	K.	„	33	.	6	Lungentuberkulose und Syphilis	Tanga
3	K.	„	32	.	$3^1/_2$	Malaria tropica und chronischer Magenkatarrh	Liwale
4	K.	„	28	.	7	Schwarzwasserfieber	Tanga
5	P.	„	20	.	$^1/_{12}$	Herzschwäche bei Malaria tropica	Lindi
6	B.	„	50	.	$^4/_{12}$	Herzschwäche	Wilhelmstal
7	Sch.	weibl.	$^3/_4$	$^3/_4$	$^3/_4$	Akuter Darmkatarrh	Wilhelmstal
8	Sch.	männl.	22	?	?	Ruhr und chronisches Malariafieber	Daressalam
9	M.	„	27	12	4	Herzlähmung infolge Erschöpfung und Entkräftung nach chronischer Dysenterie	Gelangte am 22. 5. moribunt in ärztliche Behandlung. Mpapua
10	Sch.	„	24	$^5/_{12}$	$^5/_{12}$	Herzschwäche nach Schwarzwasserfieber	Morogoro
11	R.	„	47	.	14	Ruhr und Leberabszeß	Tanga
12	A.	„	.	?	?	Schwarzwasserfieber	Bagamojo
13	N.	„	39	?	?	Schwarzwasserfieber	Daressalam
14	Sch.	„	41	.	12	Atheromatose der Kranzaterien des Herzens, chronische Malaria, Bronchitis, Lungenemphysem	Neu-Langenburg
15	G.	„	38	.	$^7/_{12}$	Chronische Malaria tropica	Daressalam
16	S.	„	43	?	?	Lungenentzündung	Tanga
17	B.	„	31	1	$^2/_{12}$	Linksseitige Lungenentzündung und Herzlähmung	Neu-Langenburg
18	T.	„	29	4	$^4/_{12}$	Schwarzwasserfieber	Usumbura
19	R.	weibl.	7	?	?	Schwarzwasserfieber	Daressalam

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen Jahr	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahr	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
20	D.	männl.	14	5	2/12	Rückfallfieber	Muansa. Tod infolge Herzschwäche bei starker Unterernährung
21	D.	„	12	5	2/12	Rückfallfieber	
22	H.	„	38	.	5	Schwarzwasserfieber	Tanga
23	H.	„	38	.	10	Gehirnblutung	Lindi
24	W.	„	34	?	?	Schußwunde in Unterleib und Leber	Daressalam
25	A.	weibl.	46	?	?	Septikämie und Leberabszeß nach Dysenterie	Daressalam
26	E.	männl.	42	1/2	1/2	Typhus	Mkalama
27	V.	„	26	?	?	Dysenterie und Malaria tropica	Daressalam
28	C.	„	35	.	3	Schwarzwasserfieber und Sepsis	Mahenge
29	C.	„	1/4	1/4	1/4	Allgemeine Körperschwäche	Tanga
30	Sch.	„	28	.	1	Schwarzwasserfieber	Mohoro
31	J.	„	28	?	?	Akute Morphiumvergiftung	Daressalam (Selbstmord)
32	K.	„	31	3 1/4	3 1/4	Unterleibstyphus	Kilossa
33	R.	„	24	17 Tage		Amputation des Beines infolge Bahnunglücks	Im Bahnlazarett Morogoro
34	P.	„	32	.	2	Unterleibstyphus	Tanga
35	P.	„	57	?	?	Darmkatarrh	Daressalam
36	D.	weibl.	50	?	?	Peritonitis nach Perityphlitis	Kongwe-Mpapua
37	M.	männl.	?	.	2	Syphilis	Tanga
38	K.	„	25	3 1/2	6 Wochen	Herzschwäche nach Malaria	Im Bahnlazarett Morogoro
39	L.	„	31	?	?	Unterleibstyphus	Daressalam
40	C.	„	37	.	7	Unterleibstyphus	Tanga
41	B.	„	36	?	?	Lebercirrhose mit Wassersucht	Daressalam
42	S.	„	40	?	?	Schwarzwasserfieber	Ilindi-Kilimatinde
43	M.	„	33	3/4	3/4	Schwarzwasserfieber und Leberabszeß	Im Bahnlazarett Morogoro
44	T.	„	32	3 1/4	3 1/4	Herzschwäche bei Typhus	Im Bahnlazarett Morogoro
				Außerhalb ärztlicher Behandlung.			
45	S.	männl.	30	.	1 1/2	Dysenterie	Kihurio, Bezirk Wilhelmstal
46	H.	„	29	13	13	Von einem in der Falle gefangenen Leoparden tödlich verletzt	Bismarckburg
47	L.	„	1	?	?	Darmkatarrh	Auf der Reise nach Moschi

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen Jahr	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahr	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
48	J.	männl.	26	?	?	Angeblich Malaria	Bezirk Morogoro
49	M.	„	4	4 S.W.Af.	1/12	Lungenentzündung	Morogoro
50	E.	„	21	.	1/12	Krämpfe	Wilhelmstal
51	K.	„	39	?	?	Unbekannt	Bezirk Moschi
52	de B.	„	5	?	?	Angeblich an einer Magenkrankheit	Wilhelmstal
53	F.	„	1	?	?	Unbekannt	Bezirk Moschi
54	W.	„	36	.	7 3/4	Herzschlag	Daressalam
55	de B.	„	56	?	?	Infolge Verletzungen durch einen Leoparden	Auf der Jagd von 2 Leoparden angenommen. Bezirk Moschi.
56	W.	weibl.	37	?	7/12	Schuß in den Kopf	Daressalam (Selbstmord)
57	de B.	männl.	?	?	?	Folgen eines Skorpionstichs ?	Kidorangwe-Morogoro
58	S.	„	34	4	1/12	Herzschlag	Mombo
59	R.	„	38	?	?	Schwarzwasserfieber	Bezirk Wilhelmstal
60	S.	„	30	?	?	Verletzung durch Leoparden	Muansa
61	van der W.	„	5	?	?	Unbekannt	Bezirk Wilhelmstal
62	B.	„	1 Tag	.	1 Tag	Allgemeine Lebensschwäche	Siebenmonatige Frucht, starb 20 Stunden nach der Geburt Moumi-Mpapua
63	V.	„	29	.	8	Schwarzwasserfieber	Bezirk Morogoro
64	M.	„	59	30	30	Schwarzwasserfieber	Bismarckburg
65	M.	„	42	.	6	Herzschwäche ?	Plötzlich auf Strecke gestorben. Bezirk Morogoro
66	G.	weibl.	?	?	?	Angeblich nach einer Entbindung an Fieber	Morogoro
67	D.	männl.	?	?	?	Angeblich Schwarzwasserfieber	Sekenke-Mkalama
68	H.	„	23	2/12	2/12	Herzschwäche nach Malaria	Bezirk Morogoro
69	W.	„	21	?	?	Schwarzwasserfieber	Muansa
70	H.	weibl.	34	.	4 Tage	Herzschwäche	Marsch Mombo nach Mission Gare
71	M.	männl.	25	.	2 1/4	Schwarzwasserfieber	Tanga
72	K.	„	32	.	3/4	Leberabszeß	Tanga
73	B.	„	35	.	2	Herzlähmung	Tanga
74	R.	„	26	.	1	Lungenkrankheit	Bagamojo

Anlage 20.

Nachweisung

über die im Hospital zu Morogoro vom 4. Juli 1908 bis 31. März 1909 behandelten kranken Europäer und Farbigen, welche als Angestellte der Firma Ph. Holzmann am Bahnbau tätig waren.

(Erstattet von Dr. Lenz.)

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt	
				geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	A. Europäer.									
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Typhus abd.	2	2	1	1	.	2	.	2	.
2	Malaria	68	68	60	2	.	62	6	32	36
3	Schwarzwasserfieber	5	5	5	.	.	5	.	5	.
4	Dysenterie	8	8	7	.	.	7	1	5	3
5	Gelenkrheumatismus	1	1	1	.	.	1	.	1	.
6	Alkoholismus	1	1	1	.	.	1	.	1	.
	Summe der Gruppe I	85	85	75	3	.	78	7	46	39
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
7	Akuter Bronchialkatarrh	4	4	4	.	.	4	.	.	4
	Summe der Gruppe III	4	4	4	.	.	4	.	.	4
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
8	Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	1	1	.	.	1	.	1	
9	Lymphgefäßentzündung	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe IV	2	2	2	.	.	2	.	1	1
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
10	Krankheiten der Kiefer und Zähne	2	2	2	.	.	2	.	.	2
11	Mandelentzündung	1	1	1	.	.	1	.	.	1
12	Magenkatarrh	7	7	7	.	.	7	.	1	6
13	Magenblutung	1	1	1	.	.	1	.	.	1
14	Darmkatarrh	7	7	7	.	.	7	.	1	6
15	Blinddarmentzündung	2	2	1	.	1	2	.	2	.
	Summe der Gruppe V	20	20	19	.	1	20	.	4	16

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt	
				geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).									
16	Harnröhrenkatarrh	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VI	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	VII. Venerische Krankheiten.									
17	Tripper	12	12	12	.	.	12	.	.	12
18	Schanker	3	3	3	.	.	3	.	.	3
19	Syphilis	5	5	.	.	.	.	5	1	4
	Summe der Gruppe VII	20	20	15	.	.	15	5	1	19
	VIII. Augenkrankheiten.									
20	Bindehautkatarrh	3	3	3	.	.	3	.	.	3
21	Fremdkörper im Auge . . .	1	1	1	.	.	1	.	1	.
	Summe der Gruppe VIII	4	4	4	.	.	4	.	1	3
	IX. Ohrenkrankheiten.									
22	Entzündung des äußeren Gehörganges	1	1	1	.	.	1	.	.	1
23	Mittelohrkatarrh	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe IX	2	2	2	.	.	2	.	.	2
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
24	Krätze	1	1	1	.	.	1	.	.	1
25	Zellgewebsentzündung . . .	2	2	2	.	.	2	.	.	2
26	Furunkel	2	2	2	.	.	2	.	.	2
27	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Summe der Gruppe X	5	5	5	.	.	5	.	.	5
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
28	Muskelrheumatismus . . .	7	7	7	.	.	7	.	1	6
	Summe der Gruppe XI	7	7	7	.	.	7	.	1	6
	XII. Mechanische Verletzungen.									
29	Wundlaufen	1	1	1	.	.	1	.	.	1
30	Bruch des Unterschenkels . .	1	1	.	1	.	1	.	1	.
31	Verstauchung der Gelenke der ob. Gliedmaßen	2	2	2	.	.	2	.	.	2
32	Schnittwunden	2	2	2	.	.	2	.	.	2

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandelt: im Krankenhaus	Behandelt: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
33	Riß- und Quetschwunden . .	1	1	1	.	.	1	.	.	1
34	Verbrennungen	2	2	2	.	.	2	.	.	2
	Summe der Gruppe XII	9	9	8	1	.	9	.	1	8
	XIII. Parasitäre Krankheiten.									
35.	Insektenstich	3	3	3	.	.	3	.	.	3
36	Sandflohgeschwüre	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XIII	4	4	4	.	.	4	.	.	4
	Gesamtsumme	163	163	146	4	1	151	12	55	108
	B. Farbige.									
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Pocken	2	2	2	.	.	2	.	2	.
2	Malariafieber	38	38	38	.	.	38	.	33	5
3	Ruhr	20	20	17	3	.	20	.	19	1
4	Gelenkrheumatismus	1	1	1	.	.	1	.	1	.
5	Framboesie	2	2	2	.	.	2	.	2	.
	Summe der Gruppe I	63	63	60	3	.	63	.	57	6
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
6	Bronchialkatarrh	82	82	75	4	.	79	3	33	49
	Summe der Gruppe III	82	82	75	4	.	79	3	33	49
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
7	Zahnkaries	6	6	6	.	.	6	.	1	5
8	Darmkatarrh	148	148	106	7	.	113	35	49	99
	Summe der Gruppe V	154	154	112	7	.	119	35	50	104
	VII. Venerische Krankheiten.									
9	Tripper	10	10	10	.	.	10	.	.	10
10	Schanker	10	10	10	.	.	10	.	.	10
11	Bubo	2	2	2	.	.	2	.	2	.
12	Syphilis	1	1	.	.	.	.	1	1	.
	Summe der Gruppe VII	23	23	22	.	.	22	1	3	20
	VIII. Augenkrankheiten.									
13	Augentripper	2	2	2	.	.	2	.	2	.
14	Bindehautkatarrh	14	14	14	.	.	14	.	.	14
15	Hornhautentzündung . . .	1	1	.	.	.	.	1	1	.
	Summe der Gruppe VIII	17	17	16	.	.	16	1	3	14

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt	
				geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	IX. Ohrenkrankheiten.									
16	Entzündung des äußeren Gehörgangs	2	2	2	.	.	2	.	.	2
17	Mittelohrkatarrh	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe IX	3	3	3	.	.	3	.	.	3
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
18	Krätze	20	20	20	.	.	20	.	15	5
19	Unterschenkelgeschwüre . .	132	132	128	.	.	128	4	55	77
20	Panaritium	1	1	1	.	.	1	.	.	1
21	Zellgewebsentzündung . . .	10	10	8	.	.	8	2	8	2
22	Furunkel	5	5	5	.	.	5	.	2	3
	Summe der Gruppe X	168	168	162	.	.	162	6	80	88
	XII. Mechanische Verletzungen.									
23	Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunden . .	8	8	8	.	.	8	.	4	4
24	Quetschung und Bruch der Hand	2	2	2	.	.	2	.	2	.
25	Bruch des Unterschenkels . .	3	3	1	2	.	3	.	3	.
26	Zerreißung des Unterschenkels	1	1	.	1	.	1	.	1	.
27	Bruch des Oberschenkels . .	1	1	1	.	.	1	.	1	.
28	Schnittwunden	11	11	11	.	.	11	.	.	11
29	Verstauchung des Handgelenks	1	1	1	.	.	1	.	1	.
30	„ „ Fußgelenks	1	1	1	.	.	1	.	1	.
31	Riß- und Quetschwunden . .	2	2	2	.	.	2	.	.	2
32	Verbrennung	8	8	6	2	.	8	.	8	.
	Summe der Gruppe XII	38	38	33	5	.	38	.	21	17
	XIII. Parasitäre Krankheiten.									
33	Wurmkrankheit	46	46	.	.	46	46	.	46	.
34	Elephantiasis	1	1	.	.	1	1	.	1	.
35	Sandflohgeschwüre	13	13	13	.	.	13	.	12	1
	Summe der Gruppe XIII	60	60	13	.	47	60	.	59	1
	Gesamtsumme	608	608	496	19	47	562	46	306	302

Die unter anderweitig angeführten Krankheiten (Nr. 33) sind dem Kaiserl. Bezirksamt Morogoro überwiesen, Nr. 34 ist entlaufen.

Anlage 21.

Krankenbericht der Missionsstation Ilembula

vom 14. November 1908 bis 1. April 1909.

Es kamen zur Behandlung folgende Fälle:

Influenza	29 Fälle	Framboesie	3 Fälle
Wunden	51 „	Ausschlag	23 „
Luftröhrenkatarrh	16 „	Darmkatarrh	59 „
Geschwollene Brüste	2 „	Geburtshilfe	2 „
Malaria tropica	15 „	Typhus	9 „
Fieber	40 „	Ohrenleiden	4 „
Bronchialkatarrh	16 „	Augenleiden	21 „
Mundfäule	7 „	Dysenterie	6 „
Zahnextraktionen	11 „	Herzerkrankungen	3 „
Rheumatismus	24 „	Epilepsie	7 „

Es sind im ganzen 339 Fälle zur Behandlung gekommen. Die Kranken wurden an 1214 Behandlungstagen behandelt. Mikroskopische sowie chemische und bakteriologische Untersuchungen wurden in diesem Zeitraum 100 vorgenommen.

Übersicht

über die von den Hebammenschwestern des Frauenvereins geleiteten Geburten.

1. April 1908 bis 31. März 1909.

Ort	Gesamtzahl der Hilfeleistungen	Von den Geburten betrafen		Von den Geburten waren			Von den lebendgeborenen Kindern waren		Von den Hilfeleistungen		Es wurden an Eingriffen vorgenommen						Von den Wöchnerinnen		
																		starben	
		Europäer	Farbige	Lebendgeburten	Totgeburten	Abort	männliche	weibliche	verliefen normal	erforderten Eingriffe	Credéscher Handgriff	Lösung der Nachgeburt	Dammnähte	Zangengeburten	Wendungen	Sonstige	erkrankten	Europäer	Farbige
Gouvernements-Krankenhaus Daressalam	2	1	1	1	.	1	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Ort Daressalam . .	40	8	32	36	.	4	20	16	Eingriffe verliefen in letzter Zeit normal früher im Berichtsjahr nicht notiert								.	.	2
Sonstige Orte des Schutzgebiets . . .	3	3	.	3	.	.	1	2	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Gouvernements-Krankenhaus Tanga	10	10	.	9	.	1	3	6	2	8	4	.	5	.	.	1	.	.	.

II. Kamerun.

A. Ärztlicher Teil.

I. Verteilung des Sanitätspersonals.

Das Medizinalwesen des Schutzgebietes gliedert sich in das der Zivilverwaltung angehörige und das der Kaiserlichen Schutztruppe.

Nach dem Etat standen zur Verfügung:

a) an Regierungsärzten: je 1 für Duala, Victoria, Kribi, Jaunde, Edea, Bamenda, Bare, Lolodorf, 1 als Reisearzt;

b) an Militärärzten: 1 Oberstabsarzt als Chefarzt, 6 Stabsärzte, 8 Oberärzte und außerdem 1 Oberarzt zur Jola-Croßschnellen-Grenzexpedition abkommandiert.

Von europäischem Personal wurden außerdem verwendet:

a) beim Zivilsanitätswesen: 2 Lazarettinspektoren, 1 Verwalter des Sanatoriums Suellaba, 3 Heilgehilfen, 5 Pflegeschwestern vom Deutschen Frauenverein vom Roten Kreuz für die Kolonien;

b) beim Militärsanitätswesen: 1 Sanitätsfeldwebel, 1 Sanitätsvizefeldwebel, 7 Sanitätssergeanten, 12 Sanitätsunteroffiziere.

An farbigem Personal waren außerdem vorhanden:

Vertragsmäßig angestellte Heilgehilfen: Davon für das Regierungs-Hospital in Duala 12, Victoria 5, Kribi 2, Jaunde 2, außerdem für die Stationen Lomie 2, Lolodorf 2, Jabassi 1, Edea 1, Buea 1.

Sanitätskolonnen waren errichtet für Duala, Victoria, Kribi und Jaunde.

Durch Beurlaubungen, Krankheiten, Vertretungen erfolgte ein häufiger Wechsel in der Besetzung der Stellen.

II. Krankenbewegung.

Im ganzen Schutzgebiet haben während des Berichtsjahres 5501 Personen, ausschl. der am Schlusse des Berichtsjahres in den Bezirken Lomie und Dume auftretenden Epidemien (Ruhr, Pocken) und ausschl. aller nicht in Regierungs-Hospitälern behandelten Angehörigen der Schutztruppe, ärztliche Hilfe nachgesucht. Davon waren 794 Europäer und 4707 Farbige. Der Krankendienst wurde in den Regierungs-Hospitälern Duala, Victoria, Kribi, den Stations-Krankenstuben und den öffentlichen Polikliniken ausgeübt.

Über ihre Tätigkeit berichten die einzelnen Anstalten folgendes:

III. Gouvernements-Krankenanstalten.

a. Regierungshospital Duala.

Europäer. Im Bestand waren am 1. April 1908 10 Europäer. Es gingen zu 212, so daß trotz weiterer Zunahme der weißen Bevölkerung im abgelaufenen Jahre eine entsprechende Steigerung der Krankheitsziffer (208 im vorigen Berichtsjahr) nicht zu verzeichnen ist. Vom Zugang entfallen auf die einzelnen Berufe:

Gouvernementsbeamte	46
Schutztruppenangehörige	13
Marineangehörige	9
Seeleute der Handelsmarine	16
Angestellte des Bahnbaus	49
Missionsmitglieder	2
Sonstige Privatleute (Kaufleute, Pflanzer usw.)	77

Eine wesentliche Veränderung in der prozentualen Beteiligung der einzelnen Berufe an der Krankenziffer ist gegen früher nicht zu beobachten.

Die einzelnen Monate beteiligen sich am Krankenzugang wie folgt:

April	16	Oktober	16
Mai	21	November	14
Juni	29	Dezember	20
Juli	20	Januar	14
August	13	Februar	10
September	17	März	22

Das Maximum mit 29 Zugängen entfällt demnach auf den Juni, das Minimum mit 10 auf den Februar. Der Märzmonat, die Höhe der heißen Zeit, der im vorigen Berichtsjahre sogar die meisten Zugänge lieferte, erscheint immerhin an 2. Stelle, während der früher überwiegende Einfluß der Regenzeit (in Gestalt der höchsten Zugangsziffern vom Juli bis Oktober) sich auch diesmal, wie schon in den letzten 3 Jahren, nicht mehr ausprägt.

Von den Zugängen wurden entlassen als geheilt 190, es starben 8; anderweitig gingen ab 15. Im Bestande verblieben am Schluß des Berichtsjahres 9.

Die Todesfälle waren bedingt: Einmal durch Typhus, einen Postbeamten treffend, der zur Ausführung von Arbeiten an einer Telegraphenleitung außerhalb Dualas im Waldgebiet arbeitete und dort erkrankte; dreimal durch Schwarzwasserfieber. Hiervon entfällt ein Fall auf einen beim Bahnbau Angestellten, zwei auf englische Kaufleute in Jabassi; einmal durch Lungenlähmung; zweimal durch Leberabszeß. Hieran ist ein Beamter aus Duala und ein Kaufmann aus Jabassi beteiligt; einmal durch Syphilis mit festgestellten Neubildungen am lymphatischen Apparat des Rachens, wobei nach Art des Verlaufs und Endes auch das Vorhandensein solcher im Kleinhirn angenommen wurde. Über diesen und die erwähnten Fälle finden sich unter den Besprechungen der einzelnen Krankheiten noch weitere Angaben.

Schließlich starb außerhalb des Regierungs-Hospitals, auf der Heimreise nach Deutschland in Lome, an Leberabszeß der Reg. Rat v. Brauchitsch, einer der ältesten Kameruner Beamten. Er hatte noch bei völligem Wohlbefinden Duala verlassen, jedoch auf der Fahrt Schmerzen in der Lebergegend bekommen, die sich rasch steigerten und ihn bewogen, in Lome das Regierungs-Hospital aufzusuchen. Die daselbst alsbald vorgenommene Operation vermochte den Tod infolge der in mehrfacher Zahl vorhandenen Abszesse nicht aufzuhalten. Der Verstorbene hatte nur einmal vor Jahren einen leichten Ruhranfall gehabt.

Auf Leberabszeß kommen demnach in Wirklichkeit 3 Todesfälle an Europäern im Berichtsjahre.

Auf den Ort Duala selbst entfällt nach obigem von den tödlich verlaufenen Erkrankungen der Fall an Lungenlähmung, 2 Fälle von Leberabszeß und der Fall von Syphilis.

Die Zahl der Behandlungstage im Hospital betrug 2860, die durchschnittliche Behandlungsdauer des einzelnen Krankheitsfalles rund 13 Tage, die tägliche Belegungsziffer 7, 8 Personen.

In der Poliklinik (Konsultationen bzw. ärztliche Besuche) wurden insgesamt 272 Europäer behandelt.

Farbige. Im Farbigen-Hospital waren zu Beginn des Berichtsjahres 54 Kranke im Bestand. Der Zugang betrug 1121, so daß im ganzen 1175 Kranke behandelt wurden. Hiervon gingen ab als geheilt 1009, anderweitig 35, es starben 71. Bestand blieben 60. Behandlungstage im Krankenhaus 19 562; auf den einzelnen Fall kommen 16,5 Behandlungstage. Tägliche Belegungsziffer 53,6 Kranke.

Die Poliklinik im Anschluß an den Betrieb des Eingeborenen-Hospitals erfreute sich eines äußerst regen Zuspruchs, auch aus weiter entlegenen Ortschaften des Hinterlandes. Die schwerer Erkrankten sowie die ein wissenschaftliches Interesse Bietenden wurden ins Hospital aufgenommen und sind in den folgenden Ausführungen mitbesprochen.

Die Verteilung der insgesamt Behandelten auf die einzelnen Krankheitsgruppen geht aus nachstehender Übersicht hervor:

Krankheit	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:				
Pocken	1	.	.	.
Windpocken	.	.	48	.
Rose	.	.	1	.
Unterleibstyphus	5	1	.	.
Malariafieber	81	.	58	3
Schwarzwasserfieber	23	3	.	.
Tuberkulose der Lungen	3	.	1	.

Krankheit	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
Ruhr	6	.	103	12
Akuter Gelenkrheumatismus	4	.	14	.
Chronischer Gelenkrheumatismus	.	.	2	.
Blutarmut	1	.	.	.
Skorbut	.	.	2	.
Vergiftung durch Alkohol	1	.	1	.
Vergiftung durch andere Gifte	1	.	.	.
Bösartige Geschwülste	.	.	1	.
Andere allgemeine Erkrankungen	1	.	55	8
Summe	127	4	286	23
II. Krankheiten des Nervensystems:				
Geisteskrankheiten	.	.	2	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nerven	.	.	3	.
Krankheiten des Gehirns	.	.	3	1
Gehirnerschütterung	1	.	1	.
Neurasthenie	7	.	.	.
Hysterie	.	.	3	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	1	.	.	.
Summe	9	.	12	1
III. Krankheiten der Atmungsorgane:				
Krankheiten der Nase usw.	.	.	2	.
Akuter Bronchialkatarrh	1	.	18	1
Akute Lungenentzündung	2	.	19	4
Brustfellentzündung	8	.	4	1
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	1	1	.	.
Summe	12	1	43	6
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe:				
Erkrankung der Herzklappen	1	.	2	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	.	2	.
Andere Herzkrankheiten	.	.	5	2
Pulsadergeschwulst	.	.	1	.
Hämorrhoiden	1	.	4	.
Blutaderentzündung	.	.	2	.
Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	1	.	3	.
Krankheiten der Lymphdrüsen	1	.	6	.
Kropfkrankheit	.	.	1	.
Perniciöse Anämie	1	.	5	1
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	.	1	1
Summe	5	.	32	4
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:				
Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	.	1	.
Mandelentzündung	.	.	2	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	.	4	.
Akuter Magenkatarrh	2	.	14	.
Akuter Darmkatarrh	7	.	48	5
Chronischer Darmkatarrh	.	.	1	.
Unterleibsbrüche	.	.	128	5

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
Eingeklemmte Brüche	.	.	10	5
Blinddarmentzündung	1	.	.	.
Bauchfellentzündung	.	.	4	3
Katarrhalische Gelbsucht	.	.	5	.
Krankheiten der Leber usw.	5	2	4	2
Eingeweidewürmer	1	.	26	5
Summe	16	2	247	25
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen):				
Akute und chronische Nierenentzündung	2	.	7	.
Andere Krankheiten der Nieren	2	.	2	1
Blasenkatarrh	3	.	1	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	.	5	1
Verengung der Harnröhre	.	.	2	.
Wasserbruch	.	.	12	.
Krampfaderbruch	.	.	1	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	1	.	3	.
Summe	8	.	33	2
VII. Venerische Krankheiten:				
Tripper	1	.	45	1
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	.	2	.
Weicher Schanker	1	.	7	.
Bubo	2	.	22	.
Syphilis	8	1	21	.
Summe	12	1	97	1
VIII. Augenkrankheiten:				
Krankheiten				
der Lider	.	.	2	.
der Bindehaut	1	.	8	.
der Hornhaut	.	.	8	.
der Regenbogenhaut	.	.	5	.
der Linse	.	.	5	.
Fehler des Brechungsvermögens	.	.	2	.
Andere Augenkrankheiten	.	.	7	.
Summe	1	.	37	.
IX. Ohrenkrankheiten:				
Krankheiten des äußeren Ohres	1	.	.	.
Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	.	7	.
Summe	1	.	7	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen:				
Krätze	1	.	1	.
Akute Hautkrankheit	.	.	9	.
Chronische Hautkrankheit	2	.	7	.
Chronische Unterschenkelgeschwüre	.	.	111	2

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
Panaritium	1	.	1	.
Zellgewebsentzündung	8	.	70	3
Furunkel	2	.	3	.
Gutartige Geschwülste	2	.	13	.
Andere Krankheiten der Gruppe X	.	.	7	.
Summe	16	.	222	5
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:				
Knochenhautentzündung	.	.	6	.
Mißbildung der Knochen	.	.	1	.
Akute Gelenkentzündung	1	.	12	.
Chronische Gelenkentzündung	.	.	2	.
Fußgeschwulst	.	.	1	.
Muskelrheumatismus	1	.	11	.
Andere Krankheiten der Muskeln	1	.	3	.
Krankheiten der Sehnen	.	.	2	.
Summe	3	.	38	.
XII. Mechanische Verletzungen:				
Quetschung der Weichteile ohne Wunde	.	.	24	.
Quetschung der inneren Organe	1	.	2	.
Knochenbruch				
des Unterarms	.	.	1	.
des Unterschenkels	1	.	1	.
des Oberschenkels	.	.	4	.
des Fußes	.	.	1	.
des Kopfes	1	.	.	.
des Schlüsselbeins	.	.	2	.
der Rippen	.	.	1	1
der Wirbelsäule	.	.	1	1
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	.	3	.
Schußverletzungen	.	.	3	.
Hieb- und Schnittwunden	.	.	8	.
Stichwunden	1	.	3	.
Riß- und Quetschwunden	.	.	9	.
Verbrennung	.	.	3	.
Andere Wunden und Verletzungen	1	.	4	.
Summe	6	.	70	2
XIII. Andere Krankheiten:				
Selbstmordversuch	.	.	1	.
Vorgetäuschte Krankheit	1	.	.	.
Allgemeine Körperschwäche	.	.	7	2
Altersschwäche	.	.	1	.
Summe	1	.	9	2
XIV. Zur Beobachtung	.	.	39	.
Summe	.	.	39	.

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
XV. Frauenleiden:				
Aborte	.	.	1	.
Eklampsie	.	.	1	.
Nabelschnurverschlingung	.	.	1	.
Myom des Uterus	1	.	.	.
Dysmennorrhoe	1	.	.	.
Geburt	1	.	.	.
Spätblutung post partum	1	.	.	.
Summe	4	.	3	.
Gesamtsumme	221	8	1175	71

b. Regierungshospital Victoria.

Europäer. Im Krankenhause zu Victoria wurden im Berichtsjahre einschließlich von 1 aus dem Vorjahre im Bestand gebliebenen Kranken 36 Europäer behandelt.

Geheilt wurden	25
anderweitig gingen ab	4
gestorben sind	3
im Bestand bleiben	4
	36

Die Zahl der Behandlungstage betrug 495, die Durchschnittsdauer der Krankenbehandlung somit 13,8 Tage pro Kopf.

Außerdem wurde poliklinische Hilfe mit insgesamt 445 Konsultationen bzw. Besuchen gewährt.

Farbige. Von Farbigen wurden einschließlich von 23 im Bestand gebliebenen 553 im Krankenhaus behandelt.

Die Zahl der Behandlungstage betrug 13051, die Durchschnittsdauer der Krankenhausbehandlung also 23,6 Tage pro Kopf.

Geheilt wurden	462
anderweitig gingen ab	22
gestorben sind	30
im Bestand bleiben	39
	553

Außerdem wurde poliklinische Hilfe mit 5282 Behandlungstagen gewährt.

Die Verteilung der Erkrankungen auf die einzelnen Krankheitsgruppen ist folgende:

Krankheit	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:				
Windpocken	.	.	125	.
Darmtyphus	.	.	4	3
Malaria	8	1	42	.
Schwarzwasserfieber	3	1	.	.
Tuberkulose der Lungen	.	.	1	.
Tuberkulose der Knochen	1	.	2	.
Tuberkulose anderer Organe	.	.	1	.
Akuter Gelenkrheumatismus	1	.	12	.
Dysenterie	.	.	38	13
Vergiftung	.	.	2	1
Lepra	.	.	14	.
Elephantiasis	.	.	4	2
Summe	13	2	245	19
II. Krankheiten des Nervensystems:				
Geisteskrankheit	2	.	.	.
Krämpfe	.	.	1	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nerven	.	.	2	.
Krankheit des Gehirns	.	.	2	1
Gehirnerschütterung	.	.	1	1
Summe	2	.	6	2
III. Krankheiten der Atmungsorgane:				
Akuter Bronchialkatarrh	.	.	8	.
Akute Lungenentzündung	.	.	32	4
Brustfellentzündung	1	.	4	.
Summe	1	.	44	4
IV. Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe:				
Verletzung der Blutgefäße	1	1	.	.
Erkrankungen der Herzklappen	.	.	2	.
Hämorrhoiden	.	.	2	.
Krankheiten der Lymphdrüsen	.	.	3	.
Summe	1	1	7	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:				
Zahnkrankheiten	.	.	5	.
Akuter Magenkatarrh	2	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	.	25	.
Chronischer Darmkatarrh	.	.	6	.
Unterleibsbrüche	.	.	15	3
Eingeklemmte Brüche	.	.	4	.
Krankheit der Leber	1	.	1	.
Mastdarmfistel	2	.	.	.
Summe	5	.	56	3

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen):				
Nierenentzündung	.	.	3	2
Blasenkatarrh	1	.	2	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	.	10	.
Verengung der Harnröhre	.	.	1	.
Wasserbruch	.	.	3	.
Krankheit der Harnröhre	.	.	3	.
Summe	1	.	22	2
VII. Venerische Krankheiten:				
Tripper	2	.	27	.
Hoden und Nebenhodenentzündung	.	.	1	.
Weicher Schanker	.	.	1	.
Bubo	1	.	8	.
Syphilis	1	.	18	.
Summe	4	.	55	.
VIII. Augenkrankheiten:				
Krankheit				
der Lider	.	.	2	.
der Bindehaut	.	.	2	.
der Augenmuskeln	.	.	1	.
der Hornhaut	.	.	1	.
Altersstaar	.	.	1	.
Andere Augenkrankheiten	.	.	1	.
Summe	.	.	8	.
IX. Ohrenkrankheiten:				
Krankheiten des mittleren Ohres	.	.	2	.
Summe	.	.	2	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckung:				
Akuter Hautausschlag	1	.	2	.
Chronischer Hautausschlag	.	.	1	.
Chronisches Unterschenkelgeschwür	.	.	29	.
Furunkel	1	.	.	.
Zellgewebsentzündung	5	.	21	.
Gutartige Geschwülste	1	.	4	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	.	1	.
Summe	8	.	58	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:				
Knochenentzündung	.	.	1	.
Akute Gelenkentzündung	.	.	7	.
Plattfüßigkeit	.	.	1	.
Schleimbeutelentzündung	.	.	1	.
Summe	.	.	10	.

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
XII. Mechanische Verletzungen:				
Quetschung der Weichteile	1	.	.	.
Äußere Verletzung	.	.	7	.
Bruch				
des Oberarms	.	.	3	.
der Hand	.	.	1	.
des Oberschenkels	.	.	1	.
des Schlüsselbeins	.	.	1	.
der Wirbelsäule	.	.	1	.
Hieb- und Schnittwunden	.	.	7	.
Riß- und Quetschwunden	.	.	2	.
Bißwunden	.	.	2	.
Summe	1	.	25	.
XIII. Andere Krankheiten:				
Allgemeine Körperschwäche	.	.	2	.
Summe	.	.	2	.
XIV. Zur Beobachtung:				
Auf Dysenterie	.	.	5	.
Auf Geisteskrankheit	.	.	1	.
Auf Nierenentzündung	.	.	1	.
Summe	.	.	7	.
XV. Frauenleiden:				
Entbindungen	.	.	6	.
Summe	.	.	6	.
Gesamtsumme	36	3	553	30

c. Regierungshospital zu Kribi.

Europäer. Das Krankenhaus wurde am 18. Oktober 1908 zum erstenmal belegt. Die geringe Belegungsziffer erklärt sich daraus, daß die Einrichtung des neuerbauten Hospitals noch keine vollständige war. Dieser Umstand veranlaßte manche Europäer, das Hospital in Duala aufzusuchen bzw. sich in leichteren Fällen in der Wohnung behandeln zu lassen.

Zur Behandlung kamen 120 Kranke, davon

wurden geheilt	81
anderweitig gingen ab	38
im Bestand bleibt	1
	120

Dem Beruf nach waren:
55 Beamte,
53 Kaufleute,
12 Missionsangehörige.

Die Zugänge verteilten sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April	12	Oktober	9
Mai	9	November	6
Juni	4	Dezember	11
Juli	9	Januar	16
August	14	Februar	9
September	14	März	7

Die Summe der Behandlungstage beträgt 1330, also 11,8 durchschnittlich für den Einzelnen.

Außerhalb ärztlicher Behandlung starben im Bezirk 2 Europäer, 1 an Schlaganfall, 1 wahrscheinlich an Schwarzwasserfieber.

Farbige. Im Bestand waren 11 Kranke, in Zugang kamen 126, im ganzen behandelt wurden 137. Sämtliche waren in Lazarettbehandlung mit 4875 Behandlungstagen. Es starben 9, geheilt wurden 84, anderweitig in Abgang kamen 29 und 15 blieben im Bestand. Die durchschnittliche Behandlungsdauer pro Kopf betrug also 35,6 Tage.

Die Verteilung auf die einzelnen Krankheitsgruppen geht aus nachstehender Übersicht hervor:

Krankheit	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:				
Pocken	.	.	1	.
Windpocken	.	.	1	.
Malaria	43	.	1	.
Schwarzwasserfieber	5	.	.	.
Tuberkulose der Lungen	1	.	1	1
Ruhr	2	.	43	2
Akuter Gelenkrheumatismus	.	.	2	.
Blutarmut	1	.	.	.
Wurstvergiftung	2	.	.	.
Schlangenbiß	.	.	1	.
Summe	54	.	50	3
II. Krankheiten des Nervensystems:				
Radialislähmung	1	.	.	.
Neurasthenie	1	.	.	.
Beri-Beri	.	.	3	.
Summe	2	.	3	.

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
III. Krankheiten der Atmungsorgane:				
Akuter Bronchialkatarrh	.	.	5	.
Akute Lungenentzündung	.	.	6	2
Summe	.	.	11	2
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe:				
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.	.	.
Hämorrhoiden	1	.	.	.
Summe	2	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:				
Krankheiten der Zähne	5	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	2	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	2	.	5	.
Unterleibsbrüche	.	.	15	.
Eingekl. Brüche	.	.	3	3
Summe	9	.	23	3
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. venerisch):				
Blasenkatarrh	.	.	1	.
Summe	.	.	1	.
VII. Venerische Krankheiten:				
Tripper	11	.	1	.
Bubo	3	.	2	.
Syphilis	8	.	1	.
Summe	22	.	4	.
IX. Ohrenkrankheiten:				
Krankheiten des äußeren Ohres	4	.	.	.
Summe	4	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckung:				
Krätze	1	.	.	.
Panaritium	2	.	.	.
Akute Hautkrankheit	.	.	1	.
Chronische Unterschenkelgeschwüre	.	.	22	.
Zellgewebsentzündung	3	.	.	.
Furunkel	8	.	.	.
Gutartige Geschwülste	.	.	2	.
Ringwurm	2	.	.	.
Summe	16	.	25	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:				
Muskelrheumatismus	5	.	.	.
Summe	5	.	.	.

Krankheit	Europäer: es wurden behandelt	Europäer: davon starben	Farbige: es wurden behandelt	Farbige: davon starben
XII. Mechanische Verletzungen:				
Quetschung der Weichteile	1	.	2	.
Bruch				
des Fingers	.	.	1	.
des Oberschenkels	.	.	2	.
des Unterschenkels	.	.	2	.
des Unterkiefers	.	.	1	.
der Rippen	.	.	1	.
der Wirbelsäule	.	.	1	1
Verbrennung	.	.	1	.
Quetschwunden	2	.	1	.
Summe	3	.	12	1
XIII. Andere Krankheiten:				
Filaria	1	.	.	.
Elephantiasis	.	.	6	.
Summe	1	.	6	.
XIV. Zur Beobachtung	.	.	1	.
Summe	.	.	1	.
XV. Frauenleiden:				
Geburt	2	.	.	.
Eklampsie	.	.	1	.
Summe	2	.	1	.
Gesamtsumme	120	.	137	9

d. Sanatorium Suellaba.

Das Sanatorium beherbergte im Berichtsjahre 46 Pensionäre mit zusammen 505 Verpflegungstagen. Durchschnittlich waren demnach 1,4 Personen täglich zu verpflegen. Das Sanatorium erfreut sich steigender Beliebtheit; auch der vorübergehende Besuch der Anstalt bei Ausflügen, Bootspartien usw. hat zugenommen. Einen äußerst günstigen Einfluß auf den Stoffwechsel übt die in Suellaba stets herrschende Seebrise aus, ebenso die gern benutzte Gelegenheit, Seebäder zu nehmen.

Die Erträgnisse der Fischerei und des Gartens waren gute.

Der Gesundheitszustand des Viehes war gleichfalls ein befriedigender.

IV. Beschreibung der Gouvernements-Krankenanstalten.

(Siehe Medizinal-Bericht 1907/08.)

a. Für Europäer.

Das Regierungs-Hospital in Duala hat durch einen bereits vollendeten Anbau eine bedeutende Erweiterung erfahren. Es wird dadurch der zu erwartenden erhöhten Patientenzahl in den nächsten Jahren Aufnahme gewährt werden können. Der Anbau nimmt das Bureau, die Apotheke, je einen Raum für Sammlungen und für das patholog.-anatomische und bakteriologische Laboratorium sowie die Wohnungen für 2 Verwaltungsbeamte im Erdgeschoß, 5 Wohnzimmer für die Schwestern nebst Bade- und Klosettzimmer im oberen Stockwerk auf.

Dadurch wird das alte Hospitalgebäude, abgesehen von dem Laboratorium, dem Sprechzimmer für den Regierungsarzt, 1 Zimmer für die Bibliothek, 1 Zimmer für die Wäschebestände und das Tischgerät (zugleich Speisezimmer der Schwestern) für die Unterbringung von Kranken frei, so daß nach vollständiger Ausstattung der Räume 30 Kranke untergebracht werden können.

b. Krankenanstalten für Eingeborene.

1. Garua.

Das Lazarett der Residentur Garua ist ein Ziegelbau mit Grasdach, errichtet 1906.

Der Operationsraum hat Zementfußboden. Die Wände sind mit weißer Ölfarbe gestrichen. Die Zimmerdecke besteht aus einigen aneinandergeknüpften Matten. Dieser Raum hat 2 Glasfenster.

Ein besonderes Untersuchungszimmer besteht nicht. Im Operationsraum muß daher auch der Revierdienst abgehalten werden.

Die Apotheke ist in einem kleinen Raume daneben untergebracht. Da dieses Zimmer nicht hinreichte, mußte die bisherige Krankenstube für Weiber aufgegeben und dieser Raum als Apotheke hergerichtet werden.

Der jetzt zur Verfügung stehende einzige Krankenraum enthält 7 Betten. Er ist luftig und kühl.

Für Pockenfälle oder Verdächtige ist außerhalb der Station eine eingezäunte Fenz mit 2 Rundhütten errichtet.

Da das Hospital nicht genügt, ist ein Neubau geplant.

2. Kusseri.

Das Hospital liegt an der Nordwestecke des Forts Kusseri an der tiefsten Stelle der Station.

Als Hospital dient bis auf weiteres folgendes Gebäude:

Hauslänge	20,85 m
Hausbreite	5,00 „
Mauerhöhe	2,50 „
First	4,10 „

Mauer aus Luftziegeln hergestellt.
Mauerdicke in 1 m Höhe etwa 60 cm.

An der Südseite befindet sich eine Veranda. Auf 1,60 m von der Hausmauer entfernten Delebpalmen ruhen wagerechte Stämme aus Delebpalmen in 2,10 m Höhe. Zu diesen sind mit etwa 20 cm Fall von der Hausmauer aus Knüppel gestreckt, worauf Strohmatten und eine etwa 10 cm mächtige Lehmlage geschichtet ist. Der Boden ist etwa 30 cm höher als die Umgebung.

In der Hausmitte ruht der durch Palmen hergestellte First auf 6 Palmenstämmen in Höhe von etwa 4 m. Vom First sind in etwa 40 cm Abstand nach Nord und Süd kräftige Knüppel auf die Hausmauer gestreckt, die untereinander durch wagerechte Knüppel verbunden sind und auf der Mauer durch etwas kräftigere längsverlaufende ruhen. Letztere sind dann nachträglich in Lehm eingemauert. Die Verbindung von den Kreuzpunkten ist durch Eingeborenenstricke hergestellt. Auf dieses Gitterwerk sind Matten gebunden, darauf Stroh geschüttet und darüber nochmals zum Festhalten vom First nach Nord und Süd Knüppel gestreckt.

Die Mauern sind innen und außen mit Kalk geweißt.

Das Haus besteht aus 3 nicht miteinander verbundenen Räumen.

1. Ein Raum dient als Bureau-, Apotheken-, Laboratoriums-, Vorrats-, Akten- und Bibliotheksraum, 7,65/3,85 m mit Zimmerdecke: Auf 2 querliegenden männlichen Delebpalmen lagern kräftige etwa 2 bis 3 m lange Knüppel in 3 bis 5 cm Abstand, darauf Strohmatten und Stroh.
2. Mittelraum 7,25/3,85 dient als Revierstube.
3. Raum als Krankenzimmer 3,40/3,85 m.

In Raum 1 und 2 je 2, in Raum 3 1 Fenster an der Nordseite, in Raum 1 und 2 noch je 1 Fenster an der Südseite.

Sämtliche Einrichtungsgegenstände sind hier kunstlos aus Kistenbrettern und Knüppeln angefertigt. Die Medikamente sind auf einem dreibordigen Regal, getrennt in innere und äußere, offen aufgestellt. Die Verbandmittel sind, soweit möglich, in den vorhandenen Blechkoffern, sonst offen auf einem Regal untergebracht.

3. Banyo.

Das Stationslazarett, ein 20 m langes, 4 m breites Lehmhaus mit Strohdach in der Südwestecke des Stationshofes gelegen, enthält neben 2 Stuben, die als Apotheke, Bureau und Behandlungsraum dienen, 2 getrennte Krankenstuben. Diese sind 5×4 m groß, 6 m hoch, kühl und luftig, besitzen verglaste Fenster und je eine verschließbare Tür. Zur Lagerung dienen die landesüblichen Bettgestelle, 40 cm hohe, 1 m breite, 2 m lange Rohr- und Binsengeflechte, deren Erneuerung keine wesentlichen Kosten verursacht. Ein Küchengebäude befindet sich neben dem Lazarett. Ein massiver Neubau ist für das kommende Jahr in Aussicht genommen.

4. Bamenda.

Das Hospital für Farbige ist ein Bau aus Palmengewächs und Lehmbewurf an der Außenseite. Das Dach besteht aus Wellblech, der Boden aus Sand. Das Haus hat 3 große Räume und 2 kleine. Die 3 großen Räume sind die Apotheke, der Operationsraum und der Krankenraum für Männer mit 8 bis 10 Betten. Größe jedes Raumes etwa 27 qm.

Jeder Raum hat 1 Fenster, der Operationsraum hat 2 Fenster. Im Raum für Männer bestehen sie aus 4 Scheiben von der Größe etwa einer photographischen Platte 13×18, die in einem Brett eingelassen sind. Die beiden kleinen Räume sind der Krankenraum für Frauen mit 2 Betten (hat kein Glasfenster) und der Raum für den diensttuenden Sanitätssoldaten. Größe jedes Raumes 8 qm.

Die Betten sind Buschbetten, gezimmert aus Kistenbrettern oder Bambus auf in den Boden gerammten Holzstützen.

Im Operationsraum befinden sich: 1 Waschtisch, 1 großer und 2 kleine Tische und 1 Schrank.

In der Apotheke befinden sich: 3 alte Schränke und Regale zum Aufbewahren der Medikamente.

Da ein Zwischendach im Hospital fehlt, ist es enorm heiß, wenn die Sonne auf das Wellblech scheint.

Die Station hat sich entschlossen, während der nächsten Trockenzeit einen geräumigen Neubau aus Ziegeln mit gutem Fußboden herzustellen.

5. Dschang.

Das hiesige Farbigen-Hospital ist eine Wellblechbaracke von 11,80 m Länge, 5,80 m Breite und 2,50 m Höhe. Dieselbe ist in 3 Räume geteilt: Krankenraum, Verband- resp. Operationsraum und Apotheke. Der Boden sämtlicher Räume ist zementiert. Die Decke ebenso wie die Innen- und Zwischenwände bestehen aus Matten, die von gespalteten Palmrippen geflochten sind, da die nötigen Bretter zur Verschalung nicht vorhanden waren. Der Krankenraum ist ein einfensteriger, mit 2 Türen versehener Raum von 5,30 m Länge, 3,90 m Breite und 5,50 m Höhe. Die eine Tür führt in den Operationsraum, die andere geht direkt nach außen und ermöglicht so das Betreten des Krankenraumes ohne Benutzung des Operationszimmers. Als Lager für die Kranken dienen Buschbetten aus Palmenrippen hergestellt. Es lassen sich ungefähr 10 Betten dieser Art in dem Raume aufstellen. Der Operationsraum, zwischen Krankenraum und Apotheke gelegen, ist 5,50 m lang, 3,70 m breit und 2,50 m hoch. Seine Beleuchtung erhält er durch 3 Fenster. Außer der Tür zum Krankenraum besitzt er noch einen besonderen Zugang von außen, während eine dritte Tür in die Apotheke führt. Letztere ist 5,50 m lang, 3,80 m breit und 2,50 m hoch und empfängt ihr Licht durch 2 Fenster. Die Medikamente sind auf Holzregalen und in kleinen, aus Lastenkisten hergestellten Schränkchen untergebracht. Dem farbigen Sanitätspersonal dient ein Buschhaus in nächster Nähe als Unterkunft. Ein zweiter Raum in diesem Buschhaus dient als Küche für die Kranken. Im Bedarfsfall wird derselbe ebenfalls mit Kranken belegt. Die Gesamtanlage des Lazaretts hat sich als zu klein erwiesen; aus diesem Grund ist ein Erweiterungsbau aus gebrannten Ziegelsteinen für die nächste Trockenzeit geplant.

6. Bascho.

Das Hospital, ein geräumiges Lehmhaus, besteht aus 3 Abteilen, von denen 2 zur Aufnahme der Kranken bestimmt sind. In dem größten Raume können 6, in dem kleinen 3 Kranke Aufnahme finden. Der dritte dient als Verband- und Operationsraum.

Die Apotheke ist in einem kleinen Raume eines dem Hospital gegenüberliegenden Europäerhauses untergebracht.

7. Dume.

An Stelle des alten Hospitals errichtete die Station Anfang dieses Jahres ein neues Haus zur Unterbringung von kranken Farbigen. 600 bis 800 m von der Station entfernt, am Weg nach Bertua gelegen, bietet es auch für Schwerkranke eine ruhige Unterkunft. Das Haus ist aus Buschmaterial erbaut. Das Dach ist mit Palmblattmatten gedeckt; die Wände bestehen aus Holzfachwerk, das mit Lehm beworfen ist; im Innern sind sie mit Baumrinde bekleidet. Die Front (die Hauptfront ist nach Westen gelegen) hat eine Ausdehnung von 26 m, die Tiefe beträgt 6 m, die Höhe bis zum Giebel ebenfalls 6 m. Um das ganze Gebäude geht eine Veranda in einer Breite von 2 m. Das Hospital enthält 5 gutgelüftete Räume, alle annähernd gleich groß. Sie werden folgendermaßen benutzt: 1 Stube als Verband- und Operationsraum; 1 Stube für innerlich und

Geschlechtskranke; 1 Stube für äußerliche Kranke, beide nur für Männer; 1 Stube für Weiber; 1 Stube als Apotheke und Mikroskopieraum. (Die Akten sind in der Arztwohnung untergebracht.)

Sämtliche Räume sind mit je einer großen verschließbaren Tür versehen, die Verbandstube ist mit der für äußerlich Kranke durch eine Zwischentür verbunden. Alle Räume haben 2 verschließbare Fensteröffnungen; die Böden sind mit Lehm gestrichen. In den Krankenstuben stehen je 8 Bettgestelle (aus Bambus), doch können in Notfällen noch einige Kranke mehr gelegt werden.

Anschließend an dieses Hauptgebäude befinden sich die Abortanlagen und ein Stall für Versuchstiere. 100 m nach rechts seitlich und vorwärts befindet sich das Haus für das farbige Personal, bestehend aus Küche und 2 Stuben. Das ganze Anwesen ist durch einen Zaun eingegrenzt und hat genügend Gartenland zur Beschäftigung der Leichtkranken.

600 m nördlich von diesem allgemeinen Hospital befindet sich das neuerrichtete Isolierlazarett. Es ist nicht so fest gebaut wie das erstere, da es mit Rücksicht auf die Pockengefahr in einigen Tagen errichtet werden mußte. Es ist 17 m lang, 6 m tief, 5 m hoch und hat nach Südwesten eine 1½ m breite Veranda. Es besteht aus 3 luftigen Räumen, die gleich groß sind: 2 für Kranke; das 3. ist zweigeteilt für die Unterbringung nötigster Arznei- und Verbandmittel und als Aufenthaltsort für das wachhabende Personal. Dieses Haus ist nur mit Türen versehen, hat keine Fenster, um die Bewachung der Kranken zu erleichtern. Hinter dem Haus befindet sich ein Abort für die Kranken und getrennt davon einer für das Personal.

Es ist beabsichtigt, dieses Haus nach Erlöschen der Pockenepidemie zu verbrennen und an seiner Stelle ein neues für ansteckende Krankheiten überhaupt zu errichten.

8. Lomie.

Das hiesige Lazarett für Farbige besteht aus einem 5 Räume umfassenden Gebäude. Diese Räume finden folgende Verwendung: einer als Krankenraum, einer als Operationsraum, einer als Apotheke, und 2 Räume dienen als Wohnung des farbigen Pflegepersonals.

Das Lazarett hat einen Flächeninhalt von 140 qm. Die Wände bestehen aus doppelten Lagen getrockneter Baumrinde, deren Außenseiten Lehmbewurf und Kalkanstrich haben.

Das Dach ist mit Matten aus Palmenblättern gedeckt.

Der Krankenraum enthält 9 aus Bambus gefertigte Krankenbetten. Sämtliche Räume haben 3 bis 4 etwa 1 qm große Fensteröffnungen, die durch Holzklappen geschlossen werden können.

Der Operationsraum erhält durch eine nach Osten offene 2,70 m breite und bis zum Dachstuhl reichende Toröffnung reichlich Licht. In der Mitte dieses Raumes befindet sich der Operationstisch.

Die Apotheke ist reichlich mit Regalen und Schränken zum Aufbewahren der Arzneien, Gummigegenstände, sowie der ärztlichen Instrumente und Geräte versehen.

Die Räume für die Heilgehilfen können mit 3 bis 6 Mann belegt werden.

7 m westlich des Lazaretts befindet sich eine 35 qm große Krankenküche.

120 m westlich ein 55 qm großes Isolierhaus für Geschlechtskranke und Rekonvaleszenten nach Ruhr und anderen gemeingefährlichen Krankheiten. Dieses Isolierhaus hat 3 Krankenräume mit 12 Betten. Eine besondere Küche und ein Abort sind in der Nähe.

100 m westlich des Lazaretts ist eine 12 qm große Leichenhalle erbaut, die einen Seziertisch und einige kleine Schränke enthält.

Weitere 160 m nach Westen befindet sich ein zweites 40,5 qm großes Isolierhaus für Ruhr-, Pocken- usw. Kranke.

Die Bauart ist dieselbe wie beim Lazarett, nur haben die übrigen Gebäude keinen Lehmbewurf und Kalkanstrich an den Außenwänden.

Die gesamte Lazarettanlage ist von umfangreichen Bataten- und Kassadafarmen umgeben. Sie liegt etwa 200 m von der Station entfernt.

9. Ebolova.

Auf der Station befinden sich an Krankenstuben für Eingeborene 3 Stuben zu 2, 4 und 6 Betten. Außerdem sind auf Stationsgebiet 2 Eingeborenenhäuser vorhanden, die als Isolierhäuser erbaut sind und bis 20 Kranke aufnehmen können. Sie werden als Unterkunftshäuser für schwere Framboesie-Fälle und Geschlechtskranke benutzt.

Der Neubau wurde am 1. September 1908 bezogen und enthält Apotheke, Mikroskopierzimmer (gleichzeitig Bureau), Operationszimmer, Revierzimmer, Warte- bzw. Untersuchungszimmer, 3 Krankenzimmer zu je 2, 4 und 6 Betten, Baderaum und Abort. Unmittelbar anschließend sind Küche und Wohnraum für das Personal. Das Haus ist aus gebrannten Ziegeln und Wellblech erbaut, eine 2 m breite Veranda läuft an der Westfront entlang. Sämtliche Fußböden sind zementiert.

10. Lolodorf.

Die Unterkunft etwaiger Kranker, deren Zugang wegen der naheliegenden amerikanischen Mission, in der ständig schon seit langer Zeit ein Arzt stationiert ist, sehr gering ist, erfolgt in dem dazu hergerichteten Vorraum des Gefängnisses.

Für etwa aufzunehmende Isolierkranke wurde anfangs Januar 1909 eine große Hütte etwa 600 m abseits des Postens erbaut, in welcher bequem 15 Kranke Unterkunft finden.

11. Soppo.

Das hiesige Hospital für Farbige ist eine Wellblechbaracke auf Steinsockel, die bei einer Länge von 16 m, einer Breite von 7½ m und einer Giebelhöhe von 5 m in drei durch Wellblechwände getrennte Räume geteilt ist. Der mittlere Raum (8 × 7,5 m) dient als Krankenstube und ist mit 9 Betten (aus Holz hergestellt) belegt; außerdem ist in diesen Raum an einer Seite ein Wellblechverschlag mit verschließbarer Tür eingebaut, der bei einer Ausmessung von 3½ × 2½ m mit 2 Betten belegt ist und als Isolierraum für Schwerkranke usw. dient. Der Krankenraum erhält sein Licht von der einen Seite durch 4, von der andern durch 2 mit Läden versehene Öffnungen in der Wellblechwand. Der Isolierraum hat neben einem solchen Laden noch ein Glasfenster. Zu beiden Seiten dieses Mittelraumes sind die zwei anderen Räume in gleicher Ausmessung (4 × 7,5 m) durch je eine Tür mit dem Krankenraum verbunden. Derjenige an der Nordseite der Baracke wird durch einen nach außen gehenden Flur in 2 durch Wellblech getrennte Isolierabteilungen geteilt, die zur Zeit als Wohnräume für das farbige Sanitätspersonal dienen. Der diesem gegenüberliegende Raum, an der Südseite der Baracke, ist der Operationsraum, der mit Holzverschalung und einer gut verschalten Decke versehen ist; durch 4 Glasfenster erhält er von drei Seiten aus reichlich Licht; je eine verschließbare Tür führt auf der einen Seite in den Krankenraum, auf der anderen Seite (Giebelseite) ins Freie. Ungefähr ein Drittel des Operationsraums ist durch ein verschließbares Gitter abgeteilt. Darin befindet sich ein Glasschrank für die zum täglichen Revierdienst benötigten Instrumente, Arznei- und Verbandmittel, 2 Regale für die Akten und ein Schreibtisch. Gleichzeitig dient dieser Raum als Mikroskopierraum.

Der Fußboden ist in sämtlichen Räumen zementiert. Die Lazarettbaracke hat Anschluß an die Wasserleitung in Soppo. Die Umgebung der Baracke, die ungefähr 300 m von dem Kasernement entfernt liegt, ist

ansteigendes, mit Gras bewachsenes Gelände und frei von stehenden Gewässern oder Sümpfen.

Die nicht zum täglichen Gebrauch benötigten Instrumente, Arzneien und Verbandmittel usw. sind im Kasernement in einem hierfür bestimmten Raum untergebracht.

12. Buea.

Das Farbigen-Hospital in Buea wurde im Anfang des Jahres 1906 erbaut. Es besteht aus 1 Hauptgebäude, 1 Dysenteriebaracke, 1 Isolierhaus für Pockenkranke, 1 Küchengebäude und ist an die allgemeine Wasserleitung angeschlossen.

Das Hauptgebäude besitzt 2 Eingänge, einen für die Kranken und einen zur Wohnung des farbigen Heilgehilfen. Es enthält 1 großen Raum mit 10 Pritschenlagerstätten für Kranke, 1 Baderaum, 1 Klosett mit Wasserspülung, 1 Operationsraum, welcher zugleich für die Unterbringung der täglich zu brauchenden Arzneimittel dient und für den Notfall noch 5 Lagerstätten besitzt, sowie die aus 2 Abteilungen bestehende Wohnung des farbigen Heilgehilfen. Der große Raum ist durch einen guten Rundofen heizbar und erhält sein Licht durch 4 Glasfenster, die anderen durch je 1 solches.

Die Dysenteriebaracke liegt etwa 20 m vom Hauptgebäude entfernt, ist 8,50 × 5,50 m groß, in der Mitte durch eine Zwischenwand geteilt und besitzt je 1 Eingang an den kurzen Seiten. Von den dadurch entstehenden Räumen ist der eine für Männer, der andere für Frauen bestimmt. Jeder Raum enthält je 6 Pritschenlagerstätten und 1 Klosett, sowie 2 Fenster.

Das Küchengebäude ist aus Balken und Wellblech errichtet und liegt zwischen Hauptgebäude und Dysenteriebaracke.

Das Isolierhaus für Pockenkranke ist etwa 2000 m abseits vom Hospital, etwa 300 m rechts von der Straße nach dem Dorfe Buea zu erbaut und ebenfalls aus Balken und Wellblech hergestellt. Es ist zur Unterbringung von etwa 18 Kranken geeignet.

Das Sockelmauerwerk beider Gebäude ist aus Bruchstein in Zementmörtel hergestellt. Der Fußboden aus Zement. Die Pritschen bestehen aus 3 cm starken Brettern mit Untergestell. Das Wellblech der Umfassung, der Zwischenwände und des Daches ist mit Kalkmilch gestrichen.

13. Kribi.

Das Farbigen-Hospital ist ein Gebäude aus Wellblech mit Zementsockel. Der Fußboden ist in sämtlichen Räumen aus Zement.

Es ist ein langgestrecktes Gebäude, das 3 Räume enthält sowie eine Vorhalle. In der Mitte des Gebäudes liegt das Operationszimmer. Die Vorhalle davor dient zum Teil als Warte-, zum Teil als Verbandraum, in dem die Poliklinik abgehalten wird. Im Operationsraum sind noch die notwendigsten Medikamente untergebracht. Rechts und links vom Operationsraum, durch Türen mit ihm verbunden, befindet sich je 1 Krankensaal mit 14 bzw. 12 Betten. In dem einen Saal werden die ansteckenden Krankheiten untergebracht.

Zu dem Hospital gehören 2 Nebengebäude, ebenfalls aus Wellblech mit Zementsockel gebaut. In diesen 2 Nebengebäuden ist untergebracht: Klosett, Sektionsraum, Desinfektionsraum, 1 Krankenzimmer für Frauen, dann Küche und Raum für Krankenwärter.

Die Lage des Farbigen-Hospitals ist hygienisch einwandsfrei. Es liegt am Nordende von Kribi, etwa 1 km von der Küste entfernt, etwas über 1000 m vom Buschrand. Das nächste Gebäude, das Europäer-Hospital, liegt etwa 300 m davon weg, und zwar so, daß die stets wehende Seebrise vom Weißen-Hospital zum Farbigen-Hospital geht. Im Radius von 500 m liegt kein Europäerhaus.

14. Duala.

I. Farbigen-Hospital der Basler Mission.

Der Hospitalbetrieb wird durch einen Arzt versehen. Die Räumlichkeiten setzen sich aus einem Zementhaus für 32 Patienten und einem Wellblechhaus (für ansteckende Kranke) für 8 Patienten zusammen. Neben dem Zementhaus befindet sich das Heilgehilfenhaus. Auf demselben Areal ist die Küche und der Abort.

Täglich wird Poliklinik abgehalten. Zu diesem Zwecke ist eine Wartehalle errichtet. Das Untersuchungs- und Operationszimmer befindet sich im Arzthause, ebenso 1 Zimmer zur Aufnahme von 1 bis 2 erkrankten Europäern. An das Arzthaus schließt sich die Apotheke an.

II. Farbigen-Hospital der Eisenbahnbaugesellschaft.

Für die farbigen Arbeiter der Manenguba-Bahn sind zur Zeit 2 Hospitäler im Betrieb, 1 in Bonaberi, 1 in Nlohe, 113 km von Bonaberi. Ein drittes in Duala für die Mittellandbahn befindet sich noch im Bau. Bis zur Vollendung des letzteren dient ein provisorisches Hospital in Duala.

Die beiden Bahnhospitäler in Bonaberi und Nlohe enthalten jedes 120 Betten. Das Hospital in Bonaberi besteht aus einer Reihe von Holzhäusern mit Wellblech bedeckt und mit der genügenden Zahl Fenster versehen.

Die Trennung der Kranken in innere, äußere, Dysenteriekranke, sonstige Infektiöse ist in beiden Hospitälern streng durchgeführt. Das Hospital in Nlohe besteht aus ebenfalls mit Fenstern versehenen Mattenhäusern. Ein weiteres Buschhospital für die Manenguba-Bahn, ebenfalls für etwa 120 Kranke eingerichtet und ähnlich gebaut wie dies in Nlohe, befand sich 80 km entfernt von Bonaberi in Balapa, ging aber später mit dem Fortschreiten des Bahnbaus ein.

In den Eisenbahn-Hospitälern wirken 1, zeitweise 2 Bahnärzte mit 3 bzw. 4 europäischen Heilgehilfen.

III. Regierungs-Farbigen-Hospital.

Das Farbigen-Hospital ist in nächster Nähe des Europäer-Hospitals gelegen. Es ist einstöckig, massiv gebaut, mit Wellblechbedachung versehen, und enthält in der Mitte eine offene Halle, die als Aufnahmeraum dient und das Hospital in zwei Teile, einen östlichen und einen westlichen Flügel teilt. Neben dem Operationssaal befinden sich im östlichen Flügel ein Krankenzimmer mit 5 Betten für weibliche Patienten, sowie zwei andere Zimmer zur Aufnahme von 5 und 6 Kranken. In den beiden letztgenannten Zimmern werden die äußerlich Kranken, vorzugsweise die Operierten, untergebracht. Der westliche Flügel enthält ein großes Krankenzimmer mit 14, ein kleineres mit 5 und ein weiteres mit 4 Betten. Jeder Flügel besitzt eigene Klosetträume, der westliche außerdem 2 Badezimmer.

An das Hospital reihen sich ein kleineres und ein großes Wellblechhaus, die Wohnungen des farbigen Pflegepersonals enthaltend, an. In dem größeren Gebäude sind außerdem die Küche für das Farbigen-Hospital, der Desinfektionsapparat, der Proviantraum und die Kohlenvorräte, die Wäscherei und die Baderäume für das Personal, untergebracht. Ein kleineres Wellblechhaus beherbergt die Tischlerei.

Räumlich getrennt von der ersten Anlage sind 2 Isolierhäuser für ansteckende Kranke mit je 2 Räumen, 7 Betten, Klosett und Baderaum errichtet. Ein drittes Häuschen enthält Wohnungen für 1 farbigen Heilgehilfen und 2 Krankenwärter (vgl. Abb. 25 auf Tafel VII).

Tafel VII. Bild 25.

15. Victoria.

Die Hospitalanlage für Farbige in Victoria ist während der drei Jahre 1906 bis 1908 nach Maßgabe der verfügbaren Mittel nach und nach

entstanden und entspricht in ihrem jetzigen Zustande den Bedürfnissen des Ortes. Sie liegt auf demselben hügeligen Areale wie der Pavillon für Europäer, etwa 60 m von ihm entfernt und besteht aus 4 einzelnen Gebäuden. Der Hauptbau ist über 22 m lang und 5½ m breit, auf einem massiven Untergrunde aus Wellblech mit Holzverschalung gebaut; der Fußboden ist zementiert. Der größte Teil dieses Gebäudes wird von einem gemeinsamen, 15 m langen Krankensaale eingenommen, der 29 Patienten Platz bietet. 16 mit Drahtgaze gegen Moskitos gesicherte hohe Fensteröffnungen schaffen in ihm reichlich Zugang für Licht und Luft; gegen Regengüsse sind sie durch Holzläden verschließbar. Die Ventilation des großen Raumes wird weiterhin noch dadurch begünstigt, daß er ohne eine Zimmerdecke sich in freier Kommunikation bis zum 9 m hohen Dachfirst erstreckt und seine Wände außer mit Fenstern noch mit zahlreichen anderen, 5 m über dem Fußboden angebrachten, moskitogesicherten Durchbrechungen ausgestattet sind. Leider wird die Drahtgaze teils aus Unachtsamkeit, teils aus Spielerei, teils aus Unverstand häufig von den Eingeborenen durchstoßen, so daß es fraglich ist, ob sie in Zukunft beibehalten werden kann. Die zu beiden Seiten eines Mittelganges aufgestellten Betten sind 2 m lang, 1 m breit und aus Holz angefertigt; ihre einzelnen Bestandteile können zur Reinigung oder Desinfektion leicht auseinandergenommen werden. Jeder Kranke bekommt während seines Aufenthaltes 2 wollene Decken. An diesen Hauptraum schließt sich an ein kleines Zimmer, mit Platz zur Unterbringung von 3 bis 4 weiblichen Kranken; an dieses der Raum für die allmorgendlich abzuhaltende Konsultations- und Verbandstunde für Farbige. Er ist an die Wasserleitung und das Telephonnetz Victorias angeschlossen und enthält außer den nötigsten Medikamenten und Verbandmitteln für den täglichen Bedarf der Ambulanz einen einfachen Operationstisch. Kleine Chirurgie und septische Eingriffe an Farbigen werden hier erledigt, während alle größeren Operationen, namentlich alle aseptischen, im Operationsraum des Europäerhospitals ausgeführt werden. Weiterhin enthält das Hauptgebäude als 4. Raum ein kleineres Zimmer (2 Betten) für besser situierte Farbige und als 5. ein Wohngemach für einen farbigen Heilgehilfen.

Auf der Rückseite dieses Hauptgebäudes, parallel zu ihm in Entfernung von 8 m, ist ebenfalls aus Wellblech auf massivem zementierten Untergrunde ein Nebengebäude errichtet, in dem außer 4 Wohnräumen für farbiges Hilfspersonal die geräumige Küche des Farbigen-Hospitals untergebracht ist.

Seitlich von ihm aufgeführt enthält ein weiteres Nebengebäude 2 Klosetts mit Wasserspülung, 1 Bade- und Doucheraum für die Patienten, sowie 1 Raum für den Desinfektionsapparat des Hospitals.

50 m abseits von diesem Komplex liegt als 4. Bestandteil der Hospitalanlage die Isolierbaracke, die zum Unterschiede von den drei übrigen ganz massiv gebaut ist und in einem großen Zimmer Platz für 6 bis 8 Kranke bietet. Außerdem enthält sie Wasch- und Klosettraum mit Wasserspülung. Meistens ist sie mit Dysenteriekranken belegt.

Rings um die gesamte Lazarettanlage erstreckt sich ein großer Garten, der in der Nähe der Gebäude Rasenflächen mit Ziersträuchern und Blumenbeeten aufweist, während in seinem übrigen Teile alle hier gedeihenden europäischen Gemüsearten (Gurken, Kohlrabi, Radies, Rettig, Bohnen, Karotten, Tomaten, Salat usw.) neben einheimischen Früchten in reicher Menge auf dem fruchtbaren Boden gebaut werden.

V. Statistik.

Das Auftreten der einzelnen im Schutzgebiet unter der Zivil- und Militärbevölkerung beobachteten Erkrankungen sowie Zahl und Art der Todesfälle unter den Europäern erläutern die beigefügten Nachweisungen.

Anlage 1. Jahresnachweisung der erkrankten Europäer im Schutzgebiet. Anlage 1. Seite 241.
Anlage 2. Jahresnachweisung der erkrankten Farbigen im Schutzgebiet. Anlage 2. Seite 245.
Anlage 3. Nachweisung über die im Jahre 1908/09 verstorbenen Europäer. Anlage 3. Seite 251.
Anlage 4. Entwurf über die Dichtigkeit der Bevölkerung Kameruns. Anlage 4. Seite 252.
Anlage 5. Verbreitung der Malaria in Kamerun. Anlage 5. Seite 253.
Anlage 6. Verbreitung der Trypanosomen-Erkrankungen der Tiere in Kamerun. Anlage 6. Seite 254.

VI. Kasuistik.

1. Pocken.

Während des verflossenen Jahres sind die Pocken an vielen Stellen Südkameruns aufgetreten. Die meisten Opfer forderten sie in Ostkamerun im Dume-Bezirk, in dem sie seit Jahren an den verschiedensten Stellen endemisch sind. Trotz Schutzpockenimpfung ist dort eine Abnahme nicht erfolgt. Verschiedene Pockenherde wurden in unmittelbarer Nähe der Station festgestellt und im Januar kam ein Pockenfall auf der Station selbst vor. Vor allem häuften sie sich in der Landschaft Meusime. Diese ist reich bevölkert, ungemein fruchtbar und wildreich; die Gummiproduktion ist eine enorme.

Zur Bekämpfung der Pocken unternahm der Regierungsarzt von Jaunde drei große Reisen:

1. auf die große Handelsstraße von Jaunde über Joko bis Ngilla (18 Tage lang),
2. ostwärts in den Akonolinga-Bezirk und die beiden Ufer des Mittel-Njong (40 Tage),
3. in den Dume-Bezirk am oberen Njong in die Grenzgebiete von Kongo (französisch), (97 Tage).

Später lösten ihn 2 andere Ärzte ab. Die Pockendörfer liegen nordwestlich von Njongelong: Es waren etwa 5 am Pfad und mehrere im Busch. Es wurde nun nach Kräften von Arm zu Arm geimpft und versucht, die Epidemie möglichst rasch zu bekämpfen. Wieviel Opfer der Seuche erlegen sind, läßt sich nicht schätzen. Es gelang jedoch schließlich, eine Weiterverbreitung zu verhüten.

Eine allgemeine Schutzpockenimpfung hier im Innern scheitert an den wilden Verhältnissen einer kaum erschlossenen Gegend; die Impfung muß sich auf den Durchgangsverkehr der Stationen beschränken und auf einige, besonders gefährliche Gebiete. Eine allgemeine Durchimpfung der Bevölkerung ist zur Zeit nicht durchführbar.

Weiter wird aus L o m i e berichtet: „In Bemanja erforderten die Pocken im Mai und Juni einige Opfer, eine Verbreitung auf andere Ortschaften hat nicht stattgefunden und Erkrankungen sind am Orte selbst nicht mehr vorgekommen. Von den Erkrankten ist ein Fall bemerkenswert; ein Kind von 3 Jahren, bei welchem sich beim Ab-

heilen der Pocken an Füßen, Unter- und Oberschenkel und am Kopfe Geschwüre bildeten. Ihre Form und ihr Aussehen war derartig, daß sie die ganze Tiefe der Haut und des Unterhautbindegewebes durchbohrten, wenig absonderten und ganz glatte, kaum entzündlich aussehende, unterminierte Ränder besaßen, so, als wenn sie mit einem Locheisen durch die Haut geschlagen wären. Vielleicht spielte eine heriditäre Lues dabei eine Rolle.

Bei der Epidemie selbst war eine Erkrankungsziffer von etwa 50 % und eine Sterblichkeit von 20 % der Erkrankten zu verzeichnen. Zur Bekämpfung wurde der Posten Abong-Mbang angewiesen, an Ort und Stelle und in Ober-Njong bekannt zu geben, daß innerhalb der nächsten 2 Monate aus Bemanja keine Eingeborenen zu Arbeitsdiensten herangezogen und keine Verpflegungsmittel geholt werden dürften. Außerdem durften nicht vor Ablauf zweier Monate die provisorischen Hütten, in denen die Eingeborenen zur Zeit dort untergebracht waren, abgebrannt werden; die Eingeborenen selbst wurden zur Errichtung eines neuen Dorfes an der Hauptstraße angehalten. Es sind im ganzen 2083 Impfungen gemacht worden. Auffallend war, daß sich in fast allen Dörfern verhältnismäßig wenig Einwohner trotz der ihnen bekannten Gefahr der Pocken und Nützlichkeit der Impfung zum Impfen stellten; besonders fehlten die Männer und jungen Weiber."

Einzelne Pockenerkrankungen, ohne daß es zu Epidemien kam, wurden auf verschiedenen Stationen beobachtet, und zwar in Garua 7 ohne Todesfall, in Kribi ein leichter Fall, in Buea 2 Fälle, darunter einer mit tödlichem Ausgang.

Eine Pocken-Erkrankung, und zwar die einzige bei einem Europäer trat in Duala bei einem, seit seiner Jugend nicht mehr geimpften Schachtmeister der Maneuguba-Bahn auf. Die Ansteckung ist anscheinend auf der Strecke erfolgt. Durch Vornahme der notwendigen Schutzimpfungen wurde eine weitere Verbreitung der Krankheit verhindert.

Bekämpfung der Pocken.

Zur Bekämpfung der Pocken soll nach der durch Amtsblatt Nr. 7 vom 1. 4. 09, 2. Jahrgang veröffentlichte Impfverordnung eine Durchimpfung des ganzen Schutzgebietes, soweit möglich, stattfinden:

Sie beginnt im Laufe des Jahres 1909. Da der Impfschutz in den Tropen erfahrungsgemäß kürzere Zeit anhält als in der gemäßigten Zone, ist bestimmt, die Durchimpfung alle 5 Jahre, von 1909 ab gerechnet, zu wiederholen. Naturgemäß ergeben sich aber in Kamerun, bei der Verschiedenartigkeit der Völker und ihrer Sitten, sowie infolge der Unwegsamkeit des Urwaldgebiets und der Scheu der Eingeborenen, die größten Schwierigkeiten. Diese werden noch dadurch erhöht, daß ganz enorme Mengen Lymphe gebraucht werden, um die Impfungen von Arm zu Arm, die bei der großen Verbreitung von Aussatz und Syphilis nicht unbedenklich ist und nur bei Pockengefahr angewendet zu werden pflegt, zu vermeiden. Eine Anfrage bei den verschiedenen Innenstationen ergab, daß in vielen Bezirken eine sorgfältige Durchimpfung der Eingeborenen noch nicht möglich sein wird.

Lymphgewinnung.

Eine der Hauptaufgaben im nächsten Berichtsjahr wird es sein, das Schutzgebiet mit möglichst viel sicher wirkender Lymphe zu versorgen: Der Bezug der Lymphe aus Deutschland kommt nur für das Küstengebiet in Frage. Erfahrungsgemäß ist es außerordentlich schwierig, in den feuchten Boxen die deutsche Lymphe lange Zeit wirksam zu erhalten. Trotz der größten Bemühungen erlischt ihre Wirksamkeit auf dem Transport meist nach 5 bis 8 Wochen oder noch früher. Infolgedessen wurden die schon im vorigen Berichtsjahr angefangenen Versuche mit Trocken- oder Lanolinlymphe fortgesetzt, leider mit keinem Erfolg auf den Innenstationen (Dume, Lomie, Garua) und nur mit geringem Erfolg in Soppo (Küstenstation). Für längere Transporte werden demnach auch diese Lympharten nicht in Frage kommen.

Anders liegt es mit der Lymphgewinnung im Lande selbst: Die in den Vorjahren gemachten Versuche wurden an allen Orten, in denen Viehbestand vorhanden ist, trotz mannigfacher Fehlschläge energisch wiederholt und dazu neue Lymphgewinnungsbestecke angeschafft. Zugleich wurden die Versuche durch die neue Impfverordnung in einheitliche Bahnen gelenkt. So ist es denn mit großer Freude zu begrüßen, daß die Versuche am Ende des Berichtsjahres vielfach von Erfolg gekrönt waren.

2. Windpocken.

Vereinzelte Fälle von Windpocken kamen fast im ganzen Schutzgebiet vor. So traten z. B. in Garua 2 Erkrankungen auf, ebenso 1 Fall bei der Jola-Großschnellen-Grenzexpedition.

Der Regierungsarzt von Victoria berichtet: „Windpocken sind hier endemisch. Epidemisches Auftreten wurde nur unter den Regierungsschülern beobachtet. Die Kranken wurden in einem besonderen Raum des Hospitals abgesondert. Eine vorübergehend vorgenommene Isolierung auf der Insel Mondoleh wurde aufgegeben, da ein Kontakt zwischen Leprösen und Windpockenkranken trotz Aufsicht nicht zu vermeiden ist."

Von Victoria gelangten sie, wie es bei dem regen Verkehr nicht zu vermeiden war, nach Buea. Auch hier wurden die Fälle isoliert und sämtlich geheilt. Die Erkrankungen waren durchweg leicht und gutartig.

Endlich kamen in Duala, nachdem „das erste Berichtshalbjahr hiervon völlig freigeblieben war, im 3. Quartal 9, im 4. 36 in Zugang. Bei Abschluß des Berichts dauert die Epidemie, welche sich über das ganze Küstengebiet Kameruns erstreckt, noch fort. Die Zahlen der Aufgenommenen geben von der Verbreitung kein Bild, da die Eingeborenen die Krankheit von den echten Pocken sicher unterscheiden und deshalb nur in geringer Anzahl das Krankenhaus aufsuchen. Alle Fälle verliefen ohne ernstere Erscheinungen."

3. Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung (Mumps).

„Im März 09 trat eine geringfügige Mumpsepidemie unter den Schülern der Regierungsschule in Garua auf.

Auch in Banyo wurden 2 Fälle beobachtet."

4. Unterleibstyphus.

„Von 5 Fällen, die bei Europäern in Duala beobachtet wurden, wurden 4 geheilt; 1 ist gestorben. Die Ansteckung war wohl außerhalb Dualas erfolgt; in 3 Fällen, worunter der ungünstig verlaufene, im Gebiet der durch den Urwaldgürtel gelegten Bahnlinie bzw. im Waldhinterland Dualas, die anderen im Anfange der Manenguba-Bahn.

In Victoria gingen zu Anfang des Berichtsjahres noch 4 Fälle bei Eingeborenen zu. Seitdem ist die Epidemie als erloschen anzusehen."

5. Malaria.

Wie in jedem bisherigen Berichtsjahr hat auch in diesem wieder die Malaria die größte Zahl der Erkrankungen unter den Europäern hervorgerufen. Die einzelnen Stationen berichten:

Regierungshospital D u a l a :

„81 Zugänge mit 79 Heilungen, 1 anderweitig Abgegangenen, 1 im Bestand Verbleibenden, gleich 38,2 % der Gesamtkrankenziffer. (Im Vorjahre 74, gleich 34,7 %. Die geringe Zunahme dürfte durch die Vermehrung der weißen Bevölkerung ohne weiteres zu erklären sein.) Von den Zugängen sind 39 Neuerkrankungen, 43 Rückfälle. Bei den meisten Patienten war es mindestens sehr wahrscheinlich, daß sie unregelmäßig oder in zu kleinen Dosen Chinin prophylaktisch genommen hatten. Viele Kranke gestanden das selbst zu; darunter einer, der schon mehrfach Fieber außerhalb ärztlicher Behandlung durchgemacht hatte. Einer hatte überhaupt noch kein Chinin genommen. In einer ganzen Reihe von Fällen war die Ansteckung mit ziemlicher Sicherheit als außerhalb Dualas erfolgt anzusehen.

Bei den meisten Kranken wurden die Tropica-Parasiten im Blut gefunden; bei einigen gelang der Nachweis des Erregers nicht. Der klinische Verlauf war kompliziert in einem Falle, in dem schon mehrere Fieber vorausgegangen waren, mit Skorbut, in einem anderen mit Nierenentzündung. Zu erwähnen wäre ferner noch ein Kranker, bei welchem das Auftreten von Husten die ersten Fiebererscheinungen begleitete, sowie schließlich ein solcher, der sein Fieber nach einer Zahnextraktion bekam. Ein Beweis, wie geringfügig die äußeren Anlässe bzw. Eingriffe sein können, die bei dazu Disponierten einen »traumatischen« Malaria-Anfall auszulösen vermögen.

Hinsichtlich der Malaria der Farbigen sind neue Beobachtungen nicht gemacht. Im Berichtsjahre betrug der Zugang 58, meist nicht in Duala geborene Neger. Parasiten konnten in den wenigsten Fällen aufgefunden werden. Bei den in poliklinischer Behandlung befindlichen Negerkindern wurde neben Tropica auch Quartana nachgewiesen.

Es zeigte sich aufs neue die alte Erfahrung bestätigt, daß in Duala während des ganzen Jahres Neuinfektionen vorkommen können, am wenigsten während der Trockenzeit, und daß die Recidive sich ziemlich gleichmäßig über das ganze Jahr verbreiten, während die Schwarzwasserfieber ebenfalls relativ am seltensten während der Trockenzeit sich einstellen.

Therapeutisch ist zu bemerken, daß Fluorescin-Natrium (Aberck) in 2prozentiger Lösung und in 3 bis 4 täglichen Dosen von je 20 bis 30 ccm eine allmählich abtötende Wirkung auf die Schizonten der Malaria perniciosa ausübt:

Man konnte deutlich sehen, wie der Rand des blauen Plasmaringes des Parasiten unter der Einwirkung dieser Therapie ein zerfranstes Aussehen gewann, wie es auch bei der Chinin-Therapie beobachtet wird. Ziemann fand aber diese Therapie unwirksam bei schweren Erstlings-Perniciosafiebern, wo unter allen Umständen die hier schon seit vielen Jahren eingeführten intramuskulären Chinin-Injektionen den Vorzug verdienen. Überhaupt wurde dem Versuche mit Fluorescin-Natrium mehr wissenschaftliches als praktisches Interesse gewidmet, und es bleibt die altbewährte Chinin-Therapie bis auf weiteres vorzuziehen.

Übersicht der Malaria-Zugänge in Duala für die Zeit von 1902 bis 1909.

Jahr	Im ganzen behandelt	Davon Malaria-Zugänge	Prozentsatz
1902/03	187	83	44,4
1903/04	185	85	53,6
1904/05	163	83	50,9
1905/06	151	68	45,0
1906/07	185	89	48,1
1907/08	213	74	34,7
1908/09	221	81	38,2

Was den persönlichen Malariaschutz des einzelnen Europäers betrifft, so stand auch in diesem Jahre noch, obwohl die Erkenntnis von der Notwendigkeit des Baues moskitosicherer Häuser oder wenigstens Räume, unzweifelhaft in immer weitere Kreise dringt, die Chinin-Prophylaxe an erster Stelle. Von ihren zahlreichen Formen wird die von Ziemann angegebene (mit ihren Modifikationen) jetzt wohl in der ganzen Kolonie nahezu ausschließlich geübt und hat sich nach wie vor sehr gut bewährt. Im übrigen gingen die Assanierungsarbeiten ihren Gang gleichmäßig weiter. Eine starke Hilfe ist den hierauf gerichteten Bestrebungen, besonders der Mückenbekämpfung, durch die Aufnahme der Arbeiten an der Mittellandbahn Duala—Widimenge geworden, deren Ausgangsbahnhof in die Bonapriso-Schlucht zu liegen kommt. Schon jetzt ist einfach im Verlauf der notwendigen

Planierungsarbeiten für das Bahnhofsgebäude ein Teil der dortigen kleinen und größeren Tümpel und Wasserläufe beseitigt, und noch vor Ablauf des nächsten Berichtsjahres wird durch Entwässerung und Ausschüttung dieser ganze, dem Europäerviertel jetzt noch am nächsten gelegene mückenausbrütende Sumpf vollständig verschwunden sein.

Gefördert, wenn auch noch nicht vollständig erreicht, ist weiterhin die Trennung der Eingeborenen- von den Europäer-Wohnungen.

Die Sanitätskolonne begeht, wie in den früheren Jahren, regelmäßig jede Woche das Europäerviertel und seine nähere Umgebung, um vorgefundene Wasseransammlungen zu vernichten bzw., soweit dies nicht möglich, sie zu saprolisieren."

Regierungshospital Kribi:

„Von den 43 Zugängen waren 35 Recidive und 8 Neuerkrankungen. Es handelte sich ausschließlich um Malaria tropica. Malaria-Parasiten konnten in 4 Fällen nicht nachgewiesen werden. Soweit die Kranken in ihren Wohnungen behandelt wurden, wurde Chinin in großen Dosen (1,0) gegeben, im Hospital wurden kleine (5 mal 0,2 oder 4 mal 0,25) vorgezogen. Chinin-Injektionen (Chinin bimur. 1,1 in die Gesäßmuskeln bis zu 2,2 an einem Tage) wurden gegeben, wenn Chinin per os nicht wirkte. Irgendwelche Beschwerden nach den Injektionen — bis zu 7 — wurden nicht beobachtet.

Zur Nachkur wurde Chinin in Dosen zu 1,0 g verordnet und zwar so, daß nach 2 Chinintagen eine sich jedesmal um 1 Tag verlängernde Pause eintrat bis zur Höchstpause von 4 Tagen; dann folgte die 4tägige 1,0 g Prophylaxe.

Chinin-Prophylaxe wird fast allgemein geübt, jedoch in den verschiedensten Variationen. Alte Afrikaner und auch Neulinge glauben oft kein Chinin nötig zu haben. Die Strafe bleibt aber selten aus.

Die 4tägige Prophylaxe hat sich hier bewährt. Personen, welche bei 1,0 an einem Tag zu große Beschwerden hatten, wurde jeden 3. und 4. Tag je 0,5 Chinin empfohlen.

Bei einem der behandelten Fälle (Nichtprophylaktiker) ist zu bemerken, daß während des Fieberanfalles Symptome von Angina pectoris auftraten. Nach dem Fieberanfalle zeigte das Herz wieder normale Verhältnisse."

Regierungshospital Victoria:

„1 Malariakranker starb. Es war ein am Wegebau beschäftigter technischer Beamter, der schon tagelang im Busch mit hohem Fieber gelegen hatte und bei seiner Einlieferung ins Hospital trotz geringen Fiebers Symptome von Herzschwäche und Inanitionsdelirien zeigte. Er war Alkoholiker und hatte nach Mitteilung des ihn ablösenden Europäers in den letzten Tagen nichts mehr gegessen, wohl aber hier und da ein Glas Rum getrunken. Er verschied am 2. Tag an einem Anfall von Herzschwäche, bei dem auch hohe Dosen von Digalen wirkungslos waren.

Bei den Eingeborenen kommt Malaria das ganze Jahr zur Beobachtung. Auffallend groß ist die Zahl der malariakranken Kinder. Meist werden sie mit Klagen über Leibschmerzen in die Poliklinik gebracht. Die Untersuchung ergibt fast immer erhebliche Milz-

schwellung; in einzelnen Fällen reichte der Milztumor fast bis zum oberen Beckenrand. Systematische Behandlung mit Chinin und Euchinin, je nach dem Alter verschiedene Dosenarten, brachte immer Heilung und Zurückgehen der Milzschwellung. Große Sterblichkeit konnte nicht beobachtet werden."

Lomie: „Unter Malaria haben die Europäer des Bezirks verhältnismäßig viel zu leiden. Bei einem Teil mögen es wohl nur Rückfälle einer früher erworbenen Malaria gewesen sein, während ein anderer Teil die Malaria sich hier frisch zugezogen hat. Die Eingeborenen scheinen sehr wenig unter Fieber zu leiden. Auch sind Anophelesarten selten zu finden. Das häufige Vorkommen von Malaria bei den Europäern, wenn man von einigen ganz ungünstig liegenden Orten absieht, liegt einmal an der meist unhygienischen Bauart der Häuser (zu niedrig, nicht genügend freistehend und zu wenig für Licht und Luft zugängig), dann aber auch an unsolider Lebensweise, besonders dem starken Zuspruch geistiger Getränke. Als beste Behandlungsweise hat sich das Chinin, in refracta dosi gegeben, erwiesen. Es ist mikroskopisch nur Malaria tropica festgestellt worden."

Ebolova: „Von den Formen der Malaria war die tropische die weitaus vorherrschende, daneben kam Tertiana zur Beobachtung, während Quartana nicht festgestellt wurde. Eine mit Sicherheit auf der Station Ebolova erworbene Malaria wurde nicht beobachtet. Die Erkrankungen unter der europäischen Bevölkerung hatten mit Ausnahme eines Falles einen durchaus gutartigen, leichten Verlauf. Die eine Ausnahme betraf einen Patienten, der sich durch unsinnige Lebensweise und Nichtbefolgung von Ratschlägen den tödlichen Ausgang seiner Malaria selbst zuzuschreiben hatte. Nicht einmal zur Benutzung eines Moskitonetzes war er zu bewegen gewesen.

Bei den Eingeborenen wurde eine Reihe recht schwerer Malariafälle beobachtet. Mehrfach kamen Milztumoren vor, die handbreit unter den Nabel und bis mehrere Querfinger rechts von der Mittellinie des Bauches ragten. Malaria-Kachexie wurde gleichfalls beobachtet. Ein besonders interessanter Fall bot folgende Erscheinungen:

Punktförmige Trübungen des Glaskörpers des einen Auges, allmählich zunehmende Herabsetzung des Sehvermögens, Rötung und Verwaschensein der beiden Pupillen, Lichtscheu, vorübergehendes Ödem der Haut beider Augenlider, des Supraorbital-Randes und der Wangen, leicht schmerzhaftes pustulöses Exanthem beider Wangen, Schläfen- und Stirngegend, das nach 2 Tagen wieder schwand. Malaria wurde in sämtlichen Formen der Tropica im Blut reichlich gefunden."

Jaunde: „Unter den Beamten, insbesondere Unterbeamten, hat die Malaria mehr oder weniger geherrscht: die meisten führen Chinin-Prophylaxe streng durch; beklagenswert ist aber, daß die Beamten größtenteils keine brauchbaren Moskitonetze haben. Ein solches ist ebenso unentbehrlich wie Chinin."

Dschang: „Sämtliche 21 Fälle (Eingeborene) waren Neuerkrankungen. In 7 Fällen konnten Parasiten (Tropicaringe) nach-

gewiesen werden. Einer starb am Tage seiner Einlieferung, ein anderer nach 4 Tagen infolge Herzschwäche und allgemeiner Erschöpfung."

Jola-Großschnellen-Grenz-Expedition: „Im Bascho-Gebiet fanden sich von 50 Kindern 15 mit Malaria tropica infiziert, von 100 Erwachsenen 3."

Malariabekämpfung.

Die vom Regierungsarzt Dr. Liebl in Anecho (Togo) gemachten Erfahrungen von Moskitolarven fressenden Fischen könnte auch hier angewendet werden: Die Besorgung der Fische wäre sehr einfach und es würden sich Versuche lohnen. Sicherlich gibt es auch in den Flüssen und Lagunen Kameruns eine Anzahl solcher oder ähnlicher Fische. Aber in Kamerun müßten die Versuche von vornherein mit noch ungleich mehr Skepsis betrachtet werden. Wenn auch ohne Zweifel — wie in Hamburg im Tropeninstitut seit Jahren gelehrt wird — feststeht, daß Wasserfässer, Bassins, kleine wohlbegrenzte Tümpel und Teiche mit ziemlicher Sicherheit auf diesem Wege mückenfrei zu halten sind, so ist es doch völlig ausgeschlossen, die in der Regenzeit entstehenden Pfützen im Urwald mit Fischen zu besetzen.

Wir kämen ebenso wie Dr. Liebl zu dem Schluß: „daß in biologischen Dingen nichts leichter ist, Theorien auf Grund einiger Beobachtungen und Versuche in vitro aufzustellen, und nichts schwieriger, als solche Theorien, so falsch sie sein mögen, wieder zu beseitigen." Wir müssen uns eben in dem feuchtwarmen und überaus regenreichem Tropenklima an der Küste Kameruns mit der altbewährten Praxis begnügen und 1. mit Hilfe von Sanierungen, 2. mit mechanischem Schutze und 3. mit Chinin-Prophylaxe uns nach Möglichkeit gegen Malaria wehren.

Mit großem Bedenken sind die seit Jahren aufgestellten Tabellen über Chinin-Prophylaxe zu betrachten: Sie sind dazu bestimmt, statistisch festzustellen, wie weit eine streng durchgeführte Chinin-Prophylaxe gegen Malaria schützt und welchen Einfluß sie auf die Schwere der Fieber hat. Es ist daher üblich, daß über sämtliche Schutztruppenangehörige und teilweise auch über die Beamten vor Antritt ihres Heimatsurlaubs eine solche Tabelle angefertigt wird. Es liegen z. B. in diesem Jahre 48 Tabellen vor. Es ergibt sich jedoch die Tatsache, daß von 43 angeblich regelmäßigen Prophylaktikern nur 8 von Malaria verschont blieben und die 35 anderen 1 bis 8mal Anfälle, und teilweise recht schwere, durchmachten.

Die Chinin-Prophylaxe hätte also in 18,6 % Erfolg und in 81,4 % Nichterfolg gehabt. Dem ist jedoch in Wirklichkeit nicht so: Der Arzt kann an sich selbst und bei einwandfreien Chinin-Prophylaktikern seiner Umgebung stets feststellen, daß tatsächlich die Prophylaxe vor Erkrankungen, mindestens vor schwerer Erkrankung, schützt, zugleich kann er aber oft die Erfahrung machen, daß die Angaben über regelmäßige Chinin-Prophylaxe mit großer Vorsicht

aufzunehmen sind. Gar mancher der Prophylaktiker glaubt „regelmäßiger Prophylaktiker“ zu sein, auch wenn er mehrmals die Chinin-Einnahme „vergessen“ hat. Die Folgen davon sind Fieberanfälle und eine durch seine unbewußt falsche Angabe unmöglich richtige Statistik über Chinin-Prophylaxe.

6. Schwarzwasserfieber.

Von den insgesamt zugegangenen 31 Schwarzwasserfieberfällen sind 4 gestorben.

Im einzelnen ist zu erwähnen:

Im Regierungs-Hospital Duala waren zu Beginn des Berichtsjahres 2 Fälle im Bestand. Es gingen zu 21; 9 im ersten, 6 im zweiten, 1 im dritten, 5 im vierten Berichtsvierteljahr. Insgesamt sind demnach 23 Schwarzwasserfieberfälle behandelt worden; davon 3 mit tödlichem Ausgang = 13,6 % (wie im Vorjahre).

In fast allen Fällen war Malaria, auch Schwarzwasser, z. T. mehrfach, vorausgegangen; nur bei einem Kranken angeblich keines von beiden. Regelmäßige Chinin-Prophylaxe gaben 7 Patienten an, doch ist Zweifel an diesen Angaben berechtigt, zum mindesten in einem der tödlich verlaufenen Fälle.

Dieser betraf einen jungen, erst kurze Zeit in Kamerun befindlichen Mann, der während eines heftigen, erschöpfenden Darmkatarrhs Fieber bekam und deshalb an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 1,0 g Chinin nahm. Nach der 3. Dosis trat Hämoglobinurie auf. Im Blute fand sich eine starke Vermehrung der Blutplättchen und weißen Blutkörperchen; der Gehalt von Blutfarbstoff war auf 16 % gesunken. Der Tod trat ein unter Erscheinungen akuter Insufficienz der blutbereitenden Organe. Bei der Leichenöffnung fand sich außerdem eine ausgedehnte Entartung des Darmepithels.

Bei einem anderen Verstorbenen war nach einem längeren Krankentransport (von Jabassi) vollständige Anurie aufgetreten. Als sie 48 Stunden bestand, wurde eine Spaltung der Nierenkapsel an beiden Nieren ausgeführt; jedoch auch ohne Erfolg. Regierungsarzt Dr. Külz, welcher die Operation ausführte, hat darüber an anderer Stelle ausführlicher berichtet.

18 Schwarzwasserfieber-Kranke verließen das Krankenhaus als geheilt; 2 blieben am 31. März 09 im Bestande. Ein Kranker, bei dem im Anschluß an die Hämoglobinurie eine linksseitige Lähmung mit Urininkontinenz aufgetreten war (früher Syphilis) ging nach Deutschland zurück.

Regierungs-Hospital Kribi:

5 Europäer-Zugänge, 2 leichte und 3 schwere Fälle. Sämtliche Kranke waren angeblich regelmäßige Prophylaktiker: 4 nahmen alle 8 Tage 1,0 g und 1 alle 4 Tage 1,0 g Chinin. Sämtliche hatten schon Malariaanfälle überstanden.

Bei einem trat Schwarzwasser auf als er das Chinin-Präparat wechselte; er nahm zuerst Chinin sulf. und ging dann zum Chinin muriat. über.

Der Kranke, welcher die 4tägige Prophylaxe einhielt, hatte vor dem Schwarzwasserfieber öfter kleinere Fieber bis 38,5, die er nicht beachtete.

Bei einem anderen trat 3 Tage nach dem Schwarzwasser ein sehr heftiger Malariaanfall auf.

Mit der Chiningewöhnungskur (0,1 steigend bis 1,0) wurde begonnen, sobald der Urin 1 Tag eiweißfrei war."

Das Regierungs-Hospital Victoria berichtet:

„Der mit dem Tode endigende Fall betraf einen Beamten, der fast am Ende der 2. Dienstperiode war. Er war angeblich regelmäßiger Prophylaktiker, war in der 1. Verpflichtung an der Küste immer gesund und hatte in der 2. Verpflichtung, die er zum weitaus größten Teil im Inneren (Ossidinge-Bezirk) zu absolvieren hatte, angeblich trotz regelmäßiger Prophylaxe 15 Malariaanfälle, teils schwere, lange anhaltende, einmal Dysenterie und 1 Schwarzwasserfieber. Nach seiner Ankunft an der Küste bekam er nach einmaligem Vergessen der Prophylaxe Fieber, nahm nach Abfall der Temperatur bei 36,3 Chinin 0,5 g und erkrankte zum 2. Male an Schwarzwasserfieber, das aber nach einigen Stunden vorüber war. Bei der neu eingeleiteten Chiningewöhnung, von 0,1 ansteigend, gelangte er wieder bis 0,5 und hatte die Dosis schon zweimal gut vertragen. Nach der 3. Dosis setzte ein schweres Schwarzwasserfieber ein, welches am 3. Tage zum Tode durch Herzschwäche führte. Die Nierenfunktion war bis zum letzten Augenblick ungestört. Digalen blieb ganz wirkungslos. 1½ Stunde vor dem Tode fiel die Temperatur plötzlich von 39,4 auf 36,5."

Aus Banyo wird weiter berichtet:

„Kaufmann H. (25. 3. 09 aufgenommen, 26. 3. 09 gestorben), welcher sich zum Ankauf von Vieh in Banyo aufhielt, erkrankte zum 5. Mal an Schwarzwasser, zuletzt angeblich vor 5 Monaten. Angaben über Chinin fehlen.

Befund: Intensiver Ikterus; Milz und Leber enorm geschwollen; Urin fast schwarz, Temperatur 38,2; Sensorium frei (von 2 bis 6 Uhr nachm. 1200 ccm Urinmenge). Trotz Digalen, Tinct. Strophanti und Kali acetic. usw. 7 Uhr: Pulsschwäche, 9 Uhr: Delirien, 8 Uhr früh am nächsten Tage: Tod.

Obduktion: Zwerchfellstand beiderseits 3. Zwischenrippenraum, durch die starke Vergrößerung der Bauchdrüsen bedingt. Herz schlaff, intakt, Lungen ödematös. Milz 23 × 14 × 7 cm gelbbraun gekörnt. Gallenblase stark gefüllt. Nieren hyperämisch, nicht vergrößert."

7. Tuberkulose.

Tuberkulose kam unter den Europäern 5mal zur Beobachtung, darunter 4mal Lungentuberkulose und 1mal Tuberkulose der Knochen.

„3 Fälle davon wurden im Hospital zu Duala behandelt und später nach Deutschland geschickt. Einer von diesen betraf einen bereits in Südafrika mehrfach an tuberkulösen Erscheinungen erkrankten Regierungsbeamten; ebenso war ein zweiter Fall ziemlich sicher nicht im Schutzgebiet entstanden. Der dritte Fall betraf eine Missionsschwester in Kribi — bei welcher Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden. Die Kranke wurde nach Hause geschickt, und ist im Laufe des Berichtsjahres in Deutschland gestorben. Einer der drei anderen Kranken starb auf der Heimreise."

Der Regierungsarzt von Victoria erwähnt: „Lungentuberkulose, wie auch Tuberkulose der Knochen und anderen Organe kommt unter den Negern jedenfalls häufiger vor, als man bisher annahm. Ein im Hospital behandelter Fall von Lungentuberkulose wurde auf Wunsch

entlassen, als er Besserung der subjektiven Beschwerden verspürte."

„Ferner wurden in Garua 1 Mann und 1 Weib wegen ausgesprochener Lungenspitzentuberkulose in Behandlung genommen. Beide waren aus Duala heraufgekommen als kräftige Personen, während sie jetzt merklich abgemagert waren."

„In Bamenda wurden 2 Fälle von Tuberkulose festgestellt: Ein Fall von Lungentuberkulose endete tödlich, ein Fall von Knochentuberkulose ging in Heilung über."

„Im Farbigen-Hospital Duala wurde ein Kranker an Lungentuberkulose behandelt und als anderweitig in Abgang gebracht."

8. Ruhr.

Eine Ruhrepidemie trat im Bezirk Lomie auf; daneben wurden überall einzelne Fälle dieser im Schutzgebiet endemischen Krankheit beobachtet.

Lomie berichtet: „Während in früheren Monaten nur ab und zu ganz vereinzelte und vereinzelt bleibende Ruhrerkrankungen unter den Eingeborenen der Station vorkamen und meist von auswärts gekommene Arbeiter betrafen, häuften sich Anfang Oktober 1908 die Erkrankungen und zwar waren es jetzt in der Mehrzahl die Strafgefangenen, welche an der Krankheit — fast ausschl. Bazillenruhr — ergriffen wurden. Trotz der getroffenen Vorbeugungsmaßregeln konnte nicht verhindert werden, daß Ende Oktober wiederum ein starkes Ansteigen der Zahl der frischen Ruhrerkrankungen erfolgte; es erkrankten so im Laufe des Oktobers von der etwa 350 Köpfe zählenden Eingeborenen-Bevölkerung der Station im ganzen 25. Daher wurden Ende Oktober und Anfang November noch weitergehende Maßregeln zur Verhütung einer Weiterverbreitung getroffen. — Im Monat November kamen noch 21 Ruhrfälle in Zugang, in der ersten Woche des Dezembers weitere 5."

Die Ruhr ist nach Ansicht des Stationsarztes durch die von außerhalb herangezogenen Arbeiter auf die Station hereingeschleppt worden und hat infolge der Anhäufung von Arbeitern bei ungünstigen Unterbringungsverhältnissen und Lebensbedingungen einen geeigneten Boden gefunden. Vielleicht mag auch die Empfänglichkeit der Eingeborenen für die Erkrankung durch den z. Z. großen Verpflegungsmangel erhöht sein. Eine sachgemäße Isolierung und Behandlung aller Kranken in den weit auseinanderliegenden Orten war nicht durchzuführen, eine zwangsweise Überführung derselben ins Stationslazarett unmöglich.

Infolgedessen trat im Oktober bis Dezember 1908 fast im ganzen Bezirk die Ruhr — nach den Sektionsbefunden, die Bazillenruhr — epidemisch auf, vor allem an den Hauptverkehrsstraßen Abong—Mbang—Lomie—Elenuvo.

Die Weiterverbreitung erfolgte wohl hauptsächlich durch Karawanen. Auch 5 europäische Angehörige der Schutztruppe, sowie 3 farbige Soldaten wurden von der Ruhr ergriffen. Wieviele Opfer

sie unter den Eingeborenen in den verschiedenen Ortschaften gefordert hat, ist auch nicht annähernd zu schätzen. Die Sterblichkeit der 58 im Hospital behandelten Ruhrkranken war 22 = 38 %, also eine recht erhebliche. Es fand sich in der Mehrzahl der zur Sektion gekommenen Fälle neben einer oft über den ganzen Dickdarm ausgebreiteten Entzündung auch eine solche des unteren Teils des Ileums. Auffallend häufig wurde dabei eine mehr oder weniger ausgeprägte Nierenentzündung beobachtet. Neben der Bazillenruhr kam bei Eingeborenen Amöbenruhr mit den charakteristischen Dickdarmgeschwüren vor. Die Behandlung mit Calomel, Ricinusöl und Tannin-Einläufen, sowie Ipecacuanha war ohne nennenswerte Erfolge. Vor allem zeigte die Kadesche Antidysenterieessenz absolut keinen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit.

Die zur Bekämpfung der Ruhrepidemie getroffenen Maßnahmen bestanden hauptsächlich in Regelung der Wasserversorgung und der Waschplätze, in wiederholten Belehrungen der Eingeborenen bei den häufiger abgehaltenen Gesundheitsbesichtigungen, vornehmlich aber in sofortiger Isolierung der Kranken und Krankheitsverdächtigen. Die Übertragung ist wahrscheinlich nicht durch Wasser erfolgt, sondern durch Kontaktinfektion und durch Insekten (Fliegen!): Außerhalb der Station erkrankten 2 weiße Kaufleute, von denen der eine nach dreiwöchigem schweren Krankenlager am 1. 1. 09 gestorben ist. Die Ruhr, die ihn angeblich zum 5. Male befiel, setzte sehr stürmisch ein, besserte sich jedoch dann etwas. Der Tod trat schließlich unter den Zeichen einer Darmlähmung und unter Entkräftung ein. — Die Eingeborenen hielten sich allen Belehrungen und Ermahnungen gegenüber sehr passiv.

Ferner wird aus dem Regierungs-Hospital Duala berichtet:

„Unter den Europäern 6 Zugänge; 2 im 1., 0 im 2., 3 im 3., 1 im 4. Vierteljahr. Geheilt 4, anderweitig abgegangen 2, davon 1 ungeheilt nach Deutschland. In 2 Fällen wurden Amöben sicher nachgewiesen; in einem anderen weder Amöben noch Bazillen.

Bei den Eingeborenen stand die Ruhr mit 100 Zugängen zu 3 im Bestande befindlichen auch dieses Jahr unter allen Krankheiten — Leistenbrüche abgerechnet — an erster Stelle. 88 wurden geheilt, 12 starben, 3 gingen anderweitig ab. Von den verstorbenen waren viele schon bei der Aufnahme sehr heruntergekommene Kriegsgefangene. Im Stuhl wurden Amöben 16mal, Bazillen 4mal gefunden.

In den letzten Berichtsmonaten lieferten namentlich die eingeborenen Arbeiter der Mittellandbahn den Hauptteil der Ruhrzugänge, noch mehr als das Gefängnis des Bezirksamtes. Die Gründe hierfür sind verschiedener Art. In erster Linie liegt es an der Verpflegung. Es ist bisher nicht gelungen, in Duala einen dem Bedürfnis der Bahnarbeiterscharen entsprechenden Markt für Planten, Kassada, Jams und dergl., die bis dahin einzige Kost der durchweg aus dem Hinterlande des Kameruner Südens stammenden Eingeborenen, zustande zu bringen. Die Dualas bauen in 99 von 100 Fällen nur für den eigenen Bedarf, da der Zwischenhandel auch heute noch höheren und

vor allem leichteren Verdienst abwirft. So müssen die farbigen Arbeiter sich wohl oder übel mit einer bisher ganz ungewohnten Nahrung, Reis und Räucherfischen, abzufinden suchen. Das Ergebnis ist, auch bei reichlicher und einwandfreier Lieferung, mindestens zuerst unvermeidlicherweise das Eintreten von Darmstörungen, die dann ihrerseits der Ruhrinfektion den Boden bereiten. Dazu kommt nun die vorerst durch keine Belehrung zu bannende Gleichgültigkeit der naturgemäß hier viel enger als sonst gewohnt zusammenlebenden Leute gegenüber den elementarsten hygienischen Dingen, die Sorglosigkeit in der Verbreitung ihrer Entleerungen, das unausrottbare Baden und Waschen in denselben kleinen Tümpeln, aus denen sie auch ihr Trinkwasser entnehmen.

Aufs neue bewährte sich die Anwendung des Shigaschen-Antidysenterie-Serums bei einfacher Bazillen-Dysenterie.

Sowohl bei dieser wie bei Amöben-Dysenterie, bei Europäern wie Farbigen erprobt, wurde im übrigen folgendes denkbar einfache Verfahren, welches vor allem auch bei Massenerkrankungen der Neger an Dysenterie sich empfiehlt, angewendet: Man läßt den Kranken sofort sich zu Bett legen, gibt heiße Umschläge auf den Leib und innerlich 1 bis 2 Löffel Rizinusöl. Nach 5 Stunden gibt man 1 aufgehäuften Teelöffel Karlsbader-Salz auf 1 großes Glas warmen Wassers. Dies wiederholt man dann täglich 2mal, morgens und abends. Diät natürlich flüssig. Sehr oft verschwinden dabei schon am 2. oder 3. Tage Blut und Schleim. Tritt doch wieder Blut und Schleim auf, gibt man zunächst wieder Rizinusöl und beginnt die Therapie aufs neue. Treten zu viel und schwächende Stühle auf, kann man trotz des weiterzugebenden Karlsbader-Salzes unbedenklich 3 bis 4 bzw. bis 5mal täglich Bismut. subnitr. zu 0,3 geben, höchstens die Quantität des Karlsbader-Salzes etwas verringern.

Wird Karlsbader-Salz in Lösung nicht vertragen, kann man es in Oblaten geben.

Diese äußerst einfache Therapie, welche in Duala jedenfalls die Dysenterie-Mortalität erheblich herabsetzte, sei zur Nachprüfung dringend empfohlen.

In Victoria „trat Dysenterie in der Regenzeit am häufigsten auf und befiel besonders die aus dem Innern stammenden Leute, besonders Pflanzungsarbeiter. Die veränderte Kost spielt bei ihnen wohl eine prädisponierende Rolle.

Ein Fall von Dysenterie mit Leberabszeß bei einem Eingeborenen wurde operiert und geheilt."

In Kribi „kamen 2 Zugänge von Amöbenruhr bei Europäern zur Behandlung; beide hatten sich im Busch infiziert. Die Behandlung bestand neben reizloser Kost in Calomel und Wismut. Einer wurde geheilt, der andere gebessert entlassen.

Von Farbigen waren vom vorigen Berichtsjahr 4 im Bestand, 39 gingen zu; in der Mehrzahl Fälle von Amöbenruhr. 2 davon, die bereits wochenlang krank und bis zum Skelett abgemagert waren, starben."

9. Akuter Gelenkrheumatismus.

Die 6 bei Europäern beobachteten Fälle von akutem Gelenkrheumatismus bieten wenig Erwähnenswertes: „Nur ein im Hospital Duala behandelter war mit Brustfell- und Herzinnenhautentzündung kompliziert. Dieser bleibt im Bestande; sämtliche anderen wurden geheilt.

Auch bei den Farbigen verliefen sämtliche Erkrankungen (Lomie, Duala) ohne Komplikationen."

10. Vergiftung.

„Im Hospital zu Victoria starb ein Fall von Vergiftung durch sogenannten Busch-Jams, eine Dioscorea-Art, von den Eingeborenen Dibanga genannt, 3 Tage nach der Aufnahme. Das Krankheitsbild war durch leichte Benommenheit, Dyspnoe und sehr heftigen Brechdurchfall charakterisiert. Organische Veränderungen als Todesursache ergab die Sektion nicht.

Die mit Kaninchen angestellten Fütterungsversuche von Dibanga hatten keine Erkrankungen der Tiere zur Folge. Einspritzungen mit den vom Chemiker der Versuchsanstalt in Form des salzsauren Salzes hergestellten Alkaloids (Dioscorin?) waren ebenfalls resultatlos. In letzter Zeit wurde einmal eine Dibanga gebracht, die sich im Aussehen von den früher mit gleichem Namen bezeichneten Knollen wesentlich unterschied. Als Futter wurden sie von den Tieren refüsiert. Das Alkaloid aus dieser Dibanga herzustellen war bisher aus Mangel an genügendem Material nicht möglich.

Einer Frau wurde der Saft einer kakteenförmigen Euphorbien-Art wegen Verstopfung von einer Kurpfuscherin gereicht. Sie erkrankte an heftigem Brechdurchfall mit Blutbeimengungen im wasserdünnen Stuhl. Magenspülung, Calomel und nachträglich Opium brachten den Fall in 3 Tagen zur Heilung."

„In K r i b i wurden 2 Zugänge von Wurstvergiftung (Europäer) beobachtet. Es trat nach Genuß von Wurst, die in geöffneter Büchse etwa 24 Stunden gestanden hatte, heftige Gastroenteritis auf. In einem Falle auch erweiterte starre Pupillen, Versiegen der Drüsensekretion, starke Aufgeregtheit, Ptosis, Herzschwäche. Beide wurden geheilt entlassen."

11. Bösartige Geschwülste.

Über bösartige Geschwülste berichten die Stationsärzte:

L o m i e: Ein Fall von bösartiger Neubildung an Pankreas und Leber:

„Weyboy Mussa war vom 15. bis 22. 8. 08 wegen Darmbeschwerden, welche sich hauptsächlich in Verstopfung äußerten, in Behandlung gewesen. Da sich im Stuhl zahlreiche Eier von Ascaris befanden, wurde eine Santoninkur eingeleitet, bei welcher 9 Ascariden abgingen. 19 Tage später stellte sich der Boy mit starkem Ascites ein, der trotz abführender und diuretischer Mittel einen bedrohlichen Grad annahm. Es wurden durch Punktion etwa 2 l einer klaren, gelben Flüssigkeit entleert. Am 2. Tage nach der Punktion trat plötzlich der Tod ein.

Bei der Sektion fanden sich: Geringe Hypertrophie und starke Herz-

verfettung. Dilatation des rechten Ventrikels. Beginnendes Atherom der Aorta. An beiden Lungen, besonders rechts, überall und am linken Unterlappen pleuritische Verwachsungen. In den Lungen zahlreiche, harte, vereinzelt auch in der Mitte erweichte, bis höchstens linsengroße gelbliche Knötchen. Schwellung und teilweise Erweichung der Mediastinal-Drüsen. In der Unterleibshöhle etwa 2 l goldgelber, klarer Flüssigkeit. Das Netz stark fettreich. Im Mesenterium viel sulziges Gewebe. Milz, besonders im Dickendurchmesser, stark vergrößert, derb, mit zahlreichen, bis linsengroßen, harten und erweichten gelben Knötchen durchsetzt. Beide Nieren groß, ziemlich prall anzufühlen, gelb. Zeichnung auf der Schnittfläche ganz verwischt. Leber derb, an der Oberfläche blaurot gescheckt, mit eingesunkenen Partien. Im lobus quadratus ein pflaumengroßer, in der Mitte erweichter hämorrhagischer Infarkt (Gummi). Rings um den Kopf des Pankreas, den Stamm der Pfortader umgreifend und in der Nähe das Lebergewebe durchsetzend, eine weißliche, derbe Geschwulst, deren Größe infolge der Verwachsungen nicht genau festzustellen ist.

Auf der Schnittfläche dieser Geschwulst sieht man vereinzelte Pankreasdrüsenschläuche. Gallenblase ist schlaff, grau, enthält wenig eingedickte schwarze Galle. In der Leber ebenfalls einige kleine, derbe Knötchen."

Garua:

„Ein Fall von bösartiger Unterleibsgeschwulst bei einem Weibe endete unter Stuhl- und Urinverhaltung und unter starker Abmagerung tödlich. Es handelte sich um ein Weib eines angesehenen Fullahs. Dieses war schon sehr stark abgemagert, der Leib aufgetrieben durch eine höckrige Geschwulst von Kindskopfgröße, deren Grenzen und vor allem Ursprung nicht mehr zu palpieren waren. Das langsame, aber stetige Wachsen ließ auf eine bösartige Geschwulst, die unebene Oberfläche wohl auf Carcinom schließen. Beschwerden von seiten des Darmes (Verstopfung) waren wohl auf den Druck gegen die Eingeweide zurückzuführen. Ein Carcinom des Uterus war auszuschließen durch den negativen Befund einer innerlichen Untersuchung.

Die Behandlung konnte nur eine symptomatische sein (Abführmittel). Tödlicher Ausgang trat nach etwa 14 Tagen ein. Eine Sektion war nicht zu erreichen."

Ebolova:

„Eine Parotisgeschwulst von Faustgröße hatte die Haut usuriert und ragte als rote, schmierige Masse in der Gegend des Kieferwinkels heraus. Die Entfernung war sehr zeitraubend, da die Geschwulst sämtliche Muskelninterstition der Wange bis zum Kiefergelenk herauf erfüllte. Der Nervus facialis konnte nicht gerettet werden. Der Charakter der Geschwulst, welche konserviert und eingeschickt wurde, konnte nicht festgestellt werden."

Kribi:

„Ein etwa 50jähriger Mann, farbiger Händler, kam, um sich ein seit 2 Jahren bestehendes Geschwür am Hodensack operieren zu lassen, weil es trotz aller Eingeborenen-Medizin nicht heilen wollte. In ärztlicher Behandlung war er noch nicht gewesen. — Die Anamnese ergab, daß bereits sein Vater an derselben Stelle ein ähnliches Geschwür gehabt habe, an dem er starb. Alle anderen Familienmitglieder sind gesund. Vor 2 Jahren trat zuerst eine Geschwulst auf, die allmählich größer wurde und dann zerfiel. Irgendwelche Beschwerden hat er nicht; nur ist ihm das offene Geschwür und der Geruch desselben unangenehm. Ansteckung durch weiße Erkrankte ist ausgeschlossen. —

Befund: Kräftig gebauter, gut ernährter Mann. Axillar-Nacken- und Ellenbogen-Inguinaldrüsen geschwollen, nicht schmerzhaft. An der rechten Tibia befinden sich Exostosen. An der Vorderseite, etwas nach

unten, des zweimal vergrößerten Hodensackes befindet sich eine etwa handtellergroße, harte, grauschwarze Geschwulst mit höckeriger, zerklüfteter Oberfläche, die teilweise zerfallen ist. Die Geschwulst überragt das gesunde Gewebe um etwa 2 cm. Metastasen sind nicht vorhanden.

Die Geschwulst wurde operativ entfernt und der Hodensack auf seine normale Größe verkleinert. Die in Hamburg vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Die Operation fand vor einem halben Jahre statt. Rezidive sind bisher nicht aufgetreten."

12. Lepra.

Die Lepra ist im ganzen Schutzgebiet verbreitet.

„In Duala allein gingen 17 Fälle zu, 16 Lepra anaesthetica, 1 Lepra tuberosa. Hiervon starb ein in kachektischem Zustande eingelieferter Kranker, die übrigen bleiben im Bestande und werden einer Nastinkur, z. T. verbunden mit Darreichung von Chaulmoogra-Öl, unterworfen. Seit der günstige Einfluß dieser Behandlung bekannt geworden ist, kamen die Kranken von selbst, auch aus dem Hinterland Dualas; es entfallen daher von den Zugängen nicht weniger als 15 auf das letzte Vierteljahr.

Über die Nastinwirkung soll noch an anderer Stelle besonders berichtet werden."

Der Regierungsarzt von Jaunde berichtet: „Auf der Straße nach Joko war reichlich Gelegenheit, die Krankheit kennen zu lernen. Alle Formen der Knoten- und Nervenlepra wurden beobachtet, zerfallene eitrige Tumoren, Löwengesicht (facies leonina) und 18 Blinde, deren Augenlicht durch das Leiden vernichtet war. Die Straße von Jaunde nach Akonolinga ist verseucht. In Ostkamerun, im Dume-Bezirk wurde sie überall beobachtet. Die Kranken leben in innigster Gemeinschaft mit ihren Ortsgenossen. Der Aussatz wird ferner durch die Beschneidung übertragen."

Dagegen scheint in Lomie die Lepra sehr selten vorzukommen. Nur 2 Kranke wurden beobachtet, welche den Verdacht erweckten, bei denen jedoch eine Sicherstellung der Diagnose infolge Fehlens von Leprabazillen nicht möglich war.

Der Arzt der Jola-Großschnellen Grenz-Expedition berichtet: „Auf dem Marsch von Bamenda nach Bascho wurden 22 Leprafälle beobachtet, nur Lepra mutilans."

Victoria: „Die Leprösen sind auf der Insel Mondoleh isoliert, doch ist die Absonderung problematisch, so lange die dort wohnenden Fischer nicht entfernt werden. Eine Berührung von Kranken und Fischern ist unvermeidlich und gibt oft Anlaß zu Streitigkeiten. Mehrere Kranke entwichen, indem sie in der Nacht mit Fischer-Kanus das Weite suchten. 2 der Entwichenen konnten nicht wiedergefunden werden.

Die probeweise Behandlung mit Nastin zeigte hier keine sichtbaren Erfolge."

„Auch in Kribi wurde Lepra öfter beobachtet.."

Impfposten Lolodorf: „Im November und Dezember allein passierten 18 leprakranke Männer den Posten."

13. Beri-Beri.

„In Duala gingen 9 zu; 3 bereits sehr entkräftete Kranke starben."

„Von den 3 im Krankenhaus Kribi beobachteten Zugängen, Monrovia (Wey)-Leute, gehörten 2 Fälle zur atrophischen, 1 Fall zur sensibel motorischen Form. Sie wurden umgehend in ihre Heimat Liberia entlassen."

14. Schlafkrankheit.

Aus dem Hospital Duala wird berichtet: „6 Farbige kamen mit dieser Krankheit, die auch in den küstennahen Waldgebieten der Kolonie nicht ganz selten zu sein scheint, in Zugang. Die Hälfte der Kranken starb, ohne daß es gelungen wäre, im Blut oder im Saft der geschwollenen Lymphdrüsen, oder in der Cerebrospinalflüssigkeit Trypanosomen nachzuweisen, so wenig wie in den mannigfachsten Organabstrichen eines sezierten Falles. Dieser zeigte Atrophie des Herzens. Einer der Verstorbenen war ein bereits 1 Jahr vor der Aufnahme erkrankter Polizeisoldat aus Jaunde, der schon bei der Einlieferung das typische Bild der Schlafsucht bot. 2 der Kranken stammten aus Duala; der eine aus Bellstadt, wurde mit tonischen und klonischen Krämpfen ins Krankenhaus gebracht; der zweite, aus Akwa, hat sich angeblich auf Fernando Poo angesteckt. Er hatte sehr zahlreiche Trypanosomen im Blute; die Untersuchung der Familienangehörigen fiel negativ aus. Schließlich kommt hierzu noch ein Fall von Hausinfektion, einen Jaunde-Krankenwärter betreffend, der die Schlafkranken des Hospitals gepflegt hatte. Die ersten Erscheinungen von Müdigkeit waren bei ihm 4 Wochen vor der Aufnahme aufgetreten. Bald nach derselben wurden ein einziges Mal Trypanosomen, im Blut, gefunden. Die Atoxylbehandlung brachte in diesem Falle keinen nachhaltigen Erfolg; in 3 anderen Fällen war dagegen eine wesentliche, z. T. fortschreitende Besserung feststellbar."

Dagegen sind aus dem wegen der Nähe des Kongo-Gebiets besonders gefährdeten Dume „Fälle von Schlafkrankheit bisher noch nicht zur Beobachtung gekommen. Wohl sind aber von Europäern verläßliche Nachrichten zugegangen, daß in Dörfern am Ober-Njong diese Krankheit herrschen soll."

Der Stationsarzt von Lomie berichtet gleichfalls, daß Schlafkrankheit in der Nähe von Lomie nicht bekannt, und von Eingeborenen nichts darüber zu erfahren sei. Nach Angabe der Eingeborenen soll jedoch unter den Makkas, deren Gebiet zunächst noch gesperrt ist, die Krankheit vorkommen. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß irgend andere Krankheiten, z. B. chronische Hirnhautentzündung oder Myelitis, für Schlafkrankheit gehalten werden. Mehr gefährdet durch die Schlafkrankheit sind die Dörfer an der südlichen Grenze des Lomie-Bezirks, so Eta und Umgegend, wegen ihres regen Verkehrs in das französische Gebiet hinüber. Bereits früher, etwa Juni 1908, wurde von den im dortigen Gebiet handeltreibenden Gesellschaften die Erfahrung gemacht, daß ab und zu

unter den aus französischem Gebiet als Arbeiter usw. kommenden Eingeborenen sich Leute befanden, welche den Verdacht der Schlafkrankheit erweckten. Diese wurden aber umgehend wieder zurückgeschickt. Auch gibt der Stationsleiter von Molundu an, daß jetzt der Verkehr über die Grenze ein recht lebhafter sei, und daß befürchtet wird, daß — wenn es nicht schon geschehen sein sollte — die Schlafkrankheit auch im deutschen Gebiet festen Fuß faßt.

15. Framboesie.

Während in Duala nur 5 Fälle ohne Besonderheiten behandelt wurden, berichtet der Stationsarzt von Ebolova: „Die Framboesie ist das eigentliche Volksleiden im ganzen Bezirk. Die schlimmen Formen scheinen mehr im Süden bei den Fang- und Ntum-Stämmen vorzukommen, wenigstens wenn man sich der von Howard (Tertiary Jaws, Referat im Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Heft II 1909) geäußerten Auffassung anschließt, daß die von ihm beschriebenen Krankheitsbilder tertiäre Frambœsie sind. Jodkali hilft in den meisten Fällen, lokal Jodtinctur; bei stark stinkenden, mit schlaffen Granulationen angefüllten, sehr tief gehenden Geschwüren, auch der scharfe Löffel."

16. Nervenkrankheiten.

Neurasthenie in 7 Fällen, wovon 5 geheilt, 1 gebessert, 1 nach Deutschland entlassen. Zu den in der Heimat wirksamen Schädigungen trat hier noch der Einfluß des Klimas (mehrfache Malariaanfälle vorher bei einem Kranken) und der Lebensverhältnisse hinzu; letzteres besonders bei einem Landmesser, der nach 12monatigem, anstrengenden Leben im Busch erkrankte. 2 der Patienten fanden in Suellaba ihre volle Genesung.

Bei den Eingeborenen wurden beobachtet 2 Fälle von Demenz, wovon einer im Anschluß an Trypanosomiasis. Beide wurden, da harmlos, in ihre Heimat entlassen, der letztgenannte, nachdem durch Atoxyl die Trypanosomen aus dem peripheren Blut beseitigt waren.

Außerdem kamen zur Aufnahme eine apoplektische Lähmung der linken Körperhälfte bei einem Kruneger (gebessert in die Heimat), sowie ein Fall von Lähmung des Unterarmes, der Hand, Hirnerschütterung, Ischias, sowie ein Kranker, der noch am Einlieferungstage unter katatonischen Erscheinungen starb. Die übrigen wurden geheilt. Bei einem wegen Ladendiebstählen verurteilten Dualaweib wurde schwere Hysterie festgestellt.

Aus dem Hospital Victoria wurden „2 Fälle von Geisteskrankheiten (Europäer) ungeheilt unter Bewachung von 2 schwarzen Heilgehilfen nach Deutschland gesandt. Es handelte sich um „Psychose und Induktionspsychose". Unter diesem Titel bringt die „Deutsche Medizinische Wochenschrift" eine Krankheitsgeschichte der beiden Fälle in gekürzter Form.

Weiter wurden 2 Fälle von vollständiger, schlaffer Halbseitenlähmung (Farbige), beide jugendliche Individuen, mit Jodkali be-

handelt. Der eine Fall kam zur Heilung, der andere blieb etwas gebessert im Bestand. Arteriosklerotische Erscheinungen waren nicht vorhanden. Vielleicht ist an ein Eindringen irgendwelcher tierischen Parasiten ins Gehirn zu denken.

Ein Fall von Paralyse, ein von St. Thomé stammender, hier hilflos aufgefundener Neger, starb. Der natürlich bestehende Verdacht auf Schlafkrankheit konnte mikroskopisch nicht bestätigt werden."

In Kribi kam „1 Fall von Radialislähmung (Europäer) und zwar eine Schlaflähmung, zur Beobachtung: Die Hand hing schlaff in Beugestellung herab. Es trat völlige Heilung ein."

„Bei einem Farbigen in Lomie wurde die Diagnose Myelitis transversa gestellt: Die Symptome waren ähnlich denen der Schlafkrankheit; es traten fortschreitende Lähmungserscheinungen der unteren Extremitäten auf, bei Abwesenheit von Trypanosomen, Fehlen der Drüsenschwellungen und des Schlafzustandes. Hier wurden auch verschiedene, und in ihrer Ursache nicht aufgeklärte Fälle von Hirnhautentzündung beobachtet: Die Sektion ergab, daß die ganze Oberfläche des Gehirns, Basis und Convexität, sogar bis in das Rückenmark sich erstreckend, mit fibrinös gelblichen Auflagerungen bedeckt war, welche sich von der Hirnoberfläche leicht als dicker, zusammenhängender Belag abziehen ließen."

Von Interesse sind die Feststellungen des Sanitätsoffiziers bei der Jola-Großschnellen-Grenzexpedition: „In den Didan-Bergen nach der englischen Grenze zu (Bamenda-Gebiet) wurden bei den Didan-Heiden auffallend viel Kröpfe und Kretinismus beobachtet. Nach Aussage von Leuten soll gut ⅓ damit behaftet sein. Von 22 Gefangenen zeigten nicht weniger als 6 Weiber die Geschwulst. Neben der Struma soll auch infantiler Wuchs vorkommen. Diese Erscheinungen dürften wohl auf die fortwährende Inzucht zurückzuführen sein. Ein Mann hat nicht mehr wie 2 Weiber; nach dem Tode dieser wird nicht mehr geheiratet. Die Nachkommenschaft ist sehr zahlreich, doch sterben viele Kinder im zarten Alter an Darmkatarrh."

17. Krankheiten der Lungen und des Rippenfells.

Aus verschiedenen Teilen des Schutzgebietes wird berichtet, daß derartige Erkrankungen der Eingeborenen recht häufig und meist schwerer Natur sind.

„Allein im Hospital zu Duala starben von 19 Lungenentzündungen 4, von 18 Bronchialkatarrhen 1, von 4 Rippenfellentzündungen 1. Bei den Verstorbenen handelte es sich in allen Fällen um mangelhaft ernährte, herabgekommene Individuen, sowie teilweise um Alkoholiker. In einem Falle trifft eine starke Anchylostomen-Infektion mit die Schuld an dem ungünstigen Ausgang."

„Auch in Lomie war die Sterblichkeit an Lungenentzündung eine recht hohe; von 28 starben 16 = 57 %. Es lag wohl daran, daß infolge der schweren Allgemeinerkrankung die Verdauungstätigkeit daniederlag, so daß die Körperkräfte sehr schnell aufgezehrt wurden.

Bei den Sektionen wurde ganz selten einmal eine ganz gesunde Pleura gefunden. Die meisten hatten mehr oder weniger starke pleuritische Verwachsungen. Auch peritonitische Verwachsungen waren verhältnismäßig häufig."

„In Garua neigen die Eingeborenen gleichfalls leicht zu Lungenerkrankungen, was wohl auf den geringen Schutz gegen Witterungswechsel bei Tag und Nacht zurückzuführen ist."

Ebenso kamen in dem hoch und kühl gelegenen Bamenda unter den Eingeborenen viel Erkältungskrankheiten vor.

Von Europäern sind 2 erwähnenswerte Fälle mitzuteilen:

„Im Hospital zu Duala bekam ein Kranker, mit Malaria perniciosa eingeliefert, nach Abfall des Fiebers sehr starkes Nasenbluten. Nachdem dieses durch Tamponade gestillt war, trat eine Lungenthrombose ein, welche dem Leben am 2. Tage nach der Aufnahme ein Ende machte."

Victoria:

„Ein Europäer war vor etwa 1 Jahr während seines Urlaubes in Deutschland wegen eines Empyems operiert worden (Rippenresektion). Seitdem bestand eine dauernd sezernierende Fistel, die von dem weißen Heilgehilfen der Pflanzung fast 1 Jahr lang erfolglos behandelt war. Bei der Untersuchung war in der Tiefe ein rauher Knochen zu fühlen, und die Operation förderte ein etwa 4 cm langes Stück kariöser Rippe zutage, nach dessen Entfernung sich die Fistel bald schloß."

18. Zahnkrankheiten.

„In Victoria wurde festgestellt, daß Zahnkrankheiten daselbst relativ selten, zum guten Teil wohl dank der überaus sorgfältigen Zahnpflege, vorkommen. Die Backwiris verwenden zum Putzen der Zähne besonders die Wurzeln und dünneren Äste verschiedener Sträucher: Einer Lianenart, einer gelbblühenden Malwacee (in der Backwiri-Sprache „Soppo") und eines mit dem Namen Lingaki bezeichneten Strauches. Da aber auch die Zweige der ursprünglich nicht afrikanischen Guyave und Casuarine große Beliebtheit erlangt haben, so liegt der Gedanke nahe, daß es mehr auf die mechanische Reinigung als auf spezifisch chemische Bestandteile der zum Putzen verwandten Hölzer ankommt."

Dagegen berichtet Lomie: „Von dem sonst bei Negern gerühmten und bei einzelnen Stämmen auch wirklich noch vorhandenen guten Gebiß haben die hiesigen Neger schon viel eingebüßt. Zahnkaries sowohl der Back- wie Schneidezähne ist sehr häufig."

Ebenso Ebolova: „Zahnstein, Zahnkaries, Wurzelentzündungen, Wucherungen und schmierige Entzündungen des Zahnfleisches sind hier an der Tagesordnung. Die sprichwörtlichen guten Zähne der Eingeborenen sind nicht allzu zahlreich vertreten."

19. Unterleibsbrüche.

Über dieses bei den Farbigen sehr verbreitete Leiden berichten die einzelnen Stationen:

Hospital Duala: Im ganzen wurden von Unterleibsbrüchen 128 Fälle behandelt.

„Von weit aus dem Hinterlande kommen die Kranken, um von ihrem Übel befreit zu werden, sehr häufig ohne veranlassende eigentliche Beschwerden. Der tiefere Grund ist ja bekanntlich der, daß die schwarze Damenwelt dieses Leiden für anstößig ansieht und den damit behafteten ihre Gunst zu versagen pflegt. Je nach Lage des Falles wurde die Operation nach Bassini, Kocher oder Czerny ausgeführt. Es wurden geheilt 116, 5 starben, 7 bleiben im Bestand. Von den Todesursachen findet sich erwähnt akute Leberatrophie, Lungenschwindsucht, Lungenentzündung in je einem Falle; ein Kranker ging unter katatonischen Erscheinungen zugrunde. Die Brüche erreichten zum Teil enorme Größe, bis an die Kniee. Für das 2. und 3. Berichtsvierteljahr sind zusammen 51 Brüche als rechtsseitig, 27 als linksseitig, 9 als doppelseitig aufgeführt.

Von eingeklemmten Brüchen wurden 10 eingeliefert. Mortalität 50 %. In 3 Fällen ist vermerkt, daß die Operation unter aussichtslosen Bedingungen vorgenommen wurde (mehrfache Darmperforation 2mal, bereits bestehende Bauchfellentzündung 1mal).“

Hospital Victoria: „Unterleibsbrüche wurden 15 operiert, 12 geheilt, 3 starben. Todesursache 2mal Peritonitis, 1mal Pneumonie.

Die Operation geschah nach Bassini, Kocher oder Rotter. In einem Falle, bei einem alten Neger, bestand außer dem großen Leistenbruch doppelseitige Hydrozele. Die Vergrößerung des Skortums war infolgedessen eine enorme. Beide Hydrozelen wurden zusammen mit dem Leistenbruch in einer Narkose operiert. Heilung in 27 Tagen.

Eingeklemmte Brüche wurden 4 operiert und geheilt.

Bei einem Falle zeigte die bloßgelegte Darmschlinge dunkelblaurote Verfärbung. Sie wurde deshalb nach Lösung des Einklemmungsringes vorgelagert und steril verpackt. 24 Stunden später erhebliche Abblassung. Reposition. Bassini. Heilung in 15 Tagen.

Ein anderer Fall wurde erst am 5. Tage nach Eintritt der Einklemmungserscheinungen ins Hospital gebracht. Bei der sofort vorgenommenen Operation fand sich Gangrän, erbsengroße Perforation des Darmes und reichlicher Kotaustritt. Resektion von 30 cm Darm und Etagennaht nach Lambert. In den ersten Tagen nach der Operation Temperatursteigerungen bis 39,2. Nach 42 Tagen geheilt entlassen.“

Hospital Kribi: „13 Fälle wurden nach Bassini operiert. Alle konnten geheilt entlassen werden. Bei einzelnen Operationen traten fistulöse Erkrankungen auf, die nach Entfernung der Seidenunterbindungen heilten.

3 Zugänge von eingeklemmten Brüchen kamen erst am 3., 6. und 9. Tage nach der Einklemmung ins Hospital. In allen Fällen wurde die gangränöse Darmschlinge reseziert und der Darm durch zirkuläre Naht wieder vereinigt. Sämtliche starben.“

Dagegen wird aus Lomie mitgeteilt: „daß Unterleibsbrüche dort sehr selten sind, häufiger dagegen als Schönheitszeichen geltende und oft bis ins Alter bestehende Nabelbrüche. Bei einem etwa 8 Jahre alten Jungen wurde eine fast handbreite Diastase der geraden

Bauchmuskeln beobachtet, welche nur bei angezogenen Beinen, im Sitzen, bemerkbar war; sonst jedoch keinerlei Erscheinungen oder Beschwerden machte."

In Ebolova wurden „4 Leistenbrüche nach Bassini operiert. Ein Fall gab ein schlechtes Resultat, da der Patient trotz strengsten Verbots in der Nacht nach der Operation aufstand, umherlief und sich den Verband entfernte. Er wurde nicht gebessert entlassen. Einer der Fälle (inkarzeriert) starb an Peritonitis."

20. Blinddarmentzündung.

„Von den beiden bei Weißen beobachteten Fällen von Blinddarmentzündung wurde der im Hospital Duala behandelte, ungeheilt und ohne Operation nach Deutschland entlassen. Dort wurde er gleichfalls nicht operiert."

Der andere Fall betraf einen Gouvernementsbeamten, welcher sich auf einer Dienstreise in Dschang befand.

„Er erkrankte am 14. 3. 08 an heftigen, kolikartigen Schmerzen im Unterleib, die hauptsächlich von der rechten Fossa iliaca ausstrahlten. Am nächsten Tage konnte aus einer leichten Dämpfung und Resistenz in dieser Gegend die Diagnose Perityphlitis gestellt werden, zumal der Kranke schon früher angeblich mehrere derartige Anfälle gehabt hatte und ihm ärztlicherseits zur Operation geraten war. Der Fall wurde zuerst abwartend in der üblichen Weise behandelt. Da später der ganze Verlauf anzeigte, daß es zur Abszedierung gekommen war, so wurde er am 24. 3. operiert. Die Operation ergab einen retrovesicalen Abszeß mit reichlichem Eiter. Es trat völlige Heilung ein."

21. Krankheiten der Leber.

Von den 6 im ganzen beobachteten Zugängen wurden 5 im Hospital Duala behandelt. Letzteres berichtet:

Einen vergleichenden Anhalt für die Häufigkeit dieser Erkrankungen im Schutzgebiet gibt die folgende, die 3 dem Berichtsjahre vorangehenden Jahresberichte einbeziehende kleine Tabelle:

	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage
		geheilt	gestorben	anderweitig		
1905/06	3	1	.	1	1	57
1906/07	2	.	.	2	.	51
1907/08	3	.	1	1	1	60
1908/09	5	2	2	1	.	275

Es ist demnach bisher mindestens keine Abnahme der Leberabszesse, selbst wenn man bei Betrachtung der absoluten Zahl die Zunahme der europäischen Bevölkerung in Rechnung zieht, im Schutzgebiet wahrzunehmen.

Im einzelnen ist zu den Fällen folgendes zu bemerken:

„Der erste tödlich endende betraf einen Kranken, der vor 2 Jahren eine starke Quetschung der Leber, aber nach seinen Angaben noch keine Dysenterie durchgemacht hatte. Die Symptome sprachen für Abszeß. Daher zunächst Probelaparotomie längs des rechten unteren Rippenbogens. Kein Eiter. Nunmehr Rippenresektion und Eröffnung des subphrenischen Raums rechts vorn, wobei sich eine große Menge Eiter entleerte. Nach kurzem Nachlassen des hohen Fiebers Auftreten eines mächtigen serösen Ergusses im rechten Brustfellraum, der mehrfache Punktionen erforderte. Ein mit dem so zutage geförderten Exsudat geimpftes Meerschweinchen starb an Miliartuberkulose. Der Patient zeigte positive Konjunktivalreaktion (Calmette, Wolf, Eisner). In der Folge kam es zu immer neuen massenhaften Exsudatbildungen, denen der Kranke nach Hinzutreten einer frischen Herzklappenentzündung schließlich erlag. Bei der Sektion fand sich außerdem miliare Tuberkulose des Brustfells und der fettig entarteten Leber.

In dem zweiten Falle mit ungünstigem Ausgange wurden trotz erfolgloser Probepunktionen nach verschiedenen Richtungen nach Annähung der Leber an die Bauchwand operiert und in dem außerordentlich vergrößerten Organ 4 Abszesse gefunden und entleert. 2 Tage darauf Tod. Die Leichenöffnung ergab in der Leber nicht weniger als 30 Abszesse, die das normale Gewebe fast vollständig eingeschmolzen hatten. Im Dickdarm viele Amöben und Amöbengeschwüre. Nach den Symptomen konnte dabei vermutet werden, daß der ganze Prozeß in der Leber sich in nur 9 Tagen entwickelt habe.

Auch von den nicht tödlich verlaufenen Erkrankungen zeigte die eine multiple Abszeßbildung. Schulterschmerzen fehlten in diesem Falle ganz; dagegen war vor dem Eingriffe ein ständiger Somnolenzzustand und dauernd auffällige Euphorie zu beobachten. Die Operation entleerte, nach Entfernung eines je 9 cm langen Stückes der 10. und 11. Rippe und Annähung der Leber an die Bauchwand, 3 große und einen kleinen Abszeß. Der größte war bereits nach dem Zwergfellraum durchgebrochen. Im Eiter keine Amöben, sondern Coli-artige Bazillen.

Bemerkenswert ist auch in diesem wie in dem ersterwähnten Falle ein Verdacht auf Komplikation durch Tuberkulose. (Heredität, trockene rechtsseitige Brustfellentzündung, positive Konjunktivalreaktion.) Der Fall heilte schließlich aus.

Im 4. und 5. Falle handelte es sich dagegen anscheinend nicht um Eiterprozesse in der Leber, wenigstens gelang es in dem ersteren nicht, trotzdem alle Symptome auf Leberabszeß hinwiesen, — geschwollene, stark druckempfindliche Leber, remittierendes, durch Chinin unbeeinflußbares Fieber —, eitrige Herde nachzuweisen, obwohl zu diesem Zwecke nach 5maliger negativer Probepunktion eine Probelaparotomie mit Freilegung beider Leberlappen vorgenommen und darauf nach Abtastung der ganzen Leber und ihrer umgebenden Räume 20 tiefe Punktionen des Gewebes nach den verschiedensten Richtungen ausgeführt worden waren.

Der Kranke ging später gebessert nach Deutschland zurück.

In dem letzten Falle handelte es sich um eine einfache Entzündung der Leber, verbunden mit alter Brustfellentzündung. Behandlung im Krankenhaus und ein anschließender Erholungsaufenthalt auf Suellaba brachten völlige Wiederherstellung."

22. Eingeweidewürmer.

Fast jeder Eingeborene beherbergt, wie der Stationsarzt von Lomie mitteilt, irgendwelche Eingeweidewürmer, am häufigsten Ascaris lumbricoides, Trichocephalus dispar und Anchylostomum duodenale, seltener Strongylus-Arten. Als Wirte ausgewachsener

Würmer wurden dort für Ascaris das Wildschwein, für Anchylostomum eine Schlangenart, für Strongylus Schlangen, Kröten und Frösche gefunden.

„Unter den Eingeweideparasiten der Farbigen spielt nach dem Bericht von Duala das Anchylostomum duodenale die wichtigste Rolle; schon wegen der oft lebensgefährlichen Schwere des dadurch hervorgerufenen Erschöpfungszustandes, der von 17 notierten Aufnahmen (2. bis 4. Vierteljahr) 4 tödlich enden ließ. Bei der Sektion fand sich in einem Falle ausgesprochene Atrophie des Herzmuskels. Es steht zudem außer Zweifel, daß die obige Aufnahmeziffer der wirklichen Verbreitung dieser an der Küste und im Waldlande der Kolonie sicher, weit mehr als im allgemeinen angenommen, vorkommenden Krankheit nicht entfernt entspricht. Als Behandlung hat sich in den Fällen, wo sie noch zurechtkam, Thymol und Extr. filicis gut bewährt. Neben diesen Parasiten fanden sich noch Oxyuris, Ascariden, Anguillula, Trichocephalus in vielen, auch poliklinischen Fällen.

Schließlich sei unter den Entoparasiten noch ein Fall von Distoma haematobium bei einem Europäer erwähnt, bei dem ein hartnäckiger Blasenkatarrh bestand. Heilung. Ebenso wurden 2 Fälle ulzeröser Mundentzündung mit zahlreichem Spirochaetenbefund bei Farbigen geheilt."

23. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, ausschließlich der venerischen.

„Ein Matrose eines Woermann-Dampfers kam unter dem Bilde einer Urämie in das Hospital Duala zur Aufnahme. Nach Entleerung der überfüllten Blase gingen die Erscheinungen schnell zurück.

Vom gleichen Hospital aus gelangte ein Fall von Nierensteinen (Oxalat- und Urat-Steine) gebessert zur Heimsendung nach Deutschland. Die Mutter des Kranken litt an gichtischer Diathese.

Bei Farbigen stellten den größten Prozentsatz von Krankheiten dieser Gruppe die Wasserbrüche, welche meist nach der Bergmannschen Methode operiert und sämtlich geheilt wurden: In einem Falle, im Hospital Victoria behandelt, bestand gleichzeitig Nekrose des linken Hodens. Deshalb erfolgte erst die Kastration links und nach Heilung Operation des rechtsseitigen Wasserbruchs.

Erwähnenswert ist im gleichen Hospital noch der Fall eines Kru-Negers, der wegen Blasenbluten zur Aufnahme kam. Es wurden als Ursache seines Leidens Bilharzia-Eier im Urin-Sediment gefunden."

24. Venerische Krankheiten.

Die venerischen Krankheiten sind im Schutzgebiet sehr verbreitet und zeigen eine Neigung zur weiteren Ausdehnung. Es berichten darüber:

Duala: Unter die Geschlechtskrankheiten gehört der Todesfall eines Europäers infolge Gehirntumors.

„Der Kranke, ein Pflanzer, war bereits früher wegen einer Geschwulst in der linken Rachenhälfte operativ behandelt worden und kam jetzt wegen eines bedeutend vergrößerten Rezidivs zur Aufnahme. Es wurde wieder mit der Pacquelin-Behandlung begonnen. Als nun in der 4. Sitzung eben mit der örtlichen Anästhesie begonnen war, stürzte der Kranke plötzlich unter den Erscheinungen der Vagus-Lähmung tot zusammen. Die Sektion ergab alte syphilitische Veränderungen in den inneren Organen und eine taubeneigroße Geschwulst in der linken Kleinhirnhälfte, die als Gummi angesprochen wurde."

Auch bei einem Farbigen wurde die Diagnose Lues cerebri mit Gummibildung gestellt, der mit leichter, komplizierender Nierenentzündung bewußtlos ins Hospital geliefert war. Ausgang in Heilung.

Ein anderer Farbiger, mit Tripper und periurethralen Abszessen, starb an hinzutretender, eitriger Bauchfellentzündung.

Ebolova: „Die Geschlechtskrankheiten herrschen in erschreckender Weise, besonders der Tripper und der weiche Schanker. Auch von der Syphilis kann man sagen, daß sie zunimmt. Leider sind die Eingeborenen in völliger Unkenntnis der Folgen dieser Erkrankungen und pflegen sich sofort der Behandlung zu entziehen, wenn sie keine Schmerzen mehr haben."

Dschang:

„In dem nach 13tägiger Behandlung bei einem Eingeborenen tödlich endenden Falle hatte die Gonorrhoe angeblich seit über 1 Jahr bestanden. Der Tod erfolgte durch Herzschwäche, wahrscheinlich infolge Gonokokken-Sepsis. Es bestand 6 Tage hohes Fieber. Die Blutproben fielen stets negativ aus. Anurie bestand nicht, wohl aber enthielt der Urin reichlich Eiweiß. Patient hatte Buschmedizin gebraucht.

Die Zahl der geschlechtlichen Erkrankungen, vor allem Tripper, wird sich ohne Frage in den nächsten Jahren noch steigern, je mehr Arbeiter an die Küste zum Bahnbau bzw. zur Arbeit in die Plantagen gehen. Auch die jetzige Freizügigkeit der Haussah ist ein nicht zu unterschätzender Faktor in bezug auf die Verbreitung von Seuchen und Geschlechtskrankheiten: Es handelt sich hier besonders um Syphilis.

Victoria: „Zwei Fälle (Europäer) von vernachlässigter Gonorrhoe kamen wegen äußerst schmerzhafter Prostatitis ins Hospital. Behandlung mit Opium-Suppositorien, heißen Sitzbädern von 38 bis 40°, später Massage und Dauerspülungen mit Kali permang. bzw. Protargol führten zur Heilung.

Geschlechtskrankheiten jeglicher Art bei den Eingeborenen sind sehr häufig und kommen nur in der Minderzahl in ärztliche Behandlung. Es ist wohl kein Zufall, daß sich unter den im Hospital behandelten Geschlechtskranken auffallend viele Gefangene befinden. Solange sie auf freiem Fuße lebten, bekümmerte sie ihr Leiden nicht weiter; eingesperrt, suchen sie den Aufenthalt im Gefängnis mit dem angenehmeren im Hospital zu vertauschen."

Kribi: „Bei einem Kranken (Europäer) wurde die milde Abortivkur mit gutem Erfolg angewendet. Nach 5 Tagen kein Ausfluß, keine Gonokokken mehr vorhanden.

Bei einer chronischen Gonorrhoe (Europäer) trat im Anschluß an Nacht-Pollutionen starke Epididymitis auf. Behandelt wurden die Tripper mit Injektionen bzw. Spülungen von Kal. permang., Albargin oder Protargol. Innerlich Gonosan- oder Sandelöl-Kapseln.

8 Zugänge von Syphilis (Europäer) mit Infektion teils in Kribi, teils im Busch. Alle 8 sind Neuerkrankungen. Unter Schmierkur, teilweise mit, teils ohne Jodkali, gingen die Erscheinungen schnell zurück.

1 Kranker, Neurastheniker und Alkoholiker, dessen Infektion 5 Monate zurücklag und dessen Körper ganz mit großfleckigem Exanthem bedeckt war, mußte nach Hause gesandt werden, da ihn einerseits die Gewißheit, sich Syphilis zugezogen zu haben, anderseits die Weigerung seines Arbeitgebers, ihn nach Hause reisen zu lassen, derartig rabiat machten, daß er den Arbeitgeber erschießen wollte. Kaum zu Hause angekommen, hatte er ein Zusammentreffen mit der Polizei, in dessen Verlauf er Revolverschüsse abgab."

Jaunde: „Die Syphilis und der Tripper sind hier herrschende Volksseuchen. Verbreitet werden die Krankheiten durch die allerwärts herumziehenden Soldaten. Die Jaundes nennen deshalb diese beiden Krankheiten »Soldatenkrankheiten«. Eine wirksame Bekämpfung läßt sich zur Zeit nicht durchführen."

Lomie: „Sehr verbreitet sind die Geschlechtskrankheiten, was bei dem regen Verkehr nicht zu verwundern ist. Bei Syphilis wurden sehr bösartige Erscheinungen des sekundären Stadiums beobachtet. Auch ein Todesfall ist zu verzeichnen. Die weite Verbreitung der Geschlechtskrankheiten wirkt zweifelsohne äußerst ungünstig auf die Zahl der Nachkommenschaft. Eine ganze Anzahl von Frauen mag infolge Syphilis abortieren oder bleibt, wie es bei Soldatenweibern beobachtet wird, infolge gonorrhoischen Cervikalkatarrhs steril. Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten trägt viel die eigenartige soziale Stellung der Weiber bei, welche ohne eigene, freie Willensbestimmung in allem abhängig sind von ihrem Besitzer. Derselbe gestattet jedem, der ihm gerade paßt, mit oder ohne Entgelt, den Beischlaf mit seinem Weibe."

Garua: „Tripperfälle sind jederzeit reichlich vertreten, besonders da die der weiblichen Bevölkerung nur selten zur systematischen Durchbehandlung zu bekommen sind. Trotzdem sind Komplikationen nicht häufig."

25. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Diese Erkrankungen sind im Schutzgebiet sehr häufig und haben ihre Ursache wohl meist in der Unreinlichkeit der Eingeborenen wie auch in dem Umstande, daß der wenig bedeckte Körper leicht Verletzungen ausgesetzt ist.

Eine häufige Krankheitsform dieser Gruppe sind die Hautgeschwüre und Unterschenkelgeschwüre. Es berichten darüber:

Duala: „Unterschenkelgeschwüre kamen im Farbigen-Hospital in 111 Fällen in Behandlung. 103 wurden geheilt, 2 bereits sehr

entkräftete Kranke starben (einer davon Kriegsgefangener), 6 bleiben im Bestand. Die Geschwüre erreichten zum Teil enorme Größe. Während des letzten Berichtsvierteljahres gelang bei allen Neuaufnahmen der Nachweis von Spirochaeten und fusiformen Stäbchen."

„Multiple Abszesse kamen auch bei einem Europäer im vergangenen Jahre vor. Es handelte sich um einen Südkameruner Kaufmann, bei dem sich infolge Muskelcallusbildung an beiden Oberschenkeln eine erhebliche Gehstörung eingestellt hatte. Die sich bildenden Abszesse wurden in Narkose gespalten; weiterhin wurden Massage mit Collargolsalbe und heiße Bäder angewandt. Nach längerem Krankenhausaufenthalt schließlich Heilung.

Von der nicht seltenen gleichen Erkrankung bei Farbigen endeten 2 Fälle infolge Auftretens immer neuer Abszesse tötlich, davon einer unter interkurrenten Windpocken. Jedoch verlaufen bei weitem nicht alle derartige Erkrankungen schwer. Vielmehr ist oft das Allgemeinbefinden merkwürdig wenig gestört, und selbst Fieber tritt manchmal nur vorübergehend während der Bildung eines neuen Muskelabszesses auf. Die vom Prof. Ziemann seit geraumer Zeit vertretene Auffassung des Krankheitsbildes als besondere Form der Pyämie dürfte einem Zweifel nicht mehr begegnen. Einen bestimmten Erreger für die Erkrankung verantwortlich zu machen, ist nicht gelungen; im Eiter fanden sich manchmal Staphylokokken, manchmal Streptokokken, zuweilen beide nebeneinander; zuweilen blieben auch die angesetzten Kulturen steril."

Lomie: „Hautgeschwüre und chronische Unterschenkelgeschwüre sind ein häufiges Leiden und erfordern viel Geduld in der Behandlung. Als die beste Therapie erwies sich Auskratzen des Grundes mit dem scharfen Löffel und Verband mit in Sublimat getränkter Gaze. Nach 2 bis 3 Tagen waren die Geschwüre meist völlig trocken, so daß Salbenverbände angeordnet werden konnten."

Garua: „Akute Hautkrankheiten stellten vor allem die Schüler der Regierungsschule »Kroko«, besonders in der Lendengegend, da sie meist ihr schmales Lendentuch mit einem Strick befestigen, der ständig reibt. Eine trockene Soborrhoe auf dem Kopfe trat endemisch auf, da sich die Schüler bisher zweimal monatlich den Kopf rasieren ließen, wodurch die infektiösen Keime immer von einem auf den anderen übertragen wurden. Dies ist bedeutend zurückgegangen, seitdem die Schüler angewiesen worden sind, ihre Haare nur kurz schneiden zu lassen."

Auch bei Europäern wurden derartige Leiden beobachtet. In Duala war ein Fall von Dermatitis trophoneurotica zu verzeichnen:

„Symmetrische Atrophie und blau-rötliche Verfärbung der Oberhaut beider Handrücken. Nach Beseitigung eines Rezidivs endgültige Heilung unter Pinselungen mit 1prozentigem Sublimatalkohol, heißen Bädern mit anschließender Massage."

Victoria: „Ein äußerst juckendes, bläschenbildendes Ekzem, von den Berührungsflächen der Zehen ausgehend, konnte verschie-

dentlich beobachtet werden. Die Erkrankung geht auf Fußrücken und Sohle über und erzeugt an letzterer oft blasenförmige Abhebungen der ganzen Lederhaut. Ein spezifischer Befund im Inhalt der Blase war nie festzustellen. Therapeutisch erwiesen sich Pinselungen mit Jodtinktur und Verbände mit Naftalan meist als zweckmäßig.

Bei Ringwurm, auch in veralteten Fällen, hat Nikotiana-Seife meist recht gute Dienste geleistet. Sie wurde bei tropischen Hautkrankheiten bisher noch nicht angewandt. Weitere Versuche damit sind im Gange."

Außer diesen Krankheiten wurde zweimal Ainhun, je einmal in Duala und bei der Jola-Großschnellen-Expedition, operiert und geheilt. In letzterem Falle zeigten die vorderen Partien der beiden kleinen Zehen eine klumpige Anschwellung, so daß sie mit der Nagelseite nach dem zentralen Fußrand gedreht waren und nur noch an einem knöchernen Stiele hingen.

Von gutartigen Geschwülsten kam im Europäer-Hospital zu Duala ein Fall von multiplen Hautchondromen, die unter Lokalanästhesie entfernt wurden, zur Aufnahme.

Bei den Eingeborenen wurden 12 Lipome (Duala, Ebolova, Victoria, Kribi), 10 Fibrome (Duala, Victoria, Ebolova), 1 Papillom (Victoria), 1 Atherom (Duala) und 1 Ganglion (Duala) operativ geheilt.

26. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Eine bei den Negern des Schutzgebietes verhältnismäßig häufige Erkrankung ist die der Muskelabszesse und primären eitrigen Gelenkentzündungen.

Lomie berichtet: Ein Fall von primärem Muskelabszeß kam durch breite Eröffnung zur Heilung.

„Ein etwa 14jähriger Junge kam wegen einer derben, aus dem kleinen Becken links, oberhalb des Poupartschen Bandes emporwachsenden Gschwulst, welche durch Kompression der Gefäße ein starkes Ödem des linken Beines verursachte, in Behandlung. Es bestand daneben hochgradiger Ikterus und eine Vergrößerung der Leber, deren unterer Rand mitten zwischen Rippenbogen und Nabel deutlich sichtbar und fühlbar war. Bei der Operation entpuppte sich die Geschwulst als kolossaler Drüsenabszeß; Ikterus und die Lebervergrößerung gingen zunächst nicht zurück, später schwanden sie jedoch. Das Befinden ist z. Z. recht gut; die Operationswunde sondert noch etwas gelblich rahmigen Eiter ab."

Ebolova: „Auffallend ist das Vorkommen von scheinbar primären eitrigen Gelenkentzündungen. Bei einem Falle von Schultergelenkseiterung wurden Fistelgänge im Oberarmkopf gefunden. Entzündung eines Kniegelenks und eines Ellenbogengelenks wurden beobachtet.

Einmal gelang es mit einer Pravazspritze, aus einer noch nicht abszedierten Schwellung einen Filaria gleichenden Parasiten zu extrahieren. Die Geschwulst ging darauf zurück, während derselbe Patient sonst noch mehrere derartige Schwellungen hatte, die sämtlich abszedierten."

27. Mechanische Verletzungen.

Von der großen Zahl der Wunden, die im Berichtsjahre vorkamen, seien einige besonders interessante angeführt:

Duala:

„Im Hospital Duala wurde ein Europäer behandelt, dem durch Abspringen eines spitzen Metallstückes von einer Maschine die Ellenbogenschlagader durchtrennt war. Unterbindung. Heilung. Einem zweiten wurde ein Kupfersplitter aus der Hornhaut nach längeren Bemühungen entfernt. Ein Fall von traumatischer Hydrozele heilte nach Winkelmannscher Operation."

Im Farbigen-Hospital kamen mehrere schwere Verletzungen zur Behandlung: „Ein Maurer, der durch Sturz vom Bau eine Verrenkung und Zertrümmerung des 3. Halswirbels erlitten hatte, starb, desgleichen ein von einem Baum herabgefallener Eingeborener mit offenem Bruch der 7. Rippe und akutem Pneumothorax unmittelbar nach der Aufnahme. Dagegen gelang es, einen anderen Kranken, dem ein auf ihn stürzender Baum einen Bruch beider Oberschenkel, mit mehrfacher Zersplitterung des einen und mehrerer Rippen, zugefügt hatte, nach längerer Behandlung mit Streckverbänden zu heilen. Geheilt wurde ferner ein Fall von Eröffnung des Handgelenks mit Bruch der Ulna, verursacht durch Hiebe mit einem Buschmesser, ferner ein komplizierter Bruch der rechten großen Zehe, dieser nach Exartikulation, und schließlich ein Fall von Bauchverletzung mit Netzvorfall, nach Reposition desselben."

Ins Hospital Kribi kam zur Einlieferung: ein Bruch der Wirbelsäule (Lendenwirbel).

„Einem mit der Schaufel arbeitenden Gefangenen fiel aus beträchtlicher Höhe eine Kokusnuß auf den Rücken. Es bestand vollständige Lähmung beider Beine und Anästhesie, Urinretention, hartnäckige Verstopfung. Der Kranke starb nach einigen Tagen."

Von Schußwunden wurden beobachtet:

Ebolova:

„Eine Schußwunde wurde durch ein Buschgewehr bei einem Träger hervorgerufen. Das Geschoß, ein Stück Messingdraht, drang am rechten Auge ein, zerstörte die untere Hälfte des Augapfels und sitzt auf dem harten Gaumen. Die Heilung wurde durch eine Infektion der Wunde und häufige Nachblutungen aus dem Einschuß und der Nase sehr verzögert."

Jola-Großschnellen-Expedition:

„1 Todesfall betraf einen Alschoka-Mann, der nachts mit mehreren Mitgefangenen aus dem Gefängnis ausbrach und von dem nacheilenden Wachsoldaten ins Bein geschossen wurde. Die Weichteile in der Umgebung des unteren Drittels des Oberschenkels waren zerrissen und in eine unförmige blutige Masse verwandelt, der Knochen war über den Condylen völlig zersplittert. Es wurde ein Verband angelegt und am nächsten Morgen die Amputation des Oberschenkels vorgenommen. Die Operation verlief gut. In der folgenden Nacht stellte sich jedoch eine bedrohliche Herzschwäche ein. Am Morgen des anderen Tages Tod."

Bamenda:

„Bei einer Frau mußte der rechte Oberschenkel im oberen Drittel amputiert werden; sie erhielt aus nächster Nähe einen Schuß (mit Modell 71) unterhalb des Knies, der ein fast handtellergroßes Loch riß. Starke Verjauchung der Wunde mit septischem Fieber zwang zur Amputation. Die Wunde heilte reaktionslos. Tod nach 3 Wochen infolge Lungenschwindsucht und Herzschwäche, wie die Sektion zeigte."

Lomie: „Je ein Knochenschuß und ein Fleischschuß kamen in Behandlung, beide Ausgang in Heilung."

Erwähnenswert ist die Wirkung der S-Munition gelegentlich der Polizeimaßregel gegen die Dudja-Heiden im Bezirk Garua. (Bericht des Oberarztes Dr. Mohn):

„Die Verwundungen, die durch das S-Geschoß gesetzt worden sind, meist in einer Entfernung von 150 bis 300 m, waren durchweg überaus schwere, besonders wenn das Geschoß auf Knochen traf. Leider hatte ich im Verhältnis zu den zahlreichen Toten und Verwundeten nur wenig Gelegenheit, mich mit der Geschoßwirkung eingehender zu befassen, da sich die Verwundeten meist in unerreichbaren Schluchten in Sicherheit gebracht hatten und die Toten vielfach den Abhang hinuntergestürzt oder von ihren Leuten mit fortgenommen waren.

Ich habe 9 Geschoßwirkungen beobachtet.

1. Kleiner, knapp pfenniggroßer Einschuß in der rechten Hinterbacke; Ausschuß im Mittelbauch, weitklaffend; eine große Darmschlinge liegt frei auf dem Boden. Der Verwundete ist benommen.

2. Kleine Einschußöffnung in den Hinterkopf. Ausschuß linkes Auge, ganze linke Augengegend herausgerissen, Knochen zertrümmert. Sofortiger Gehirntod.

3. Kleiner Einschuß in die rechte hintere Brustseite, Ausschuß in der rechten vorderen Brust, Öffnung kleinhandtellergroß. Lunge wölbt sich vor. Tod durch innere Verblutung.

4. Schuß in die rechte Unterbauchgegend, eine Darmschlinge wölbt sich etwa hühnereigroß vor; Ausschuß linke Unterbauchgegend, Darmschlinge tritt aus der handtellergroßen Öffnung hervor. Daneben Zertrümmerung des linken 2. Fingers und Abreißung des Daumens. Leib aufgetrieben. Tod anscheinend durch innere Verblutung.

5. Bei derselben Person kleiner Einschuß in die linke hintere Halsseite, Ausschuß linker Oberarm, Muskulatur weit aufgerissen und zerfetzt.

6. Kleiner Einschuß in die rechte Hinterbacke, breite Ausschußöffnung linke Hinterbackengegend, Backen daselbst zerschmettert, Fleischwunde etwa 15 cm lang aufgerissen. Tod wahrscheinlich durch Eintritt von Fett ins Blut.

7. Kleiner Einschuß in die linke äußere Kniegegend, Ausschuß an der inneren unteren Seite des linken Oberschenkels. Der untere Teil des Oberschenkelknochens völlig zertrümmert, Ausschußöffnung fünfmarkstückgroß. Ist bewußtlos.

8. Kleiner Einschuß in die linke, obere, äußere Brustseite im Rippenzwischenraum. Dreimarkstückgroßer Ausschuß rechts neben dem linken Schulterblatt. Keine Knochenverletzung. Patient lebt, hat wenig Beschwerden.

9. Leichter Streifschuß an der Innenseite des rechten Oberarms, Muskulatur nur wenig aufgerissen."

Über Bißwunden wird berichtet:

Jola-Großschnellen-Expedition: „Es handelt sich um einen Arbeiter, der beim Holzfällen von einer Puffotter in den linken Fuß gebissen wurde. Der Fußrücken war stark angeschwollen und außerordentlich schmerzhaft. Etwa 3 Stunden nach dem Bisse Injektion von 10 ccm Calmette-Serum in das Unterhautbindegewebe der rechten Weiche. Ausspülen der Wunde mit liqua. Ammon caust.

Nach 5 Stunden Nachlassen der Schmerzen und Rückgang der Schwellung. Heilung."

Victoria: „1 Wegearbeiter erhielt einen Schlangenbiß. Geringe lokale Erscheinungen. Injektion von Kali permang.-Lösung um die Bißstelle. Nach 7 Tagen geheilt entlassen.

Nach Skorpionstich trat bei einem Arbeiter des Bezirksamtes starke Rötung und Schwellung des Fußes und Unterschenkels ein. Unter Alkoholverbänden gingen die Intoxikationserscheinungen in 7 Tagen zurück."

28. Frauenkrankheiten.

Von europäischen Frauen wurden in Duala 3 Fälle behandelt, eine anämische Missionsfrau mit profusen Spätblutungen nach normaler Entbindung, eine Dysmennorrhoe und poliklinisch ein Uterus-Myom.

Von farbigen Frauen erhielten ärztliche Hilfe: „In Duala je einmal Abort, Eklampsie und Nabelschnurverschlingung. Bei den beiden letzteren fand künstliche Entbindung nach Cephalotrypsie statt."

In Garua wurde „eine Querlage eines abgestorbenen 6monatlichen Foetus bei einem Soldatenweibe nach Wendung entwickelt."

In Ebolova wurde „eine Ovarialcyste operiert. Der Tumor war gut kindskopfgroß. Die schon dekrepide Patientin starb am 8. Tage nach der Operation an Herzschwäche. Die Sektion ergab weder Infektion noch Blutung in der Bauchhöhle."

Kribi: „Ein Zugang von Eklampsia gravidarum. Es bestanden angeblich seit 24 Stunden Krämpfe. Das Fruchtwasser war bereits abgegangen, der Muttermund völlig erweitert. Herztöne nicht zu hören. Extraktion des toten Kindes. Nach Extraktion hörten die Krämpfe auf.

Es wurden ferner eine seit 3×24 Stunden Kreißende angebracht. Hohes Fieber; totes Kind; enges Becken. Perforation und Extraktion des entfernten Kopfes mittels Kranioklast. Manuelle Lösung der Plazenta. Die Angehörigen wollten die Frau unter keinen Umständen im Hospital aufnehmen lassen. 4 Stunden später ging die Frau in ihre 2 Stunden entfernte Heimat und soll dort nach 4 Tagen gestorben sein."

Victoria berichtet: „Retentio placentae scheint in den Tropen häufiger vorzukommen als in der europäischen Heimat. Auch die Mitteilungen der Missions-Hebammen bestätigen das. In den wenigen hier beobachteten Geburten war ein Eingriff immer nötig. In allen Fällen genügte der Handgriff nach Credé.

Bei einer Frau mit infantilem, allgemein verengtem Becken war Kraniotomie und Extraktion des toten Kindes notwendig.

Ein Fall von akuter Endometritis nach Geburt wurde mit hohem Fieber ins Hospital gebracht. Nach der ersten Uterus-Spülung mit Sublimatlösung Sinken der Temperatur. Nach 6 Tagen geheilt entlassen.

Ein Fall von Mastitis wurde operiert und geheilt; ein unvollkommener Abort heilte nach Curettement. Ein Fall von Blasenscheidenfistel wurde ungeheilt entlassen, da eingreifende Operation verweigert wurde.

Die Zahl der Frauen, die gynäkologischer Leiden wegen die Poliklinik aufsuchen, ist ständig im Wachsen. Zur Behandlung kamen Retroflexio, Perimetritis, Salpingitis, Erosionen am Muttermund. Bei einer besseren Negerin mit Retroflexio, die schon 2 Aborte hinter sich hatte, kamen Blutungen während der Gravidität unter strenger Bettruhe zum Stillstand. Normale Beendigung der Schwangerschaft und Geburt."

29. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.

Elefantiasis wurde öfter beobachtet, im Hospital Duala allein 6 Fälle.

„Einer, mit bis über die Kniee reichender, durch doppelseitigen Leistenbruch komplizierter Geschwulst starb an Sepsis; die anderen 4 Operierten wurden geheilt; einer verweigerte die Operation."

In Ebolova handelte es sich nur um Elefantiasis der Geschlechtsteile. „Das schwerste Skrotum, welches operiert wurde, wog 24,5 kg. Die Erfolge waren fast sämtlich zufriedenstellend. Nur einmal konnte kein genügender Hautlappen zur Bedeckung des Penis gefunden werden. In einem Falle wurde im Skrotum eine Hernie vorgefunden. Die Operation wurde trotzdem vollendet. Das Resultat ist ein gutes."

In Kribi waren 2 Operierte im Bestand, 3 neue Fälle gingen zu.

„In einem Fall reichte der Hodensack bis handbreit unter das Knie. Sämtliche wurden mit gutem Erfolg nach Manson operiert. 1 Elefantiasis des Beins wurde ungeheilt entlassen, da der Kranke die Operation verweigerte."

Von Filaria-Erkrankungen wurden in Ebolova nur filaria loa, die aus der Konjunktion entfernt wurden, beobachtet. In Duala waren 3 Fälle filaria loa, darunter einer bei einem Europäer, dem 2 Filarien aus dem Auge extrahiert wurden, und 9 Fälle filaria volvulus, deren meist bohnen- bis kirschgroße, an der Seitenfläche des Brustkorbes in der Höhe der langen Rippen sitzende Tumoren wegen ihrer häufigen Schmerzhaftigkeit operativ entfernt wurden.

Endlich wurde in Ebolova einer Negerin eine Fliegenlarve, Ochromyia antropophaga, dicht unterhalb der rechten Augenbraue entfernt.

VII. Allgemeine Hygiene.

a) Duala:

1. Gesundheitsverhältnisse der Europäer. Oberstabsarzt Prof. Dr. Ziemann äußert sich: „Wie im Vorjahre, und in allen früheren Jahren, sind auch diesmal wieder die Beamten ganz besonders günstig hinsichtlich der Mortalität an Malaria gestellt ge-

wesen. Die Gründe sind schon in früheren Berichten wiederholt angegeben worden. Die Beamten nehmen durchschnittlich regelmäßig ihr Chinin nach der hier seit Jahren eingeführten Methode nach Ziemann, alle 4 Tage 1 g Chinin, auf einmal bzw. in verteilten Dosen, und wohnen in besseren Häusern, zum Teil schon etwas mehr getrennt von den Eingeborenen, während die Kaufleute mehr in der Nähe der Eingeborenen wohnen und durch nicht seltene Buschreisen oft einer vermehrten Infektions-Gefahr ausgesetzt sind. Am ungünstigsten sind natürlich die Angestellten der Bahn gestellt, die infolge der Eigentümlichkeiten des tropischen Bahnbaues ganz besonders Infektionsmöglichkeiten ausgesetzt sind. Aber auch bei ihnen waren die Erkrankungsziffern relativ gering, speziell bei denen, die nach den Geboten der immer wiederholten öffentlichen Gesundheitsbelehrungen lebten und sich eines nüchternen Lebenswandels befleißigten. Gewiß gibt es immer noch manche „alte", in Wirklichkeit manchmal sehr junge Afrikaner, die alles besser wissen und kein Chinin nehmen. Indessen diese Zahl schmilzt doch gegen früher immer mehr zusammen. Eine enorme Besserung aller Verhältnisse kann erst erfolgen, wenn die seit Jahren immer wieder ärztlicherseits geforderte Versetzung der Eingeborenen aus der Nähe der Europäer-Stadt um ungefähr 1 km, entsprechend der Flugweite der Anophelinen, durchgeführt sein wird. Die Chinin-Prophylaxe wird dann für die ortsansässigen Europäer überflüssig."

2. Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen: „Nachdem infolge der Gesundheitsbelehrungen der besseren Häuser, der Sinn für Reinlichkeit bei den Eingeborenen geweckt worden ist, ist auch Framboesie gegen früher zweifellos seltener geworden, sogar die tuberöse Form. Das erklären auch die Eingeborenen selber, zum Teil wirkt auch mit, daß Jodkali unentgeltlich allen, an Framboesie erkrankten Armen gegeben wurde. Neuerdings gelang es auch, die pustulöse Form der Framboesie hier klinisch abzusondern von den übrigen Hautaffektionen. Es bestätigte sich auch hier, daß die pustulöse Form hartnäckiger der Therapie wiedersteht wie die tuberöse.

In diesem Berichtsjahre gelang es, dem seit Jahren immer wieder erstrebten Ziele der Ansammlung von Leprösen in besonderen Lepra-Dörfern näher zu kommen. Bezüglich des gegenwärtigen Standes der Lepra-Frage in Kamerun sei auf die für die internationale Lepra-Konferenz in Bergen bestimmte Arbeit Ziemanns, erscheinend in der Zeitschrift Lepra, verwiesen. In derselben befinden sich auch die Notizen über die bisherigen therapeutischen Versuche mit Nastin B. I. und B. II. So erfreulich die Versuche im Anfang erschienen, indem bei den tuberösen Formen zweifellos lokale Reaktionen und bei einigen auch Rückbildungen der Lepra vorkamen und allgemein das Krankheitsgefühl geringer wurde, so wenig befriedigte der spätere Verlauf der Versuche, indem zweifellos Gewöhnung an das Nastin eintrat. Ein abschließendes Urteil kann erst im nächsten Jahresbericht gegeben werden.

Bereits in früheren Berichten hatte ich erwähnt, daß in Duala und im Stromgebiet des Wuri vereinzelte Fälle von Schlafkrankheit beobachtet sind. Dieselbe ist nach den mir gemachten bestimmten Versicherungen alter Dualas vor etwa 30 Jahren von dem benachbarten Fernando Po eingeschleppt worden und erhielt den Namen Diboa (Krankheit) — la — iyo (Schlafen). Eine stärkere Verbreitung hat die Krankheit trotz des ziemlich häufigen Vorkommens der, die Schlafkrankheit übertragenden Stechfliege, der Glossina palpalis, bis jetzt scheinbar nicht gefunden. Die meisten Erkrankten kamen im Endstadium zur Behandlung, wo Atoxyl keine Heilung mehr herbeizuführen vermochte, wo auch Parasiten nicht mehr nachzuweisen waren. In einem anderen Bruchteil der Fälle war schon vor der ärztlichen Untersuchung der Tod eingetreten und wurde die Diagnose aus klinischen Gründen gestellt. Bei dem Rest der Fälle handelte es sich ebenfalls fast nur um äußerst akut verlaufende, schwere, bei denen Atoxyl (nach der Vorschrift von R. Koch gegeben) leider auch keine Heilung mehr herbeiführte. In einem neueren Fall (Krankenwärter der Schlafkranken) verliefen zwischen dem Auftreten der ersten klinischen Erscheinungen und dem Tode nur 4 Wochen. Dies trotz energischer Atoxyl-Kur, kombiniert mit Quecksilber-Kur. Wir scheinen hier, wenn es sich um Schlafkrankheit handelt, im Durchschnitt nur mit schweren und ungewöhnlich akut verlaufenden Fällen zu rechnen zu haben. Leider sind die Eingeborenen, trotz aller, wiederholter Belehrungen in den Häuptlingsversammlungen, bestrebt, die Kranken, von denen sie wissen, daß sie sofort isoliert werden, im Busch zu verstecken. Wir müssen also durchaus mit der Möglichkeit rechnen, daß im Stromgebiet des Wuri noch vereinzelte Fälle von Schlafkrankheit sich finden.

Ein zweiter Herd von Schlafkrankheit ist nach einem neueren Bericht vom Stabsarzt Berké in Bare, möglicherweise in der Flußniederung des Nkam, zu suchen, da die Leute eine Krankheit dort zu kennen behaupten, die durch Stiche einer Fliege bedingt sei und unter Schlafsucht zum Tode führe. Da es sich bisher um Sperrgebiet handelte, dessen Bewohner jetzt erst unterworfen wurden, können exakte Nachforschungen erst eingeleitet werden. Glossina palpalis im Nkamtale ist bereits sicher erwiesen.

Ein weiterer Herd von Schlafkrankheit bestand früher nach den Erkundungen des Hauptmanns Frhr. v. Stein am oberen Njong, östlich von Atok, wo die Bewohner der infizierten Gegend zum größten Teil ausgestorben sind und die wenigen Überlebenden sich in die Wälder der außerordentlich menschenleeren Gegend verstreuten. Dieser Menschenarmut der öden Gegend ist es wohl zuzuschreiben, daß die Krankheit dort entweder erloschen oder keine nennenswertere Verbreitung gefunden hat. Eine systematische Durchsuchung dieser Gegend nach weiteren Fällen hatte aus Mangel an Ärzten und, da es sich teilweise um Sperrgebiet handelte, bisher nicht erfolgen können.

Der bei weitem wichtigste und gefährlichste Herd ist aber zweifel-

los die Südostecke Kameruns im Stromgebiet des Djah, des Bumbe und Kadeï, da dort die Einfallspforte für die im Kongo-Gebiet so schrecklich grassierende Seuche ist. Stabsarzt Dr. Geißler in Lomie erhielt den Auftrag, seinen Rückmarsch behufs Antritt des Heimatsurlaubs statt über Jaunde über Molundu und dem Kongo anzutreten und über den dortigen Stand der Schlafkrankheit zu berichten. —

Die Versorgung mit Fleisch in Duala hat eine erhebliche weitere Verbesserung erfahren, nachdem sich ein Schlächter hier etabliert hat, der fast täglich Rinder schlachtet, Sonntags auch Schweine. Seitdem ist durch Gouvernementserlaß die obligatorische Fleischbeschau durch den Gouvernementstierarzt eingeführt worden. Außerdem geben, wie bisher, die deutschen und englischen Dampfer Fleisch ab, letztere zum Teil auch Früchte und Gemüse. An diesen liefert der Bezirksamtsgarten meist auch genügend für die Angehörigen des Gouvernements.

Die Wohnungsverhältnisse sind immer noch nicht befriedigend, da aus Mangel an Mitteln nicht genügend Häuser gebaut werden konnten.

Ein weiterer Mangel ist, daß, da nicht genügend Grund und Boden zur Verfügung stand, die wenigen neuerbauten Häuser zu nahe an die bisher erbauten herangebaut werden mußten."

Zur Orientierung über die Dichtigkeit der Bevölkerung in Kamerun, über die Verbreitung der Malaria sowie über die Trypanosomen-Erkrankungen der Tiere dienen die in der Anlage beigefügten, von Ziemann entworfenen Kartenskizzen. Anlage 4 bis 6.

Ferner berichten über allgemeine Hygiene die Regierungsärzte bzw. Stationsärzte von folgenden Orten:

b) Victoria:

1. Unterkunft. „Eine genügende Anzahl hygienisch leidlich einwandfreier Wohnungen ist bisher nicht vorhanden. Bei dem hier regen Durchgangsverkehr macht sich der Mangel doppelt fühlbar.

Europäer- und Farbigen-Hospital haben sich als zu klein erwiesen. Wiederholt war ich genötigt, die im Garten wieder aufgestellte, recht baufällige, alte Döckersche Baracke mit weißen Kranken zu belegen. Den Platzmangel im Farbigen-Hospital hat die kürzlich festgestellte Dysenterie-Baracke etwas gemildert.

2. Verpflegung. Regelmäßige Schlachtungen können nicht stattfinden, da es Schwierigkeiten macht, genügend Vieh zu beschaffen. Gelegentlich hilft die W. A. P. V. (Westafrikanische Pflanzungsgesellschaft Victoria) aus, die Schlachtvieh von Togo kommen läßt. Geflügel am Orte oder in der Umgebung zu kaufen, ist nur selten möglich, und teuer, und die Aufzucht von Federvieh, besonders besserer, heimischer Rassen, wegen der großen Sterblichkeit wenig dankbar. Das von den Dampfern bezogene Fleisch länger zu halten, ist unmöglich, da die Eismaschine des botanischen Gartens der hohen Unkosten wegen nicht in Betrieb gehalten wird. Alles in allem, läßt

die Fleischversorgung noch viel zu wünschen übrig. Gemüse liefert der Hospitalgarten meist so viel, daß oft täglich sämtliche Europäer, soweit sie nicht selbst Gärten besitzen, versorgt werden konnten. Gurken, Bohnen, Karotten, Kohlrabi, rote Rüben, Tomaten, Eierfrüchte und Radieschen gedeihen bei zweckmäßiger Bodenbehandlung recht gut.

3. Wasserversorgung. Bezüglich dieser steht Victoria in der Kolonie wohl unstreitig an erster Stelle. Die im 4. Jahre bestehende Wasserleitung funktioniert, von kleinen Störungen abgesehen, immer recht gut, und das Wasser hat sich bei häufigen Untersuchungen stets als einwandfrei erwiesen. Verschiedene Europäer trinken es unfiltriert, ohne bisher gesundheitliche Schädigungen erlitten zu haben. Von ärztlicher Seite darf eine derartige Sorglosigkeit freilich prinzipiell nicht gutgeheißen werden. Schäden in den Leitungsrohren werden im Laufe der Zeit nicht ausbleiben, und die vor reichlich 1 Jahr hier bzw. unter den Arbeitern der W. A. P. V. beobachtete Typhusepidemie mahnt doch auch zur Vorsicht.

4. Sanierung. Die Trockenlegung des Sumpfes hat recht erfreuliche Fortschritte gemacht. Ein verzweigtes System von Abzugsgräben hat da, wo früher fast das ganze Jahr Tümpel stagnierten, schöne Weideflächen entstehen lassen, die der bisher leider noch recht bescheidenen Rinderherde zugute kommen.

In Stümpfen abgeschlagener Papayas und Palmen, aber auch an älteren Kakaobäumen, bilden sich an den Stellen, an denen größere Äste abgeschlagen wurden, Vertiefungen, in denen sich in der Übergangszeit kleine Regenmengen und Moskito-Brutstätten bilden. Ich konnte im botanischen Garten sehr häufig in diesen sehr leicht übersehbaren Pfützen zahlreiche Larven beobachten.

Als wesentlicher Fortschritt ist die fast vollständige Trennung der weißen und schwarzen Bevölkerung in Victoria zu bezeichnen. Die früher verstreut unter den Europäern wohnenden Bakwiris sind am Urwaldrande, über 1 km vom Europäer-Viertel entfernt, angesiedelt, und die wenigen, in der alten Stadt noch wohnenden, meist wohlhabenden Farbigen, werden angehalten, hygienisch leidlich einwandfreie Wohnhäuser zu bauen. Die Sauberhaltung der Europäer-Stadt wird dadurch wesentlich erleichtert und die Möglichkeit der Infektion mit Malaria erheblich gemindert."

c) Kribi:

„Die farbige Bevölkerung zeigte größeres Zutrauen zum weißen Arzt als früher. Auch aus fremden Kolonien (Batu, Gabun) kamen Eingeborene hierher, um sich Unterleibsbrüche operieren zu lassen.

Die Unterkunft der Beamten ist nach Fertigstellung des Richterhauses und der Post eine gute geworden. Infolge des schlechten Geschäftsganges haben nahezu alle Firmen ihr Personal verringert, so daß auch für den Notfall Beamte in den Faktoreien einquartiert werden können.

Durch Fertigstellen des neuen Farbigen-Hospitals ist einem drin-

genden Bedürfnis abgeholfen, da die als provisorisches Lazarett dienende Baracke baufällig war.

Ganz am Ende des Berichtsjahrs wurde auch eine Pockenbaracke fertiggestellt.

Die Sanierungsarbeiten traten diesmal gegenüber den Wegebauten zurück. Die Sanitätskolonne saprolisierte aus und hielt die Vegetation der Sümpfe nach Möglichkeit kurz.

Was Verpflegung und Tierhaltung betrifft, so hat sich darin nichts geändert. Ein Projekt, Kribi von Duala aus mit Schlachtvieh zu versorgen, scheiterte. Ein von privater Seite aus ins Leben gerufenes Fischereiunternehmen schlief ein, da die Teilnehmer bei hohem monatlichen Beitrag keine Fische bekamen. Ein Markt ließ sich bisher in Kribi auf die Dauer nicht einrichten, da das Angebot von Landeserzeugnissen die Nachfrage weit überstieg. Es ist deshalb nicht zu verwundern, wenn Leute, die von weither ihre Produkte anbrachten und sie zum größten Teil wieder zurückbringen mußten, zum zweiten Male nicht erschienen.

Auf Antrag wurde der Bau von 5 Brunnen genehmigt, von denen Ende März 2 fertiggestellt waren."

d) Edea:

„Edea ist anerkannt ein Ort mit hoher Durchschnittstemperatur. Mehrfach wurde vormittags bis 37° C. im Schatten festgestellt, denen oft im Anschluß an Regengüsse und Wirbelwinde (Tornados) Temperaturabstürze um 6 bis 10° C. folgten. Naturgemäß hatten diese jähen Wärmeveränderungen eine Reihe von Krankheiten im Gefolge, wie z. B. Muskel- und Gelenkrheumatismus, Bronchialkatarrh. Recht oft wurde Dysenterie beobachtet, die nicht selten infolge der geringen Widerstandsfähigkeit der Einwohner gegen die genannte Krankheit lokal verlief. Die Diagnose Dysenterie wurde nur gestellt bei Vorhandensein von Blut und Schleim im Stuhlgang. Die bei Europäern am meisten beobachteten Krankheiten waren ebenfalls Dysenterie und Malaria. Im übrigen handelt es sich im wesentlichen bei Eingeborenen um Verletzung der äußeren Bedeckungen, die sich in Furunkeln und Zellgewebsentzündungen mehr oder minder umfangreicher Natur äußerten.

Was die Wohnräume für Europäer betrifft, so läßt sich nichts einwandswertes Nachteiliges erwähnen. Bedingung muß hier für jeden Weißen sein, daß er in der Lage ist, sein Trinkwasser filtrieren zu können. Der Europäer ist meist auf Konserven angewiesen, da es sehr wenig frisches Fleisch gibt."

e) Jaunde:

„Krankenhäuser und Krankenstuben für Europäer sind nicht vorhanden. Die Poliklinik für Eingeborene wird in einer Buschhütte abgehalten.

Von häufig auftretenden Krankheiten der Eingeborenen sind Rippenfell- und Lungenentzündung und Rheumatismus zu nennen. Die Nächte sind kühl, ja stellenweise kalt (nachts 17° C.).

Die Wasserversorgung ist im Hinterlande durchweg schlecht. In Jaunde wird seit 2 Monaten in der Talsinke ein Flachbrunnen gebaut: Der Brunnen ist nicht genügend abgedichtet. Die Posten Akonolinga, Abong-Mbang haben Wasserlöcher gegraben.

Unterkunftsverhältnisse: Es bestehen 7 Faktoreien in Jaunde, meist aus Baumaterial in europäischem Stile aufgeführt, nette Häuser mit kühlen, gut ventilierten Räumen, an die sich durchweg eine breite, luftige Veranda anschließt. Reichliche Nebengebäude, Hof und Garten. Dagegen umschließt bei den Beamten eine hohe, lange, mit Schießscharten und Toren versehene Mauer die Wohnungen.

Verpflegung: Eier kosten das Stück 10 Pfg., Hühner 1 M. bis 1,50 M. Fleisch gibt das Bezirksamt gegen Entgelt an die Beamten ab, zeitweise auch frische Milch."

f) Lomie:

„Bei der verhältnismäßig großen Anzahl der im hiesigen Bezirk wohnenden Europäer, Angehörige des Gouvernements und der Schutztruppe sowohl wie Private, und der Unmöglichkeit, in Notfällen ärztliche Hilfe schnell genug von der Nachbarstation zu erhalten, ist es durchaus erwünscht, daß in Lomie dauernd ein Arzt stationiert bleibt.

Die Nahrung der Njems ist eine sehr einseitige; sie besteht hauptsächlich aus Planten und Kassada in verschiedener Zubereitung, wobei das aus Blättern zubereitete Jamba-Jamba, selten einige Erdnüsse und eingeführtes Palmöl, und nur ganz ausnahmsweise Fleisch oder Fische, etwas Abwechslung bringen.

Von anatomischen Eigentümlichkeiten der hiesigen Eingeborenen sind mir aufgefallen: Erhebliche Größenunterschiede zwischen den beiden Nieren, insofern die linke Niere stets größer ist als die rechte, sowie bei einzelnen eine ganz bedeutende Verlängerung des Dickdarms, welche meiner Ansicht nach auf die sehr voluminöse Nahrung zurückzuführen ist. Im ausgezeichnetsten Falle habe ich das S. romanum als große Schleife, aus der Darmbeingrube bis zur Nabelgegend über die Dünndarmschlingen ansteigend, dann nach unten in einer richtigen Schlinge umbiegend und in das Rektum übergehend, gesehen.

Alkoholismus habe ich bei den Eingeborenen nicht beobachtet. Es fehlt an alkoholartigen Getränken und den Rohstoffen zur Bereitung von Alkohol."

g) Banjo:

„An 120 Tagen war der Arzt von Station abwesend, an 41 Tagen keine europäische Person dort.

Die Sanierungsarbeiten wurden im Anschluß an den Wegebau und durch Belehrung der Häuptlinge auf Station gefördert. Sie beschränken sich im wesentlichen auf das Niederfällen von Busch in den Ansiedlungen und an Wasserübergängen.

Mit dem Bau von Boxen für Kälber zur Lymphgewinnung ist begonnen worden.

Das Klima im Hochlande von Banjo ist wohl das angenehmste und gesundeste im Schutzgebiet. Gleichmäßige Temperaturen bei

nicht zu großem Feuchtigkeitsgehalt in der Regenzeit. Keine Nebelbildung, wenig Bevölkerung, ständige, bewegte Luft. Nächtliche Abkühlung selten unter 17° C. Selbst an Orten gehäuften Vorkommens von Anopheles geht mit fortschreitender Trockenzeit und dem Versiegen der zahlreichen kleinen Wasserläufe die Zahl der Mücken sehr stark zurück — so auf dem Zollposten Barna. Die besonders im Tiefland — Höhen von 200 bis 400 m — erhebliche nächtliche Abkühlung wirkt außerordentlich wohltätig auf den Organismus des Europäers. — Gelegenheit der ärztlichen Reisen wurde die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Stechfliegen gerichtet. Stomoxys-Arten wurden mit Ausnahme des Hochplateaus von Banjo überall gefunden, dagegen nie Glossinen. Ein Tsetseherd soll am Tarnka bei Kaginbaba sein. Das Vorkommen von Tsetse wurde bei Pferden des Zollpostens Barna nachgewiesen. Vielleicht handelt es sich um einen eng lokalisierten Herd, wenigstens gedeihen Pferde und Rinder in dem 4 km entfernten gleichnamigen Dorfe gut. Die angeordneten Bekämpfungsmaßregeln sind an den Hauptverkehrswegen in Angriff genommen und teilweise durchgeführt.

Die Dorfanlagen sind meist weitläufig, die Hütten — Rundhütten — luftig, leidlich reinlich; die Menschen halten sich viel im Freien auf, sind meist im Besitz genügender und wärmender Kleidung. Gutes fließendes Wasser ist in allen, mit bekannten Ortschaften zu jeder Jahreszeit vorhanden, wenn auch zum waschen, besonders der Kleider, wenig Gebrauch davon gemacht wird. Abortanlagen wurden nie gefunden; die Fäkalien werden auf den Feldern, meist ziemlich entfernt, abgesetzt und bedingen, wenigstens in der Trockenzeit, keine Gefahr. Die Ernährung der Eingeborenen ist im allgemeinen gut und reichlich. Das Hauptnahrungsmittel ist Mehl von Mais und Durrha, das mit Wasser und Milch zu einem dicken Brei verkocht wird. Rinder werden in den meisten Ortschaften regelmäßig geschlachtet; das Fleisch wird mit Gemüse und Gewürzen zu einer Art Ragout zubereitet oder an der Sonne gedörrt. Süßkartoffeln, Jams, Erdnüsse, verschiedene Gemüsearten: Okro, Bohnen, werden angebaut und auf verschiedene Art zubereitet. In besseren Häusern wird das Essen recht sauber und appetitlich gekocht. Als Getränke kommt Buttermilch und Kornbier in Betracht, Palmwein nur bei den Tikar-Stämmen am Mbam. Von Alkoholismus kann man, abgesehen von den Häuptlingen genannter Dörfer, nicht reden. Europäische Spirituosen dürfen im Bezirk nicht verschänkt werden.

Epidemien sind nicht vorgekommen. Die letzte Pockenepidemie liegt über 2 Jahre zurück. Immunität nach überstandener Krankheit ist den Eingeborenen bekannt, die den Immunisierten die Pflege der Kranken überlassen."

h) Bamenda:

„Auf der Station sind im Anfang des Jahres 1909 2 Neubauten mit 5 Wohnungen für Europäer aufgeführt worden.

Die Ernährungsverhältnisse sind gute: Milch, Eier, frisches Fleisch, europäische Kartoffeln, Gemüse, sind billig zu erhalten. Auf

der hochgelegenen Station sind Mücken nicht aufgetreten; während im Bezirk selbst Malaria in den Niederungen, Kentu am Nun usw., endemisch ist. Trotzdem wird die Chinin-Prophylaxe, soweit kontrollierbar, innegehalten. Für die Europäer steht gutes Grundwasser aus einem abessynischen Brunnen zur Verfügung."

i) Ebolova:

„Durch umfassende Abholzungen hier wie auf den Posten ist zur Gesundung ein großer Schritt vorwärts getan und besonders die Luftbewegung erheblich erleichtert worden. In Ebolova selbst erheischen die rings umherliegenden Sümpfe noch umfassende Arbeiten, besonders für die Siedlung der Zivilbevölkerung, während die Station durch ihre erhöhte Lage weniger dadurch berührt wird.

Der Alkoholismus grassiert nicht in Bedenken erregender Weise."

k) Dschang:

„Die Sanierungsarbeiten auf dem Stationsgelände wurden fortgesetzt und die Trockenlegung des in nächster Nähe der Station gelegenen Raphiasumpfes fast völlig beendet. Die Trockenlegung geschah durch Anlage zahlreicher kleiner Entwässerungsgräben, welche in einem großen Abzugsgraben mit starkem Gefälle münden, Aufschütten der Niederung und Ausrotten des Raphiasumpfes. Die Wasserentnahmestelle für die Europäer ist ausgemauert worden, die Anlage eines Brunnens ist für die nächste Trockenzeit geplant. In bezug auf die Wohnungsverhältnisse wurde der Bau der Wohnung des Stationschefs, ein Wellblechgebäude mit Holzverschalung, beendet. Auch die aus gebrannten Ziegelsteinen aufgeführte Offizierwohnung mit Wellblechbedachung ist fast vollendet; ein für die Unteroffiziere bestimmtes Wohngebäude, ebenfalls aus Ziegelsteinen, ist zu zwei Drittel im Rohbau fertig.

Größere Endemien und Epidemien kamen nicht zur Beobachtung. Das Zutrauen der Bevölkerung zur ärztlichen Behandlung ist im Zunehmen begriffen, namentlich bei äußeren Erkrankungen, während bei inneren Krankheiten meistens noch die sogenannten Buschmedizinen gebraucht werden. Leider ist der Zuwachs der Bevölkerung im Grasland nicht so erheblich, wie öfter angenommen wird. Auf 1 Weib kommt nach Ergebnissen der Volkszählungen 1 Kind. In den Buschgebieten stellt sich die Ziffer noch erheblich schlechter. Schuld daran tragen, abgesehen von der hohen Kindersterblichkeit, die zahlreichen Unterleibserkrankungen der Frauen, welche zum Teil wohl auf die schweren Arbeiten, in vielen Fällen auf eine geschlechtliche Infektion zurückzuführen sind. Zu frühes Heiraten kommt hier im Grasland nicht in Betracht. Ferner ist die Kindersterblichkeit wohl auf unzweckmäßige Ernährung zurückzuführen: Die kleinen Kinder bekommen nämlich schon am 1. Tag nach der Geburt einen Brei von Bananen in den Mund geschmiert. Ferner werden ihnen große Mengen Wasser eingeflößt, damit sie einen dicken Bauch erhalten, was als Zeichen der Schönheit der Kinder und Wohlhabenheit der Eltern gilt.

Alkoholismus kommt bei den Graslandstämmen nicht vor. Als einziges berauschendes Getränk dient der Palmwein."

l) Garua:

„Die Nähe des Benue, der alljährlich weit über seine Ufer tritt, bedingt ein ständiges Versumpftsein eines großen Teils der Umgebung Garuas und somit eine Unmenge Insekten, unter anderen auch Moskitos und den Benue abwärts Tsetse. Eine Besserung könnten hier nur umfassende Entwässerungsanlagen bringen, breite Gräben in größeren Abständen, die in den Benue münden und ein Abfließen des Wassers aus tiefer gelegenen Stellen des Landes ermöglichen. Die Ansteckungsgefahr aus all den kleinen Wassertümpeln bildet die Hauptgefahr für Garua. Ein Anfang zur Sanierung ist damit gemacht worden, daß man jetzt beginnt, die Straßen über das Niveau der tiefen Umgebung herauszuheben und durch Gräben und Brücken eine Trockenhaltung der Straßen, auch in der Regenzeit, anstrebt.

Der Alkoholimus ist unter der Fullahbevölkerung, da nach dem Koran verboten, wenig verbreitet. Numbo (Durrahbier) wird meist nur von der heidnischen Bevölkerung, da aber reichlich, genossen."

m) Kusseri:

„Der Gesundheitszustand der Europäer und Farbigen war unbefriedigend, weil infolge der mangelhaften hygienischen Verhältnisse manche wohl vermeidbaren Erkrankungen eintraten.

Das Klima von Kusseri ist an und für sich nicht ungünstig: Nur in den Monaten April—Juni, in denen eine größere relative Feuchtigkeit sich allmählich einstellt, leidet man unter der großen Hitze körperlich erheblich. Während der Hauptregenzeit, Juli—September, steigt die Mittagstemperatur nicht mehr so hoch. In der kalten Jahreszeit, November—Februar, muß sich auch der Europäer vor Erkältungen schützen. Die Nacht- und Morgentemperatur von etwa 10° C — in Dikva sind 6° C, in Kuba-Kufra, einen Tagemarsch von Kusseri nach Westen entfernt, sind 8° C gemessen — verursacht bei Europäern und Farbigen mehr oder weniger schwere Erkältungskrankheiten. Bei den Farbigen fordert diese Jahreszeit, besonders unter den aus dem Urwald stammenden, alljährlich mehrere Opfer. Der Vorzug dieser Zeit ist das fast völlige Fehlen von Moskitos. Diese stellen sich mit Beginn der Regenzeit allmählich mit den anderen Insekten ein, um dann zu einer rein körperlichen Qual zu werden.

Wer nach Eintritt der Dunkelheit nicht unter einem Moskitonetz liegt oder im Besitze einer der 3 sicheren Zelteinsätze ist, muß unbedingt von vielen Moskitos gestochen werden. Die Zahl 30 ist für die täglich empfangenen Stiche noch viel zu niedrig gegriffen.

Die einzige, bis jetzt mögliche und auch von allen Europäern ausgeübte Vorbeugung gegen Malaria ist die Chininprophylaxe und zwar meist jeden 4. und 5. Tag 1,0 g, von einzelnen angeblich jeden 6. und 7. Tag, vom Arzt jeden 9. und 10. Tag 1,0 g. Von den seit mindestens einem halben Jahr im Residenturgebiet befindlichen Europäern sind nur 3 von Malaria verschont geblieben, (2 jeden 5. Tag 1,0 g Chini, 1 jeden 9. und 10. Tag 1,0 g), von denen einer (jeden 5. Tag 1,0 g) außer seinem Moskitonetz keinen mechanischen Schutz hat. Sämtliche anderen haben ein- oder mehreremal Malaria, drei auch Schwarzwasserfieber gehabt. Es erscheint durchaus nicht wun-

derbar, daß bei so ausgiebiger Infektionsgefahr die Chininprophylaxe nicht ausreicht. Mechanischer ausreichender Schutz ist für keinen Europäer vorhanden, auch die Zelteinsätze sind nicht zuverlässig.

Die dritte Art der Vorbeugung — Mückenvertilgung — ist nur in sehr beschränktem Maße möglich. Die im Vorjahre versuchte Pfützenabteilung hat sich als unzureichend, ja sogar schädlich erwiesen. Die ausgehobenen Gräben sind bei den heftigen Gewitterregen durch das schnell ablaufende Wasser zu kleinen Flußläufen geworden, die nach Aufhören der Regenzeit und allmählichem Eintrocknen der abgeleiteten Pfützen voraussichtlich noch monatelang unter Wasser stehen und so, da sie fast keine Strömung haben, den Moskitos einen neuen, willkommenen Brutplatz bieten.

Nach dem diesjährigen Wasserstand des Logone — er ist etwa 6½ m gestiegen — erscheint es überhaupt ziemlich aussichtslos, die Regenpfützen und Teiche abzulassen. Die allernächste Umgebung der Station ist durch den Fluß seit Monaten kilometerweit überschwemmt, und in diesem Überschwemmungsgebiet können sich die Moskitos ausreichend vermehren. Aus demselben Grunde verspricht ebensowenig Erfolg die Larvenvernichtung durch Petroleum u. a. Dagegen ist die Station selber und ihre Umgebung von Büschen und Gras gesäubert.

Gleichzeitig mit den Moskitos stellen sich Stechfliegen (Glossina) in großer Zahl ein. Aus Furcht vor Erkrankung ihrer Tiere bringen die Eingeborenen und, ihrem Beispiel folgend, die Residentur ihr Großvieh ins Hinterland, wo in den weiten Grasebenen angeblich keine infizierenden Insekten vorkommen. Glossinen aus Kusseris Umgebung wurden gesammelt. Im Blutpräparat der kranken Pferde fanden sich Trypanosomen in großer Zahl. Die Tiere hatten hohes Fieber (41° C), Drüsenschwellungen, große Freßgier, fielen stark ab, erholten sich aber ohne Behandlung zu einem erheblichen Prozentsatz in 1 bis 2 Monaten. Glossina wurde am Zusammenfluß der beiden sich dicht unterhalb Misgum vereinigenden Logoneläufe festgestellt, desgleichen auch noch oberhalb auf dem westlichen Logonearm.

Die Flußufer im anscheinend glossinafreien Heidengebiet oberhalb hiervon sind von Farmen bedeckt, in den Sultanaten dagegen fast ganz von Dornbusch und nur in der nächsten Umgebung der Städte in Kultur genommen. Von Mitte November schwinden die Glossinen fast ganz; die Eingeborenen fürchten eine Infektion nicht mehr und ziehen allmählich mit ihrem Großvieh an die Flüsse. Es ist bis jetzt der Residentur trotz vielseitiger siebenjähriger Versuche nicht gelungen, gute Bauten herzustellen. Das liegt in erster Linie an fehlendem Bauholz, fehlendem Dachmaterial und fehlender Drahtgaze.

Es gibt zwar einige brauchbare Holzarten im Residenturgebiet, aber dieses Holz ist sehr schwer zu bearbeiten, sehr kurzstämmig und nicht sehr zahlreich. Da nur ein Tischler vorhanden ist, so läßt sich vermuten, daß auch in der nächsten Regenzeit Personal, Inventar und Material der Residentur unter den gleichen, wirtschaftlich und

hygienisch ungünstigen Bedingungen verbringen müssen. Es erscheint auch fraglich, ob in absehbarer Zeit darin mit dem gegebenen Material Wandel geschaffen werden kann.

Auf dem Posten sind die baulichen Verhältnisse etwas günstiger, da nur je 1 Europäer und etwa 20 Mann unterzubringen sind. Der Posten Bongor hat sich seit Januar 1908 baulich sehr zum Vorteil verändert. Allen Stationen gemeinsam ist eine hygienisch ungünstige Lage.

Kusseri und Bongor liegen unterhalb der Eingeborenenstadt am Fluß, Dikva (und Musgum zur Zeit unbesetzt) innerhalb der Eingeborenenstadt. Kusseri liegt innerhalb der Stadtmauern. Alle haben schlechtes Trinkwasser. Dikva und Kusseri haben zwar Brunnen, Dikva aber Brackwasser und Kusseri einen unterhalb von Senkgruben etwa 30 m vom Fluß entfernt gelegenen Brunnen, dessen Spiegel mit dem Fluß steigt und fällt. Außer in Dikva sind alle Europäer und Farbigen auf verunreinigtes Flußwasser angewiesen.

Von Seuchen ist das Residenturgebiet verschont geblieben. Es ist ein Fall von abheilenden Pocken (anscheinend eingeschleppt) in Múltu bekanntgeworden. Im Berichtsjahr 04/05 ist die letzte Pockenepidemie gewesen. Nach der glaubhaften Angabe der Eingeborenen kehrt sie etwa alle 5 Jahre wieder, ist also 08/09 oder 09/10 zu erwarten.

Endemisch sind Malaria und Syphilis, für Tiere Trypanosomenkrankheiten (Surrah) und Lungenseuche.

Bei Fortbestehen der mangelhaften hygienischen Bedingungen für Mensch und Tier — regenundichte Dächer, kein Schutz gegen Insekten, schlechtes Trinkwasser — ist stets mit großem Abgang durch Krankheit und Tod zu rechnen. Darin kann keine baldige Änderung eintreten, solange nicht regendichte Dächer, moskito- bzw. fliegensichere Fenster und Doppeltüren hergestellt und die nötigen Filter beschafft werden. Für jeden auf einem Posten oder auf Wegebau befindlichen Europäer ist ein leicht transportabler, dauerhafter Berkefeld-Filter mit Reserveteilen nötig, für Kusseri mindestens ein großer Standfilter. Auch nach Fertigstellung der Brunnen sind diese Filter noch notwendig, da dies vorerst nur Schöpfbrunnen sein können. Außerdem muß auf Märschen stets verunreinigtes Wasser benutzt werden.

Bei den mangelhaften Marktverhältnissen und dem fast völligen Fehlen von frischem Gemüse dürfte sich empfehlen, um die Kost, besonders auch für erkrankte Europäer, etwas abwechselungsreicher zu gestalten, über die vom Gouvernement festgesetzte Menge hinaus Stärkungsmittel stets vorrätig zu halten. Erfahrungsgemäß sind nur kurze Zeit von der einzigen Faktorei, die in Betracht kommt (Niger Co., Garua), Konserven u. a. erhältlich. Der hohe Einkaufspreis verhindert den Europäer, besonders die Unteroffiziere, sich rechtzeitig mit neuen Vorräten zu versehen. Die von der Küste mitgebrachten Vorräte sind infolge der Beschränkung der mitzunehmenden Lasten auf nur ein Jahr, fast immer wenige Monate nach Eintreffen in Kusseri, aufgebraucht.

Das alte Hospital mußte mitten in der Regenzeit als völlig regenundicht verlassen werden, nachdem in Abwesenheit des Arztes gelegentlich der Mandara-Expedition (29. 6. bis 29. 7. 08) ein großer Teil des Inventars durch Wasser beschädigt und die Sammlungen verdorben waren. Es ist jetzt provisorisch in ziemlich regendichten, aber unzureichenden Räumen untergebracht; die Sachen sind, soweit möglich, wieder instandgesetzt.

Infolge äußerer Umstände konnte eine ärztliche Bereisung des Bezirks im Berichtsjahr nicht erfolgen. Die geringe Bevölkerungszahl von Kusseri (etwa 700 bis 800) bot nur wenig Material zur Beobachtung. Die bis zum Juni angelegten Pflanzen- usw. Sammlungen sind verdorben.

Sobald die Umstände erlauben, wird seitens der Residentur an den Neubau eines Hospitals gegangen."

B. Veterinärärztlicher Teil.

I. Personalien.

Im Schutzgebiet war während des Berichtsjahres 1 Tierarzt tätig (Dr. Springefeldt), dessen halbjährlicher Heimatsurlaub in diese Zeit fiel. Außer der Seuchenbekämpfung gehörte zu seiner Aufgabe die Überwachung der Einfuhr von Tieren und die Fleischbeschau, sowie Hebung der Viehzucht.

Gelegentlich ihres Stationsaufenthaltes und ihrer Dienstreisen sind auf tierärztlichem Gebiet eine Anzahl von Ärzten tätig gewesen. Von ihnen liegen folgende Berichte vor:

II. Bericht über Erkrankungen von Tieren.

a. Garua:

1. Erkrankung der Rinder. „Jedes Jahr tritt in der Übergangsperiode der Regen- zur Trockenzeit und in den ersten Monaten der letzteren, also Oktober bis Dezember, weniger im Januar und Februar, ein großes Sterben im Rinderbestande Adamauas auf. Es ist dies die Zeit, wo das Wasser zurücktritt und das Vieh auf die noch feuchten Wiesen zur Weide getrieben wird. Daß das Weiden eine Hauptrolle bei der Erkrankung spielt, läßt sich wohl außer aus der Zeit des Auftretens, daraus schließen, daß die Pferde, die hier kaum auf Weide getrieben werden, meines Wissens diese Erkrankung nicht aufweisen.

Auch sprechen die Orte des hauptsächlichsten Auftretens für diese Ansicht: Ich habe über sehr große Verluste klagen hören in

Ortschaften, die an größeren Wässern, z. B. Benue, Faro, liegen, also Garua, Turna, Backa, während andere Dörfer, deren Weideplätze nicht am Wasser liegen, kaum etwas von dieser Massenerkrankung wissen.

Die Krankheit verläuft nach dem, was ich selbst gesehen und was die Eingeborenen übereinstimmend aussagen, wie folgt:

Das betreffende Rind, das bisher mit der Herde lief und fraß und wohlgenährt war, bekommt ungefähr 1 bis 2 Wochen vor dem Tode ein glanzloses, rauhes, trockenes Fell, dessen Haar stellenweise ausfällt, besonders auf dem Rücken, und einer Art schuppenden Ausschlags Platz macht. Das Tier frißt von Tag zu Tag weniger, magert sichtlich ab, bleibt hinter der Herde zurück, und schließlich legt es sich und ist nicht mehr zum Aufstehen zu bewegen. Kurze Zeit darauf verendet es.

Die Blutuntersuchung ergibt normalen Befund, keine Blutparasiten. Rachen- und Nasenschleimsekretion sind nicht vermehrt.

Das nach dem Tode aus den geöffneten Blutgefäßen entströmende Blut ist dünnflüssig und hellrot.

Das Lungengewebe ist nicht krankhaft verändert, nur zuweilen sehr blaß, in den unteren Abschnitten verdichtet (durch Hypostase). Lungengänge frei von entzündlichen Erscheinungen.

Milz nicht vergrößert. Zuweilen ist das Pulpagewebe dunkelrot, die Follikel treten über der Schnittfläche hervor (durch Stauung).

Die Leber weist neben den auch nach Aussagen der Eingeborenen bei allen Rindern fast regelmäßig in den Gallengängen vorgefundenen Leberegeln (Distoma haematobium) keine besonderen Veränderungen auf. Zuweilen geringe Stauung wie bei der Milz.

Die übrigen Organe sind ohne Befund.

Die Eingeborenen schieben diese Krankheit auf das Wasser, nicht auf die Fliegen (Tsetse), von denen die Tiere gestochen sein könnten. Wahrscheinlich steht sie mit den massenhaft auftretenden Zecken im Zusammenhang.

Über die Tsetsekrankheit der Rinder und Pferde wissen die Eingeborenen sehr gut Bescheid. Schon lange vor dem Tode des Tieres bezeichnen sie es als tsetsekrank. In 2 Fällen konnte ich die Richtigkeit durch die Blutuntersuchung bestätigen. Der Sektionsbefund war ohne Besonderheit. Die äußeren Erscheinungen waren ähnlich der vorher beschriebenen Erkrankung: Rauhes Fell, starke Abmagerung, langsamer, müder, schleppender Gang mit Unvermögen, die Hufe vorzubringen, schließlich ständiges Legen und Nahrungsverweigerung.

Ein anderes Bild konnte ich zweimal Anfang Februar beobachten:

Die beiden Rinder konnten nicht mehr gehen, waren sehr abgemagert, mit rauhem, trockenem Fell. Das eine Tier hatte mit Blut vermischte Ausleerungen. Bei der Schlachtung ergab sich: Brustorgane, Leber, Milz und Nieren ohne Befund. Der Darm zeigte, besonders reichlich an den oberen Partien, unter der Serosa stecknadelkopf- bis linsengroße Einlagerungen, die sich beim Einschneiden als

breiige Massen ausdrücken ließen. Mesenterialdrüsen zum Teil vergrößert, mit gelben Herden durchsetzt. Die Schleimhaut der Eingeweide war normal, Gefäße nicht erweitert. Der Blättermagen ohne Befund, der Inhalt des Labmagens war mit Blut vermischt, die Schleimhaut stark mit Blut durchtränkt. Auf ihr saßen massenhaft etwa reiskorngroße, oft zu mehreren aneinandergereihte, bläschenartige, wasserhelle Gebilde auf kleinen Stielen, die sich zu bewegen schienen. Im 2. Falle waren diese Gebilde nur spärlich vorhanden.

Die Präparate wurden zur Untersuchung eingesandt.

Endlich sollen Rinder, die von Garua über Ngaundere gebracht und daselbst einige Zeit zur Weide getrieben werden, sehr häufig an Erkrankungen der Atmungsorgane leiden und zum Teil auch sterben. Dies wurde mir mit dem plötzlichen und erheblichen Wechsel des Klimas und des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft erklärt, dem die Tiere um so eher erliegen, da sie auf dem Wege nach Ngaundere erhebliche Marschleistungen zu überwinden haben und deshalb den veränderten, rauhen Witterungsverhältnissen weniger gewachsen sind. Doch soll das einheimische Ngaundere-Vieh viel weniger daran erkranken, so daß hier wohl an eine infektiöse Erkrankung der Lungen nicht gedacht werden kann."

2. Hühnererkrankung. Der interessante Originalbericht über die von Oberarzt Dr. Mohn beobachtete Hühnererkrankung ist im Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene, Heft 22, Bd. XIII, 1909, vom Reichs-Kolonialamt zur Veröffentlichung übergeben worden.

b. Bamenda:

Lungenseuche. „Von den 34 Stück Rindvieh der Station sind 11 im Laufe der Zeit von Oktober bis Mitte Dezember 1908 der Seuche verfallen und abgestochen worden. Die Krankheitsdauer schwankte zwischen 4 bis 14 Tagen, die hervorstechenden Symptome waren Abmagerung, Atemnot, Husten.

Bei der Sektion fanden sich gelbe Verfärbung und Induration verschieden großer Lungenbezirke.

Die Haussah, die eine Herde von 40 bis 50 Stück haben und deren Stand etwa eine halbe Stunde von der Station entfernt ist, leugnen Erkrankungen ihres Viehs.

Von privater Seite ist der Station außerdem die Nachricht zugegangen, daß auch in Bamum etwa 10 bis 15 Stück Vieh zu Beginn der Trockenzeit unter denselben Erscheinungen, wie oben, eingegangen sein sollen.

Andere Fälle von Ausbreitung der Seuche im hiesigen Bezirk waren der Station nicht bekannt.

Es ist folgendes über die Ausbreitung der Seuche im Bezirk festgestellt worden:

In dem nah benachbarten Orte Bandeng ist zu Beginn der Trockenzeit eine große Anzahl Vieh gefallen, und zwar handelt es sich in diesem Falle um Buschvieh, während die Erkrankungen auf Station Buckelvieh betrafen. Der Ort soll einen Viehbestand von

60 Stück gehabt haben; zur Zeit beträgt er 20 Stück, es sind also an 40 Stück nach Angaben des Häuptlings in kurzer Zeit gefallen. Der Weg der Einschleppung der Seuche war nicht festzustellen.

In Bafut sind 2 Kühe (Buckelvieh) von einer Herde von 15 Stück zu Beginn der Trockenzeit gefallen; das übrige Vieh ist geschlachtet worden. In diesem Falle führt der Häuptling die Erkrankung auf Haussahvieh, wovon er 8 Stück zu obiger Zeit ankaufte und das aus Bamenda gekommen sein soll, zurück.

Von 34 Stück Haussahvieh, das der Bali-Häuptling angekauft hatte und das aus Banjo zugetrieben war, sind 4 Stück gefallen.

In Bambni sollen nach Angabe des Häuptlings zu Beginn der Trockenzeit 2 Stück Buschvieh von einer Herde von etwa 20 Stück gefallen sein; der Weg der Einschleppung war nicht zu ermitteln. Obwohl die Orte wie Bali und Bandeng nur 3 bis 4½ Stunden Marsch von der Station entfernt sind, sind Meldungen dank der Indolenz der Neger hierher nicht gelangt; es ist daher notwendig, an Ort und Stelle Ermittelungen über den Stand der Viehseuche zu machen. Dieselben werden demnächst fortgesetzt und sollen sich besonders auf die größten Viehstände in der Gegend nach Bamum zu und in diesem Ort selbst erstrecken.

Von privater Seite ist gemeldet, daß in Banjo stationäre Seuchenherde unter den großen Viehbeständen dort sich befinden sollen. Dieselben sollen sich an den einzelnen Natriumquellen etabliert haben; letztere werden, wenn die Seuche aufflackert, von den Eingeborenen aus eigenem Antriebe dann zeitweise gesperrt.

An diesem Orte werden sich daher die Untersuchungen über Ursache der Seuche am sichersten durchführen lassen.

Aus Banjo kommt auch hauptsächlich der Viehverkehr der Haussah. Aus diesem Orte wird die Seuche in der Weise verschleppt, daß die Haussah das minderwertige Vieh, das die Seuche überstanden hat, in erster Linie zu verkaufen suchen.

Die Schutzmaßregeln in dem hiesigen Bezirk erstreckten sich nun auf Sperrung des gesamten Viehverkehrs, nur eine Straße über Bamum—Bagam—Dschang wurde freigegeben. Eine Sperrung des Personenverkehrs oder Beschränkung desselben auf einzelne Straßen, die erweitert werden müssen, hält die Stationsleitung mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln nicht für durchführbar.

Obwohl die Ursache der Seuche noch nicht aufgeklärt ist, soll, von der Vermutung ausgehend, daß es sich um Lungenseuche handelt, die Sperre auf ein halbes Jahr, also bis Mitte Juni einschl., bestehen bleiben. Aber auch nach dieser Zeit liegt die Gefahr vor, daß aus Banjo die Seuche immer weiter eingeschleppt werden kann. Man könnte nach Erforschung der Seuchenverhältnisse an Ort und Stelle sich schlüssig darin werden, ob es sich empfiehlt, jedes ausführende Vieh auch auf dortiger Station zu untersuchen. Dadurch könnte der Gefahr einer Einschleppung nach Möglichkeit vorgebeugt werden, und es brauchten so große Maßnahmen, wie sie jetzt nötig sind, und unter denen der ganze Viehverkehr und das handelnde

Volk empfindlich leiden, nicht angewandt werden, Maßnahmen, die sich außerdem doch nicht — wegen des Schmuggels der Haussah — sicher durchführen lassen.

Zu diesem Zwecke ist es notwendig, die einzelnen, weit verstreuten Viehstände aufzusuchen und sich mit den Besitzern ins Einvernehmen zu setzen, als auch besonders möglichst an Ort und Stelle die bakteriologischen Untersuchungen zu führen.

Vor allem während der Regenzeit ist nach Auffassung der Stationsleitung ein Aufflackern der Seuche im hiesigen Bezirke zu befürchten.

Was nun die Haltung des Viehs an den verschiedenen Orten betrifft, so ist sie in der Tat so mangelhaft, daß es wohl wahrscheinlich ist, daß während der Regenzeit der Seuche Vorschub geleistet wird. In keinem der genannten Orte, selbst in Bali, sind Stallungen vorhanden; das Vieh treibt sich wild auf den großen Weidefluren umher und ist schutzlos der nassen Kälte preisgegeben.

In Bali hat sich der Häuptling entschlossen, nach dem Vorbilde der Mission, die selbstverständlich einen Stall besitzt, das Vieh in Stallungen unterzubringen, die in Bafatschu errichtet werden sollen.

Die Belehrung der Häuptlinge in dieser Beziehung und in bezug auf Isolierung des kranken Viehs habe ich mir beim Aufsuchen der einzelnen Orte zur ersten Pflicht gemacht. Es ist abzuwarten, inwieweit die Belehrungen auf fruchtbaren Boden fallen werden."

c. Lomie:

1. Tsetse ist im Bezirk endemisch, besonders leiden darunter Pferde, Rinder und aus Deutschland eingeführte Hunde, während die hiesigen Schafe und Ziegen unempfänglich zu sein scheinen. Tsetsefliegen kommen vor auf dem Njong, stromaufwärts und stromabwärts von Abong-Mbang. Ein Passieren dieser Gegend halte ich wegen Gefahr der Ansteckung für äußerst gefährlich. Das Fangen von Tsetsefliegen kann man sich dadurch sehr erleichtern, daß man in dem Kanu einen schwarzen Regenschirm über sich aufspannt, auf dessen Unterseite sich die Fliegen gern setzen. Sie bleiben ziemlich fest sitzen, so daß man sie leicht mit einem kleinen Netz abnehmen kann.

2. In den Monaten Juli und August herrschte unter der Ziegenherde der Station eine Seuche, welche etwa die Hälfte der Herde vernichtet hat, während die Schafe verschont blieben. Die Krankheit dauerte meist nur wenige Tage und äußerte sich in Mattigkeit, struppigem Fell, Husten und entzündeten Augen, bei längerer Dauer auch stärkerer Abmagerung. Es fehlten jedoch Oedem und auffällige Drüsenschwellung. Auch waren Trypanosomen nicht nachzuweisen. Bei einem Teil der eingegangenen Tiere bestand eine kruppöse Lungenentzündung in verschiedenen Stadien, im Herzbeutel fand sich meist ein leichter Erguß. Das Herz war schlaff, dünnwandig, die Muskulatur braun.

Bei zwei Ziegen war Tuberkulose vorhanden, bei anderen meh-

rere Kubikzentimeter einer klaren Flüssigkeit im Herzbeutel, welche schnell an der Luft zu einer gallertartigen Masse erstarrte; daneben mehr oder weniger ausgesprochenes Lungenödem und sehr wässriges Blut.

In einem Falle konnte ich in einem nach Giemsa gefärbten Blutpräparat des Herzbluts einer kurz vor dem Verenden geschlachteten Ziege in vergrößerten blassen Blutkörperchen ganz kleine blaue Körperchen nachweisen, welche einzeln oder zu mehreren, in diesem Falle ringförmig in Blutkörperchen verteilt, sich befanden. Mehr Einzelheiten waren bei der Kleinheit derselben nicht zu erkennen. Es war auffallend, daß ein Wechsel der Streu und Reinigung des Stalles oder ein Wechsel des Stalles für etwa 10 bis 14 Tage neue Erkrankungen zu verhindern schienen, was mit der angenommenen Übertragung durch Zecken leicht zu erklären ist."

d. Banjo:

„Ein fast regelmäßiger Schlachtbefund sind Leberegel. Die im Bezirk an mehreren Stellen vorhandenen Natronquellen stehen bei den Eingeborenen im Ruf, wurmabtreibend zu wirken. Jeder Herdenbesitzer läßt deshalb etwa vierteljährlich sein Vieh an die Quelle treiben.

Tsetseverseuchte Plätze sind den Eingeborenen bekannt, auch der Übertragungsmodus.

Ende Oktober 1908 war eine Seuche unter den Rinderbeständen an den Natronquellen von Nba, 25 km nördlich von Banjo, ausgebrochen, die einzelne Herden bis zu 70 % dezimiert haben soll. Die Seuche verlief sehr akut, in etwa 10 Tagen war sie erloschen (Lungenseuche!). Weder krankes Vieh noch Kadaver wurden gefunden. Das gefallene oder geschlachtete Vieh war verzehrt worden."

e. Ebolova:

„Viehseuchen wurden nicht beobachtet, bis auf einen kleinen Ausbruch von Geflügelcholera. Jedes Vieh hält sich hier gut, auch direkt von Deutschland eingeführtes."

f. Jola-Großschnellen-Grenz-Expedition:

„Nagana wurde in Danga (Bamenda-Bezirk) festgestellt, wo in den letzten 2 Jahren der ganze Pferdebestand der Eingeborenen vernichtet wurde. Die Fliege wird von den Danga-Leuten an den Ufern, im Dickicht und in den sumpfigen Stellen des Danga gefangen. Kleinvieh wird von der Krankheit angeblich nicht ergriffen. Außerdem sind noch tsetseverseucht die Straßen Danga—Suatai—Kossa, Danga—Gidam und Danga—Fissa—Takum. Sämtliche neuen Pferde der Grenzexpedition, die die genannten Routen zu passieren gezwungen waren, wurden infiziert, und drei Viertel des Pferdebestandes verendete innerhalb 3 bis 6 Wochen. Künstliche Übertragung der Parasiten auf Eingeborenenhunde sicherte die Diagnose. Die verendeten Pferde waren ausschl. junge Tiere (4 bis 5 Jahre alt) und die In-

fektion bei ihnen sehr stark, während der Rest der Pferde, bei einem durchschnittlichen Alter von 8 Jahren, eine weit schwächere Infektion darbot und größere Resistenz zeigte. Nach etwa 4 Wochen war bei ihnen kein Parasitenbefund mehr festzustellen, und die anfangs sehr heruntergekommenen Tiere erholten sich dann sehr rasch. Auffälligerweise zeigte sich die Rinder- und Kleinviehherde immun. Wiederholte Untersuchungen derselben auf Parasiten waren negativ."

g. Victoria:

„Unter dem Geflügel, Hühnern und Enten, richtet großen Schaden eine anscheinend epidemische Krankheit an, die durch Lähmung der Beine, Asphyxie und profuse schaumige Diarrhoen charakterisiert ist, nach Wochen oder Monaten stets tödlich endet und wohl mit der von Prof. Eykmann beschriebenen Polpeuritis gallinarum identisch. G. Maurer stellt in Nr. 8, Bd. XIII, des Archivs für Schiffs- und Tropenhygiene diese Krankheit mit Beri-Beri in Parallele und glaubt sie auf Grund seiner Versuche als Autointoxikation durch Gärungssäuren, hervorgerufen durch Fütterung mit geschältem Reis, auffassen zu dürfen. Ich beobachtete das Krankheitsbild häufig auch bei Geflügel, dessen Futter fast ausschließlich aus Mais und Küchenabfällen bestand."

h. In Bertua

gingen Anfang Januar 1909 10 Tiere von 24 an Rindermalaria ein. Die Tiere waren mit zahlreichen Zecken (Rhipicephalus-Art) bedeckt. Das Blut enthielt den Parasiten Pyrosoma bigemina.

i. In Joko

trat Anfang der Regenzeit im Oktober 1908 eine Seuche unter den Schafen und Ziegen auf. Es war eine hartnäckige Räude. Weder durch Isolierung noch durch Desinfektion konnte zunächst Einhalt getan werden. Später wurde der Rest des Viehs an die Häuptlinge des Bezirks verteilt, worauf die Seuche erlosch. Da kein Arzt stationiert war, so konnte die Ursache und der Erreger der Krankheit nicht bestimmt werden.

k. In Duala

wurde bei Enten aus Togo Geflügelcholera, bei einem Pferde aus dem Hinterland Rotz festgestellt. Eine Weiterverbreitung dieser Krankheit ist nicht erfolgt.

Anlage 1.

Jahresnachweisung

über die kranken Europäer Kameruns

(ohne Schutztruppe, nur die in den Regierungshospitälern Behandelten inbegriffen).

Iststärke der Bevölkerung: 1127.
Jahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	.	1	1	.	.	.	.	1	7	.
2	Unterleibstyphus	.	5	5	4	1	.	5	.	122	.
3	Malaria	.	170	170	146	1	21	168	2	886	471
4	Schwarzwasserfieber	2	31	33	25	4	2	31	2	349	95
5	Tuberkulose der Lungen	.	4	4	.	.	4	4	.	19	11
6	„ „ Knochen und Gelenke	1	.	1	.	.	1	1	.	70	.
7	Ruhr (Dysenterie)	.	12	12	7	1	4	12	.	92	37
8	Akuter Gelenkrheumatismus	.	6	6	5	.	.	5	1	90	13
9	Blutarmut	.	3	3	1	.	1	2	1	7	24
10	Zuckerruhr	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
11	Alkoholvergiftung	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
12	Vergiftung durch andere Gifte	.	3	3	3	.	.	3	.	5	21
13	Andere allgem. Erkrankungen	1	.	.	1	.	.	1	.	8	.
	Summe der Gruppe I	4	237	241	193	7	34	234	7	1561	672
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
14	Geisteskrankheiten	.	2	2	.	.	2	2	.	64	.
15	Erkrankung im Gebiete einzelner Nerven	.	1	1	1	.	.	1	.	.	24
16	Gehirnerschütterung	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
17	Neurasthenie	.	8	8	6	.	2	8	.	57	32
18	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	2	2	2	.	.	2	.	8	.
	Summe der Gruppe II	.	14	14	10	.	4	14	.	133	56
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
19	Akuter Bronchialkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
20	Akute Lungenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	32	.
21	Brustfellentzündung	.	9	9	6	.	3	9	.	239	.
22	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	1	1	.	1	.	1	.	3	.
	Summe der Gruppe III	.	13	13	9	1	3	13	.	277	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
23	Erkrankung der Herzklappen	.	1	1	.	.	1	1	.	5	.
24	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
25	Hämorrhoiden	.	2	2	2	.	.	2	.	6	9
26	Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	2	2	1	1	.	2	.	3	.
27	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
28	Perniziöse Anämie	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.
	Summe der Gruppe IV	.	8	8	5	1	2	8	.	26	10
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
29	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	8	8	7	.	1	8	.	2	23
30	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	11
31	Akuter Magenkatarrh	.	6	6	5	.	.	5	1	21	27
32	„ Darmkatarrh	.	10	10	10	.	.	10	.	76	17
33	Blinddarmentzündung	.	2	2	1	.	1	2	.	44	.
34	Krankheiten der Leber usw.	.	6	6	2	2	1	5	1	283	.
35	„ des Mastdarms	.	2	2	2	.	.	2	.	21	.
36	Eingeweidewürmer	.	2	2	2	.	.	2	.	7	2
	Summe der Gruppe V	.	37	37	30	2	3	35	2	454	80
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
37	Akute und chronische Nierenentzündung	.	2	2	1	.	.	1	1	14	.
38	Andere Krankheiten der Nieren und Nebennieren	.	2	2	2	.	.	2	.	33	.
39	Blasenkatarrh	.	5	5	5	.	.	5	.	35	.
40	Andere Krankheiten der Harnorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
	Summe der Gruppe VI	.	10	10	9	.	.	9	1	91	.
	VII. Venerische Krankheiten.										
41	Tripper	.	18	18	6	.	11	17	1	128	125
42	Weicher Schanker	.	1	1	1	.	.	1	.	20	.
43	Bubo	.	6	6	5	.	1	6	.	67	30
44	Konstitutionelle Syphilis	2	22	24	7	1	15	23	1	154	96
	Summe der Gruppe VII	2	47	49	19	1	27	47	2	369	251

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
45	Krankheiten der Bindehaut .	.	3	3	2	.	1	3	.	6	8
	Summe der Gruppe VIII	.	3	3	2	.	1	3	.	6	8
	IX. Ohrenkrankheiten.										
46	Krankheiten des äußeren Ohres	.	5	5	4	.	1	5	.	1	43
47	„ „ mittleren „	.	2	2	2	.	.	2	.	.	6
	Summe der Gruppe IX	.	7	7	6	.	1	7	.	1	49
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
48	Krätze	.	2	2	2	.	.	2	.	6	6
49	Akute Hautkrankheiten . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
50	Chronische Hautkrankheiten .	.	2	2	2	.	.	2	.	26	.
51	Panaritium	.	3	3	3	.	.	3	.	8	46
52	Zellgewebsentzündung . . .	2	14	16	14	.	.	14	2	190	48
53	Furunkel	.	12	12	12	.	.	12	.	35	85
54	Gutartige Geschwülste . . .	1	2	3	2	.	1	3	.	28	.
55	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckung	.	2	2	1	.	1	2	.	.	22
	Summe der Gruppe X	3	38	41	37	.	2	39	2	296	207
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
56	Akute Gelenkentzündung . .	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
57	Muskelrheumatismus	.	6	6	5	.	1	6	.	3	42
58	Andere Krankheiten der Muskeln	1	.	1	1	.	.	1	.	10	.
	Summe der Gruppe XI	1	7	8	7	.	1	8	.	17	42
	XII. Mechanische Verletzungen.										
59	Quetschung der Weichteile ohne Wunde	.	3	3	3	.	.	3	.	15	3
60	Quetschung innerer Organe .	.	1	1	1	.	.	1	.	34	.
61	Knochenbruch des Unterschenkels	1	.	1	1	.	.	1	.	56	.
62	Knochenbruch des Kopfes . .	.	1	1	1	.	.	1	.	10	.
63	Knochenbruch der Rippen . .	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
64	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
65	Schußwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
66	Stichwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	6	.
67	Riß- und Quetschwunden . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	18
68	Andere Wunden usw. . . .	.	1	1	.	.	.	.	1	1	.
	Summe der Gruppe XII	1	12	13	12	.	.	12	1	159	35

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XIII. Andere Krankheiten.										
69	Vorgetäuschte Krankheit . .	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
	Summe der Gruppe XIII	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
	XV. Frauenkrankheiten.										
70	Entbindungen	.	4	4	4	.	.	4	.	29	54
71	Myom des Uterus	.	1	1	.	.	1	1	.	16	.
72	Dysmennorrhöe	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
73	Spätblutung post partum . .	.	1	1	1	.	.	1	.	30	.
	Summe der Gruppe XV	.	7	7	6	.	1	7	.	79	54
	XVI. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
74	Filaria	.	3	3	2	.	1	3	.	4	2
	Summe der Gruppe XVI	.	3	3	2	.	1	3	.	4	2

Zusammenstellung der Gruppen.

Gruppe I	4	237	241	193	7	34	234	7	1561	672
„ II	.	14	14	10	.	4	14	.	133	56
„ III	.	13	13	9	1	3	13	.	277	.
„ IV	.	8	8	5	1	2	8	.	26	10
„ V	.	37	37	30	2	3	35	2	454	80
„ VI	.	10	10	9	.	.	9	1	91	.
„ VII	2	47	49	19	1	27	47	2	369	251
„ VIII	.	3	3	2	.	1	3	.	6	8
„ IX	.	7	7	6	.	1	7	.	1	49
„ X	3	38	41	37	.	2	39	2	296	207
„ XI	1	7	8	7	.	1	8	.	17	42
„ XII	1	12	13	12	.	.	12	1	159	35
„ XIII	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
„ XV	.	7	7	6	.	1	7	.	79	54
„ XVI	.	3	3	2	.	1	3	.	4	2
Gesamtsumme	11	444	455*)	348	12	80	440	15	3477	1466

*) Außerdem wurden noch 350 ambulant behandelt, deren Behandlungstage nicht festgestellt werden konnten.

Anlage 2.

Jahresnachweisung

über die kranken Farbigen Kameruns

(ohne Schutztruppe, nur die in den Regierungshospitälern Behandelten inbegriffen).

Iststärke der Bevölkerung: etwa $3^1/_2$ Millionen.

Jahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	.	5	5	4	1	.	5	.	84	.
2	Windpocken	.	236	236	226	.	1	227	9	3 214	21
3	Epidemische Ohrspeicheldrüsen-Entzündungen	.	8	8	8	.	.	8	.	11	32
4	Rose	.	1	1	1	.	.	1	.	32	.
5	Gastrische Fieber	.	3	3	1	1	1	3	.	62	.
6	Unterleibstyphus	.	4	4	1	3	.	4	.	42	.
7	Malaria	1	239	240	230	6	1	237	3	1 409	172
8	Schwarzwasserfieber	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
9	Grippe	.	8	8	8	.	.	8	.	31	3
10	Tuberkulose der Luftwege	.	6	6	.	2	3	5	1	66	9
11	der Knochen und Gelenke	.	3	3	1	.	.	1	2	185	.
12	anderer Organe	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
13	Ruhr (Dysenterie)	7	263	270	185	59	17	261	9	5 955	5
14	Akuter Gelenkrheumatismus	1	40	41	36	.	5	41	.	370	16
15	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	4	4	3	.	1	4	.	144	.
16	Skorbut	.	3	3	2	.	1	3	.	14	.
17	Vergiftung durch Alkohol	.	1	1	1	.	.	1	.	28	.
18	durch andere Gifte										
19	Bösartige Geschwülste	.	3	3	2	1	.	3	.	13	.
20	Andere allgemeine Erkrankungen (Lepra, Schlafkrankheit)	. 8	3 65	3 73	. 27	2 8	1 17	3 52	. 21	73 4 176	. .
	Summe der Gruppe I	17	897	914	736	84	49	869	45	16 911	258

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
21	Geisteskrankheiten	1	1	2	2	.	.	2	.	10	.
22	Fallsucht	.	2	2	1	.	1	2	.	2	1
23	Erkrankung im Gebiete einzelner Nerven	.	5	5	4	.	.	4	1	302	.
24	Hirnhautentzündung	.	3	3	.	3	.	3	.	13	.
25	Krankheiten des Gehirns	.	5	5	3	2	.	5	.	102	.
26	Gehirnerschütterung	.	5	5	3	2	.	5	.	45	.
27	Andere Rückenmarkskrankheiten	.	1	1	.	.	.	.	1	85	.
28	Hysterie	.	4	4	2	.	1	3	1	29	.
29	Andere Krankheiten des Nervensystems (darunter 3 Beri-Beri)	.	5	5	2	.	3	5	.	174	1
	Summe der Gruppe II	1	31	32	17	7	5	29	3	762	2
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
30	Krankheiten der Nase usw.	.	3	3	3	.	.	3	.	26	8
31	Akuter Kehlkopfkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	2	10
32	Akuter Bronchialkatarrh	.	121	121	109	2	10	121	.	717	197
33	Chronischer Katarrh der Lungen	.	1	1	.	.	1	1	.	8	.
34	Akute Lungenentzündung	3	119	122	83	31	7	121	1	1552	.
35	Brustfellentzündung	.	30	30	23	4	3	30	.	262	10
36	Lungenerweiterung	.	2	2	.	1	1	2	.	39	9
	Summe der Gruppe III	3	280	283	222	38	22	282	1	2606	234
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
37	Erkrankung der Herzklappen	.	5	5	4	1	.	5	.	87	.
38	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	2	2	2	.	.	2	.	16	.
39	Andere Herzkrankheiten	.	6	6	3	3	.	6	.	94	.
40	Pulsadergeschwulst	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
41	Hämorrhoiden	.	7	7	5	.	1	6	1	92	4
42	Venenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	11	.
43	Entzündung der Lymphgefäße	.	11	11	10	,	1	11	.	43	15
44	Andere Krankheiten der Blutgefäße usw.	.	3	3	3	.	.	3	.	11	.
45	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	40	40	37	.	2	39	1	349	245
46	Kropf	1	.	1	1	.	.	1	.	10	.
47	Perniciöse Anämie	.	5	5	4	1	.	5	.	232	.
48	Andere Krankheiten der Gruppe	.	3	3	.	2	1	3	.	12	2
	Summe der Gruppe IV	1	85	86	72	7	5	84	2	978	266

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane:										
49	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	31	31	31	.	.	31	.	24	40
50	Mandelentzündung	.	35	35	34	.	.	34	1	46	149
51	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	10	10	9	.	.	9	1	107	.
52	Akuter Magenkatarrh	.	25	25	24	.	.	24	1	139	19
53	Akuter Darmkatarrh	1	265	266	208	11	6	225	41	1651	219
54	Chronischer Darmkatarrh	.	9	9	7	.	2	9	.	229	16
55	Brechdurchfall	.	2	2	2	.	.	2	.	5	.
56	Unterleibsbrüche	12	149	161	144	8	1	153	8	3669	3
57	Eingeklemmte Brüche	1	17	18	9	8	.	17	1	392	.
58	Bauchfellentzündung usw.	.	5	5	1	3	1	5	.	22	.
59	Katarrhalische Gelbsucht	.	6	6	6	.	.	6	.	27	.
60	Krankheiten der Leber	1	10	11	9	2	.	11	.	108	5
61	Eingeweidewürmer (darunter Anchylostomum)	1	76	77	70	6	.	76	1	500	108
	Summe der Gruppe V	16	640	656	554	38	10	602	54	6919	559
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
62	Akute und chronische Nierenentzündung	.	11	11	7	3	1	11	.	165	.
63	Andere Krankheiten der Nieren usw.	.	2	2	1	1	.	2	.	2	.
64	Blasenkatarrh	1	4	5	4	.	1	5	.	206	.
65	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	18	18	15	1	.	16	2	210	.
66	Verengerung der Harnröhre	1	2	3	3	.	.	3	.	56	.
67	Wasserbruch	.	18	18	18	.	.	18	.	342	.
68	Krampfaderbruch	.	1	1	1	.	.	1	.	14	.
69	Andere Krankheiten der Harnorgane	3	5	8	7	.	1	8	.	133	1
	Summe der Gruppe VI	5	61	66	56	5	3	64	2	1128	1
	VII. Venerische Krankheiten.										
70	Tripper	5	175	180	146	2	23	171	9	2539	998
71	Hoden- und Nebenhodenentzündung	1	13	14	14	.	.	14	.	405	.
72	Spitze Feigwarzen	.	3	3	3	.	.	3	.	.	9
73	Weicher Schanker	2	29	31	27	.	3	30	1	338	136
74	Bubo	3	56	59	54	.	3	57	2	858	45
75	Konstitutionelle Syphilis	12	93	105	77	2	23	102	3	2581	759
	Summe der Gruppe VII	23	369	392	321	4	52	377	15	6721	1947

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
76	Akute Blennorrhöe	.	1	1	1	.	.	1	.	27	.
77	Chronische Blennorrhöe . .	.	7	7	7	.	.	7	.	20	24
78	Krankheit der Lider . . .	.	4	4	4	.	.	4	.	32	.
79	„ „ Bindehaut . .	.	42	42	42	.	.	42	.	133	102
80	„ „ Tränenorgane .	.	3	3	3	.	.	3	.	5	32
81	„ „ Augenmuskeln .	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
82	„ „ Hornhaut . .	3	13	16	16	.	.	16	.	91	39
83	„ „ Regenbogenhaut . . .	1	4	5	4	.	1	5	.	202	.
84	„ „ Linse . . .	2	4	6	5	.	1	6	.	291	.
85	Fehler des Brechungsvermögens	.	2	2	2	.	.	2	.	39	.
86	Nachtblindheit	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
87	Andere Augenkrankheiten . .	.	8	8	6	.	.	6	2	105	.
	Summe der Gruppe VIII	6	90	96	92	.	2	94	2	959	197
	IX. Ohrenkrankheiten.										
88	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	.	7	7	7	.	.	7	.	.	26
89	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	23	23	22	.	1	23	.	160	115
	Summe der Gruppe IX	.	30	30	29	.	1	30	.	160	141
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
90	Krätze	.	5	5	5	.	.	5	.	6	18
91	Akute Hautkrankheiten . .	2	128	130	100	.	29	129	1	277	1071
92	Chronische Hautkrankheiten .	.	13	13	12	.	.	12	1	94	48
93	Chronische Unterschenkelgeschwüre	4	212	216	164	2	24	190	26	3801	870
94	Panaritium	.	18	18	16	1	1	18	.	88	71
95	Zellgewebsentzündung usw. .	8	245	253	221	7	12	240	13	2827	388
96	Furunkel	.	40	40	40	.	.	40	.	226	119
97	Gutartige Geschwülste . . .	.	26	26	25	.	1	26	.	286	36
98	Andere Krankheiten d. äußeren Bedeckungen (darunter Framboesie	3	20	23	18	1	4	23	.	510	37
	Summe der Gruppe X	17	707	724	601	11	71	683	41	8115	2658
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
99	Knochenhautentzündung . .	.	9	9	8	.	1	9	.	221	11
100	Knochenentzündung usw. . .	.	3	3	3	.	.	3	.	43	.
101	Mißbildung der Knochen . .	.	1	1	1	.	.	1	.	33	.
102	Akute Gelenkentzündung . .	.	34	34	31	1	2	34	.	462	13
103	Chronische Gelenkentzündung	1	3	4	4	.	.	4	.	23	22
104	Fußgeschwulst	.	6	6	5	.	.	5	1	48	.
105	Plattfüßigkeit	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
106	Muskelrheumatismus . . .	1	46	47	46	.	.	46	1	195	106
107	Andere Krankheiten der Muskeln	2	5	7	5	.	.	5	2	144	.
108	Krankheiten der Schleimbeutel	.	2	2	2	.	.	2	.	72	4
109	Krankheiten der Sehnen . .	.	3	3	3	.	.	3	.	107	.
	Summe der Gruppe XI	4	113	117	109	1	3	113	4	1355	156
	XII. Mechanische Verletzungen.										
110	Wundlaufen	.	3	3	3	.	.	3	.	.	26
111	Quetschung der Weichteile ohne Wunde	.	48	48	48	.	.	48	.	322	34
112	Quetschung innerer Organe .	.	2	2	2	.	.	2	.	43	.
113	Knochenbruch des Oberarms .	1	4	5	4	.	.	4	1	248	.
114	„ des Unterarms	.	2	2	2	.	.	2	.	25	.
115	„ der Hand . .	.	4	4	4	.	.	4	.	48	.
116	„ des Oberschenkels	.	9	9	6	.	2	8	1	325	.
117	„ des Unterschenkels	.	10	10	6	1	2	9	1	335	.
118	„ des Fußes . .	.	3	3	2	.	.	2	1	60	.
119	„ des Kopfes. .	.	1	1	1	.	.	1	.	19	.
120	„ des Schlüsselbeins . .	1	2	3	3	.	.	3	.	29	.
121	„ der Rippen .	.	2	2	1	1	.	2	.	18	.
122	„ der Wirbelsäule	1	2	3	.	2	.	2	1	387	.
123	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	9	9	8	.	.	8	1	71	19
124	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	10	10	10	.	.	10	.	30	40
125	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	3	3	3	.	.	3	.	20	.
126	Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	9
127	Schußwunden	.	10	10	8	2	.	10	.	396	.
128	Hieb- und Schnittwunden . .	5	89	94	86	.	6	92	2	939	223
129	Stichwunden	.	7	7	6	.	1	7	.	120	.
130	Riß- und Quetschwunden . .	1	91	92	82	1	4	87	5	653	565
131	Bißwunden	.	9	9	8	.	1	9	.	18	2
132	Verbrennung	.	23	23	21	.	2	23	.	308	54
133	Andere Wunden und Verletzungen	3	1	4	4	.	.	4	.	118	.
	Summe der Gruppe XII	12	346	358	320	7	18	345	13	4532	952
	XIII. Andere Krankheiten.										
134	Selbstmordversuch	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
135	Allgemeine Körperschwäche .	.	9	9	7	2	.	9	.	136	.
136	Altersschwäche	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
	Summe der Gruppe XIII	.	11	11	8	2	1	11	.	141	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
137	**XIV. Zur Beobachtung** . .	1	51	52	37	1	10	48	4	427	4
	Summe der Gruppe XIV	1	51	52	37	1	10	48	4	427	4
	XV. Frauenkrankheiten.										
138	Frühgeburt	.	2	2	2	.	.	2	.	25	.
139	Entbindungen	.	7	7	7	.	.	7	.	79	.
140	Eklampsie	.	2	2	2	.	.	2	.	25	.
141	Endometritis	.	3	3	2	.	1	3	.	16	.
142	Scheidenkatarrh	.	14	14	12	.	2	14	.	.	244
143	Dysmennorrhoe	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
144	Puerperalfieber	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
145	Nabelschnurverschlingung . .	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
	Summe der Gruppe XV	.	31	31	28	.	3	31	.	151	247
	XVI. Durch tierische Parasiten usw. hervorgerufene Krankheiten.										
146	Elephantiasis	3	9	12	8	2	2	12	.	364	6
147	Guineawurm	.	2	2	2	.	.	2	.	66	.
148	Filaria	.	6	6	6	.	.	6	.	52	15
	Summe der Gruppe XVI	3	17	20	16	2	2	20	.	482	21
	Zusammenstellung der Gruppen.										
	Gruppe I	17	897	914	736	84	49	869	45	16 911	258
	„ II	1	31	32	17	7	5	29	3	762	2
	„ III	3	280	283	222	38	22	282	1	2 606	234
	„ IV	1	85	86	72	7	5	84	2	978	266
	„ V	16	640	656	554	38	10	602	54	6 919	559
	„ VI	5	61	66	56	5	3	64	2	1 128	1
	„ VII	23	369	392	321	4	52	377	15	6 721	1 947
	„ VIII	6	90	96	92	.	2	94	2	959	197
	„ IX	.	30	30	29	.	1	30	.	160	141
	„ X	17	707	724	601	11	71	683	41	8 115	2 658
	„ XI	4	113	117	109	1	3	113	4	1 355	156
	„ XII	12	346	358	320	7	18	345	13	4 532	972
	„ XIII	.	11	11	8	2	1	11	.	141	.
	„ XIV	1	51	52	37	1	10	48	4	427	4
	„ XV	.	31	31	28	.	3	31	.	151	247
	„ XVI	3	17	20	16	2	2	20	.	482	21
	Gesamtsumme	109	3759*)	3868	3218	207	257	3682	186	52 347	7 663

*) Außerdem wurden noch etwa 1948 Eingeborene mit 10 000 Behandlungstagen behandelt, deren Verteilung auf die einzelnen Gruppen nicht sicher nachgewiesen werden konnte.

Anlage 3.

Nachweisung

über die im Jahre 1908/09 verstorbenen Europäer.

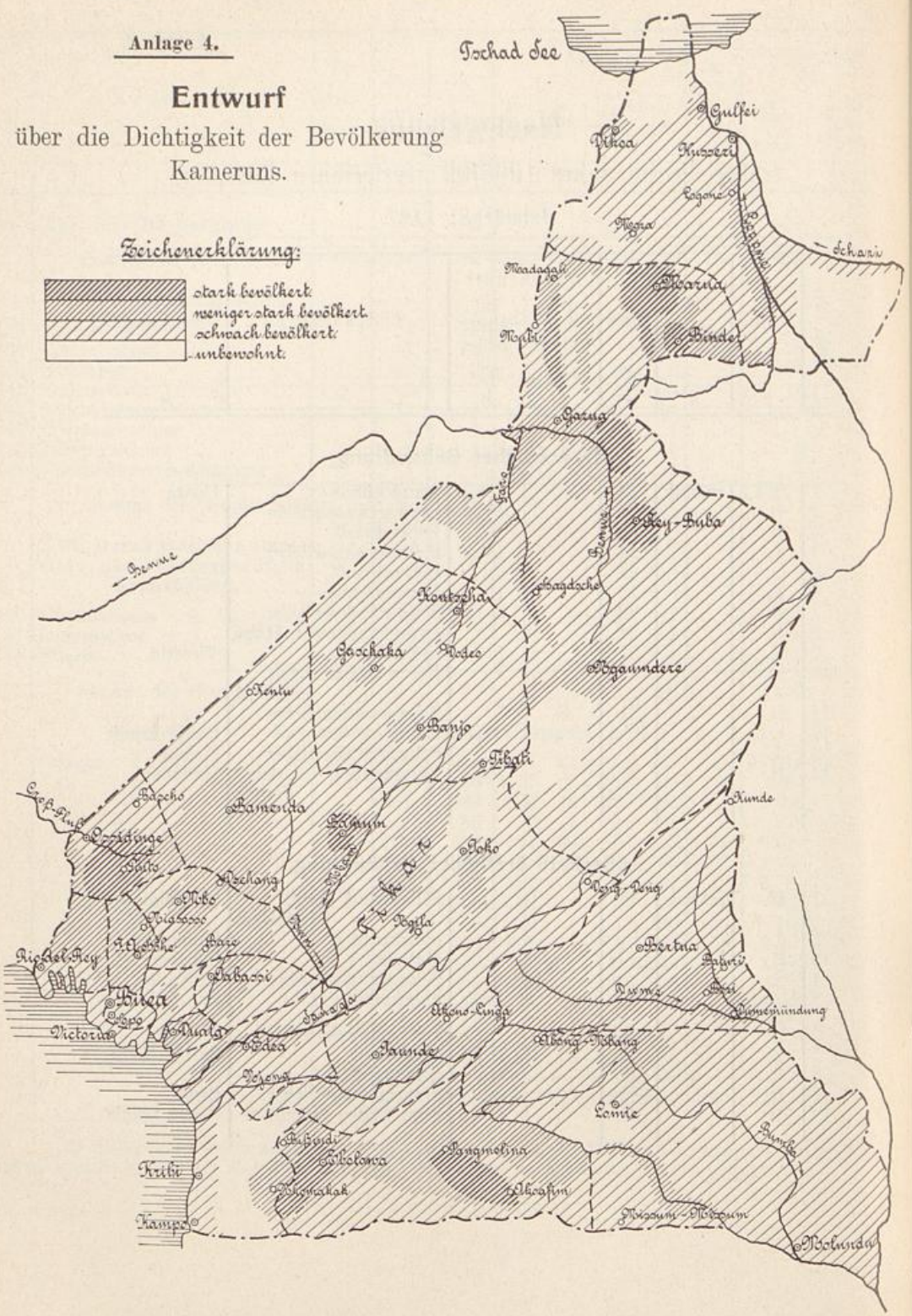
Iststärke: 1127.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
			Jahr	Jahr	Jahr		
1	2	3	4	5	6	7	8
In ärztlicher Behandlung.							
1	Sch.	männl.	29	.	$1^{10}/_{12}$	Darmtyphus	Duala
2	O.	„	25	.	$1^{4}/_{12}$	Schwarzwasserfieber	„
3	B.	„	32	.	.	Leberabszeß	„
4	T.	„	24	.	$1^{5}/_{12}$	Schwarzwasserfieber	„
5	G.	„	28	.	.	Leberabszeß	„
6	R.	„	19	.	$1^{1}/_{12}$	Lungenschlag	„
7	G.	„	30	.	2	Schwarzwasserfieber	„
8	B.	„	32	.	.	Lymphangiom am Halse	„
9	K.	„	37	.	7	Gehirnschlag	Victoria
10	E.	„	36	.	7	Herzschwäche nach Malaria	„
11	G.	„	31	8	5	Schwarzwasserfieber	„
12	v. C.	„	$40^{1}/_{2}$	.	$3^{8}/_{12}$	Ruhr	Bezirk Lomie
13	J.	„	.	.	.	Schwarzwasserfieber	Nyassy
14	R.	„	27	.	$1^{1}/_{12}$	Verwundung vor dem Feinde	Madabum
Außerhalb ärztlicher Behandlung.							
1	H.	männl.	36	.	.	Selbstmord durch Erschießen	Ossidinge
2	J.	„	$^{1}/_{4}$	.	$^{1}/_{4}$	unbekannt	Bamum
3	Z.	„	unbek.	.	.	Malaria	Bonaberi
4	S.	„	„	.	.	Schwarzwasserfieber	Mukonje
5	G. (Engländer)	„	26	.	$^{10}/_{12}$	unbekannt	Bay-Faktorei
6	G.	„	unbek.	.	.	Schwarzwasserfieber	Mbegge
7	L.	„	26	.	$4^{7}/_{12}$	unbekannt	Bezirk Kribi
8	B.	„	46	.	$9^{1}/_{4}$	Schlaganfall	„
9	H.	„	unbek.	.	.	Schwarzwasserfieber	Banjo
10	W.	„	32	.	$1^{10}/_{12}$	beim Baden ertrunken	Bezirk Lomie

Anlage 4.

Entwurf

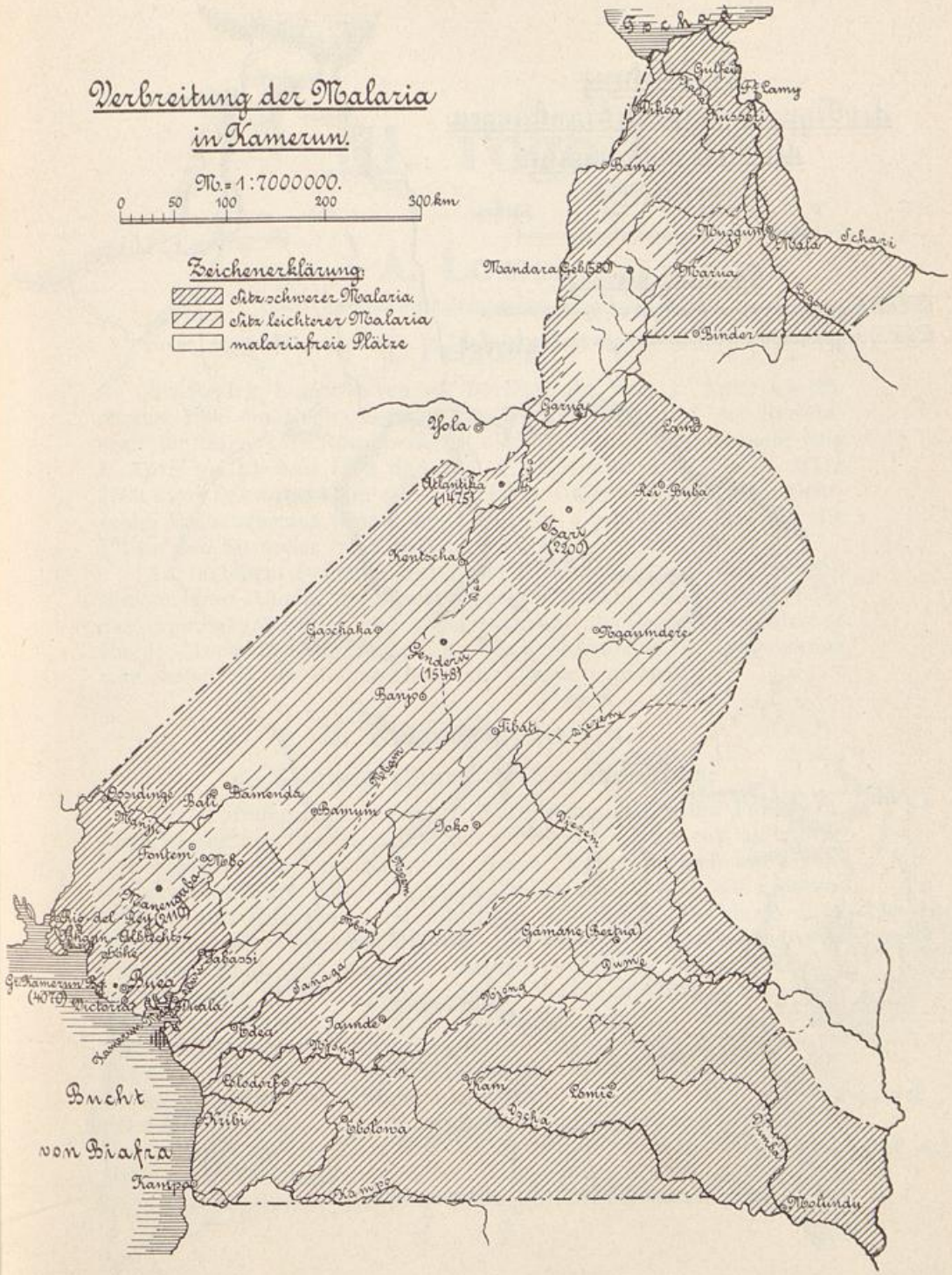
über die Dichtigkeit der Bevölkerung Kameruns.



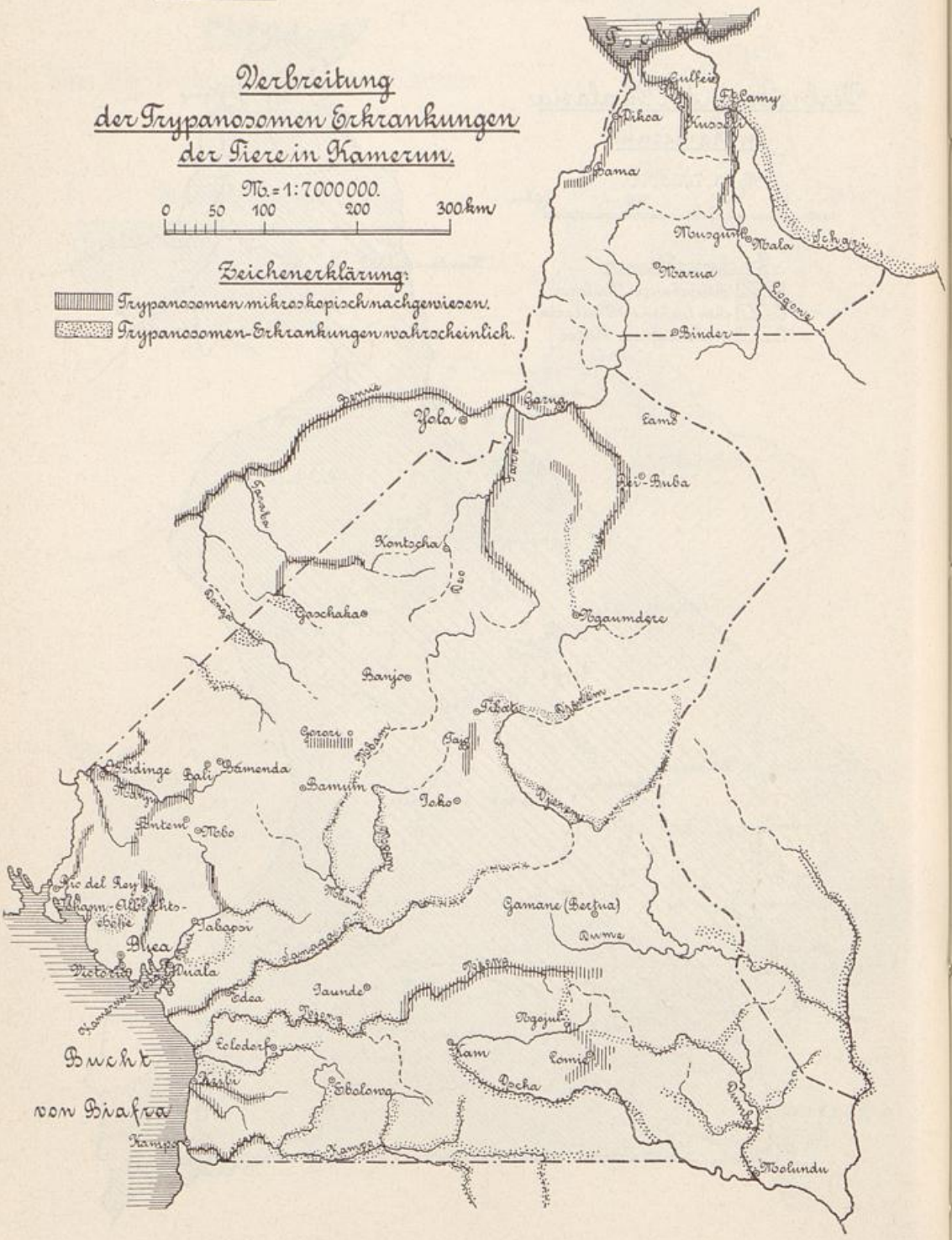
Zeichenerklärung:

- stark bevölkert
- weniger stark bevölkert
- schwach bevölkert
- unbewohnt

Anlage 5.


Verbreitung der Malaria in Kamerun.
M. = 1:7000000.
0 50 100 200 300 km
Zeichenerklärung:
stark schwerer Malaria
stark leichterer Malaria
malariafreie Plätze
Tschad
Gulfei
Lamy
Mikoa
Gusseri
Bama
Mandara Geb. 580
Marua
Mala
Tschari
Binder
Yola
Ngaundere
Banyo
Tibati
Bamenda
Bamum
Joko
Fontem
Mbo
Victoria
Buea
Kamerunberg (4070)
Tabasi
Jaunde
Edea
Eloâbk
Bucht von Biafra
Kribi
Ebolowa
Kampo
Dume
Lomie
Dscha
Molundu

Anlage 6.


Verbreitung
der Trypanosomen Erkrankungen
der Tiere in Kamerun.
M. = 1:7000000.
0 50 100 200 300 km
Zeichenerklärung:
Trypanosomen mikroskopisch nachgewiesen.
Trypanosomen-Erkrankungen wahrscheinlich.
Gulfei
Dikoa
Kusseri
Yama
Mburguna
Mala
Marua
Binder
Yola
Ngaumdere
Banjo
Tikar
Bamenda
Bamum
Foko
Mbo
Victoria
Tabagsi
Buea
Duala
Edea
Jaunde
Ngoju
Eolodorf
Kribi
Ebolowa
Kamerun
Bucht
von Biafra
Molundu

III. Togo.

A. Lome.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Krüger.)

I. Personal.

Im Bezirk Lome waren im Berichtsjahr vom 1. April bis 25. August 1908 der Regierungsarzt Dr. Liebl, von da ab der Berichterstatter tätig. Als Pflegepersonal standen dem Arzte zur Seite vom 1. April bis 13. Juli 1908 und vom 27. Dezember 1908 bis 31. März 1909 zwei Schwestern, in der Zwischenzeit eine Schwester des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien, welchen die Pflege der Europäer im Krankenhause oblag.

An farbigem Personal waren als Heilgehilfen fünf Eingeborene (davon einer ständig im Aussätzigenheim Bagida, einer lediglich für den Apothekenbetrieb), die gleiche Anzahl als Gesundheitsaufseher für die Mückenbekämpfung tätig. Im Krankenhaus für Eingeborene war außerdem ein Eingeborener als Pfleger angestellt.

II. Krankenanstalten.

a. Königin Charlotte-Krankenhaus.

Zur Aufnahme von kranken Europäern stand eine Fachwerkbaracke auf 1 m über dem Erdboden erhöhtem Sockel mit umlaufender Veranda zur Verfügung: ein Geschenk des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien. Sie enthält ein größeres Zimmer mit drei Betten, drei kleinere Zimmer mit je einem Bett, außerdem ein Schwesternzimmer. Ein Zimmer mußte zeitweise an die zweite Schwester abgegeben werden, so daß nur 5 bzw. 6 Kranke aufgenommen werden konnten. — Die Nebenräume: Abort (2), Vorratsräume (3), Baderäume (2), Küche (1) liegen an der Landseite der Veranda. Alle Zimmer sind mit Mückenschutzvorrichtungen versehen. Mitte Oktober wurde mit dem Bau des I. Pavillons des eigentlichen „Königin Charlotte-Krankenhauses“ begonnen; eine Stiftung des Landesvereins „Württemberg“ des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien. — Dieser Pavillon war am Ende des Berichtsjahres fast fertiggestellt. Er besteht aus zwei einstöckigen, massiven Gebäuden (mit Sockelgeschoß), welche durch einen 5 m

langen, gedeckten Verbindungsgang verbunden sind (vgl. Abb. 26 auf Tafel VIII). Die Längsfront der Häuser steht senkrecht zu der Hauptbrisenrichtung und ist nach Süden gerichtet, so daß nur die Schmalseiten morgens bzw. abends von der Sonne getroffen werden. Das Vorderhaus ist ringsum von einer Veranda umgeben und enthält oben 4 Zimmer. 3 Zimmer dienen zur Aufnahme je 1 Kranken, 1 als Wohnraum für die Schwester. Diese 4 Zimmer sind mit Mückenschutzvorrichtungen versehen. Das Sockelgeschoß enthält 1 Zimmer für unruhige Kranke, 1 Badezimmer (zur Verabfolgung von warmen, Dampf- und Heißluftbädern) und 2 Vorratsräume. Das landseits gelegene eigentliche Wirtschaftsgebäude hat nur an der Seite nach dem Vorderhaus eine Veranda. Es enthält oben 1 Küche, 1 Aufwaschraum, 1 Vorratsraum, Badezimmer und Abort. Das Sockelgeschoß enthält 3 Räume für Krankendiener, Bad und Abort, Wasserleitungen und Spülklosetts sind eingerichtet. Es können, wenn der Bau fertiggestellt ist, im ganzen 9 Kranke aufgenommen werden. Durch diese Bettenzahl ist der Bedarf in ungünstiger Zeit nicht gedeckt. Zu Zeiten einer größeren Epidemie kann dieser Mangel sehr unangenehme Folgen haben.

Tafel VIII. Bild 26.

b. Eingeborenen-Krankenhaus.

Zur Aufnahme der farbigen Kranken diente bisher nur eine ebenerdige Holz-Baracke (vgl. Abb. 27 auf Tafel VIII) mit 4 Krankenräumen zur Aufnahme von je 3 Kranken. Am 1. November 1908 wurde dazu noch ein massives, kleines Krankenhaus (vgl. Abb. 28 auf Tafel VIII) in Benutzung genommen. Dasselbe steht auf einem 60 cm hohen Sockel, ist senkrecht zur Hauptbrisenrichtung so gebaut, daß die Sonne nur die fensterlosen Schmalseiten bescheint. Es hat deshalb nur eine Veranda an der Landseite. Es enthält 6 Räume zur Aufnahme von je 3 Kranken, Küche, Vorratsraum, 2 Aborte, Baderaum. Außerdem sind zur Isolierung von Eingeborenen mit ansteckenden Krankheiten 2 Holzbaracken mit 5 Räumen vorhanden. Diese sind jedoch in einem baufälligen Zustande und bedürfen dringend der Erneuerung an anderer Stelle, da sie bei der Ausdehnung Lomes zu nahe an den Wohnungen der Europäer liegen. Ein Neubau ist vorgesehen.

Tafel VIII. Bild 27.

Tafel VIII. Bild 28.

Waschküche, Wasch-, Plätt- und Desinfektionsräume sind in einem besonderen Hause untergebracht. Als weitere Nebengebäude sind zu nennen das Küchenhaus und ein kleines Wohnhaus für den ältesten, verheirateten Krankendiener. Die zur Ausübung des ärztlichen Berufes notwendigen Räume sind im Erdgeschoß des Arzthauses untergebracht und zwar 1 Operationszimmer (gleichzeitig Sprechzimmer für Europäer), 1 Sprechzimmer für Farbige (Poliklinikraum), Warteraum für Europäer, Apotheke, Laboratorium, Dunkelkammer, Apothekenvorratsraum, Dienerzimmer und Zimmer für den Heilgehilfen vom ständigen Dienst. In der Nähe des Arzthauses liegt ein Stall für Versuchstiere.

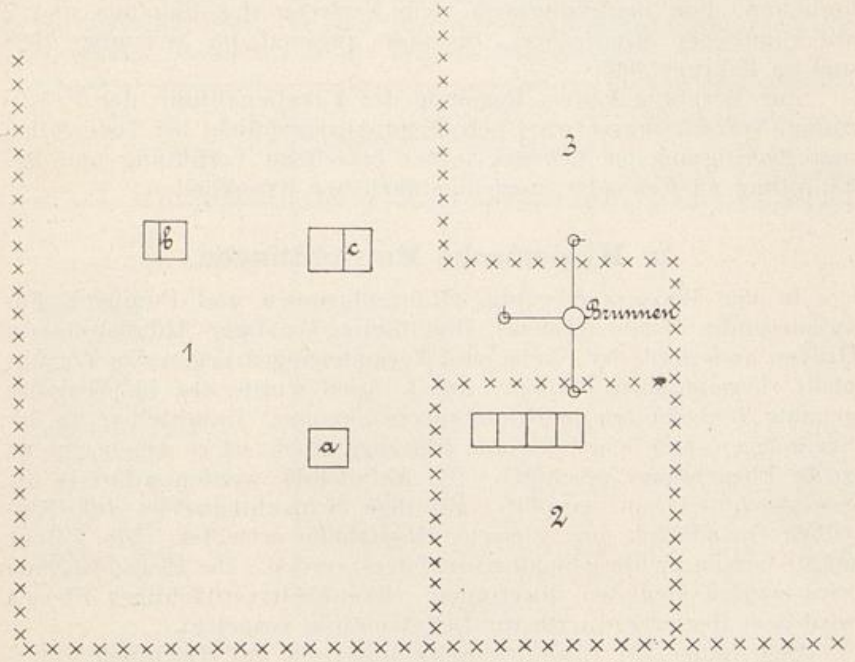
Im Gefängnis steht ein Krankenzimmer zur Verfügung.

c. Aussätzigenheim.

Zur Isolierung von aussätzigen Eingeborenen dient das Aussätzigenheim. Es liegt 9 km von Lome an der Küstenbahn. Das erworbene Grundstück hat einen Flächenraum von 3,5 ha.

Der südwestliche Teil enthält die Wohnungsanlagen:

1. Abteilung für Nichtkranke
   a) Untersuchungshaus (1 Raum),
   b) Wächterhaus (2 Räume),
   c) Heilgehilfenhaus (2 Räume).
2. Beobachtungsabteilung mit einem Häuschen von 4 Zimmern.
3. Krankenabteilung.



Die Häuser der 1. und 2. Abteilung sind massiv, damit sie leicht und sicher desinfiziert werden können. Die Häuser der Kranken sind nach der Bauart der Eingeborenen aus Gras und Stangenholz hergestellt.

Das ganze Grundstück ist von einer Kaktushecke umgeben. Die Abteilungen sind durch Kaktushecken voneinander getrennt.

Die Versorgung mit Wasser erfolgt durch einen Brunnen, aus dem durch 3 Pumpen das Wasser in den verschiedenen Abteilungen entnommen werden kann. Das Wasser war anfangs gut, hat sich jedoch so getrübt, daß es ungenießbar ist. Es wird deshalb z. Z. vorübergehend aus Oberflächenbrunnen entnommen.

Die Beköstigung erfolgt durch Ankauf von Nahrungsmitteln aus den umliegenden Ansiedlungen und aus den Felderzeugnissen, welche

die Kranken selbst anbauen. Außerdem erhalten die Kranken als Genußmittel von Zeit zu Zeit Tabak und Zucker. Eine geplante Selbstunterhaltung der arbeitsfähigen Kranken scheitert einstweilen an ihrem passiven Widerstand. Der Betrieb des Aussätzigenheims wird durch die „Geschäftsordnung für das Aussätzigenheim bei Bagida" geregelt.

III. Gesundheitsdienst.

a. Organisation.

Zur Besprechung der gesundheitlichen Maßnahmen in Lome ist eine Gesundheitskommission eingesetzt, bestehend aus dem Bezirksamtmann, dem Regierungsarzt, dem Vertreter des Bauamts und 2 außeramtlichen Mitgliedern. Sie tagte zweimal, im November 1908 und im Februar 1909.

Zur Beratung kamen Regelung der Fäkalienabfuhr, der Prostitution, Verordnungsentwurf betreffend Anzeigepflicht bei Todesfällen und Beerdigung der Leichen, ferner betreffend Verhütung und Bekämpfung ansteckender, gemeingefährlicher Krankheiten.

b. Hygienische Einrichtungen.

In der Wasserversorgung (Röhrenbrunnen und Pumpen), Fäkalienabfuhr (Tonnensystem), Beseitigung sonstiger Abfallstoffe (in Gruben außerhalb der Stadt) sind Veränderungen gegen das Vorjahr nicht vorgenommen worden. Am 1. April wurde das im Vorjahre gebaute Schlachthaus in Benutzung genommen. Unmittelbar an der See gelegen und dem Seewinde frei zugänglich ist es gegen eine zu große Fliegenplage geschützt. Die Abfallstoffe werden sofort in die See geschüttet bzw. gespült. Mit dem Schlachthaus ist auf demselben Grundstück eine Fleischverkaufshalle errichtet. Die Anlage mußte bereits im Berichtsjahre erweitert werden. Die Fleischbeschau wird weißen Beamten übertragen. Krankheitsverdächtiges Fleisch wird dem Regierungsarzte zur Begutachtung vorgelegt.

Seit Ende Mai wird das Schweinefleisch auf Trichinen untersucht. Sehr häufig wurden Finnen beim Schweine beobachtet, bisher aber keine Trichinen.

IV. Kasuistik der Krankheiten.

1. Übertragbare Krankheiten.

a) M a l a r i a. Von den Infektionskrankheiten spielt auch in Lome die M a l a r i a die wichtigste Rolle. Es kommt fast ausschließlich Malaria tropica vor. Dank der günstigen Bodenbeschaffenheit (sehr durchlässiger Sandboden) müßte Lome eigentlich sehr leicht mückenfrei zu halten sein. Dies ist nach Einführung der Mückenbekämpfung in zwei Jahren (1903 und 1904) fast vollkommen gelungen. Doch macht die etwa 1 km landeinwärts von der Stadt

gelegene Lagune in regenreichen Jahren jede Bekämpfung vorübergehend illusorisch; das Wasser hält sich in größeren oder kleineren Tümpeln fast das ganze Jahr. Von hier aus werden die Mücken, die sich meistens an den Anwohnern der Lagune infiziert haben, bei günstigem Winde zu Hunderttausenden nach Lome geführt. Es ist, soviel mir bekannt, einmal vorgekommen, daß die Mücken sogar bis auf die auf freier Reede liegenden Schiffe getrieben wurden. Bezeichnend für einen solchen Mücken-Anflug ist der Umstand, daß an einem Abend in allen Wohnungen sehr zahlreiche Mücken auftreten. In wenigen Tagen verschwindet die Hauptmasse. Nur wenige Nachzügler belästigen noch mehr oder weniger lange Zeit die Bewohner. Von dem Gang der Malaria in Lome geben die Erkrankungen der Europäer ein Bild. Es sind dies nicht alle Erkrankungen an Malaria überhaupt, sondern nur die ärztlich festgestellten.

	Regenmenge mm	Regentage	Mit Malaria infiziert	
			in Lome	außerhalb
Januar 1908	80,9	2	.	.
Februar 1908	1,8	1	.	.
März 1908	49,8	8	.	.
April 1908	163,8	12	.	4
Mai 1908	113,1	9	3	4
Juni 1908	184,9	9	9	1
Juli 1908	9,5	7	7	.
August 1908	1,3	3	2	4
September 1908 . . .	95,1	11	1	3
Oktober 1908	94,0	10	.	5
November 1908 . . .	67,1	5	5	3
Dezember 1908 . . .	2,8	2	6	2
Januar 1909	54,1	2	1	4
Februar 1909	52,4	6	.	5
März 1909	128,3	7	.	4

Diese Zusammenstellung zeigt, daß erst dann, wenn größere Regenmengen niedergegangen sind und infolgedessen Tümpelbildung von größerer Ausdehnung in der Lagune eingetreten ist, die Malaria in Lome zur Beobachtung kommt. Die außerhalb infizierten Fälle verteilen sich annähernd gleichmäßig auf die verschiedenen Monate.

Auch in diesem Jahre wurde, wie früher, die Beobachtung gemacht, daß zuerst die Krankheit unter den kleinen Kindern der Eingeborenen auftritt, dann unter den Europäern, erst später unter den Erwachsenen Eingeborenen, hier unter dem Bilde mannigfaltiger, neuralgischer Beschwerden.

Leider mußte die Auffüllung wenigstens der tieferen Stellen der Lagune, welche längere Zeit, während dieses Berichtsjahres, mitunter sogar das ganze Jahr hindurch Wasser hielten, vorläufig verschoben werden. Die Mücken-Bekämpfung in Lome selbst ist wie im vorigen Jahre organisiert. Nur wurde die Kontrolle über einen Bezirk, der

am entferntesten von Lome liegt, aufgegeben. Die Kontrolle wird in der Stadt von drei, in der Umgegend von zwei Gesundheitsaufsehern ausgeübt.

Als Folgeerkrankungen der Malaria trat bei Europäern Schwarzwasserfieber auf. Zwei Fälle wurden auch bei Negerkindern im Anschluß an Malaria, soweit sich feststellen ließ, ohne Chinin, beobachtet.

Bei Europäern kamen bisweilen Fieber mit unregelmäßigem Temperaturverlauf vor, deren Ursache nicht ermittelt werden konnte. Sie nehmen meist einen leichten, günstigen Verlauf auch ohne Chinin.

b) Ruhr (Amöbendysenterie) gehört zu den in Lome heimischen Krankheiten.

In der Behandlung der akuten Dysenterie hat sich das von Dr. Bernegau hergestellte „Togo-Simaruba-Extrakt" in Gaben von 15 g täglich vorzüglich bewährt. Nur muß die danach auftretende Neigung zur Verstopfung durch abführende Salze (Fruchtsalz, Marienbader Salz) bekämpft werden.

Pseudodysenterie (schwere Darmkatarrhe mit blutig-schleimigen Entleerungen) kam bei Eingeborenen vor nach Gebrauch von Crotonöl, welches in einer Faktorei als Abführmittel verkauft wird.

Als Folgeerkrankung treten nicht selten Leberabszesse auf.

c) Typhus wurde mehrfach beobachtet. Er verläuft im allgemeinen bei sonst normalen Organen durchaus günstig.

d) Milzbrand kam unter den Eingeborenen im Anschluß an eine Epidemie unter dem Rindvieh vor. Zwei Eingeborene, welche Fleisch einer verendeten Kuh gegessen hatten, starben nach 10- bzw. 12stündiger Krankheit an Darmmilzbrand. Ein Fall von Milzbrandkarbunkel ging in Heilung aus.

e) Pocken wurden dreimal im Bezirk Lome-Land beobachtet. Es wurden etwa 1500 bis 1600 Eingeborene in den Pockenbezirken, sowie in den bedrohten Nachbarortschaften geimpft. Auch wurden etwa 800 Vertragsarbeiter vor ihrer Beschäftigung am Bahnbau Lome-Atakpame geimpft.

Windpocken sind eine häufige Krankheit unter den Eingeborenen. Sie verliefen in der leichten Form.

f) Die Tuberkulose ist unter den Eingeborenen keine seltene Erkrankung. Beobachtet wurden Tuberkulose der Lungen, des Brustfelles, des Peritoneums, des Hodens, der Knochen und Gelenke. Ein eigentümlicher Symptomkomplex, bestehend in Schmerz und starker Druckempfindlichkeit des Dornfortsatzes des 6. und 7. Brustwirbels und einer auf gleicher Höhe liegenden Stelle am Sternum, kommt hier öfters zur Beobachtung. In einem Falle wurden in dem sehr spärlichen Auswurf Tuberkelbazillen gefunden, obwohl auf den Lungen keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen waren. Der Verlauf der Tuberkulose zeigt keinen deutlichen Unterschied von dem Verlaufe im gemäßigten Klima. Die Tuberkulose der Europäer nimmt

hier einen im ganzen ungünstigen Verlauf. Es ist deshalb dringend zu widerraten, Leute mit beginnender oder latenter Tuberkulose hierherzusenden.

g) Der Aussatz ist, wie in Togo überhaupt, so auch im Bezirk Lome weit verbreitet. Eine genau Durchforschung des ganzen Bezirks hat aber noch nicht stattgefunden.

Die Kranken, welche sich freiwillig meldeten bzw. von der Verwaltungsbehörde eingeliefert wurden, sind im Aussätzigenheim bei Bagida untergebracht.

Im Berichtsjahre wurden zu einem Bestande von 15 Kranken 68 Kranke zugeführt. Von diesen wurden 8 entlassen, weil sich der Lepraverdacht nicht bestätigte. Drei Kranke starben, 34 verließen das Aussätzigenheim, so daß noch ein Bestand von 38 Kranken blieb.

Die bisherigen Behandlungsmethoden waren, abgesehen von einer geringen günstigen Wirkung des Ol. Chaulmograe, erfolglos. Versuche mit Nastin ergaben zwar bisher noch keine Heilung, wohl aber nach mehrmonatlicher Anwendung in 3 von 7 Fällen deutlichen Rückgang der Krankheitserscheinungen. Die Versuche werden fortgesetzt. Der andauernden Behandlung entstehen Schwierigkeiten in dem Drange der Kranken, ihre Verwandten in der Heimat aufzusuchen. Sie verschwinden über Nacht und bis zu ihrer Rückkehr erfährt natürlich die Behandlung Unterbrechungen, welche die Beurteilung einer Behandlungsmethode sehr erschweren.

h) Keuchhusten trat auch in diesem Jahre unter den Kindern der Eingeborenen auf. Die Fälle verliefen mittelschwer.

i) Geschlechtskrankheiten sind unter Europäern und Eingeborenen sehr verbreitet. Namentlich gilt dies vom Tripper mit allen seinen Neben- und Folgekrankheiten. Die außergewöhnliche Gleichgültigkeit, sowohl der Europäer wie der Farbigen, gegen die venerischen Krankheiten, wenn sie in ein schmerzloses bzw. symptomloses Stadium getreten sind, ist meist die Ursache des chronischen Stadiums bzw. der vielen Nebenerkrankungen. Ein Europäer starb an Gehirngummi. Es hat fast den Anschein, als ob die Syphilis in den Tropen ziemlich häufig Gehirnerscheinungen macht.

Bei einem Durchschnittsbestande von 190 Europäern wurden in Lome infiziert und kamen in ärztliche Behandlung 28 wegen Gonorrhöe, 8 wegen weichen Schankers, 14 wegen Syphilis zum erstenmal (zusammen 50 = 26,3 %). Tatsächlich ist die Zahl der Erkrankten größer, weil manche aus früherer Erkrankung Erfahrung gesammelt haben und sich selbst behandelten.

Doch bedeutet diese an sich hohe Prozentzahl schon eine bedeutende Abnahme gegen früher.

Zum Teil ist diese Abnahme auf eine gesundheitliche Überwachung der Prostitution zurückzuführen, zum Teil auf die Zunahme der Bevölkerung an Missionsangehörigen und Verheirateten.

Hochgradige Zerstörungen sieht man bei syphilitischen Eingeborenen und bei solchen mit Harnröhrenfisteln nach Tripper, die meist in jammervollem Zustande in ärztliche Behandlung kommen.

k) Framboesie ist in manchen Buschdörfern außerordentlich zahlreich vertreten, meist unter den Kindern. In Lome selbst tritt die Krankheit nicht auf. Der Grund hierfür ist wohl die größere Sauberkeit der Bewohner.

l) Tetanus ist eine häufige Erkrankung unter den Eingeborenen. Jedoch kommt nur selten ein Fall in ärztliche Behandlung. Die wenig erfolgreiche Behandlung und vor allem der Aberglaube, es handele sich um eine durch den Fetisch hervorgerufene Krankheit, gegen die nur dieser helfen könne, halten die Angehörigen ab, ärztliche Hilfe aufzusuchen.

m) Pest. Die in der englischen Goldküste auftretende Pest machte Abwehrmaßregeln notwendig. Der Seeverkehr mit der Goldküste wurde in Lome, der Landverkehr in Kwadjovikovhe und 4 Ortschaften im Bezirk Misahöhe überwacht.

Nachrichten von Pest-Erkrankungen diesseits des Volta bestätigten sich nicht. Togo wurde frei von der Krankheit erhalten. Die Überwachung des Verkehrs dauerte vom 27. Januar bis 8. Mai, vom 6. Juni bis 22. Juli und vom 7. August bis 23. September. In den Zwischenzeiten war aus Accra das Erlöschen der Pest angezeigt worden. Die Annahme, daß Anfang d. J. die Krankheit von neuem auftreten würde, bestätigte sich nicht.

n) Dracunculus medinensis ist allenthalben verbreitet. Alle Fälle kamen vor bei Eingeborenen, welche aus den Buschdörfern stammten bzw. von einer längeren Buschreise zurückkehrten. Die Behandlung bestand in dem allmählichen Herausziehen des Wurmes, unterstützt durch Einreibungen von grauer Salbe oder Sublimatumschlägen. Einige Male gelang es, den ganzen Wurm auf einmal aus einem Abszeß zu entfernen. Als Selbstheilungen wurden beobachtet Bildungen, die als Tumoren imponierten und mit ihrer derben Kapsel im ganzen exstirpiert werden konnten:

1. Ein Abszeß am Hodensack, der bereits 4 Jahre in etwa Kleinapfelgröße ohne Beschwerden bestanden hatte und Reste des abgestorbenen Wurmes enthielt.

2. Ein gleich großer Abszeß am Rücken, der als beschwerdeloser Knoten 2 Jahre bestanden hatte und neben dem weißlichen, geruchlosen, sterilen Eiter scharfkantige Stücke kohlensauren Kalkes enthielt neben einem flachen, 1 cm langen Stück mazerierten Guineawurms.

3. Eine walnußgroße Geschwulst am rechten Rippenbogen mit einem verkalkten, in wenig Windungen aufgerollten Wurm von der Dicke des Dracunculus medinenses. Dieser war vollständig in Bindegewebe eingehüllt.

4. Endlich wurden bei einem etwa 8jährigen Mädchen eigentümliche, gewundene, federkieldicke Stränge unter der Haut des linken Armes und am Kreuzbein beobachtet. Der Verlauf entsprach ungefähr dem eines unter zarter Haut sichtbaren Guineawurms. Diese Stränge wurden operativ entfernt. Sie stellten sich dar als aus Kalkplatten und Bindegewebe bestehende Röhren, in denen sich noch mazerierte Reste des Guineawurms befanden.

o) Filaria volvolus kommt häufig als mandelgroße subcutane Geschwulst vor. Meist wurde sie in der Gegend der Rippenbogen beobachtet und bestand jahrelang ohne Beschwerden.

p) Filaria loa wurde bei zwei Negern, die (wie alle früher hier beobachteten Fälle) in Kamerun gewesen waren, aus der Conjunctiva entfernt.

q) Filaria bancrofti wurde in ihren Folgeerscheinungen beobachtet:

1. als Elefantiasis der unteren Extremitäten in Fällen des Hodensackes in 1 Fall,
2. als Haematochylurie einmal,
3. als Leistendrüsentumoren einmal.

Filarien-Embryonen wurden häufig als Nebenbefund bei Untersuchung von Blutpräparaten auf Malaria gefunden. Einmal wurden sie bei einem Europäer, der an leichten Temperatursteigerungen litt, festgestellt.

r) Bilharziosis (Schistosomum haematobium) ist in den Flußgebieten des Haho und Schio sehr verbreitet, namentlich unter der männlichen Bevölkerung, doch wurden auch Fälle bei Frauen und Kindern beiderlei Geschlechts beobachtet.

s) Unbekannte parasitäre Hautkrankheit. Eine eigentümliche Erkrankung fand sich wiederholt bei Kindern der Eingeborenen. Wenn diese nach dem Regen längere Zeit in den Straßenpfützen umherlaufen, tritt meist am Abend ein starkes Jucken einer umschriebenen Stelle des Fußrückens auf. Meist am nächsten Morgen sieht man eine etwa 3 mm breite, von einer Stelle ausgehende, dann nach Art der Gänge eines Borkenkäfers verzweigte Blase der Haut, die mit trübseröser Flüssigkeit gefüllt ist. In den Ausstrichpräparaten von dieser Flüssigkeit, von dem Grunde sowie von den äußersten Enden des Ganges wurden Parasiten bis jetzt noch nicht gefunden.

Ein Fall wurde auch bei einem Europäer beobachtet, welcher mit undichten Stiefeln durch die vom Regen aufgeweichten und zum Teil überschwemmten Straßen ging. Die Krankheit geht in wenigen Tagen von selbst zurück, wenn der Kranke nicht durch den Juckreiz verführt wird, sich zu kratzen. In diesem Falle kommt es, wenn auch selten, zur Geschwürbildung.

t) Sandflöhe sind sehr häufig. Sie werden mit Geschick von den Eingeborenen aus der Haut entfernt. Ärztliche Behandlung ist nur ganz ausnahmsweise notwendig.

u) Eingeweidewürmer Ascaris und Taenia sind häufig bei den Eingeborenen. Die Erkrankungen an Bandwurm sind unter den Europäern neuerdings wieder häufiger geworden. Als Ursache ist der Genuß nicht gut durchgekochten Schweinefleisches anzusehen. Auch Ankylostomum duodenale wurde zweimal bei Eingeborenen, einmal bei einem Europäer beobachtet.

v) Trichocephalus dispar und Oxyurus sind häufige Nebenbefunde bei Untersuchungen des Kotes.

w) Vergiftungen durch Tiere waren selten. Fünfmal kamen Skorpionstiche bei erwachsenen Eingeborenen, einmal ein Giftschlangenbiß bei einem Europäer zur Beobachtung.

Durch Genuß amerikanischer Fleischkonserven erkrankten die Teilnehmer einer Messe leicht an Fleischvergiftung.

x) Geschwülste. Neubildungen sind unter den Eingeborenen recht häufig. Carcinome und Sarcome sind jedoch recht selten. Diese wurden in diesem Jahre nicht beobachtet. Früher kamen in Behandlung zahlreiche Sarcome des Auges (Augenlides) und Carcinom der Brustdrüse. Dagegen sind gutartige Geschwülste um so häufiger. Hauttumoren mit lebenden oder abgestorbenen Filarien (oft sich nur als Narbenmasse darstellend) sind sehr häufig, besonders am Rumpf in der Gegend des Rippenbogens, seltener an den Armen.

Lipome sind am Rücken und am Gesäß am häufigsten.

Eine sehr häufige Neubildung sind die Fibrome der Sehnenscheiden, meist am Handrücken (nur zweimal an der Beugeseite der Hand und einmal am Fuß), in der Nachweisung zum Teil unter gutartigen Geschwülsten aufgeführt. In den Anfangsstadien sind die Sehnenscheiden durch schleimige, seröse Flüssigkeit erweitert, haben an der Innenseite kleine, rötliche Knötchen. Die Sehnen sind frei. In späteren Stadien liegen die Sehnen ganz eingebettet in diesen von den Scheiden ausgehenden Zotten. Die Sehnen zeigen nur sehr selten Veränderung als knotige oder spindelförmige Verdickungen, zweimal waren erbsengroße, harte Knoten am freien Ende eines Sehnenfadens. Noch später verwachsen die Sehnen mit den Zotten zu einer Geschwulst und können nicht mehr rein präpariert werden. In diesem Stadium treten lästige Bewegungsstörungen auf. Diese, von den Sehnenscheiden ausgehenden Zotten bestehen aus fibrösem Gewebe mit wenig Fettgewebe. — Nur einmal bestand die ganze Neubildung an beiden Handrücken aus gelblichem Fettgewebe.

Eine Neubildung an der Fingersehne eines Europäers verdient noch der Erwähnung.

Dieser konnte eines Morgens das Endeglied des Mittelfingers nicht ganz strecken ohne nennenswerte Beschwerden. Nach 14 Tagen zeigte sich die Streckseite des Mittelgliedes ganz wenig diffus verdickt, ohne Schmerzen, und der Finger konnte gestreckt werden. Nach weiteren 4 Wochen zeigte sich neben Bewegungsstörungen in der Mitte der früheren, jetzt zurückgegangenen diffusen Schwellung ein kleiner flacher Knoten, der mit der Strecksehne zusammen zu hängen schien. Die Inzision ergab eine spindelförmige Verdickung der Strecksehne durch Auflagerung eines fibrösen, derben Gewebes an dem Umfang der Sehne, keine spindelförmige Auftreibung.

Geschwülste der weiblichen Geschlechtsorgane scheinen im allgemeinen selten zu sein.

Nur Uterusmyome sind eine Krankheit, die weit verbreitet ist. Sie kommen bisweilen in beträchtlicher Größe vor (das schwerste der operativ entfernten wog 9,5 kg), sind, wenn sie lange bestehen, fast immer multipel.

In einem Falle waren einige von den multiplen Myomen von Kalkplatten umgeben und im Innern zum Teil erweicht (braunrote, schmierige Masse). Diese großen Myome sind meist ausgedehnt mit dem Netz und dem Darm verwachsen und zeigen mitunter sehr starke

Gefäßentwicklung, was die operative Entfernung bisweilen sehr schwierig macht. Ovarialzysten, Hydrosalpinx sind als Nebenbefund bei Myoma uteri recht häufig. Allein habe ich eine Ovarialzyste nur einmal gesehen.

Struma ist in einzelnen Gegenden sehr verbreitet und zeigt bisweilen eine enorme Größe. Drei operierte Fälle waren Struma colloides diffusa.

2. Krankheiten des Nervensystems.

Die Neuralgien als Folgeerkrankungen der Malaria spielen die Hauptrolle, namentlich im Gebiete des Nervi lumbales, occipitales und orbitales.

Epilepsie und Eklampsie kommen unter den Eingeborenen seltener in Behandlung, sind jedoch nicht selten. Geisteskrankheiten treten unter den Eingeborenen meist in harmloser Form auf.

Bei einem Europäer, welcher besuchsweise nach Togo kam, traten ganz allmählich geistige Störungen auf. Er war nach seiner Angabe schon in der Heimat wegen Neurasthenie behandelt worden. Diese kam hier wieder zum Vorschein. Bald stellte sich jedoch mangelhafte Auffassung von Art und Zeit ein, etwas später Größen- und Verfolgungsideen. Schon auf der Reise nach Deutschland wurde seine Auffassung eine normale.

3. Krankheiten der Atmungsorgane.

Unter den Eingeborenen kam Asthma, meist in Verbindung mit Nasenkrankheiten, recht häufig vor. Die Behandlung beschränkte sich fast immer nur auf die Behandlung des Anfalles.

Der Bronchialkatarrh tritt oft in einer großen Anzahl von Fällen auf, ohne daß sich Witterungseinflüsse nachweisen ließen. Auch Europäer erkrankten dann in größerer Anzahl.

4. Krankheiten der Kreislaufsorgane.

a) Herzkrankheiten. Nervöse Störungen der Herztätigkeit waren unter den Europäern und Eingeborenen häufig, Klappenerkrankungen dagegen sind recht selten.

b) Erkrankungen der Lymphdrüsen. Entzündungen der Lymphdrüsen sind häufig im Anschluß an Geschlechtskrankheiten und die häufigen Verletzungen, seltener bei Tuberkulose.

Zwei Fälle von Leistendrüsenentzündungen kamen bei Europäern zur Beobachtung, die keine Geschlechtskrankheit gehabt hatten. In wenigen Tagen hatte sich eine derbe, ziemlich harte, kleinapfelgroße Geschwulst gebildet, die nur mäßig schmerzte. Die Umgebung des harten Zentrums war stark ödematös, die Haut blaugrau gefärbt. Dabei bestand kein Fieber. Das Allgemeinbefinden war nicht wesentlich gestört. In wenigen Tagen zeigte sich an einer kleinen Stelle Fluktuation. Es entleert sich auf Einschnitt dicker, weißgrauer Eiter.

Der Verlauf war ein langsamer. Es mußten in beiden Fällen noch Nachoperationen wegen Fistelbildung gemacht werden.

c) Milztumor. Ein Fall von Milzhypertrophie verdient noch der Erwähnung.

Der erwachsene Mann war ziemlich mager, anämisch, hatte einen stark aufgetriebenen Leib, Emphysem bei faßförmigem Brustkorb. Die Milz war stark vergrößert, reichte fast bis an die Beckenschaufel, war hart, etwas nach oben verschiebbar. Die anderen Organe waren gesund. Er fühlte selbst die große Milzgeschwulst, hatte starke Beschwerden am linken Rippenbogen und verlangt, daß die Milz entfernt werde. Er habe schon 2 Kinder an Milzgeschwulst verloren, und das liege nur daran, daß er dieses kranke Organ habe. Es wurde der Versuch gemacht, das Organ zu entfernen; doch bestanden so feste Verwachsungen am oberen Milzpol, daß davon abgesehen wurde. Es wurde zwischen Thorax und konvexer Milzoberfläche ein Tampon eingeschoben und die Wunde zum Teil vernäht. In den drei ersten Tagen nach der Operation bestand starker Meteorismus. Nach 5 Tagen wurde der Tampon entfernt, die Wunde weiter bis zur Heilung tamponiert. Als er entlassen wurde, waren die Beschwerden nicht wesentlich gebessert, nur der Unterleib war weicher als bei der Aufnahme. 6 Wochen nach der Entlassung stellte sich der Mann wieder vor. Er sah wohl aus, fühlte sich ausgezeichnet. Schleimhäute waren normal gerötet. Die Beschwerden waren ganz geschwunden, die Milz war bedeutend verkleinert als flacher Körper an der seitlichen Bauchwand zu fühlen. Der untere Pol reichte nur bis zur Mitte zwischen Rippenbogen und Rand der Beckenschaufel. Der Unterleib war eingesunken. Die Atmung ausgiebiger.

5. Krankheiten der Ernährungsorgane.

a) Die Zahnkaries kommt unter den Eingeborenen recht häufig vor (60 Extraktionen). Auch die Europäer kamen dieses Leidens wegen in Behandlung. Es mußten 19 Zähne entfernt werden. Einige hatten dieselben vor ihrer Ausreise nicht plombieren lassen.

b) Unterleibsbrüche, namentlich Nabelbrüche bei Kindern und Leistenbrüche bei erwachsenen Männern sind häufig. Während jene meist ausheilen, kommen diese zur chirurgischen Behandlung. Von den operativ beseitigten Leistenbrüchen enthielt der Bruchsack viermal Dünndarm, einmal Blinddarm mit Wurmfortsatz.

Einmal war bei einem doppelseitigen Leistenbruch auf beiden Seiten neben dem Bruchsack ein 7 cm langes, handschuhfingerartiges, am Samenstrang verlaufendes Diverticulum vesicae. Auf der rechten Seite wurde es angeschnitten, wobei sich trüber Urin entleerte. Das Divertikel wurde abgetragen, die äußerst dünne Wandung genäht. Der Stumpf in dem unteren Wundwinkel befestigt. Es entstand eine Urinfistel, die erst nach 6wöchiger Behandlung heilte. Auf der linken Seite war das Divertikel obliteriert. Die Wände konnten aber noch leicht voneinander getrennt werden. Die Heilung der Brüche erfolgte primär.

c) Krankheiten der Leber sind häufig und wahrscheinlich oft die Folge der Dysenterie.

Operativ wurden 5 Fälle von Leberabszeß behandelt und zwar zweiseitig zwei mit Rippenresektion transpleural, einer transperitoneal, einseitig ein Abszeß, welcher mit den Bauchdecken verklebt war. Dieser (Europäer aus Kamerun) endete tödlich unter Peritonitis.

Die Sektion ergab trotz Operation am 10. Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome einen Durchbruch des Abszesses am untersten Pol nach der Bauchhöhle. Daneben bestanden noch 2 weitere Abszesse, 1 von Gänseeigröße an der konvexen Seite der Leber, ein 2. von Hühnereigröße mit 2 cm breitem dunkelbraunroten Hofe im linken Leberlappen. Ein kleiner Leberabszeß heilte nach zweimaliger Punktion aus.

d) Mastdarmfisteln. Unter den Erkrankungen des Mastdarmes kamen außer Hämorrhoiden Mastdarmfisteln häufig vor, die unter chirurgischer Behandlung günstig ausheilten.

6. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

a) Nierenkolik. Bei Europäern wurden Anfälle von Nierenkolik sechsmal beobachtet. Drei dieser Kranken entleerten nach dem Anfalle Nierensteinkonkremente. Die schon früher beobachtete hohe prozentuale Zahl von Nierensteinen scheint mit der reichlichen Fleischnahrung zusammenzuhängen.

b) Harnfisteln, Strikturen usw. Bei der Häufigkeit der venerischen Krankheiten unter den Eingeborenen sind deren Folgeerkrankungen oft zu beobachten: namentlich Verengerungen und im weiteren Verlauf Fisteln der Harnröhre, Wasserbrüche sowie Erkrankung der weiblichen, inneren Geschlechtsorgane.

c) Geburtshilfe. Die Geburtshilfe liegt sehr im argen. Die Frauen werden erst zum Arzt gebracht, wenn alle Mittel erschöpft sind. Die Erfolge der künstlichen Entbindung sind deshalb recht mangelhaft. Drei Frauen wurden mit septischem Fieber eingeliefert und starben nach Extraktion bzw. Zange. Eine vierte starb an vollständiger Atonie des Uterus. Sie hatte bereits 4 Tage gekreißt. Es wurde zweimal die Zange angelegt und zweimal extrahiert.

7. Krankheiten der Augen.

Auch in diesem Jahre traten Augenbindehautkatarrhe im letzten Vierteljahre sehr zahlreich auf, so daß man den Eindruck einer Epidemie hatte.

Altersstaar in operationsfähigem Zustande wurde nicht beobachtet.

8. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Hier nehmen bei den Eingeborenen die Geschwüre und die Zellgewebsentzündungen die erste Stelle ein, meist an den Unterschenkeln und Füßen. Dieselben wurden ambulant behandelt bis auf zwei, die vorübergehend im Krankenhause Aufnahme fanden. Hautkrankheiten sind unter den Eingeborenen an der Küste selten, häufig dagegen unter den unsauberen Buschbewohnern. Ringwurm, Krätze sind am häufigsten zu finden. Bei den Europäern ist der rote Hund am häufigsten vertreten, an zweiter Stelle „Ringwurm“. Auch oft sehr hartnäckige Furunkulose gehört zu den sehr lästigen Erkrankungen. Albuminurie und Diabetes wurden in keinem dieser Fälle beobachtet.

9. Mifsbildungen.

Von Mißbildungen wurden beobachtet:

1. Defectus vaginae mit einer über faustgroßen derben Geschwulst (Haematosalpinx) links vom Uterus bei einem sonst normal entwickelten Mädchen von etwa 17 Jahren.

2. Eine linksseitige Gaumenspalte bei einem 6jährigen Kinde.

3. In zwei Fällen überzählige Finger, ausgehend vom Grundglied beider kleinen Finger und zwar einmal nur in Form warzenförmiger Ansätze, einmal als ein Nagelglied.

4. Ein Fall von Fistula auris congenita vor dem Helix. Diese Fisteln, meist beiderseitig, sind sehr verbreitet, werden selten Gegenstand ärztlicher Behandlung, wenn das sezernierte, milchige Sekret übelriechend ist.

V. Statistik.

a. Europäer.

Anlage 1.

Gesundheitsverhältnisse der Europäer waren günstig. Es kamen bei einem Durchschnittsbestand von 152 Europäern (Männer 125, Frauen 25, Kinder 2) 403 Krankheitsfälle zur ärztlichen Behandlung. 78 waren Zugang von außerhalb.

Auf die einzelnen Berufsklassen verteilen sich diese:

	Männer	Frauen	Kinder
Kaufleute	98	6	1
Missionare	15	15	4
Beamte	110	13	.
Angestellte der Verkehrsanlage	119	1	.
Sonstige	18	2	1
Auswärtige	78	.	.
Summe	438	37	6
		481	

Die Kinder der Europäer entwickelten sich nicht günstig. Sie waren meist ausgezeichnet durch hochgradige Blässe der Haut, hatten öfters mit Verdauungsstörungen zu kämpfen.

Im Königin Charlotte-Krankenhaus wurden verpflegt: 77 Kranke mit 1101 Verpflegungstagen. Die höchste Belegzahl betrug 7 (alle verfügbaren Betten), die Durchschnittsbelegzahl 3.

Von den 7 Todesfällen wurden 4 durch tropische Krankheiten im engeren Sinne, 3 durch andere Krankheiten verursacht. 5 fallen Togo zur Last (einer kam krank von Kamerun, einer von Deutschland).

Über die ersten zwei Todesfälle schreibt Dr. Liebl:

1. Malaria haemorrhagica perniciosa. Der Fall betraf einen jungen Eisenbahnangestellten, welcher schon im Vorjahre 2 Malariafieber hatte.

Nach 14tägigem Krankenaufenthalt traten unter Temperaturen von 37 bis 39°, die von täglichen Chiningaben nicht beeinflußt wurden, unter Abfall der Temperaturen Haemorrhagien aus Mund, Nase, Ohr und im Unterhautzellgewebe auf, dann rasch zunehmende Herzschwäche, welcher der Kranke erlag.

Sektionsbefund: Leiche wachsweiß, überall livide Flecken (Haemorrhagien, keine Totenflecke), namentlich an den Extremitäten. Aus Mund und Nase braune Blutstreifen. Eigentümlicher Blut-(Fleisch-) Geruch. Keine Spur von Gelbsucht. Abdomen, Herzbeutel und Pleurahöhlen ohne Flüssigkeit. Lungen hinten unten etwas Hypostase ohne pneumonische Herde. In den größeren Bronchien aspiriertes Blut. Herz schlaff (besonders der rechte Ventrikel), blaß, fast graubraun. Leber nicht ikterisch, von rotbrauner Farbe. Gallenblase klein, mit hellgelber Galle. Milz handgroß, graublau, derb, 4½ cm dick, Schnittfläche braunrot. In der Magenschleimhaut massenhafte, punktförmige Blutungen. Nieren gelappt, rechte mit haselnußgroßem weißen Infarkt mit haemorrhagischen Rändern.

Herzblut, Milzausstriche mit vereinzelten, auffallend wenig, kleinen Ringen (Malaria tropica), keine Halbmonde, kein freies Pigment.

2. Febris non malaria.

L. hatte vor 3 Wochen typische Malaria, die glatt abheilte. Am Vorabend fühlte er sich unwohl, ging aber morgens 6 Uhr zum Dienst, eine halbe Stunde später Ohnmacht und epileptische Krämpfe, bis Nachmittag fortwährend Krämpfe, dann Nachlassen derselben, hohes Fieber, tiefes Koma. Tod nachts 1 Uhr.

Sektionsbefund: Leiche wachsweiß, kein Ikterus, keine Blutungen. Bauchhöhle ohne Flüssigkeit, Lungenödem, Milz groß, sehr weich. Schädel: die harte Hirnhaut mit 8 bis 9 markstückgroßen, dicken, zum Teil kalkhaltigen Adhäsionen bedeckt. Alle anderen Organe ohne Besonderheiten. Herzblut, Gehirnkapillaren, Milz ohne Parasiten.

3. Der 3. Todesfall betraf einen Fall von Hämoglobinurie, die sich nach überstandener Malaria im Anschluß an einen Alkoholexzeß einstellte.

4. Der 4. Todesfall einen Typhus, der mit rezidivierender Malaria kompliziert war.

5. Der 5. Todesfall eine Frau, welche bereits mit Wirbelkörpertuberkulose in den Tropen eintraf.

6. Der 6. multiple Leberabszesse.

7. Der 7. eine Gummi in der Capsula interna cerebri.

Operationen an Europäern.

1 Abscessus hepatis	Incision	Gestorben
1 Hygroma olecrani	Exstirpation	Geheilt
1 Halux valgus (doppelseitig)	Osteotomie	,,
1 Lymphadenitis inguinalis	Exstirpation	,,

b. Eingeborene.

Der Gesundheitszustand der Eingeborenen war gut. Ansteckende Krankheiten in größeren Epidemien kamen im Bezirk Lome nicht vor. Selbst die Pocken blieben auf drei kleinere Herde beschränkt.

Es wurden im ganzen 3249 Eingeborene behandelt (51 bzw. 75 Bestand, 3198 Neuaufnahmen). Anlage 2.

Im Krankenhause wurden verpflegt 114 Kranke während 3348 Tagen (12 bzw. 13 Bestand). Von den Neuaufgenommenen waren 3019 aus Togo bzw. von Dampfern, 179 aus den Nachbarkolonien (als äußerste Grenze Lagos und Monrovia).

Operationen an Eingeborenen.*)

(L.: Dr. Liebl, sonst Berichterstatter.)

I. Kopf und Hals:			
1 Abscessus cerebi	Trepanation	Gestorben	
1 Fractura cranii	„	„	
1 Masteoiditis (L)	„	Geheilt	
1 Ektropion palpebrae	Plastik	„	
3 Struma	Exstirpation (1 L)	„	2 Bestand
1 Necrosis mandibulae	Osteotomia	„	
II. Bauchhöhle:			
5 Hernia inguinalis einseitig	Radikaloperation nach Bassini (1 L)	„	
1 „ „ doppelseitig	„	„	
1 Prolapsus ani	Rectopexie	„	
2 Myoma uteri et Cysta ovarii utriusque	Amputatio uteri et Exstirpatio tubae et ovarii utriusque	1 Geheilt	1 Bestand
1 Myoma uteri	Exstirpatio uterii	Geheilt	
1 Endometritis	Curettement	„	
2 Prolapsus uteri Ruptura perinei inveterata	Ventrofixatio et Sutura perinei	„	
1 Tumor splenis	Fixatio	„	
1 Cirrhosis hepatis	Talmasche Operation	„	
4 Abscessus „	Incisio transpleural (2 L)	„	
	Incisio transpleural 2	„	
6 Fistula ani	Discisio (2 L)	„	
7 Hämorrhoiden	Ustio (1 L)	„	
III. Äußere Geschlechtsorgane:			
12 Hydrocele einseitig	Radikaloperation nach Bergmann (5 L) 7 nach Winkelmann	„	
3 Hydrocele doppelseitig	nach Winkelmann	„	
2 Tumor testis	Castratio (1 L)	„	1 Gestorben (Tetanus)
1 Elephantiasis scroti	Amputatio scroti (1 L)	„	
3 Fistula et strictura urethrae	Urethrotomia perinealis	„	
2 Strictura urethrae	„	1 Geheilt	1 Bestand
1 Fistula „	Plastik	Ungeheilt	
16 Phimosis	Circumcisio	Geheilt	

*) Inzisionen, oberflächliche Abszesse, Punktionen, Zahnextraktionen werden nicht besonders aufgeführt.

IV. Haut- und Unterhautzellgewebe:				
1 Naevus pillosus	Exstirpatio	Plastik	Geheilt	
1 Ekzema squamosum (Vitelligo)	„	„	„	
5 Filaria volvolus	„	„	„	
3 Lipoma	„		„	
1 Carbunculus tergi	„		„	
1 Lymphadenitis colli	„		„	
1 „ axillaris	„			Bestand
1 „ inguinalis	„		„	
V. Extremitäten:				
3 Fractura cruris septica	Amputatio (2 L)		„	
1 Necrosis phalangis I pedis	Necrotomia		„	
1 „ tibiae	„		„	
1 „ femoris	„			Bestand
1 Tuberculosis genus	Resectio genus		„	
1 Bursitis suprapatellaris	Exstirpatio		„	
1 „ praepatellaris	„		„	
8 Fibroma tendinum	„		„	
1 Ainhum	Exarticulatio digiti V pedis		„	
1 Discisio nervi radialis inveterata	Nervenplastik		Ungeheilt	

B. Anecho.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Liebl.)

I. Personal.

Im Berichtsjahr war in Anecho bis 26. September 1908 Regierungsarzt Dr. Günther, von da ab bis 31. März 1909 der Berichterstatter tätig. Bis 28. September war 1 Schwester des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien, von da ab 2 Schwestern im Nachtigal-Krankenhaus stationiert.

Das übrige technisch ausgebildete Personal bestand, wie im Vorjahr, aus 2 eingeborenen Heilgehilfen und 7 eingeborenen Gesundheitsaufsehern.

Das Verhältnis zwischen Eingeborenen und weißem Arzt ist durchgehend ein sehr gutes. Die Tätigkeit der Fetischpriester und anderer Heilkünstler ist zwar immer noch umfangreich, überschreitet aber die heimischen Kurpfuscherverhältnisse kaum.

II. Krankenanstalten.

a. Nachtigal-Krankenhaus.

(Vgl. Abb. 29 auf Tafel IX.)

Tafel IX. Bild 29.

Am Anfang des 2. Halbjahres wurden umfangreiche Reparaturarbeiten begonnen, die z. Z. der Abfassung dieses Berichts vollendet wurden. Die Reparaturen waren bedingt durch das Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Umstände, hauptsächlich durch das Alter des Hauses und seine ungünstige Lage in der alles zerstörenden Seebrise.

Zwei kleine, hintereinander gelegene Räume im Erdgeschoß des Hauptbaues, die bisher als Eingeborenen-Poliklinik gedient hatten, wurden als Apotheken-Vorratsräume eingerichtet, da der Betrieb der Apotheke, wo die gesamten Vorräte neben den angebrochenen Verkaufsbeständen lagerten, den derzeitigen Bedürfnissen nicht entsprach. Die Eingeborenen-Poliklinik wurde in die im vorigjährigen Bericht erwähnte, sogenannte Isolierbaracke verlegt. Der Betrieb hat dadurch in der Apotheke wie im ganzen Europäer-Hospital und auch in der Eingeborenen-Poliklinik an Sauberkeit und Übersichtlichkeit gewonnen.

Das als Wohnraum für die zweite Schwester im Erdgeschoß gedachte Zimmer eignete sich hierzu nicht. Das nur 2,9 × 5 m Bodenfläche messende Zimmer hat an der der Brise entgegengesetzten Seite keine Öffnung und liegt außerdem im Südwestwinkel des Hauses derart, daß die ganze Hitze des Mittags und Nachmittags darin aufgestapelt wird. Es mußte daher der Schwester ein Zimmer im Obergeschoß angewiesen werden, und es blieb aus äußeren Gründen nichts übrig, als ihr die am Ende der Krankenzimmerreihe gelegenen 2 kleinen hintereinandergeschachtelten Zimmer zuzuweisen, da keines für sich allein als Schlafraum zu benutzen ist, aus denselben Gründen, wie sie oben für das Zimmer im Erdgeschoß angeführt sind.

Es bleiben somit nur 2 große Krankenzimmer mit je 2 Betten zur Verfügung. Diese 4 Betten genügen für Anecho. Bei der relativen Bedeutungslosigkeit, die Anecho als Europäerwohnsitz seit der Auflassung der Reede und dem Aufblühen Lomes angenommen hat, wird vielmehr die Frequenz des Nachtigal-Krankenhauses namentlich mit dem weiteren Ausbau der zweckentsprechender eingerichteten Krankenhausanlagen in Lome noch weiter abnehmen. Sie betrug im Berichtsjahr nur 0,67 Kranke im Tag.

b. Krankenhaus für Eingeborene.

Tafel IX. Bild 30.

Das Krankenhaus für Eingeborene (vgl. Abb. 30 auf Tafel IX) ist ein in gutem baulichem Zustande befindliches Miethaus eines Eingeborenen und liegt etwa 500 m westlich vom Nachtigal-Krankenhaus. Das Haus ist massiv aus Ziegelsteinen aufgeführt, mit Dachpappe gedeckt und besteht aus Erdgeschoß und einem Stockwerk. Das Haus mißt 12 × 18 m Grundfläche, dabei sind die an den Lang-

seiten befindlichen Veranden von je 2 m Breite mitgezählt. Die Höhe der Zimmer beträgt 3,30 m. Erdgeschoß wie oberes Stockwerk haben je 6 Räume, davon haben im Erdgeschoß 2 Räume keine andere Öffnung wie die Türe. Glasfenster sind nicht vorhanden, die Öffnungen werden mit massiven Holzläden verschlossen. An Einrichtung ist nur das Notwendigste vorhanden: 12 einfache Holzbettstellen mit dicken Strohmatten. Die Verpflegung geschieht ausschließlich durch Familien-Angehörige. Küche, Abort, Baderaum sind in primitiver Eingeborenenart im Freien errichtet. Provisorisch wurde ein altes Zimmerklosett des Nachtigal-Krankenhauses aufgestellt, um die gröbste Verunreinigung des seichten, offenen Brunnens hintan zu halten. Die ganze Anlage ist am 1. Januar 1908 in Betrieb genommen worden.

Das Krankenhaus steht in einem kleinen, erst in Entwicklung begriffenen Garten, der mit einem Palmrippenzaun eingefriedigt ist. Nach Vervollständigung der Ausrüstung können etwa 20 Kranke aufgenommen werden. Ein Zimmer im Erdgeschoß wird von dem jeweils diensthabenden Heilgehilfen bewohnt. Operationen und Nachbehandlung werden im Operationssaal des Nachtigal-Krankenhauses bzw. in der Eingeborenen-Poliklinik vorgenommen; die Beförderung der Kranken geschieht in einer Tragbahre.

III. Hygienische Verhältnisse.

a. Sanierung der Stadt.

Die allgemeinen hygienischen Verhältnisse in Anecho haben sich im Berichtsjahr weiter verbessert. Der auf der Nehrung gelegene Hauptteil Anechos macht einen sauberen, freundlichen Eindruck. Die Verordnung, wonach Strohdächer in diesen Teilen der Stadt nicht mehr erneuert werden dürfen, macht sich in ihren wohltätigen Folgen mehr und mehr bemerkbar. Es stehen zwar noch immer, besonders auf der Strandseite auf kleinem Raum baufällige Hütten und Miniatur-Hütten, doch ist ihres Bleibens sicherlich nur mehr kurze Zeit. Die Sanierungsarbeiten an der Lagune sind bis auf 2 Stellen als vorläufig beendet zu betrachten. Die eine dieser Stellen ist die Halbinsel von Badji, die bei Niveauschwankungen der Lagune einen Sumpf mit vielen Tümpeln darstellt, die andere ein kaum 100 m langes Stück am Ostende der Stadt, wo die Fortsetzung der Quaiaufschüttung noch aussteht. Die Hauptbrutstätten der Mücken sind überhaupt nicht im Weichbilde der Stadt zu suchen, sondern in den Inundationsgebieten westlich und nördlich von Degbenu. Hier steht vor allem ein 150 m langer, an den breitesten Stellen 5 m messender ehemaliger Lagunenarm, der nach dem Fallen des Hochwassers nicht mehr mit der Lagune in Verbindung steht und eine Reihe von etwa 10 Tümpeln bildet. Die einzelnen Wände lassen sich durchstechen und auch der etwa 12 m lange Riegel gegen die freie Lagune beseitigen. Dadurch nimmt dann dieser Arm den Charakter eines Fischgrabens an, wie sie auch sonst massenhaft in der Nähe Anechos von

den Eingeborenen zur Raubfischerei angelegt werden. Verbunden mit sauberer Abböschung der Ränder, wird hierdurch diese Stelle als Moskitobrutstätte vielleicht verschwinden. Die Arbeiten werden im neuen Berichtsjahr ausgeführt.

b. Fische als Vertilger von Mückenlarven.

Im Auftrage des Gouvernements wurden vom Berichterstatter Untersuchungen über Mückenlarven fressende Fische angestellt. Das Ergebnis der ausgedehnten Versuche war die Feststellung, daß sämtliche untersuchten Lagunenfische — etwa 20 Arten — mit Ausnahme der leicht kenntlichen Welsarten mit mehr oder minder großer Gefräßigkeit in der Gefangenschaft Mückenlarven vertilgen. Die hauptsächliche Bedeutung dieser Versuchsergebnisse*) liegt darin, daß durch sie die zu unberechtigten Hoffnungen Veranlassung gebenden Berichte über Malariabekämpfung durch Einfuhr und Einsetzung von Fischen speziell aus Barbados, wie sie in letzter Zeit in nichtfachmännischen Zeitschriften und Tagesblättern angepriesen worden war, auf das geziemende Maß zurückgeführt werden. Die Fische spielen zweifellos eine Rolle bei der Larvenvernichtung, die Hauptsache bleibt aber die physikalische Regulierung und Sanierung der Wasseransammlungen. Die Versuche mit dem oben erwähnten ehemaligen Lagunenarm in Form einer Umwandlung in einen mit der fischreichen Lagune verbundenen Fischgraben können vielleicht weitere Aufschlüsse liefern.

c. Sonstige Malariabekämpfung.

Abgesehen von der Beaufsichtigung der natürlichen Wasseransammlungen wird durch eine Kolonne von 7 Gesundheitsaufsehern die Vernichtung von Mückenbrutstätten in Haus und Hof betrieben. Wie wichtig die Verhütung von Wasseransammlungen und die Vermeidung von toten Räumen in der allernächsten Umgebung der Häuser ist, geht aus mehrfachen Einzelbeobachtungen auf den Grundstücken des Nachtigal-Krankenhauses und des Bezirksamtes in Sebe hervor, wo ein paar liegengebliebene Kokosnusschalen, eine vergessene Gießkanne und vor allem zu dichte Bäume und Busch eine allgemeine Mückenplage vortäuschen können.

Versuche mit Mückenlöchern, wie sie namentlich in Dahomey verwendet werden, haben hier völlig negative Resultate gegeben. Diese Löcher werden dort analog den Krabbenlöchern, aber etwas größer, schräg gegen Brise und Sonne gestellt, angelegt und die darin sich versteckenden Mücken regelmäßig ausgebrannt. Es gelang hier nicht, trotz sonst vorhandener Mücken, in mit Hilfe von alten Dachrinnen angelegten Löchern Mücken zu finden.

In der Landschaft Afanja trat im Berichtsjahre eine Gefährdung der Maisernte durch massenhaftes Auftreten von Ratten ein. Da auch infolge der von der Goldküste drohenden Pestgefahr Versuche

*) Publiziert im Amtsblatt für das Schutzgebiet Togo 1909 Nr. 10.

über Rattenvertilgung im größeren Maßstab angezeigt erschienen, wurden im Auftrag des Gouvernements Versuche*) mit Antirattin und bacillus Danysz angestellt. Durch einfache Fütterung gelang es in keinem Falle wilde Ratten im Laboratorium zu vergiften. Auch Versuche durch wiederholte Tierpassagen (Prof. Simpson) Stämme von hoher Virulenz zu bekommen, schlugen vollständig fehl. Dazu kommt, daß sich die Mitteilungen über schwerere Erkrankungen bei Menschen bei Verwendung von Rattenschädlingen in auffälliger Weise mehren. Die Aussichten, mit Rattenschädlingen in Togo jemals brauchbare Resultate zu erzielen, sind somit sehr gering; es bleibt vorläufig bei den alten, sicherlich auch recht wirksamen Methoden: Aufstellung von Rattenfallen, Auslegung von Gift in geeigneten Bezirken und unter geeigneten Verhältnissen, Haltung von Katzen und — von lokaler Bedeutung für Togo — von sogenannten Fetischschlangen. Erfahrungsgemäß bleiben Häuser, in denen diese farbenprächtigen, harmlosen Schlangen gehalten werden, rattenfrei.

IV. Statistik.

Gefährliche, seuchenhafte Infektionskrankheiten wurden, abgesehen von Malaria und sporadischen Fällen von Dysenterie, nicht beobachtet, insbesondere traten Pocken, Gelbfieber, epidemische Genickstarre im Berichtsjahre im Bezirk Anecho nicht auf.

Der Gesundheitszustand der weißen Bevölkerung Anechos war im Berichtsjahr ein guter. Vor allem ist kein Todesfall zu verzeichnen. In ärztliche Behandlung traten 60 Personen, davon wurden 11 Kranke mit 204 Verpflegungstagen im Krankenhaus behandelt. Alle diese Kranken gehörten dem Schutzgebiet an. Außerdem wurden ambulant 6 Ausländer aus dem benachbarten Dahomey behandelt, sowie ein von Lome wegen Platzmangels hierher gesandter Matrose eines Dampfers, der wegen eitriger Kniegelenksentzündung 43 Tage im Krankenhaus lag. Die Gesamtzahl der im Krankenhaus verpflegten Personen betrug somit 12 Kranke mit 247 Verpflegungstagen. Das Krankenhaus weist also eine Durchschnittsbelegung von 0,67 Kranken im Tag auf, wobei zu bemerken ist, daß im 2. Halbjahr kein Zugang zu verzeichnen war, was aber nicht etwa mit den Reparaturarbeiten, sondern mit den günstigen Gesundheitsverhältnissen zusammenhängt. Die Erkrankungen verteilen sich auf Anlage 3.

Gouvernementsangehörige	28,	davon	1	weiblich
Kaufleute	14			
Eisenbahnangestellte	9,	„	2	„
Missionsangehörige	9,	„	4	„

Die Anzahl der Behandlungstage in der Poliklinik, d. h. die Summe der zwischen erstem und letztem Behandlungstage (ambulant oder im Hause der Kranken) verflossenen Zeiten betrug etwa 950.

*) Publiziert im Amtsblatt für das Schutzgebiet Togo 1909 Nr. 15 und einem Nachtrag in Nr. 18.

Anlage 4.

Der Gesundheitszustand der Eingeborenen-Bevölkerung war befriedigend. Im Berichtsjahre sind 1868 Zugänge zu verzeichnen (1907/08 1859), davon wurden im 2. Halbjahr 64 Kranke mit 766 Behandlungstagen im Krankenhaus behandelt, was für diese Zeit einem Durchschnittsbestand von 4,2 Kranken im Tag entspricht. Für das 1. Halbjahr liegen über das Eingeborenen-Krankenhaus keine Aufzeichnungen vor, doch dürfte die Zahl der Kranken wie der Behandlungstage annähernd die gleiche gewesen sein. Die Durchschnittsfrequenz von 4,2 gilt somit auch für das ganze Jahr als Annäherungswert. Die Kranken stammten zu etwa $\frac{5}{6}$ aus Togo, zu etwa $\frac{1}{6}$ aus dem benachbarten Dahomey.

Die Behandlungstage in der Poliklinik betrugen etwa 20 800. Diese Zahl besitzt aber nicht einmal Annäherungswert, insofern als sie nur für Kranke, die täglich zum Arzt kommen, stimmt, dagegen um so unrichtiger wird, je länger die Zwischenräume zwischen den einzelnen Besuchen beim Arzt werden. Die tägliche Frequenz der Eingeborenen-Poliklinik betrug im 2. Halbjahr im Mittel 30,4 Kranke, wonach sich die Summe der Behandlungstage auf 5533 errechnet. Für das 1. Halbjahr ein tägliches Mittel von 40 Kranken angenommen, ergibt sich eine Summe von 7320 Behandlungstagen, für das Jahr demnach 12 853 Behandlungstage.

Die Anzahl der Todesfälle bei ärztlich behandelten Eingeborenen beträgt 16. Diese Zahl stellt nur einen kleinen Bruchteil der Gesamttodesfälle dar. Mit der in Kürze in Kraft tretenden allgemeinen Verpflichtung zur Todesfallmeldung, wie sie u. a. auch für den Stadtbezirk Anechos vorgesehen ist, wird dem Arzt eine wesentliche Hilfe zur frühzeitigen Erkennung wichtiger Seuchen und zur allgemeinen Beurteilung des Gesundheitszustandes in die Hand gegeben werden.

V. Kasuistik.

a) Windpocken. Die auch in den Vorjahren öfter beobachtete Erkrankung trat in 6 Fällen bei Eingeborenen auf und heilte in durchschnittlich 8 Tagen ohne Hinterlassung von Narben. Die Erkrankung gibt manchmal Veranlassung zur Verwechslung mit echten Pocken, die im Berichtsjahr im Bezirk Anecho nicht vorkamen. Die fälligen Schutzimpfungen wurden auf Grund der Erfahrungen Dr. Jaffés (s. Medizinal-Bericht über die D. Schutzgebiete 1907/08 pg 291) auf die Regenzeit zu Beginn des neuen Berichtsjahres verlegt.

b) Malaria. Bei den Europäern ist die Anzahl der Malaria-Erkrankungen eine verhältnismäßig geringe. Es kamen im ganzen 9 Fälle zur Behandlung. Die Verteilung war 2 Zugänge im ersten, 3 im zweiten, 4 im dritten Quartal, während das vierte Quartal überhaupt keinen Malaria-Zugang aufwies. Sie betrafen alle ohne Ausnahme Nichtprophylaktiker oder solche, die unregelmäßig oder ungenügend Chinin nahmen. In allen Fällen bestätigte die Blutuntersuchung Malaria tropica. Nur 2 Fälle zeigten einen etwas schwere-

ren Verlauf, verursacht durch die immer noch herrschende Anschauung, daß während des Fiebers Chinin nicht genommen werden dürfte. Beide Fälle hatten 5 bzw. 7 Tage Fieber gehabt, hatten vergeblich auf Temperaturabfall gewartet und kamen in dementsprechend heruntergekommenem Zustand in ärztliche Behandlung. Ein weiterer Fall, der einen schon viele Jahre im Schutzgebiet weilenden Missionar betraf, ging nach 8tägiger Krankenhausbehandlung scheinbar in Heilung über. 5 Tage später stellte sich ohne weitere Vorboten ein schweres Schwarzwasserfieber ein, das aber einen glücklichen Verlauf nahm. Nach gut überstandener Chiningewöhnungskur traten keine weiteren Störungen mehr auf.

Die Behandlung der Malaria bei Europäern bestand in fraktionierter Chiningabe ($5 \times 0{,}2$) nach der Hamburger Methode. Dabei wurde auf die Fieberhöhe keinerlei Rücksicht genommen. Die Erfolge dieser Methode sind, wie überall, wo sie Eingang gefunden hat, außerordentlich gute. Ausnahmsweise wurde die Chinindose am ersten Tage bei kräftigen Patienten bis auf 1,4 erhöht. Nur in einem Falle wurde wegen ständigen Erbrechens das Chinin intramuskulär gegeben. Sehr empfehlenswert ist die Ziemannsche Chloroformmixtur bei Brechneigung. Diese im Vergleich mit der Häufigkeit der Malariainfektion bei den Eingeborenen auffallend günstigen Malaria-Verhältnisse bei den Europäern sind kaum auf die in Anecho betriebene Moskitobekämpfung zurückzuführen, sondern hängen mit der mehr und mehr bodengewinnenden Chinin-Prophylaxe zusammen. Die im einzelnen geübten Prophylaxe-Methoden sind äußerst verschieden. Ärztlicherseits wird keine der üblichen Methoden als die allein zum Ziele führende hingestellt. Es wird vielmehr bei jeder sich bietenden Gelegenheit eindringlich darauf hingewiesen, daß es weniger auf die Methode, wie auf peinlichste Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit in der Durchführung der einmal gewählten Methode ankommt, daß jede Methode bei Nachlässigkeit versagt und daß weniger wie 6 g im Monat, in Anecho wenigstens, keine Sicherheit der Wirkung gewährleisten. Daß Anecho immer noch reichliche Gelegenheit zu Malariainfektionen bietet, geht daraus hervor, daß Nichtprophylaktiker, die aus dem gesunderen Lome hierherkommen und nur ganz kurzen Aufenthalt nehmen, nach ihrer Rückkehr nach Lome häufig an Malaria erkranken.

Neben der Prophylaxe wird das Hauptgewicht auf den mechanischen Schutz gelegt. Vor allem wird die Sicherung der Schlafräume empfohlen. Was das hierzu zu verwendende Material anlangt, so sind in der Seebrise Anechos alle Metallgazen mehr oder minder unbrauchbar. Am schlechtesten ist Aluminiumdrahtgaze, dann folgt verzinkte Eisendrahtgaze und schließlich Messingdrahtgaze, die an exponierten Stellen auch nicht länger wie 1 bis 2 Monate hält. Am besten scheint sich gewöhnlicher Moskitotüll zu bewähren, der nach dem Vorschlag von W u r t z (Ref. im Archiv f. Sch. u. Tr. Hyg. 1908 pg. 603) mit Wasserglas und Wasser zu gleichen Teilen gehärtet ist. Die diesbezüglichen Versuche währen zwar erst 5 Monate, doch kann

dieses Material schon jetzt empfohlen werden, da es das einzige ist, das noch intakt ist. Die bei der Präparation etwa auftretende Verklebung einiger Maschen läßt sich mit einem Zahnstocher oder ähnlichem leicht beheben. Um das Schrumpfen und Verziehen der noch feuchten Gaze und die dadurch bedingten Unannehmlichkeiten beim Einspannen zu vermeiden, kann empfohlen werden, die noch nasse Gaze über ein in der gewünschten Größe zugeschnittenes Stück Pappe zu ziehen und hier etwas trocknen zu lassen. Sehr angenehm ist die leichte Ausbesserungsmöglichkeit: ist irgendwo ein Loch entstanden, so wird ein Stück Gaze mit Wasserglas daraufgeklebt.

Von Eingeborenen kamen 208 Kranke mit manifester Malaria in Behandlung. Etwa ¾ davon betrafen Kinder, die mit Milztumor, Fieber und Anämie zum Arzte kamen. 2 Kinder erlagen der Infektion. Das übrige Viertel wurde durch Erwachsene gestellt, die auffälligerweise alle in früherer Zeit schon Chinin genommen hatten. Die oben erwähnten Kinder stellen nur denjenigen Bruchteil der infizierten Kinder dar, der wegen dieser Erkrankung dem Arzt zugeführt wurde. Im übrigen wies die Mehrzahl der wegen anderer Erkrankungen kommenden Kinder Milztumoren als Zeichen der latenten Infektion auf. Die Behandlung der Malaria bei Eingeborenen wurde vom Berichterstatter mit kleinen Chinindosen durchgeführt, die nur so lange gegeben wurden, bis die akuten Erscheinungen sich besserten. Milztumoren ohne akute Störungen wurden nie mit Chinin angegangen. Vom Berichterstatter wurden mehrere Fälle bei Erwachsenen über 1 Jahr genauer beobachtet, wo in früherer Zeit öfter Chinin genommen worden war, und wo sich mit einer gewissen Regelmäßigkeit alle 4, 6 oder 8 Wochen neue Fieberanfälle zeigten, die leider auch an Schwere immer mehr zunahmen und dem bei Europäern gewohnten Krankheitsbilde sich näherten. Diese Tatsachen müssen unter den gegenwärtigen Verhältnissen schwere Bedenken gegen die prinzipielle Bekämpfung der Malaria durch Chinisierung der Eingeborenen sowie vor allem gegen die unvorsichtige Behandlung des Einzelfalles bei Eingeborenen auslösen. Dies wird, wenigstens in moskitoreichen Orten, dazu führen, daß solche Leute, um arbeitsfähig zu bleiben, sich zu regelrechter, lebenslänglicher Prophylaxe entschließen müssen. Das ist aber für die Masse der Bevölkerung bis auf weiteres aus den mannigfachsten Gründen undurchführbar. Nach der Überzeugung des Berichterstatters kann dieser Weg der allgemeinen Malariabekämpfung erst dann beschritten werden, wenn sich die gesamten kulturellen Verhältnisse gehoben haben und damit die Malariainfektion bereits im Zurückgehen begriffen ist.

c) Lepra. Ein Fall von Lepra mutilans wurde dem Aussätzigenheim bei Bagida überwiesen.

d) Tuberkulose. Bei Europäern wurde Tuberkulose nicht beobachtet. Von Eingeborenen kamen 10 Fälle in ärztliche Behandlung. Davon starben 2. Ein weiterer starb zu Beginn des neuen Berichtsjahres. Auch die übrigen haben auf Heilung keine Aussicht. Die Diagnose wurde in sämtlichen Fällen durch den Tuberkelbazillen-

nachweis gesichert. Klinisch bieten die Erkrankungen dasselbe Bild wie zu Hause. Die Infektionsquelle ist nur in 3 Fällen in der Descendenz aus einer schwer tuberkulösen Mischlingsfamilie aus Dahomey zu finden. Auffallend ist das Verständnis der Erkrankten, die zum Teil bereits mit Speiglas zum Arzt kamen oder sich willig an den Gebrauch eines solchen gewöhnten.

e) Dysenterie. Die unter dieser Bezeichnung zusammengefaßten Erkrankungen sind nicht einheitlicher Natur. Als Dysenterie gilt hier jede nicht durch Hämorrhoiden bedingte Blut- und Schleimbeimengung im Stuhl. Ärztlich festgestellt sind im Schutzgebiet Fälle von Bazillen- wie Amoebenruhr. Daneben wird aber zweifellos eine Anzahl ulzeröser Darmkatarrhe im Sinne von Decubitus-Geschwüren bei chronischer Obstipation unter Dysenterie geführt. Die Methoden zur wissenschaftlichen Sicherung der Diagnose ulzeröser Darmprozesse bedürfen noch weiteren Ausbaues. Insbesondere scheint der Amoebennachweis in der Hand des vielbeschäftigten Praktikers recht zweifelhaften Wert zu besitzen.

Von den 4 wegen Dysenterie in Behandlung gekommenen Europäern wurden 2 Fälle im Krankenhaus behandelt. Genaueres über ihre Ätiologie ist nicht bekannt. Ein weiterer Fall steht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Genuß roher Lagunenaustern. Der letzte Fall betraf den Berichterstatter selbst als 2. Rezediv einer vor Jahresfrist in Lome acquirierten Erkrankung, deren Natur aber bis heute unklar ist. Alle Fälle gingen in Heilung über.

Für die unter Dysenterie aufgeführten Erkrankungen der Eingeborenen liegen aus dem 1. Halbjahr Aufzeichnungen nicht vor. Die im 2. Halbjahr beobachteten Erkrankungen waren durchgehend leichter Natur und machten den Eindruck stercoraler Geschwüre. Verstopfung war in sämtlichen Fällen vorhergegangen.

f) Starrkrampf. In ärztliche Behandlung kam nur 1 Fall eines Eingeborenen, der trotz Serumeinspritzung nach 24 Stunden tödlich endete. Die Krankheit hatte 2 Tage bestanden. Die Infektionspforte war nicht zu ermitteln.

g) Framboesie. 11 eingeborene Kranke kamen mit wohlausgeprägtem Krankheitsbild in Behandlung. Alle Fälle gingen unter Jodkali und verschiedener lokaler Behandlung in Heilung über.

h) Filarien und andere tierische Parasiten. Bei einem Europäer wurden zahlreiche Exemplare von Filaria perstans im Blut gefunden. Abgesehen von zeitweiligen, nicht genauer zu definierenden Gefühlen von leichtem Unbehagen, schienen die Tiere keine weiteren Störungen zu verursachen. Die Infektion war bei einem früheren Aufenthalt in Kamerun erfolgt. Bei Eingeborenen wurden 2 Exemplare von Filaria loa aus dem subkonjunktivalen Gewebe entfernt. Die Infektion stammt ebenfalls aus Kamerun.

Dracunculus medinensis wurde 12mal beobachtet. Sämtliche Fälle stammten aus dem Hinterland des Bezirkes Anecho bzw. von Dahomey. Bei einem Falle waren große Abszesse am Oberschenkel

entstanden. Zu erwähnen sind noch 3 Fälle von Ankylostomiasis mit schwerer Anämie. Nach Thymoldarreichung und eingehender Behandlung der Blutarmut trat in allen Fällen langsam Besserung und schließlich Heilung ein.

i) Krankheiten des Nervensystems. Bei einem etwa 50 Jahre alten Eingeborenen, der lange Zeit Soldat in der Goldküste gewesen war, bestanden schon seit längerer Zeit manisch-depressive Zustände. In einem solchen Anfall machte er den Versuch, sich die Kehle zu durchschneiden. Die ausgedehnte Verletzung heilte mit einer langwierigen, teilweisen Ringknorpelnekrose aus. Der äußerst unruhige und gewalttätige Mann wurde nach kurzem Aufenthalt im Krankenhaus mangels einer Irrenanstalt in einer Zelle des Bezirksamts interniert und als gemeingefährlich bezeichnet. Nachdem er sich ein halbes Jahr ruhig benommen hatte, wurde er probeweise entlassen, brachte aber nach wenigen Tagen den Beweis seiner Gemeingefährlichkeit, indem er einen harmlosen alten Mann erschlug. Er wird weiter interniert.

k) Atmungsorgane. Bei einer weißen Frau wurde ein kleiner fibröser Stimmbandpolyp konstatiert, die gewünschte Operation als nicht dringlich abgeschlagen und ihre Vornahme im nächsten Heimaturlaub empfohlen.

Von den Eingeborenen-Kranken dieser Gruppe sind die Mehrzahl Bronchialkatarrhe, meist bei Kindern und jüngeren Leuten, die häufig vorübergehend broncho-pneumonischen Charakter hatten. In 9 Fällen kamen schwere Bronchopneumonien zur Beobachtung. Fibrinöse Pneumonie und Empyem wurde nicht beobachtet, wohl aber 5 teils seröse, teils trockene Brustfellentzündungen. Alle Fälle dieser Gruppe gingen in Heilung über, mit Ausnahme eines Falles, der zum Tode führte.

Es handelte sich um ein Kind, das moribund mit äußerster Dyspnoe zum Arzte kam. Die sofortige Tracheotomie ließ reichlichen, dünnflüssigen Eiter aus der Luftröhre abfließen. Der Tod erfolgte nach wenigen Minuten. Die Ursache war, da die Sektion verweigert wurde, nicht genau festzustellen. Die Untersuchung des Rachens ergab große Geschwüre und phlegmonöse Schwellung des Kehlkopfeingangs.

l) Kreislauf- und blutbildende Organe. Bei Eingeborenen wurden 5mal Hämorrhoiden operativ entfernt, ebenso wurden 2 faustgroße Kropfsysteme ausgeschält. Interessant war ein Fall von kindskopfgroßem Aneurysma der r. Carotis communis. Da es sich um eine sehr alte, gebrechliche Frau handelte, wurde von einem operativen Eingriff abgesehen.

m) Ernährungsorgane. Von 24 Eingeborenen mit Leistenbrüchen wurden 14 Kranke operiert, davon 4 Fälle doppelseitig, einmal kombiniert mit Hydrocele, zweimal mit Kastration.

Katarrhalischer Icterus der Eingeborenen ist nicht selten, die Diagnose ist einfach, der Verlauf in der Regel ohne Besonderheiten.

In einem Falle, der tödlich endete, zeigte sich ein außergewöhnlicher Verlauf. Es handelte sich um einen Soldaten, der schon längere Zeit Störungen im Bauch hatte und mit langsam zunehmendem Icterus zum

Arzte kam. Nach 2 Tagen traten plötzlich nachts Krämpfe auf, die bald wieder nachließen, um einem schweren Coma Platz zu machen. Es trat exzessiv hohes Fieber, 42° und mehr auf. Der Kranke starb, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben, am 3. Tage nach Beginn der Krämpfe. Die Sektion bot das Bild des Icterus gravis, der akuten Leberatrophie. Gelbfieberverdacht bestand nicht.

Erkrankungen der Leber wurden in 18 Fällen gefunden, sie betrafen meist Männer in mittlerem Alter aus wohlhabenderen Familien und stellten verschiedene Formen von Lebercirrhose, hauptsächlich hypertrophischer Art auf alkoholischer Basis dar. Die verderblichen Wirkungen des Alkohols in konzentrierter Form (Gin) sind auch sonst häufig zu konstatieren, wenn auch nicht derart, daß sie als Alkoholvergiftung (Gruppe I) aufzuführen sind. 2 dieser Kranken gingen unter dem Bilde der Leberinsufficienz zugrunde. 1 Kranker mit Leberabzeß, der bereits das r. Brustfell und die r. Lunge ergriffen hatte, kam moribund in ärztliche Behandlung. Die Herztätigkeit und der allgemeine Zustand waren derart, daß von einer Operation abgesehen wurde. Der Tod trat nach 14 Stunden ein. Von Erkrankungen des Mastdarms wurden 5 Fisteln und 1 Vorfall operativ beseitigt. Besondere Erwähnung verdient ein Fall von multiplen merkwürdigen Tumoren im Bauch.

Es handelt sich um ein etwa 10jähriges Mädchen, das dem Berichterstatter seit einem Jahr bekannt ist. Das Kind hatte auffallend viele Fieber durchgemacht und wies am Anfang der Behandlung einen kolossalen Milztumor auf, der zeitweise bis an das r. Leistenband reichte. Wiederholt traten hohe Fieber auf. Interkurrent stellte sich eine ausgedehnte Oberkiefernekrose ein, die erst nach mehrmaligen operativen Eingriffen ausheilte. Unter kombinierter Chinin-Eisen-Arsenbehandlung trat eine Besserung des Allgemeinzustandes ein. Die Milz verkleinerte sich bis zur Nabelhöhe. Die Konsistenz war allmählich knorpelhart geworden. Nach einem halben Jahr traten wieder Fieber auf, die Milz blieb unverändert, dafür traten 4 Tumoren von etwa 5 Markstück- bis zu Handtellergröße im Leibe auf. Die Tumoren waren ziemlich unempfindlich, dicht unter den Bauchdecken gelegen, scharf umrandet, flach und derb wie Knorpelscheiben, dabei frei beweglich. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose dieses merkwürdigen Zustandes wurde auf geschwollene Nebenmilzen gestellt, die als Ersatz für das nicht mehr funktionierende Milzgewebe aufgetreten und unter dem Einfluß der weiter bestehenden Malaria ebenfalls zu „Tumoren" entartet waren. Ein vorgeschlagener operativer Eingriff (Exstirpation der Milz) wurde abgelehnt.

n) Harn- und Geschlechtsorgane. Eine schon länger bestehende Harnröhrenfistel bei einem Europäer wurde operativ im 1. Halbjahr beseitigt und beanspruchte 55 Behandlungstage im Krankenhaus.

Bei den Eingeborenen ist ein Todesfall an Urämie bei chronischer Schrumpfniere zu verzeichnen. Der größte Teil der Erkrankungen bei Männern stellt Folge- bzw. Endzustände der unter der erwachsenen Landesbevölkerung nahezu ausnahmslos verbreiteten Gonorrhöe dar. An größeren operativen Eingriffen wurden vorgenommen eine suprapubische Prostatectomie (Resultat negativ, Harnröhre weiter impermeabel), Operation von Harnröhrenfisteln in 4 Fällen, Operation von Hydrocelen in 13 Fällen.

Von Frauenkrankheiten ist erwähnenswert ein Fall von großer Pyometra mit starken Adnexverwachsungen, die einen myomatösen Tumor vorgetäuscht hatte. Die schwierige Operation wurde nach einer großen Peritonealplastik glücklich zu Ende geführt.

Die Erkrankungen der Mamma betrafen eine enorme Elefantiasis, deren Operation verweigert wurde, 1 Milchretention mit Cystenbildung, sowie 7 zum Teil allerschwerste puerperale Brustdrüsenentzündungen. In einem Falle war die ganze Brustseite, das untere und mittlere Halsdreieck und der Oberarm phlegmonös geworden. Sogar die Cubitaldrüse war rückläufig infiziert und vereitert. Ausgiebige Imisionen brachten den ziemlich trostlosen Fall zur Heilung.

Geburtshilflich wurde nur in einem Falle eingegriffen. Bei einer umgekehrten Hinterhauptlage war Erschöpfung der Mutter und Geburtsstillstand eingetreten. Der gefährliche Zustand wurde durch eine Zangenentbindung glücklich für Mutter und Kind beendet.

o) Geschlechtskrankheiten. Bei den Europäern wurden 5 Fälle von Tripper, davon 3 chronischer Art, 1 weicher Schanker sowie 2 syphilitische Erkrankungen beobachtet, davon 1 Primäraffekt, während der andere Fall Hautgummen nach einer vor Jahren in Deutschland erworbenen Infektion aufwies.

Die in der Nachweisung der Farbigen aufgeführten Geschlechtskrankheiten haben keinen statistischen Wert, da Geschlechtskrankheiten aller Art hier außerordentlich verbreitet sind. Dies gilt vor allem für den Tripper. Aber auch bei den angeführten Syphilisfällen handelt es sich in 18 Fällen um tertiäre Prozesse, nur in 2 Fällen lag ein Primäraffekt vor. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stößt bei der üblichen, für die Entwicklung und Ernährung der Kinder übrigens äußerst wertvollen Polygamie selbst beim soliden Teil der Bevölkerung auf starken Widerstand. Die Auffassung der Eingeborenen wird am leichtesten verständlich, wenn der Ausspruch eines älteren, angesehenen und sonst recht intelligenten Eingeborenen hier wiedergegeben wird: „Man muß nicht jeden Tripper behandeln, denn es gibt 2 Arten, einen ungefährlichen und einen gefährlichen." Mit dem letzteren sind gemeint die Komplikationen, vor allem Fisteln und Strikturen.

p) Augenkrankheiten. Bei den Eingeborenen wurden 5 Staroperationen ausgeführt. 2 Augen wurden wegen Panophthalmie enucleiert.

q) Äußere Bedeckungen. Ein reiches Feld für dermatologische Studien bieten die Hautkrankheiten der Eingeborenen. Sehr häufig sind neben gemeinem Ringwurm und ähnlichen Pilzkrankheiten urticariaähnliche Eruptionen mit manchmal kaum erträglichem Juckreiz. Die zahlreichen Zellgewebsentzündungen bieten keinen Anlaß zu näherem Eingehen. Sie wurden in der erprobten Weise mit frühzeitiger Incision, Tamponade und feuchtem Verband behandelt. Die Resultate waren vorzüglich in jeder Beziehung. Ein paar Versuche mit Stauung bei Panaritien lieferten ungünstige Re-

sultate. Die Stauungsbehandlung wurde ausschließlich auf Saugglockenbehandlung der Furunkel beschränkt und leistete hier ausnahmslos Gutes.

Die in Behandlung gekommenen Geschwüre, meist an den unteren Extremitäten, lassen sich klinisch in ihrer Hauptmasse in 4 Gruppen teilen:

1. Einfache Geschwüre im Sinne von nicht oder nur mit den gewöhnlichen Eitererregern infizierten Gewebstrennungen und Substanzverluste nach Verletzungen. Sie heilen bei jeder Behandlungsweise in kurzer Zeit.

2. Septische Geschwüre mit progredientem Charakter. Die scharfen Ränder und der jauchende Belag lassen sie sicher erkennen. Ihre Heilung bei rein schematischem Vorgehen gelingt kaum, meist müssen mehrere Behandlungsarten angewendet werden. Eingeleitet wurde die Behandlung entweder mit dem scharfen Löffel oder mit Aufstreuen von Kalomel auf die mit Kochsalzlösung gereinigte Wunde. In Fällen mit ödematöser Schwellung größerer Ausdehnung tritt immer noch mit Vorteil der alte feuchte Verband mit essigsaurer Tonerdelösung in seine Rechte. In der letzten Zeit wurde auch die Ätzung mit acidum carbolicum liquefactum geübt. Die Methode hat den Vorzug größter Einfachheit und guter Wirksamkeit. Nach dem Aufhören der Jauchung bietet die weitere Behandlung keine Abweichungen von den heimischen Behandlungsarten.

3. Syphilitische Geschwüre.

4. Geschwüre, deren primärer Charakter ganz verschieden sein kann. Das Wesentliche ist das sehr lange, immer mehrere Jahre währende Bestehen, das das Geschwür infolge Nachlässigkeit oder aus äußeren Gründen aufweist. Dadurch ist das Unterhautbindegewebe in weiter Ausdehnung in Narbengewebe verwandelt, die Heilung kann infolge mangelnder Ernährung nicht weiter fortschreiten. Klinisch sind diese Fälle klar gekennzeichnet durch die Lage des Geschwürs inmitten einer mehr oder minder ausgedehnten, pigmentlosen Fläche, die selbst nur mit dünnstem, glänzendem, äußerst verletzlichem Epithel überkleidet ist. Das Geschwür besitzt nur geringe Größe, ist blaßrötlich, secerniert kaum und hat unscharfe, unregelmäßige Ränder. Derartige Geschwüre wurden ausschließlich bei mageren Leuten und immer im untersten Drittel des Unterschenkels lokalisiert gefunden, entweder über der freien Tibiafläche oder über der Achillessehne, die dann in Mitleidenschaft gezogen war. Ihre Behandlung hat in einer ausgiebigen Plastik nach Entfernung des Narbengewebes zu bestehen; das letztere kann sich auf Sehnen und andere tiefere Gebilde erstrecken. Ein kurzer Name für diese Art von Geschwüren ist dem Berichterstatter nicht bekannt; für klinische Zwecke ist vielleicht der Ausdruck „Narbengeschwür“ brauchbar.

r) Bewegungsorgane. Einer älteren Haussahfrau wurde ein die ganze Länge der Ulna betreffender Sequester entfernt, der seit 5 Jahren eine lebhafte Eiterung aus 2 Fisteln unterhalten hatte. Die Dicke der Totenlade betrug stellenweise über 3 cm.

C. Palime.

(Berichterstatter: Stabsarzt Dr. Skrodzki.)

I. Personal.

Regierungsarzt Dr. v. d. Hellen hat während der ersten drei Vierteljahre den regierungsärztlichen Dienst im Bezirk Misahöhe versehen. Berichterstatter übernahm diesen Dienst mit dem 1. Januar 1909. Das Unterpersonal bestand aus 2 farbigen Heilgehilfen und 1 Gesundheitsaufseher, der aus seinem gewöhnlichen Dienstbereiche in der Ortschaft Palime ausnahmsweise zur Hilfe bei Operationen herangezogen wurde.

II. Unterkunft.

a. Personal.

Tafel IX. Bild 31.

Außer dem Arzthause (vgl. Abb. 31 auf Tafel IX), das oben zwei Zimmer, Küche, Baderaum für den Regierungsarzt, sowie ein Fremden- bzw. Europäerkrankenzimmer und unten Laboratorium, Apotheke, Sprechzimmer und Operationsraum enthält, findet sich bis jetzt kein weiteres stabiles Gebäude für Unterkunft von Kranken und Heilpersonal.

b. Kranke.

Als Notbehelf dient noch für die Kranken eine offene, grasbedeckte Lehmhütte, und für einen Heilgehilfen, der gelegentlich einen besseren Kranken als Gast aufnimmt, eine Bretterbude, die das Baupersonal nach dem Arzthausbau hat stehen lassen. Der Bau eines Krankenhauses für Eingeborene ist in Aussicht genommen.

III. Hygienische Verhältnisse.

Da die im Berichtszeitraume behandelten Europäer fast ausnahmslos, die Farbigen vorzugsweise in Palime oder nächster Umgebung ansässig sind, wird die Hygiene dieses Ortes vorzugsweise berücksichtigt.

1. Geographische Lage.

Palime, 250 m über dem Meere, liegt in einer nach Norden offenen Gabel, die von zwei etwa 1 km südlich des Ortes zusammenfließenden Bächen gebildet wird, deren Breiten zwischen 1,5 m und 5 m schwankt. Abgesehen von einigen Ausbauten liegt die Häusermasse des Ortes 500 bis 1000 m von den Bachläufen entfernt auf sanft nach Norden aufsteigendem, welligem Gelände. Nach Norden zu bis Westen hin sieht man in 3 bis 6 km Entfernung die etwa 500 bis 840 m hohe Kette

des in vorzugsweise nordsüdlicher Richtung Togo wie ein Rückgrat durchziehenden Gebirges. 10 km weit nach OSO versprengt liegt einsam der 1000 m hohe, zweigipfelige Agu, unsere „Wetterecke".

2. Grund und Boden.

Der Boden ist vorzugsweise steinig (Granit); häufig steht Kies an, Neigung und Durchlässigkeit des Geländes sichern guten Abfluß der Niederschläge, die Humusschicht ist im allgemeinen ausreichend, um alle Kulturen zu gestatten, die der Charakter des Klimas erlaubt. So sehen wir zwischen einem häufig waldähnlichen Bestande hoher Laubbäume (leider ist bis auf eine Anzahl von Mahagoni-Bäumen das Nutzholz meist schon ausgeschlagen) ausgedehnte Ölpalmkulturen, dazwischen Felder von Mais, Erdnüssen, Maniok Yams, Süßkartoffeln und anderem und bei Europäern wohl auch schüchterne Anlagen von Gemüsegärten, Ziersträuchern und Blumenbeeten.

Es ist hervorzuheben, daß auch bei trocknem Wetter sich hier keine lästige Staubentwicklung zeigt.

3. Klima.

Die im Berichtszeitraum in Palime aufgezeichneten Niederschlagsmengen von insgesamt 1534 mm Höhe bildeten eine recht unregelmäßige Kurve, die eine lange Einsenkung zeigt in den Monaten November bis Februar einschl.; unter den übrigen kulminieren als Regenmonate Juni und September mit je etwa 250 mm, dazwischen bilden Mai und August starke Abstürze mit je etwa 60 mm Höhe. Mit dieser Kurve deckt sich die der monatlichen Regentag-Summen auffallend.

Sehr viel gleichmäßiger verläuft dagegen offenbar die Kurve der Jahrestemperatur. Jedoch konnten genaue Aufzeichnungen mit meteorologischen Instrumenten erst am 1. März 1909 begonnen werden.

4. Trinkwasser

wird für die Europäer in genügender Menge und von guter Beschaffenheit aus zementierten Röhrenbrunnen einiger Faktoreien und des Arzthausgrundstücks mit Pumpen gehoben. Im Arzthause wird das Wasser in ein unter dem Dache befindliches, etwa 2 cbm haltendes Reservoir hinaufgedrückt, das Küche, Badezimmer und Abort, sowie Laboratorium, Sprechzimmer und Operationsraum versorgt.

Die Farbigen benutzen in ausgedehntem Maße die genannten Brunnen; zum Teil aber, wo sie an den Bächen wohnen, schöpfen sie auch dort. Ein Brunnen, der vor Jahren an der Haussa-Niederlassung angelegt und allmählich verfallen war, infolgedessen auch den Moskitos einen Brutplatz gewährte, wurde zugeschüttet. — Im ganzen hat die Wasserversorgung zu ernsteren Bedenken noch keinen Anlaß gegeben.

5. Abfallstoffe.

Nachdrücklich sorgt die örtliche Behörde für Sauberkeit auf Straßen und Marktplatz. Der Unrat wird in Gruben gesammelt und teils verbrannt, teils überschüttet. Daß die Fäkalien vorläufig auch nur in Erdgruben überschüttet oder hinter den Häusern der Eingeborenen in Senkgruben überdeckt, ja an der Peripherie des Ortes irgendwo im Busch deponiert werden, läßt sich vorläufig noch nicht ändern.

6. Die Leichenbestattung

ist durch Verordnung des Bezirksamts dahin geregelt, daß eine Bestattung innerhalb des Friedhofes zu geschehen hat.

7. Nahrungs- und Genußmittel.

Die Europäer finden naturgemäß bei dem durch die Bahn geschaffenen Anschluß an die Küste jede wünschenswerte Ergänzung der vom Lande selbst gelieferten Nahrungsmittel. So werden unter anderem gerne frische Wurstwaren aus Europa eingeführt. Auch die Büchsenkonserven kann man fast immer in vorzüglich frischem Zustande erhalten. Doch gedeihen bei genügender Pflege im Land selbst die meisten heimischen Gemüse. Bananen, Ananas und Mangofrüchte, diese freilich meist in minderer Qualität, ergänzen die vegetabilische Kost. Im Schlachthause des Ortes werden täglich Schafe und je nach dem Zutreiben mehr oder minder häufig Rinder geschlachtet. Geflügel und junge Schweine bilden eine gelegentliche Ergänzung. Eier sind reichlich vorhanden. Ihre Hühnerzucht aufzubessern ist einzelnen Europäern unter ziemlicher Mühe und mit reichlichen Verlusten gelungen. Da das Rindvieh infolge der Tsetse-Krankheit sich in den tieferen Lagen des Bezirks bisher nicht hält, mangelt es leider völlig an frischer Milch und ihren Derivaten, worunter Kranke und Kinder besonders zu leiden haben.

Aus all dem ergibt sich, daß die Eingeborenen eine ausreichende und abwechslungsreiche Küche führen können, wie ein Blick auf den belebten Markt lehrt, wo außer den üblichen Feldfrüchten besonders gedörrte Fische, trotz ihrem uns widerlichen Geruche, einen vielbegehrten und offenbar nicht gesundheitsschädlichen Verkaufsartikel bilden.

Von den Genußmitteln ist beim Europäerkonsum der Kaffee erwähnenswert, soweit er von den bei Misahöhe gelegenen Plantagen bezogen wird. Dieser Kaffee ist bei sorgfältiger Auslese von angenehmem Geschmack und darum beliebt.

Was den Alkoholgenuß anlangt, so entsprechen die Gepflogenheiten der hiesigen Europäer freilich nicht ganz dem Ideal eines Abstinenzlers. Zieht man jedoch die heimischen Verhältnisse zum Vergleich heran, so muß man feststellen, daß die Europäer Palimes im allgemeinen und für gewöhnlich recht mäßig leben.

Auch der Eingeborene trinkt seinen selbstbereiteten Palmwein oder den gekauften Gin gewöhnlich nicht im Übermaß, so daß öffentliche Trunkenheit nur ausnahmsweise und dann vorzugsweise bei den pseudo-kultivierten Hosenniggern vorkommt.

8. Die Gefangenen

und ihre Unterkunft werden bestimmungsgemäß allmonatlich vom Regierungsarzt besichtigt. Sie sind in Palime im Hause des Polizeimeisters untergebracht, und zwar in einem großen hellen, stets gut gelüfteten Raume mit glattem Zement-Fußboden und Kalkwänden, so daß genügende Reinigung gewährleistet ist. In Misahöhe ist die Unterkunft in kleineren Räumen eines alten Hauses weniger günstig, doch entspricht sie zum mindesten den Verhältnissen, an die die meisten Insassen zur Zeit ihrer Freiheit gewöhnt waren. Die Ernährung ist durchaus reichlich, Klagen habe ich nie gehört. Sehr reichlich bemessen ist auch die Zeit, die den Leuten zu ihren Mahlzeiten gewährt wird: es gibt wohl nicht so sehr viele Arbeiter, die sich wie unsere Gefangenen z. B. eine Frühstückspause von einer Stunde leisten können. Nur ein Mangel ist festzustellen, daß nämlich bisher ein Krankenraum für sie fehlt. Er ist in dem Plan des neuen Krankenhauses mitaufgenommen.

IV. Ansteckende Krankheiten.

a) Lepra. Über die im vorigen Jahresberichte erwähnte Lepra, die im Misahöhebezirk vorkommt, ist im Laufe des letzten Jahres nichts bekannt geworden.

b) Pest. Die Anfang 1908 in der benachbarten Goldküstenkolonie aufgetretene, aber wieder erloschene Pestepidemie machte sich Anfang August wieder geltend. Sie forderte auch für den diesseitigen Bezirk Maßnahmen gegen ihr Übergreifen über den als Grenze dienenden Volta-Fluß. Es wurden mehrere Quarantäne-Stationen angelegt. Erkrankungen kamen nicht vor. Nach Erlöschen der Seuche im September 1908 konnten die Stationen wieder aufgehoben werden.

c) Im August wurden Pocken beobachtet bei zwei Haussa-Leuten. Diese ziehen als Händler viel im Lande umher, so daß die Ansteckungsquelle nicht leicht zu eruieren ist; auch hier blieb sie unbekannt. Doch gaben diese Fälle Veranlassung zu Impfungen in den Ortschaften zwischen Misahöhe und dem Agu-Berge sowie südlich von diesem. Es sind von August bis November etwa 3513 Personen geimpft worden. Auch wurde auf Antrag des Regierungsarztes der Impfzwang auf Palime ausgedehnt. Es wurde Trockenlymphe verwendet mit angeblich zufriedenstellendem Erfolge; genauere Daten fehlen.

d) Gegen Malaria wird mit Erfolg durch Vertilgung der Mückenbrut gekämpft. Der eigens hierzu angestellte farbige Gesund-

heitsaufseher durchsucht der Verordnung des Gouverneurs gemäß die Häuser, Höfe und Grundstücke von Palime nach stehendem Wasser und etwa darin enthaltenen Larven. Sie finden sich bei Europäern vorzugsweise in „Kühlern", d. h. porösen Tontöpfen zum Flaschenkühlen, bei Farbigen in Kochtöpfen, die zuweilen tagelang unbenutzt am Kochplatze stehen bleiben. Sobald der Aufseher Mückenbrut nachweist, werden die Verantwortlichen auf Antrag des Arztes mit Geldstrafe belegt. Die Einteilung der Ortschaft ist derart, daß an jedem vierten Tage das gleiche Grundstück wieder an die Reihe kommt. Über den Erfolg ist zu berichten, daß ein summender Moskito oder sein Stich Aufmerksamkeit erregt, und daß mitten im Orte wohnende Europäer bereits unvorsichtig genug sind, ohne Moskitonetz zu schlafen. Kaum einer der wenigen Europäer, die überhaupt Chininprophylaxe treiben, tut dies ganz regelmäßig. Infolgedessen wird bei bestehender Abneigung ärztlicherseits hierzu nicht mehr zugeredet, dagegen der größte Nachdruck darauf gelegt, daß jede Tropika-Infektion durch eine 80 Tage lange systematische Nachkur gründlich beseitigt wird. Die tropische Malaria wird hier fast ausschl. bei Buschreisen acquiriert. Tertiana hat Berichterstatter bisher noch nicht feststellen können.

e) Dysenterie kommt nicht selten, aber dank der befriedigenden Trinkwasserversorgung nur in Einzelfällen vor.

f) Tuberkulose. Im Gegensatz zu den Bantustämmen der Ostküste und der großen Seen leiden die Ewheleute viel an Tuberkulose, die sowohl innere Organe wie das Knochengerüst befällt. Ihre systematische Bekämpfung verspricht wenig Erfolg.

g) Schlafkrankheit. Eine andere, weit schlimmere Seuche fordert gegenwärtig dringend die Indienststellung aller verfügbaren Kräfte und Mittel: Die Schlafkrankheit. — Im Jahre 1903 wurde wenige Kilometer nördlich und nordwestlich von Misahöhe bei einer größeren Anzahl von Todesfällen von ärztlichen Expeditionen Schlafkrankheit als Ursache festgestellt; einige Kranke wurden isoliert. Während der nächsten Jahre blieb dann alles still. Erst 1908, nachdem in Palime ein Regierungsarzt stationiert worden war, kam wieder ein Fall zur ärztlichen Kenntnis und Bestätigung. Daraufhin untersuchte mein Vorgänger 27 000 Menschen und wies bei 80 in den Halsdrüsen Trypanosomen nach. Auch stellte er bei seinen Untersuchungen und Reisen fest, daß die Schlafkrankheit weit über die Grenze des Bezirks Misahöhe hinaus herrscht. Er isolierte allmählich gegen 100 Kranke und leitete ihre Behandlung ein. Nach diesen zeitraubenden, mühevollen Arbeiten und auf Grund der Feststellung der bis dahin ungeahnten Verbreitung der Seuche wurde nun eine mit besonderen Mitteln und Kräften ausgerüstete Kommission mit der schwierigen Aufgabe der Bekämpfung dieser Krankheit betraut.

V. Krankenbewegung.

I. Zugang.

Die Poliklinik der Eingeborenen in Palime hatte im Berichtsjahre unter der Schlafkrankheitsbekämpfung insofern zu leiden, als der Regierungsarzt, welcher die Schlafkranken aufsuchte und auch eine große Anzahl scheinbar Gesunder zu isolieren gezwungen war, sich keiner Beliebtheit bei der Bevölkerung erfreute. Um diesem Übelstande vorzubeugen, wurde der Regierungsarzt von der Mitwirkung bei der Schlafkrankheitsbekämpfung ganz entbunden. Der Zugang stellte sich in den einzelnen Quartalen des Berichtsjahres nach Abzug der Schlafkranken auf:

I.	= 144,	außerdem	27	Schlafkranke,
II.	= 121,	„	30	„
III.	= 101,	„	15	„
IV.	= 70,	„	0	„

Ferner ist hier zu bemerken, daß von den im Norden unseres Schutzgebietes wohnenden, auch in der Umgegend, z. T. in Palime selbst, angesiedelten Mohammedanerstämmen kein Kranker die Hilfe des europäischen Arztes nachsuchte.

II. Abgang.

Von den 16 unter „anderweitig“ abgeführten Europäern

haben den Arzt einmal konsultiert	5,
waren auf der Durchreise	2,
wurden ins Krankenhaus Lome überführt .	2,
blieben aus	7,
Summe	16.

Von den unter „anderweitig“ abgeführten Farbigen sind 69 mit Trypanosomiasis auf dem „Hausberge“ isoliert worden und in die Behandlung der Schlafkrankheitskommission übergegangen. Von den anderen sind etwa 18 nach einmaligem Besuche fortgeblieben, da sie der empfohlenen Behandlung bzw. Operation sich nicht unterziehen wollten. Der Rest blieb teils — mehr oder minder gebessert — fort, teils entzog er sich der weiteren Behandlung aus Ungeduld, Scheu, Heimweh oder Abneigung gegen das „Hospital“. Diese drei Gruppen verhalten sich zueinander etwa wie:

unbehandelt	1,
ungebessert	4,
gebessert	6.

VI. Kasuistik.

a. Schwarzwasserfieber.

Mein Vorgänger schreibt über den betreffenden Europäer:

„Regelmäßiger Prophylaktiker (an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 g), hatte er das letzte Mal vor seiner Erkrankung nur an 1 Tage Chinin genommen; am 9. Tage darauf nahm er 1 g, am folgenden Tage wieder 1 g (auf einmal) und bekam etwa 2 Stunden später einen leichten, hämoglobinurischen Anfall, etwa 12 Stunden später einen weiteren. 3 Fieberanfälle vom Typus der febris tropica folgten, und mit jedem Fieberanstieg bekam er einen an Intensität zunehmenden hämoglubinurischen Anfall, während in der Remission der Urin blutfrei, aber eiweißhaltig war; vom 3. Fieberanfall an wurde während 48 Stunden tiefschwarzer Urin mit sehr viel Nierenbestandteilen ausgeschieden. Dann blieb das Fieber fort und mit ihm die Hämoglubinurie. Erfreulicherweise gelang es, die Diurese dauernd aufrecht zu erhalten. Patient machte dann eine Chinin-Gewöhnungskur durch, konnte in 10 Tagen auf 5×0,2 Chinin gebracht werden, sein Hämoglobingehalt hob sich in derselben Zeit von 35 auf 62 %."

b. Gelenkrheumatismus.

Derselbe Arzt berichtet über die Genesung bei einem Fall von Gelenkrheumatismus mit anschließender Sepsis, die das Eröffnen von 9 Abszessen nötig machte, ferner über:

c. eine Alkoholvergiftung

bei einem 3jährigen eingeborenen Jungen, der sich morgens über eine Schnapsflasche hergemacht hatte, mittags schwer trunken aufgefunden und tief soporös, reflexlos zum Arzt gebracht wurde. Nach einer Magenausspülung trat allmählich Besserung ein, indem sich Patellarreflexe wieder auslösen ließen und die Atmung regelmäßig und ruhig wurde. Die anscheinend sehr sorglosen Eltern schenkten trotz Ermahnung dem Kinde nachts weiter keine Aufmerksamkeit, so daß es der Arzt morgens als Leiche fand.

d. Schlangenbiß.

Die beiden einzigen bekannt gewordenen Fälle während des Berichtsjahres trafen auf denselben Abend zusammen. Der Berichterstatter konnte bei der unvollkommenen Beleuchtung einer Petroleumlampe keine Veränderungen der betroffenen Haut (am Fuße) und ihrer Umgebung wahrnehmen. Auch fehlten Hitze und Schwellung. Dagegen wurde lebhaft über spontanen und Druckschmerz geklagt. Das Allgemeinbefinden war — abgesehen von der Erregung — nicht gestört, insbesondere Puls, Atmung, Pupillenreaktion gewöhnlich, obwohl bereits etwa 20 bzw. 30 Minuten seit dem Biß vergangen waren. Mit Rücksicht auf das allgemeine Wohlbefinden einerseits und auf die Länge der seit dem Biß vergangenen Zeit anderseits, schien ein lokaler Angriff nicht angebracht. Es wurde Calmette-Serum eingespritzt, ein großer Alkoholverband angelegt und außerdem salinische Drastika verabreicht. Der weitere, günstige Ver-

lauf konnte zunächst nicht beobachtet werden, da die Kranken von ihren Angehörigen, die sie gebracht hatten, wieder mitgenommen wurden. Einer stellte sich fast völlig schmerzfrei und ohne Krankheitsbefund am nächsten Vormittag wieder vor. Der andere Fall, eine junge Frau betreffend, zog sich etwas in die Länge; nach einer Woche noch wurden mäßige Schmerzen im Fuße beim Gehen beklagt. Die Schlangen selbst konnten weder bezeichnet noch beigebracht werden.

e. Bösartige Geschwülste.

Zur Beobachtung kamen nur zwei, von meinem Vorgänger als Carcinome angesprochene Tumoren.

Der erste betraf einen Eingeborenen des hiesigen Bezirks; der Mann gab an, daß er vor 1¼ Jahr sein gelegentlich eines Trippers stark geschwollenes (Balanitis?) Glied durch oberflächliche Längsschnitte an der Umschlagsfalte habe skarifizieren lassen. Trotzdem trat keine Besserung ein. Der konsultierte eingeborene Medizinmann machte eine gewaltsame Reposition (der offenbar bestehenden Phimose), wobei die Vorhaut angeblich an 7 Stellen einriß. — Diese Operation brachte übrigens dem Medizinmann ein Honorar von 80 M. ein! — Überall blieben nun Geschwüre bestehen, die allmählich zusammenflossen. Der zu Gesicht kommende Tumor umfaßte die Eichel wie ein Kragen und zeigte geschwürig zerklüftete Oberfläche; er betraf, wie sich bei der Operation erwies, nur die Haut. 30 Tage nach der Operation wurde der Mann geheilt entlassen, das Präparat später zur Untersuchung eingesandt.

Über den 2. Fall schreibt mein Vorgänger:

„Gelegentlich einer Dienstreise wurde in Njiwe — 20 km südlich Misahöhe — ein Eingeborener mit einer die ganze Orbita ausfüllenden Geschwulst, vermutlich einem Carcinom, gesehen."

f. Thrombose.

Hierüber schreibt derselbe Arzt:

„Ein Soldat wurde eines Abends mit allgemeinem Unbehagen eingeliefert. Nachts stellte sich starker Tremor ein, am andern Morgen war die linke Gesichtshälfte gelähmt, Atmung außerordentlich langsam bei normaler Pulszahl. Am Nachmittag begann Lähmung der rechten Extremitäten, die bis zum nächsten Morgen vollständig wurde; die Sensibilität der rechten Körperhälfte war erloschen; am folgenden Tage begann Lähmung der linken Körperhälfte, der Kranke konnte nicht mehr schlucken. In der nächsten Nacht erfolgte der Tod. Die Sektion ergab eine Thrombose der Arteria basilaris cerebri."

g. Hernien.

Ferner berichtet er: „ein Kranker mit nur wenige Stunden bestehendem, eingeklemmtem Bruch (Hernia inguinalis externa), bei dem die Radikaloperation gemacht wurde, konnte nach 25 Tagen geheilt entlassen werden."

h. Mastdarmvorfall.

„Ein Mann suchte ärztliche Hilfe wegen eines großen Mastdarmvorfalls; der sphincter ani erwies sich als sehr schlaff; der Mann gab zu, daß er sich öfter zu widernatürlichem Coitus gebrauchen ließ."

i. Verletzungen.

Hauptsächlich wird Zeit und Betätigung des Arztes in Anspruch genommen von den kleinen Verletzungen, die in allen Stadien und mit allen möglichen Veränderungen zu Gesicht kommen: bald als frische Riß- oder Quetschwunden, bald als vernachlässigte, phlegmonöse Wunden, bald als einfache Hautgeschwüre, bald als tropische Geschwüre jeden Alters und Grades. Sie betreffen (daher ihre günstige Prognose) vorzugsweise junge Menschen. Häufig genug präsentieren sich auch ulcera cruris, die sich — zumal beim Fehlen von erweiterten Venen — nach Aussehen, Entwicklung, Verlauf und Narbenbildung kaum von den runden Tropengeschwüren trennen lassen; indessen ist in der Regel die wenigstens anfangs kreisrunde Form, der aufgeworfene, z. T. unterminierte Rand, der tiefe, sulzig belegte, brandige Boden, die Tendenz fortschreitender Nekrose charakteristisch genug, um auch ohne mikroskopische Untersuchung die einzig erfolgreiche Behandlung zu veranlassen, das heißt, die energische Entfernung des nekrotischen und mit Infektionserregern vollgestopften Gewebes. Uns hat cruttement (eventuell in Narkose), Randumschneidung, Jodtinkturpinselung bis zur Reinigung, dann mehr minder indifferenter, feuchter Verband gute Dienste geleistet.

k. Eklampsie.

Über einen Eklampsie-Fall berichtet mein Vorgänger:

„Die Frau wurde gleich nach den ersten Anfällen zur Behandlung gebracht, zunächst in Narkose gehalten, da die Portio noch zapfenförmig war. Doch da die Geburt in 1½ Stunden kaum merklich fortschritt, wurde der Cervix mit dem Brassischen Dilatator gedehnt, die innere Wendung gemacht und das Kind extrahiert. Das Kind war während der Geburt gestorben; die Mutter konnte nach fieberfreiem Wochenbett am 8. Tage gesund entlassen werden. Händedesinfektion nach Schumburg (nur mit Alkohol)."

D. Tätigkeit der Schlafkrankheitskommission.

Von Oberstabsarzt und Regierungsarzt Dr. Zupitza.

1. Geschichtliches.

Die ersten Beobachtungen über das Auftreten der Schlafkrankheit in Togo erbrachten die Regierungsärzte Dr. Hintze*) und Dr. Krueger**) in den Jahren 1903/04. Sie hatten im Bezirk Misahöhe 9 bzw. 7 Schlafkranke im vorgeschrittenen Stadium beobachtet. Die Kranken verteilten sich auf die westlich des Zentralgebirges gelegenen Landschaften bis einschl. Buem und auf das am

*) K. Hintze: Die Schlafkrankheit in Togo. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904.

**) Krueger: Bericht über die Schlafkrankheit in Togo. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1904.

Ostrande des Gebirges gelegene Gbele. Krueger hatte alsdann 5 noch überlebende Schlafkranke auf dem tsetse-freien Kamme des Hausberges bei Misahöhe isoliert, sie genauer untersucht, und bei allen den Krankheitserreger gefunden, dessen Identiät mit dem Trypanosoma gambiense er aus der Form wie durch erfolgreiche Überimpfungen auf Affen nachwies. Sämtliche 5 Kranke starben.

Die Eingeborenen von Buem behaupteten, nach Hintze und Krueger, daß die vordem ihnen unbekannte Krankheit von den Aschanti auf deren (seit Menschengedenken) ersteren Einfall ins Land eingeschleppt worden wäre, also im Jahre 1869. In Aschanti hätte sie schon längere Zeit bestanden.

In Buem war die Schlafkrankheit endemisch geworden und dann weiter bis an den Ostrand des Hauptgebirges vorgedrungen. Nach Krueger soll auch am Adaklu vor etwa einem Menschenalter — anscheinend im Anschluß an einen 1868 in diese Gegend unternommenen Raubzug der Aschanti — ein Todesfall an Schlafkrankheit sich zugetragen haben, doch ohne daß die Seuche dort festen Fuß gefaßt hätte.

Ein besonderer ernster Krankheitsherd erstand in Nord-Buem und zwar in Worawora und Tapa.

Über diesen hatten Hintze und Krueger von dem geistig hochstehenden und als zuverlässigen Beobachter bekannten, jetzt leider nicht mehr anwesenden farbigen Missionar Clerk, genauere Angaben erhalten können.

Nach Clerks Beobachtungen und Aufzeichnungen hatte sich der erste Todesfall an Schlafkrankheit zu Worawora im Jahre 1895 zugetragen. „Seitdem kommen", wie Krueger schreibt, „durchschnittlich 2 Todesfälle im Jahre vor, bis 1902 die Erkrankungen sich häuften, die 1903 etwa 15 Todesfälle zur Folge hatten."

Etwa 1900 trat die Schlafkrankheit im zugehörigen Apeso-Sereso auf, mit 16 Todesfällen in jenem, mit 2 Todesfällen im folgenden Jahre, und nahezu gleichzeitig in der Nachbarlandschaft Tapa, wo in einem Zeitraum von 4 Jahren 34 Leute ihr erlagen.

Man hatte bisher den Krankheitsherd in Worawora und Tapa auf eine Verschleppung aus dem südlichen Buem zurückgeführt. Demgegenüber ist folgendes hervorzuheben:

„Die Missionsstation Worawora wurde von Clerk um das Jahr 1891 begründet und zwar von Accra, englische Goldküsten-Kolonie, aus, welches die Hauptniederlassung der Basler Mission bildete.

Bis dahin hatte wegen der fortbestehenden Furcht vor den räuberischen Aschanti ein Verkehr von Leuten aus Worawora und Buem überhaupt, nach der englischen Nachbarkolonie hinüber nicht bestanden. Clerk nun veranlaßte bald nach seinem Niederlassen in Worawora die dortigen Eingeborenen, für ihn als Boten und Lastträger nach Accra zu gehen. Hierdurch wurden die Worawora mit der veränderten politischen Lage jenseits des Volta vertraut und lernten die außerordentlich verlockenden Lohnverhältnisse in Fanti, Aschanti usw. kennen. Von da an zogen sie alljährlich in großer Zahl als Arbeiter hin; Apeso und Tapa schlossen sich ihnen an.

Mithin hatte der erste Todesfall zu Worawora 4 Jahre nach Einsetzen der Wanderungen nach der Goldküsten-Kolonie bzw. nach Aschanti, sich zugetragen. Der Weg der Arbeitsgänger und Träger führte nach Professor Mischlich, welcher als Missionar ihn 1895 unter Begleitung von Woraworaleuten selbst begangen hatte, von Worawora aus nordwestlich und westlich des Kunjagebirges nach Kpandu, dann in direkter Linie nach Anum und schließlich über Odumasse nach Accra. Die Arbeiter zogen von dort nach Sekondi bzw. der Bahnlinie Sekondi—Kumasi. In den Minen und später auch bei dem Bahnbau blieben sie lange Zeit in Arbeit, oft mehrere Jahre, und dieserhalb ließen sie häufig ihre Frauen nachkommen. Wenn auch nicht unmöglich, so müßte es doch ein eigenartiger Zufall gefügt haben, daß gerade erst in der Zeit, wo alle Umstände für eine Verschleppung von Aschanti her sprechen, sie aus dem südlicheren Buem erfolgt sein sollte, mit welchem ein nennenswerter Verkehr noch nicht statthatte. Auch kann auf der Reise durch das diesseitige Gebiet eine Infektion der Durchreisenden nicht gut erfolgt sein, weil die Schlafkrankheit zu jener Zeit entlang des Weges Worawora—Anum noch nicht aufgetreten war.

Dafür, daß die benachbarte Goldküstenkolonie zur Zeit verschiedene endemische Schlafkrankheitsherde aufweist, wie z. B. Anum am unteren Volta, Aschanti und etliche Landschaften im Norden, liegen begründete Angaben vor. Auch kann es als erwiesen angesehen werden, daß die Aschanti, welche in den letzten Jahrhunderten weit und breit eine Schreckensherrschaft ausgeübt hatten, die Schlafkrankheiten bei ihren Raubzügen in die nördlichen Gebiete der jetzigen Goldküstenkolonie kennen lernten und dorther in ihre Heimat mitbrachten. Wird doch, nach einem amtlichen Berichte, von ihnen die Schlafkrankheit teilweise nach ihrer Herkunft, als „Krankheit von Prang", d. i. eines auch jetzt noch verseuchten Landes im Norden, benannt.

Über die Schlafkrankheit im Bezirk Misahöhe verlautete nach 1904 nichts weiter, bis Dr. v. der Hellen*) als Regierungsarzt von Palime-Misahöhe, im April 1908 erneut auf sie stieß.

Bald auch konnte er feststellen, daß sie dort in größerem Umfange auftritt, und beantragte zu ihrer Bekämpfung die Entsendung besonderer Ärzte.

2. Organisation der Schlafkrankheitsbekämpfung in Togo.

Das Kaiserliche Gouvernement entschloß sich daraufhin, mit der Ausführung der erforderlichen Maßnahme 3 Ärzte zu beauftragen, welche als „Schlafkrankheits-Kommission" einheitlich vorzugehen haben. Zum Leiter der Kommission wurde der Regierungsarzt, Oberstabsarzt Dr. Zupitza, bestimmt, der seit Mitte Oktober 1908 zur Verfügung stand. Als zweites Mitglied traf Ende desselben Monats

*) v. der Hellen: Über Schlafkrankheit im Bezirk Misahöhe (Togo). Amtsblatt für das Schutzgebiet Togo 1909 Nr. 2.

Regierungsarzt Dr. v. Raven in der Kolonie ein, und mit dem 1. Januar 1909 konnte auch v. der Hellen nach Ablösung von seinen regierungsärztlichen Geschäften zur Schlafkrankheitsbekämpfung übertreten.

v. der Hellen hatte bisher nicht nur das Land nach Schlafkranken abgesucht, sondern auch die in einem Sammellager isolierten Kranken zu behandeln. So sah er die Kranken immer nur periodisch, an den Behandlungstagen, wieder. Die übrige Zeit blieben sie der zweifelhaften Beobachtung und Obhut eines farbigen Heilgehilfen anvertraut.

Diesem Übelstande wurde durch eine entsprechende Arbeitsteilung begegnet.

In Anbetracht der verhältnismäßig nicht zu großen Ausdehnung des bekannten Schlafkrankheitsgebietes, aus dessen Peripherie das Lager in 3, höchstens 4 kleinen Tagereisen zu erreichen ist, wurde nur ein Sammellager für notwendig befunden. Diesem einen Lager ließ sich ein Arzt zuteilen, der dort seinen ständigen Sitz und die alleinige Aufgabe der Krankenbehandlung und -beobachtung haben sollte, abgesehen von der an das Lager, als Zentrale der Kommission, geknüpften Geschäftsführung und dergl. mehr. Damit sollte auch alles Krankenmaterial in die Hände eines Beobachters zu liegen kommen.

Den beiden übrigen Ärzten fielen daraufhin die Aufgaben zu, welche nur im Bereisen der betreffenden Gebiete zu erledigen sind: das Aufsuchen Krankheitsverdächtiger und die Feststellung wirklich Schlafkranker, Beobachtungen über die Schlafkrankheitsfliegen in jeder Hinsicht und Maßnahmen gegen sie, die Prophylaxe. Mit den Geschäften des „Lagerarztes“ wurde v. Raven betraut, während v. der Hellen und Zupitza als „Reiseärzte“ fungierten, letzterer deshalb, weil er die für den leitenden Arzt unerläßliche Vertrautheit mit der Sachlage sich bei der geringen Ärztezahl nur auf diese Weise zu verschaffen vermag. v. der Hellen übernahm den Süden und Osten des abzusuchenden Gebietes, Zupitza den Norden und Westen.

3. Verbreitung der Schlafkrankheit in Togo.

Die Durchsuchungen erstreckten sich einerseits bis über die dem Ostabhange vorgelagerten Landschaften — bis auf einige wenige, die noch nicht erledigt werden konnten —, anderseits am Westhange des Gebirges bis in die Nähe von Bismarckburg, sowie am Volta bis in die Höhe der Station Kete-Kratschi.

Bis Ende November hatte v. der Hellen allein bereits 80 Schlafkranke aufgefunden. Ihre Zahl stieg bis Ende der Berichtszeit auf 164. 2 davon sind Ausländer und zwar je 1 aus Mossi und vom unteren Volta (Goldküstenkolonie). Die inländischen Schlafkranken verteilen sich auf die einzelnen Landschaften folgendermaßen:

Auf Kratschi (südliche Hälfte nahe der Hauptstraße bzw. des Volta) 33, Tapa 2, Worawora 23, Guaman 1, Gjasekan 4, Borada 10, Kunja (ohne das Voltaufer) 5, Lawanjo 3, Kpandu 2, Voltaufer im Bezirk Misahöhe bis Kpandu 9, Awete 1, Woadse 4, Njangbo 4, Ak-

pana 1, Leglebi 6, We 7, Liati 2, Koloenu 1, Gbedschigbe 2, Fodome 2, Evhli 4, Bakpele 1, Ssodo-Ama 3, Daje 3, Gbele 4, Lawie 2, Agome (-Palime) 12, Tove 5, Atikpui 1, Kpalawe 4, Kpedse 1.

Das Auftreten von Schlafkrankheit ist also in Togo in einem Gebiete nachgewiesen, welches den Volta zur Basis hat, im Nordwesten bis in Höhe der Station Kete-Kratschi die Landschaft Kratschi einschließt, nach Süden sich bis zum Vorsprunge der Landesgrenze vom Volta erstreckt, seine südöstliche Abgrenzung etwa in einer Linie findet, die von der Ostecke jenes Grenzvorsprunges zum isolierten Bergstock des Agu, und von diesem bis Ssodo-Ama geht, und schließlich im Nordosten vom Bogen des Menu und Asuokoko bis zurück nach der Landschaft Kratschi abgegrenzt wird.

Außerhalb des so umschriebenen Gebietes ist nur der verschleppte Einzelfall aus Agome-Kotukpa in Süd-Akposso (südwestlich von Atakpame) zu verzeichnen.

Eine genauere Abgrenzung des Schlafkrankheitsgebietes steht noch aus in der Umgebung von Ho, auf Atakpame zu, auf den Bergen nördlich von Misahöhe, wo die aus Daji stammenden Schlafkranken zufällig unter Steuerarbeitern gefunden wurden, sowie im Norden von Kete-Kratschi.

4. Verbreitung der Glossina palpalis.

Im gesamten Schlafkrankheitsgebiete, so weit es wirklich bereist ist, findet sich die Glossina palpalis vor.

Klima, Vegetation und Ernährungsbedingungen sind ihrem Fortkommen günstig.

Das Klima des Schutzgebietes ist ein sehr verschiedenartiges. An der Küste hat man ein regenarmes, warmes Tropenklima mit ausgesprochener Regen- und Trockenzeit. Mit dem allmählichen Anstiege des Landes gegen das die Kolonie von NNO nach SSW durchziehende Gebirge nehmen die Niederschlagsmengen zu, rascher im Westen nach dem südlichen um den mittleren, zugleich höchsten Teil des Gebirges hin, während im Osten ein trockeneres Steppenklima sich weiter nach Norden hinzieht und, da im NO das Gebirge niedriger und schmäler wird bzw. in kleinere Berggruppen sich auflöst, seinen Charakter auch in jenen Berggegenden beibehält. Im Gegensatz hierzu tritt im Bezirk Misahöhe der Einfluß des geschlossenen, hohen Gebirges wie auch der westlich vorgelagerten Bergmassen von Buem auf das Klima stark hervor. Die Regenzeit ist hier viel ergiebiger und länger; und an Stelle einer Trockenzeit tritt nur eine Zeit verminderter und seltenerer Niederschläge ein, mit länger währenden Übergängen. Völlig regenlose Monate sind recht selten zu verzeichnen. Im Bezirk Kratschi herrscht schon wieder Steppenklima, doch macht sich noch bis dahin der Einfluß der südlicheren Berge bemerkbar: Die Regenzeit ist sehr ergiebig und von längerer Dauer, und auch die Übergangszeiten bringen noch viel Regen, wie denn auch während der Trockne in jedem Monat etwas Regen zu fallen pflegt.

Die nördlichen Bezirke haben echtes Steppenklima. Tabelle I gibt einen Überblick über die Regenmengen und Regentage, die Ta-

bellen II bis IV weitere Unterlagen für die Beurteilung der klimatischen Verhältnisse und ihrer Geeignetheit für das Fortkommen der Palpalis.

Tabelle 1.

A. Verteilung der Regenmengen auf das Jahr in Millimetern, Durchschnittswerte.

Zone	Beobachtungsort	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Jahresmittel
Küste	Lome	17	27	38	104	140	209	39	4	32	48	26	7	668
	Kpeme	19	12	37	91	163	185	75	9	55	60	32	3	708
	Sebe	25	21	40	164	170	272	69	11	47	81	47	15	935
Näheres Küstenhinterland	Ho	15	31	61	113	198	140	142	29	119	190	44	23	1078
	Nuatjä	27	26	84	179	118	124	65	36	100	145	35	23	960
	Tafie, Agu	30	27	62	121	155	185	134	66	118	145	68	38	1143
Einflußgebiet des mittleren Gebirgsteiles	Amedschowe	12	87	88	164	171	229	222	172	222	193	49	49	1648
	Misahöhe	23	48	95	137	160	263	201	130	196	167	69	42	1573
	Atakpame	9	62	56	141	177	196	214	148	190	141	28	23	1374
	Kpandu	17	33	122	151	133	172	141	60	219	186	83	38	1362
	Worawora	7	57	78	131	145	166	159	194	189	187	61	42	1416
Übergangsgebiete	Kete-Kratschi	17	27	55	129	254	180	158	120	221	167	33	11	1252
	Bismarckburg	35	48	84	137	171	177	155	113	272	146	20	31	1438
Nördliches Steppengebiet	Sokode	1	2	48	106	175	160	170	224	249	145	15	3	1323
	Bassari	5	2	24	94	154	164	148	168	256	192	29	6	1083
	Sans.-Mangu	0	5	7	67	78	166	197	282	223	85	4	0	1082

B. Verteilung der Regentage auf das Jahr, Durchschnittswerte.

Zone	Beobachtungsort	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Jahresmittel
Küste	Lome	1	2	5	6	8	11	7	2	6	6	3	1	57
	Kpeme	2	2	4	7	9	12	7	3	6	9	4	1	63
	Sebe	1	1	4	8	9	11	5	2	4	7	3	2	53
Näheres Küstenhinterland	Ho	2	2	6	8	11	11	9	5	10	13	5	3	82
	Nuatjä	3	2	7	10	13	12	8	5	8	12	5	2	88
	Tafie, Agu	2	3	7	11	13	16	15	14	14	14	9	5	120
Einflußgebiet des mittleren Gebirgsteiles	Amedschowe	(2)	(9)	(3)	(11)	(13)	21)	(23)	(26)	(24)	(14)	(2)	(8)	(156)
	Misahöhe	2	5	10	12	13	21	21	16	19	17	8	4	151
	Atakpame	1	3	7	10	11	15	18	17	16	13	3	2	120
	Kpandu	2	3	11	10	13	17	12	8	15	16	8	3	117
	Worawora	1	3	4	8	10	10	10	8	14	12	4	1	85
Übergangsgebiete	Kete-Kratschi	2	3	5	12	13	14	15	14	20	18	6	2	121
	Bismarckburg	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	?
Nördliches Steppengebiet	Sokode	0	2	5	8	12	15	19	17	18	12	2	1	108
	Bassari	1	0	2	8	13	14	14	13	22	19	4	0	111
	Sans.-Mangu	0	0	1	4	9	11	11	17	16	8	1	0	73

Tabelle 2.

Relative mittlere Luftfeuchtigkeit in Prozenten.

Beobachtungsort und Jahr	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Jahresmittel	Bemerkungen
Kpeme 1904 . . .	84	79	81	81	83	88	87	89	86	83	86	85	84	Normales Regenjahr mit 569 mm Regenfall
Misahöhe 1893 .	77	68	76	79	81	84	87	90	88	84	78	74	81	Außergewöhnlich starkes Regenjahr mit 2554 mm Regenfall
Misahöhe 1894 .	67	56	78	80	82	86	87	88	87	83	81	79	79	Schwaches Regenjahr mit 1055 mm Regenfall
Amedschowe*) .	71	80	81	95	85	92	94	95	94	92	86	85	88	
Bismarckburg 1888/94	53	51	72	80	82	87	91	89	89	83	68	60	75	Sechsjährige Mittelwerte

Tabelle 3.

Mitteltemperaturen.

Beobachtungsort	Seehöhe m	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Jahresmittel
Sebe	5	27,5	27,9	28,1	26,8	26,8	25,4	24,0	24,1	24,5	26,6	27,7	28,1	26,5
Amedschowe .	770	22,8	23,2	23,3	22,6	22,1	20,6	19,9	19,6	20,4	21,3	22,4	22,3	21,7
Misahöhe . . .	470	24,6	25,5	25,4	24,9	24,7	23,3	21,9	21,7	22,3	23,3	24,5	24,7	23,9
Bismarckburg	710	25,2	26,2	25,8	24,7	24,0	22,5	21,2	21,2	21,9	23,0	24,7	24,8	23,7
Kete-Kratschi (1899) . . .	107	26,3	31,0	29,7	29,6	27,9	26,1	27,0	.	27,2	26,4	28,2	27,9	(27,9)

Tabelle 4.

Temperaturschwankungen.

Beobachtungsort	Jahr	Mittlere Jahrestemperatur	Mittleres Maximum	Mittleres Minimum	Differenz	Absolutes Maximum	Absolutes Minimum	Differenz
Amedschowe . .	1898/99	21,5	27,9	19,5	8,4	33,8	14,9	18,9
Amedschowe . .	1899/00	.	27,7	19,0	8,7	32,7	16,1	16,6
Bismarckburg .	1896/97	24,1	30,9	19,6	11,3	37,8	14,0	23,8
Bismarckburg .	sechsjährige Mittelwerte 1888 bis 1894	23,7	30,3	19,2	11,1	37,6	11,5	26,1
Misahöhe . . .	1903	.	29,0	20,4	8,6	33,8	16,6	17,2
Misahöhe . . .	1904	.	29,4	20,4	9,4	35,6	15,2	20,4

*) Mittel aus drei Beobachtungsjahren.

Aus dem Vorstehenden wird ersichtlich, daß der Bezirk Misahöhe das feuchteste Klima des Schutzgebiets hat. Dementsprechend sind auch die Vegetationsverhältnisse. Das Hauptgebirge und alle vorgelagerten Bergstöcke sind sehr waldreich. Zwar finden sich auf der Höhe der Berge, wenn die den Felsen bedeckende Erdschicht zu dünn ist, oder wenn die Waldbestände von den Eingeborenen vernichtet wurden, öfter baumarme Flächen. Dafür sind andere Berge völlig bewaldet, und vor allem zieht sich ein breiter geschlossener Gürtel hohen Pflanzenwuchses an allen Berghängen entlang, von wo er bis in die Täler und die Ebene hinabsteigt. Er besteht anscheinend nur noch an abgelegenen Stellen aus echtem Urwald. Jüngerer Hochwald findet sich strichweise vor. Weit überwiegend ist Buschwald, ein Gemisch von mehr oder weniger dicht, in Gruppen oder vereinzelt stehenden, hohen Bäumen mit jüngerem Baumwuchs und Gebüsch verschiedenster Höhe und Beschaffenheit.

Von diesem die Berge umschließenden Buschgürtel — mit Busch wird im landläufigen Sinne fortan gemeinhin der Buschwald bezeichnet werden — gehen Ausläufer von verschiedener Mächtigkeit in feuchten Senkungen und Mulden und an vielen Quellflüssen in die Täler und die Ebene hinab, wo sie dann als Uferwald bzw. Uferbusch bis zum Volta bzw. zur Küstenlagune hin die Flüsse begleiten.

Zwischen den Buschstreifen um die Flüsse gibt es zahlreiche Verbindungen, teils über feuchte und sumpfige Flächen hin, teils über Geröllhügel hinweg. In Gebirgsnähe noch überwiegend, nimmt der Bestand an Busch nach der Küste zu ab. Er muß den ausgedehnten Feldern der dichteren Bevölkerung weichen. Doch kann er in Überschwemmungsgebieten noch am Uferlauf der direkt zum Meere führenden Flüsse von beträchtlicher Ausdehnung sein.

Die Anordnung des Busches läßt sich mit einem großen, das Land überspannenden Spinnwebennetze vergleichen, dessen inneres, verdichtetes Maschenwerk um die Berge gelagert ist, und dessen einzelne Netzmaschen nach der Peripherie zu immer offener und weiter werden. Nur hat man sich die Netzbalken recht breit vorzustellen.

In den Maschen des Busches findet sich flecken- und strichweise eine ziemlich dicht bestandene Baum- und Buschsavanne eingelagert mit einer dichten Decke hoher Grasarten von schilfartigem Wuchse, sog. Elefantengras. Seltener und in größerem Umfange nur außerhalb des Einflußbereiches der Gebirge auf das Klima tritt Baumsteppe mit lichterem Steppengrase, etwa von Höhe und Halmstärke des heimischen Getreides, auf.

Seiner Art nach stellt der Buschwald im Bereich des mittleren und südlicheren Gebirgszuges, wie die vorgenannten Berge, fast ausnahmslos Regenwald vor, mit zahlreichen Vertretern echter Urwaldflora. Nach Norden, nach den Seiten und ebenso nach dem innern der Baumsavannen treten diese allmählich zurück und dafür die Vegetation von Trockenwald, Steppe immer mehr in den Vordergrund. Doch kann sich der Charakter immergrünen (Regen-)Busches an den Ufern großer Flüsse weit in Steppengebiete hineinziehen, so am Volta und Monu. Der Volta hat in seinem ganzen Grenzverlauf (von Kete-

Kratschi an) an den Uferböschungen einen kaum einmal unterbrochenen Streifen immergrünen, vielfach niedrigen Buschwerkes, auf dem Uferdamm Buschwald wechselnder Art und Ausdehnung. In gleicher Weise sind in der Landschaft Kratschi der Asuokoko und der Oti umsäumt, während sonst das Land dort von feuchter Baumsavanne bedeckt wird. An den kleineren Flüßchen findet sich höchstens an ihrem Unterlauf Regenbusch. Der weitere Norden der Kolonie ist Steppenland.

Die klimatischen Verhältnisse des Bezirks Misahöhe bedingen, im Verein mit der gebirgigen Beschaffenheit des Landes, nicht nur eine große Feuchtigkeit der Luft (s. o.), sondern auch des Bodens. Von den Bergen stürzen zahlreiche Bergbäche und kleine Rinnsale herab, um sich später zu größeren Flüssen zu vereinigen. Während der langen Regenzeit stehen zahlreiche Tümpel und Moräste in der Ebene wie in Mulden und Tälern zutage. Versiegen auch in der Trockne zeitweilig jene kleinen Wasserrinnsale oberflächlich, so bleibt doch immer noch ein sehr feuchter Grund zurück.

An der Westgrenze des Bezirkes, wie in der Landschaft Kratschi und im südlichen Togo sorgen die Wassermassen großer Flüsse für eine stärkere Boden-(und Luft-)feuchtigkeit ihrer Ufer das ganze Jahr hindurch.

An reichlicher und täglicher Gelegenheit zur Nahrungsentnahme — Blut von Wirbeltieren — fehlt es der Palpalis in allen Teilen des durch seine Beschaffenheit für sie geeigneten Gebietes nicht.

Im Volta und in allen größeren Talflüssen hausen Krokodile und Flußpferde, doch halten sie sich möglichst abseits von menschlichen Wohnstätten und vom Bootsverkehr. An ihnen wird die Palpalis ihr Nahrungsbedürfnis nur stellenweise zur Genüge befriedigen können. Gelegentlich auch wird sie, an abgelegenen Uferstellen, Wild und Affen antreffen, auch an stromlosen Ufereinschnitten bzw. zur Trockenzeit in kleinen Staubecken, an Fischen saugen können. Vögel finden sich an den Flüssen wie auch sonst in genügenden Mengen vor. Ob jedoch die Palpalis an ihnen unter natürlichen Bedingungen gern Blut saugt, ist noch nicht erwiesen. Warren-Eidechsen und Schlangen mögen im Notbehelf gelegentlich in Betracht kommen.

Demgegenüber findet die Fliege überall da, wo Menschen wohnen oder regelmäßig sich aufhalten oder verkehren, also auch, wo immer die Flüsse mit Booten befahrbar sind, reichliche und regelmäßige Gelegenheit zum Stechen des Menschen wie auch seiner Haustiere, und abseits der großen Talflüsse ist sie fast ausschließlich auf den Menschen bzw. auch auf seine Haustiere angewiesen. Schon in den stark strömenden Bergflüssen fallen Alligatoren und Flußpferde aus. Wild aller Art einschl. der Affen ist im Busch nur spärlich vertreten. Hingegen trifft sie allerorts im Busch den Menschen an.

Wo es irgendwie angeht, errichten die Eingeborenen ihre Wohnstätten in Wassernähe, d. i. nach dem früher Gesagten, in Buschgegenden fast stets im Busch. Dieser schützt auch die Hütten, ohne weiteres Zutun der Eingesessenen, vor den Flammen der alljährlich

entfachten Grasbrände. Im Busch ist der Boden besonders fruchtbar, daher ebenfalls ein Grund für die Verlegung des Hauses dorthin. Bei der Neuanlage einer Ansiedlung liegen zunächst die Felder und Pflanzungen nahe am Hause. Sowie das Feld, mangels jeder Düngung, nicht mehr den erwarteten Ertrag liefert, wird es sich selbst, d. h. der Verwilderung überlassen, und neue Ackerstellen im weiteren Umkreise ausgerodet. Unter nur teilweiser Rückkehr auf die älteren Felder, unter alljährlich neuen Rodungen im Busch, nimmt die Entfernung der meisten Felder von den Ortschaften im Laufe der Zeit immer mehr zu. Sie beträgt ganz gewöhnlich 2, 4 und 6 Wegstunden, mit Zunahme der Entfernungen legen sich die Eingeborenen bei den Feldern provisorische Hütten an, um hier entweder für Stunden und Tage Schutz zu finden oder die ganze Acker- und Erntezeit zu verbringen und erst wieder für die Trockenzeit in den Heimatsort zurückzukehren. Zum Teil bleiben die Bauern ganz in den Feldgehöften wohnen. An solchen Orten werden mit Vorliebe ansteckende oder unheilbare Kranke, unter Beigabe von Pflegern, untergebracht. In diesen abgelegenen Weilern oder Ackerdörfern können sie vor den Ärzten naturgemäß leicht versteckt gehalten werden.

Wie das Dorf und seine Wasserschöpfstellen, so liegen nach vorstehendem auch die Felder gewöhnlich im Busch, bisweilen am Rande desselben. Die Wege zu den Feldern führen ganz oder doch teilweise durch Busch. Gewöhnlich sind die Felder nur notdürftig gesäubert. Daher können die aus dem Busch kommenden Schlafkrankheitsfliegen die Arbeitenden auch inmitten der Felder stechen.

Nur die Reisfelder, welche in der Nähe des Gebirges, zumal an seiner Ostseite, in nicht unbeträchtlicher Ausdehnung angetroffen werden, erfreuen sich einer gründlichen Reinigung.

Die Verkehrswege ziehen sich in buschreicher Gegend viele Stunden lang durch Busch hin, sonst von Busch zu Busch, durch diesen gerade an wasserreichen Stellen.

Sonach findet die Palpalis so gut wie allerwärts im Busch regelmäßige und überaus häufige Gelegenheit zum Blutsaugen am Menschen, und muß dieser, der Berg und Tal, Fluß und Sumpf in großer Zahl bevölkert und belebt, hier zu Land als der hauptsächlichste Blutlieferant der Schlafkrankheitsfliege angesehen werden.

Seine Haustiere spielen insofern eine untergeordnetere Rolle, als sie sich gewöhnlich nicht weit vom Orte entfernen. Nur die Hunde werden überallhin mitgeschleppt, was bei ihrer Empfänglichkeit für das Trypanosoma der Schlafkrankheit noch seine besonderen Bedenken hat.

Nach vorstehenden Ausführungen sind alle bekannten Bedingungen für das Fortkommen der Palpalis in nahezu der halben Kolonie gegeben, und recht günstig und ausgedehnt gestalten sie sich im Bezirke Misahöhe und in seiner Nachbarschaft.

Demzufolge ist die Ausbreitung der Palpalis eine entsprechende.

Im ganzen Bezirk Misahöhe findet sie sich nahezu allenthalben im Busch und an seinen Rändern. Zur Regenzeit ist sie nach v. der Hellen im Busch am Fuß der Berge und in der Ebene recht häufig.

Sie geht auch hoch auf die Berge; z. B. um Misahöhe herum ist sie gar nicht selten, ebenso auf dem Françoispaß. Sogar in einem Buschstreifen zwischen dem Paß und dem Kamm des Hausberges wurde sie von v. der Hellen angetroffen, in einer Höhe von nahezu 700 m absoluter und etwa 450 m relativer und zwar steiler Erhebung.

Die zur Regenzeit zahlreichen Tümpel und Regenabflüsse in der Ebene und an flachen Stellen der Berghänge, die vielen Rinnsale an den Berghängen, die starke Bodendurchtränkung machen ihr das Dasein zuträglich und angenehm.

Unterhalb der Berge und in der Ebene begegnet man der Fliege meistens auf Schritt und Tritt. Sehr lästig kann sie in den Ortschaften und deren Nähe sein, ebenso in Wassernähe. Auch dringt sie in die Häuser ein. Die Eingeborenen sind bei ihren vielen und langwierigen Besprechungen wie bei sonstigem Nichtstun durchweg mit besenartigen Reiserbüscheln bewaffnet, mittels derer sie sich der zudringlichen Fliegen erwehren.

Mit dem Abklingen der Regenzeit nimmt auch die Palpalis an Zahl ab. Von den Bergen scheint sie gänzlich zu verschwinden. Unten beschränkt sie sich dann auf die Wassernähe und auf feuchte Täler und Stellen, wo sie, wie auch auf der Höhe der Trockenzeit, noch ziemlich häufig sein kann.

Einmal fand Zupitza sie zur Trockenzeit sogar in völlig vertrocknetem Busch über ausgedorrtem Boden. Sie mag da von zufällig voraufgegangenen Regengüssen aus der Puppe hervorgelockt worden sein, was aus dem mehrfachen Antreffen von Morsitans nach unmittelbar voraufgegangenem Regen auf der Höhe der Trockne an solchen Stellen geschlossen wird, wo sie kurz vorher unter sonst gleichen Bedingungen nicht bemerkt worden war.

Einige Male fand sich die Palpalis selbst 1 km und darüber abseits vom Busch in der Buschsavanne und zwar zu verschiedenen Jahreszeiten. Einmal in einem Dorfe, welches von jedem Busch durch einen 1 km breiten Streifen von völlig baumlosem Elefantengras über trockenem Boden abgetrennt war. Dürfte sie auch von Wasserholern verschleppt worden sein, so ist doch anderseits nicht ausgeschlossen, daß sie im Schutze des Elefantengrases einen spontanen Ausflug unternommen haben könnte, aus Wandertrieb.

Nach Nordwesten hin ist die Palpalis nach Stücken, die Professor Mischlich gesammelt hat, am Volta bis bei der Stadt Kratschi festgestellt, desgleichen am unteren Asuokoko und Oti.

Bei kurzem Befahren des unteren Oti zur Trockenzeit hatte Zupitza ständig 4 bis 6 Schlafkrankheitsfliegen und darüber im Boot. Die abgeflogenen oder eingefangenen ergänzten sich stets wieder durch neuen Zuzug.

Am mittleren Volta fand sich bereits zu Anfang Februar allenthalben im Uferbusch die Fliege vor, zu etlichen Stücken an den Dörfern, vereinzelt abseits.

Am Westrande des Hauptgebirges soll sie bis nördlich von Berowaniasse (nahe bei Bismarckburg) vorkommen, sich jedoch auf die

Regenzeit beschränken. Da zudem dort Steppe vorherrscht, so ist ihrem dortigen Vorkommen wohl keine ernstere Bedeutung beizumessen.

Noch nördlicher, im Bezirk Sokode, scheint sie nach einer von Dr. Kersting eingesandten Sammlung an den Flüssen nicht selten zu sein.

Im Osten des Bezirks Atakpame ist sie, wie eine Sammlung Dr. Sunders zeigt, in der Landschaft Aguna ziemlich häufig.

An der Südostecke der Kolonie, am Unterlauf des Monu, hatte sie Schilling früher schon gefunden.

Erwiesenermaßen häufig ist die Fliege auch am Sio und Hahe, wie an ihren Nebenflüssen; v. Raven traf sie noch im November entlang der Bahnlinie Lome—Atakpame an allen von ihr durchschnittenen Flüssen an.

Wie die Eingeborenen aussagten, soll die Fliege am Unterlauf der ebengenannten großen Flüsse gerade zur Trockenzeit in beträchtlichen Massen auftreten. Diese eigenartige Behauptung wurde von v. Raven dahin aufgeklärt, daß in der Regenzeit die Palpalis über das breite Überschwemmungsgebiet sich ausbreitet und mit eintretender Trockne dem zurückweichenden Wasser folgt, bis sie sich auf die engere Umgebung des eigentlichen Flußbettes selbst einschränkt.

In der Nähe der Bahnlinie Lome—Palime wurde die Palpalis nach Süden hin bis in die Landschaft Gadja-Atigbe als zahlreich nachgewiesen. Im Zuge und auf den Haltestellen konnte Zupitza schon von Avhejeme-Assahun an nordwärts Schlafkrankheitsfliegen beobachten. Sie können vom Zuge, wie sich das teilweise beobachten ließ, weit mitgeführt worden sein; anderseits erscheint doch das Land bis ziemlich nahe zur Küstenlagune für Palpalis geeignet zu sein.

Nach den bisherigen Feststellungen erstreckt sich das Verbreitungsgebiet von der Lagune hinter der Küstendüne an nordwärts bis Kratschi im Westen und bis in den Bezirk Sokode im Osten. Es besteht damit die Möglichkeit einer Verseuchung etwa der halben Kolonie mit Schlafkrankheit. Ergänzende Aufklärungen werden die vom Kaiserlichen Gouvernement für die Beamten der ganzen Kolonie angeordneten Sammlungen stechender Insekten ergeben.

5. Verbreitung anderer Tsetsefliegen.

Anschließend dürfte bei der wirtschaftlichen Bedeutung der Frage nicht überflüssig erscheinen, auch auf die Verbreitung anderer Tsetsen in der Kolonie einzugehen, zumal Übertragungen der Schlafkrankheit durch sie nicht ganz ausgeschlossen sind.

Zunächst sei der Glossina fusca gedacht, die in ihrer Vorliebe für Feuchtigkeit und dichten Schatten der Palpalis sehr nahekommt und mehrfach schon der Übertragungsfähigkeit der Schlafkrankheit beschuldigt war.

In Buem und am Ostrande der Berge fand Zupitza die Fusca öfter, doch vereinzelt inmitten dichtester Baumsavanne (mit Elefantengras), seltener, im Gegensatz zu Morsitans, in lichterer Baum-

savanne oder in Baumsteppe. Häufiger war sie in sehr niedrigem Busch zu sehen. Recht häufig begegnete sie ihm an Buschrändern, in unmittelbarer Nähe von Ortschaften, ferner in schmalen Buschstreifen, die mit Oasen oder Streifen von Baumsavanne ständig wechselten.

Im Laufe der Trockenzeit zieht sie sich in tieferen oder sehr feuchten Busch zurück. So war sie z. B. auf der Höhe der Trockne im großen Busch zwischen Worawora und Tapa viel häufiger, als die Palpalis, auch sehr aufdringlich. Nach heißen sonnigen Tagen in der Trockne scheint sie mit Vorliebe in der Dämmerung und bei Mondschein zu stechen.

Von Schilling und anderen ist die Fusca im südöstlichen Teile der Kolonie von Sebe bis Tokpli nachgewiesen.

Hinwiederum beherrscht die Morsitans das Feld entlang des ganzen Volta außerhalb des Busches. Ihr Fluggürtel ist jedoch, im Gegensatz zur Fusca, von dem der Palpalis scharf getrennt.

Ferner kommt sie auch östlich von Kpandu vor, wie verschiedentlich an der Bahnstrecke Lome—Palime, stellenweise sogar, wie in Gadja, sehr häufig; recht häufig auch ist sie in den Baumsteppen östlich des Agu, nicht selten in Aguna (östlich von Atakpame) und im Bezirk Sokode, wie noch im Südosten der Kolonie.

Auch von der Glossina tachinoides wird die Kolonie beglückt. Die Fliege ist, nach einer Tsetsensammlung Sunders, in Aguna gemein; nach Kerstings Sammlung kommt sie auch im Bezirk Sokode vor, und von dem Herrn Gouverneur Graf v. Zech wurde sie auch im Bezirk Bassari gesammelt.

Die Steppengebiete im weiteren Norden sollen strichweise Tsetse haben, vor allem der Bezirk Kete-Kratschi. Im größten Teil des Nordens gedeiht jedoch das Großvieh sehr gut. Hingegen ist das ebenso fruchtbare wie paradiesisch schöne Mittel- und Südtogo, bis auf die Küstendüne und einige inselartige Flecken, für die Zucht von Rindern und Einhufern verloren.

6. Ursachen für die bisher beschränkte Ausbreitung der Schlafkrankheit und Gefahr der weiteren Verbreitung.

Trotz der so beträchtlichen Ausbreitung der Palpalis über Mittel- und Südtogo ist es bisher bei der Einschränkung der Schlafkrankheit auf ein verhältnismäßig nicht sehr beträchtliches Gebiet, wie es weiter oben näher begrenzt ist, und bei ihrem endemischen Verharren verblieben. Die Erklärung hierfür ergibt sich — unter Vorbehalt etwa noch anderer nicht genügend geklärter Bedingungen — aus einem Rückblick auf die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Landes:

Die Aschanti hielten, unter Einschleppung der Seuche, das Land westlich des Zentralgebirges von 1869 bis 1873 besetzt und verschleppten viele Bewohner in die Sklaverei. Die Leute suchten vielfach Zuflucht in den Bergen und verlegten auch ihre Wohnsitze dorthin.

Dorthin mußte die Palpalis erst nachziehen oder sich erst stärker vermehren, um den neuen Ortschaften gefährlich werden zu können. Öfter mag auch eine Versprengung der Eingeborenen aus ihren Zufluchtsorten erfolgt sein. Ein Verkehr war selbst von Ort zu Ort gefährlich. Von einem Fernverkehr war aber in Mitteltogo, auch nach dem Abzuge der Aschanti, keine Rede. Denn die einzelnen Nachbarstämme lagen in ständiger Fehde; Reisende wurden ganz gewöhnlich ausgeplündert, zu Sklaven gemacht oder gemordet.

Selbst noch im ersten Jahrzehnt der deutschen Herrschaft wagten sich die Eingeborenen westlich der Berge nicht über Agome—Palime hinaus.

Nachdem erst einmal gute Wege geschaffen waren, das Volk sich von der völligen Sicherheit im Lande überzeugt hatte und für seine Landeserzeugnisse lohnenden Absatz fand, da allerdings nahm der Verkehr einen gewaltigen Aufschwung und ist noch in stetem Steigen begriffen. Scharen von Händlern und Arbeitern durchstreifen jetzt die Kolonie in allen Richtungen.

Hiermit erst ist die Schlafkrankheit eine ernstere Gefahr für das Land geworden.

Daß die Schlafkrankheit den Hauptverkehrswegen folgt, zeigt ein Vergleich der auf die einzelnen Landschaften bzw. Orte entfallenden Krankheitsziffern.

Auch die endemische Krankheit in der Landschaft Kratschi hat erst unter den neuen Verhältnissen Bedeutung für den südlicheren Teil des Landes gewonnen.

Kratschi war von jeher ein wichtiges Durchgangsgebiet für Händler aus den verschiedensten Gebieten des Nigerbogens. Doch ging früher aller Verkehr westwärts, über den Volta, und erst in neuerer Zeit auch nach Süden.*)

Über die Intensität der augenblicklichen Durchseuchung der einzelnen Landschaften des Schlafkrankheitsgebietes herrscht noch keine genügende Klarheit; die oben wiedergegebenen Zahlen, welche die aufgefundenen Kranken betreffen, haben nur relativen Wert. Schuld daran ist das Verhalten der Bevölkerung. Stieß auch ihre Durchseuchung auf keinen geschlossenen Widerstand, so suchte doch der einzelne für sich den peinlichen, ihm folgenschwer erscheinenden Untersuchungen seitens der Reiseärzte zu entrinnen. Bei der Verständnislosigkeit der Eingeborenen gegenüber den Absichten des Gouvernements in der Schlafkrankheitsbekämpfung, dem völligen Abhandensein von Aufopferungssinn und Pflichtgefühl gegenüber der Allgemeinheit, dem Mangel an stärkeren und charakteristischen Krankheitsbeschwerden in den ersten Stadien der Schlafkrankheit, ist es nur zu natürlich, daß der nur dem Augenblick lebende Eingeborene nicht geneigt ist, freiwillig den mit der Lagerbehandlung verknüpften Eingriff in seine persönliche Freiheit in Kauf zu nehmen.

*) Leider war über die Geschichte der Schlafkrankheit in Kratschi bisher nichts herauszubekommen. Ihre Einschleppung aus nördlicheren Gebieten ist jedenfalls sehr wahrscheinlich.

Angeborenes Mißtrauen und abschreckende Gerüchte, hervorgerufen durch das Wegsterben aller 5 im Jahre 1904 auf dem Hausberg isolierten Kranken und wohlgeschürt von den in ihrem Erwerb beeinträchtigten Zauberern, gesellen sich hinzu. Es entzieht sich also immer ein Teil der Einwohner eines Ortes dem anwesenden Reisearzte und findet hierin bereitwilligste Unterstützung bei seinen Miteinwohnern oder gar bei den Häuptlingen. Selbst wenn letztere den guten Willen haben, alle ihre Untergebenen herbeizuschaffen, fehlt ihnen doch der Überblick über die Leute; sie wissen nie, wer und wieviele abwesend sind. Weiterhin führt der rege Wandertrieb ständig einen beträchtlichen Bruchteil der Bevölkerung auf die Straße oder ins Ausland. Und wem die Untersuchung nicht paßt, der läßt sich verleugnen; er ist eben verreist. Dazu kommt noch, daß die Zahl der Ärzte nicht einmal ausreicht, bei allen Personen mit Drüsenschwellungen Punktionen vorzunehmen, geschweige denn bei sämtlichen Bewohnern des Schlafkrankheitsgebietes die eigentlich erforderlichen Blutuntersuchungen auszuführen. So merkten die Eingeborenen sehr bald, worauf es bei dem Aufsuchen von Schlafkranken ankommt. Und da ja geschwollene Drüsen leicht zu fühlen, so liegt es auf der Hand, daß gerade die damit Behafteten in ihrer Verständnislosigkeit alles daran setzen, sich den Untersuchungen zu entziehen.

Um absichtlichem Fernbleiben vorzubeugen und die wirklich verreisten Personen wenigstens ab und zu zu einer Untersuchung heranzubekommen, — was dann fast stets möglich ist, wenn man die Personalien kennt —, unterzog sich v. der Hellen der Mühe, durch ein Kreuzverhör aller Erwachsenen über ihre nähere Verwandtschaft möglichst lückenlose Familien- und Einwohnerlisten zu erhalten. Das stieß auf keine Schwierigkeiten und hat vielfach überraschende Ergebnisse hinsichtlich der Höhe der Einwohnerzahl ergeben. Der Vorgang ist jedoch derartig zeitraubend, daß von seiner weiteren Durchführung Abstand genommen werden muß.

Die Punktion der geschwollenen Drüsen geht in der bekannten Weise vor sich; die Untersuchung des gewonnenen Drüsensaftes wie gelegentlich die des Blutes im lebenden, frischen Präparate; die Untersuchung im dicken getrockneten Präparate, nach Roß-Koch, beschränkt sich auf solche Fälle, in denen eine sofortige Untersuchung nicht ausführbar ist.

Die für schlafkrank befundenen Personen erhalten einen Ausweis und haben sich innerhalb einer gewissen Zeit im Krankensammellager einzufinden.

Die Untersuchungsergebnisse werden in Listen verzeichnet, welche auch alle die Drüsenbehafteten enthalten, bei denen eine Punktion nicht vorgenommen wurde. Drüsenschwellungen aus sehr verschiedener Ursache am Nacken und Halse sind im Schlafkrankheitsgebiete sehr häufig; nach Kopf- und sonstigen Hautausschlägen, denen selten ein Kind entgehen mag; nach Mundaffektionen; Erkrankungen des Mittelohres; auf „skrophulöser“ Basis, sowie wohl durch die überaus häufigen Filarien bedingt. Selbst wenn das die Drüsen-

schwellungen anscheinend hervorrufende Leiden oder dessen anderweitige zurückgelassenen Merkmale (Narben) klar vor Augen liegen, so kann es sich immer noch um Komplikationen mit Schlafkrankheit handeln, und wären daher bei allen mit Drüsenschwellung Behafteten, deren man habhaft wird, ohne Ausnahme Punktionen vorzunehmen. Doch auch das ist nicht in vollem Umfange durchführbar gewesen, weil die Anzahl der Reiseärzte nicht ausreicht.

7. Bekämpfung der Schlafkrankheitsfliege.

Demgemäß — um bei den Aufgaben der Reiseärzte stehen zu bleiben — konnte auch an die Bekämpfung der Schlafkrankheitsfliege noch nicht herangegangen werden. In diesem Punkte bedarf es jedoch noch vieler zeitraubender Beobachtungen und Versuche, um eine möglichste Vereinfachung, Einschränkung und Verbilligung der Maßnahmen erzielen zu können. Die Ausrodungen, auf welche die Bekämpfung der Schlafkrankheitsfliege hinausläuft, dürften bei den umfangreichen Buschbeständen im Bezirk Misahöhe sich sehr schwierig gestalten.

Englischerseits wurde die Anpflanzung von Citronellagras empfohlen, das durch seinen starken aromatischen Geruch (der übrigens aus unverletzten Pflanzen gar nicht auszuströmen scheint) die Palpalis vertreiben sollte.

In Palime fand Zupitza bereits Citronellabeete rings um das Arzthaus vor. Trotzdem war die Palpalis im Hause ein täglicher und lästiger Gast. Und als einmal bei der Rückkehr aus dem nahen Palmendickicht der begleitende Heilgehilfe, der europäische Kleidung trug, jedoch barfüßig war, von einigen Palpalis angenommen wurde, ließ er ihn mitten in ein Citronellabeet treten. Die Schlafkrankheitsfliegen folgten dem Manne und suchten ihm dort, unbekümmert um das zwar lichte, aber doch schon ⅓ m hohe Gras, genau so an den nackten Füßen beizukommen wie außerhalb.

Der Geruch des Grases scheint demnach den Fliegen gleichgültig zu sein, wenn sie ihn überhaupt empfinden. Und da das Citronellagras gleich anderen Gräsern viel Sonne braucht, so wird die Fliege wohl nur deshalb große Grasflächen meiden. Also kommt es auch hier nur auf Ausrodungen an.

Umfangreiche Ausrodungen werden sich um die Ortschaften und entlang der Hauptverkehrswege hoffentlich durchführen lassen. Ob auch von den im Busch liegenden Feldern, erscheint fraglich. Vielleicht aber gelingt es wenigstens, die Eingeborenen zur Anlage von größeren lichten Flächenkulturen und überhaupt zu einer größeren Reinhaltung ihrer Felder von Gebüsch zu bewegen.

8. Verhütung einer Verschleppung der Krankheit.

Endlich muß auch die Prophylaxe gegen eine Verschleppung der Schlafkrankheit nach noch nicht infizierten Palpalisgegenden, wie gegen eine Wiedereinschleppung nach dem Schlafkrankheitsgebiete

von auswärts der Zukunft vorbehalten bleiben. Es wird eine Kontrolle des Fern- und Grenzverkehrs nötig sein, an der sich wohl auch einzelne andere Regierungsärzte zu beteiligen haben werden.

9. Schlafkrankheitslager und Krankenbehandlung.

v. der Hellen hatte seine Schlafkranken auf dem tsetsefreien „Hausberg" bei Misahöhe isoliert und behandelt. Die ersten Kranken wurden in einem auf dem Bergkamme stehenden Gebäude untergebracht. Bald war es voll belebt und so mußten die weiteren Kranken in kleinen Strohhütten, die sie sich selbst errichteten, eine provisorische Unterkunft finden. Schließlich war der schmale Kamm des Hausberges, der noch Sturm und Wetter ganz besonders ausgesetzt war, überhaupt zu eng geworden.

Es mußte daher ein neues Lager an geeigneter Stelle gebaut werden. Eine solche fand sich in unmittelbarer Nähe auf einem Höhenrücken, der vom Kluto, einem Berge am Françoispaß, nach Norden verläuft. Hier sollten die Kranken eine dem kühlen Bergklima entsprechende, geeignete Unterkunft finden.

Es stand erst die Hälfte der vorgesehenen Hüttenzahl fertig da, als wegen Überhandnahme der Übelstände auf dem Hausberg bei sich mehrendem Krankenbestand der Lagerarzt Ende Februar sich dazu entschließen mußte, nach dem neuen Lager überzusiedeln.

Vorläufig sind die Kranken zwar noch eng, im übrigen jedoch gut untergebracht. Das Lager ist als völlig offenes Dorf angelegt und in Quartiere nach Volksstämmen, Landschaften usw. eingeteilt. Die im Bau begriffene Arztwohnung und das Laboratorium liegen abseits.

Jeder Kranke erhält täglich 20 Pfennig Verpflegungsgeld ebenso je einen Begleiter oder Pfleger, zu deren Mitnahme jeder Kranke berechtigt ist. Für die Zeit des An- oder Rückmarsches kann dem Kranken, wie dem Pfleger, das Verpflegungsgeld ebenfalls zugebilligt werden.

Ferner erhalten die Kranken den viel begehrten Tabak bzw. Frauen dafür Seife, Öl oder dergl. mehr, doch nicht als unbedingt zuständige Lieferung, vielmehr zu erzieherischen Zwecken in Form einer gern bewilligten Belohnung.

Die Kranken können sich in Ausübung ihres Handwerks Nebenverdienst erwerben.

Nebenher werden die Leichtkranken schichtweise zu kleineren Lagerarbeiten herangezogen. Arbeitsfähige und -willige Begleiter können beim Lagerbau Verdienst finden.

Endlich ist den im Lager befindlichen Kranken, wie denen, die nach etwa 6monatiger Behandlung als „unter Vorbehalt geheilt", d. h. als „nicht mehr Gegenstand ärztlicher Behandlung in Beobachtung", in die Heimat entlassen werden, für das Steuerjahr, in welches ihre Behandlung bzw. Beobachtung fällt, bedingte Steuerfreiheit gewährt.

Da den Kranken noch alle erdenkliche persönliche Freiheit gewährt wird, wie Abhaltung von Tanz und Spielen, so fühlen sie sich

im Lager recht wohl. Mit ihrer Heimat bleiben sie in Verbindung durch häufigen Wechsel ihrer Begleiter und durch die gern gesehenen zahlreichen Besuche, welche ihrerseits bereits dafür gesorgt haben, daß der Schrecken vor dem „Hausberg“ im Lande geschwunden ist, wie denn auch die bereits erfolgte Entlassung einer Anzahl Kranker als „Beurlaubter“ wesentlich dazu beigetragen hat, einen Umschwung in der Gesinnung der Bevölkerung zu unseren Gunsten herbeizuführen.

Die unter Vorbehalt in die Heimat Beurlaubten haben sich je nach der Entfernung alle 4 bis 6 Wochen im Lager zur Nachuntersuchung einzufinden. Erst nach 6monatiger Beobachtung werden sie gegebenen Falles als endgültig „geheilt“ angesehen, verbleiben aber immer noch in der Beobachtung der Reiseärzte.

Bis zur Abgabe des Krankenlagers an v. Raven, bis Ende November 1908, waren von den bis dahin von v. der Hellen aufgefundenen 80 Schlafkranken 9 nicht im Lager erschienen. Unter Atoxylbehandlung nach R. Kochs Vorschrift waren bis zum gleichen Zeitpunkte 3 Personen, die schwere Krankheitserscheinungen aufwiesen, nach durchschnittlich 3monatiger Behandlung gestorben. Bei 3 Kranken mit nervösen Symptomen sind diese geschwunden. Ein Kranker zeigte noch dasselbe stupide Verhalten wie bei seiner Aufnahme. Bei einem Knaben, der bei seiner Aufnahme im Zustande der Schlafsucht sich befand, verschwand dieses Symptom, kehrte aber nach 4 Monaten trotz fortgesetzter Atoxylbehandlung wieder zurück, verschwand jedoch wieder nach Erhöhung der Atoxyldosis. Bei 68 Kranken, deren einziges Krankheitssymptom die Halsdrüsenschwellung war, ist sie je nach der Dauer der Behandlung entweder vollständig geschwunden oder stark zurückgegangen.

Ein älterer Mann, der über Verschlechterung des Sehvermögens klagte, schied vorzeitig aus der Atoxylbehandlung aus; wurde aber, als trotz des Aussetzens des Atoxyl über 3 Monate völlige Erblindung eingetreten war, dann mit Auripigment weiterbehandelt.

Drei Kranke entzogen sich der Weiterbehandlung durch die Flucht. Von diesen wurde einer im September wieder aufgenommen und die Behandlung fortgesetzt.

Es verblieben somit Anfang Dezember 66 Kranke in Behandlung.

Über die weitere Krankenbewegung berichtet Dr. v. Raven:

Es wurden neu aufgenommen

Dezember 1908 . . .	4	Kranke	+ 1 Kranker, nicht im Lager eingetroffen
Januar 1909	29	„	
Februar 1909 . . .	53	„	
März 1909	5	„	
Summe . .	91	Kranke	+ 1 Kranker, nicht im Lager eingetroffen.

Von diesen betrafen 8 Personen Fälle, die schon früher als krank aufgefunden, aus Mangel an Raum im Lager auf dem Hausberg aber in der Heimat belassen worden waren.

Diesen Zugängen standen für die gleichen Monate an Abgängen gegenüber durch

	Tod	Flucht	Entlassung
Dezember 1908 . . .	1	.	.
Januar 1909	.	.	18
Februar 1909 . . .	.	1	16
März 1909	3	.	.
Summe . .	4	1	34

Die Todesfälle waren bedingt in 1 Falle durch Dysenterie, in den 3 anderen Fällen durch die Schlafkrankheit.

Durch die Flucht entzog sich jeder Behandlung 1 Mann, der aus englischem Gebiet stammte und sich nur einige Tage auf deutschem Gebiet aufgehalten hatte.

Behandelt wurden die Patienten bis Mitte Januar 1909 ausschl. mit Atoxyl nach K o c h scher Vorschrift, von diesem Zeitpunkte an die Neuaufnahmen mit Atoxyl, Arsacetin, Arsenophenylglycin und Auripigment. Über die Resultate der Behandlung kann für die Berichtszeit noch nichts angegeben werden, da die Beobachtungszeit noch eine zu kurze ist.

Eine Gesamtübersicht über die Krankenbewegung im ganzen siehe S. 311 bis 313.

Übersicht

über die in der Zeit vom 1. April 1908 bis 30. März 1909 aufgefundenen bzw. in das Lager eingelieferten Fälle von Schlafkrankheit.

Lfde. Nr.	Bezirk	Landschaft	Ort	Zugang		Abgang				Bemerkungen
				Mann	Frau	Tod	Flucht	nicht eingetr.	beurlaubt	
			April 1908.							
1	Misahöhe	Gbele	Djanipe	1	.	.	.	.	.	
			Mai 1908.							
2	Misahöhe	Gbele	Akorame	.	1	.	.	.	.	† 10. 7. 08. J. Nr. 13.
3	„	Sadome	Sadome	2	1	.	.	.	.	
			Juni 1908.							
4	Misahöhe	Fodome	Acho	1	.	.	.	.	.	21. 7. 08 entlaufen. J. Nr. 12.
5	„	Liati	Nati	1	.	.	.	1*	.	*J. Nr. 57.
6	„	Buem	Worawora	8	8	.	1*	1*	.	1 Mann † 16. 8. 08. J. Nr. 21.
7	„	„	Apeso	.	1	.	.	.	.	*J. Nr. 24 u. 25.
8	„	„	Giasekan-Akura	.	1	.	.	.	.	
9	„	„	Giasekan-Kese	2	.	.	.	.	.	
			Juli 1908.							
10	Misahöhe	Buem	Borada	9	1	.	.	.	.	
11	„	Gbedschigbe	Bla	.	1	.	1	.	.	4. 7. 08 entlaufen. J. Nr. 4.
12	„	Fodome	Acho	.	.	.	1	.	.	21. 7. 08 entlaufen.
13	„	Gbele	Akorume	.	.	1	.	.	.	† 10. 7. 08. J. Nr. 2.
14	„	Fodome	Chenu	1	.	.	.	.	.	
15	„	Kolenu	Kolenu	.	1	.	.	.	.	
16	„	Liati	Kame	1	.	.	.	.	.	
17	„	„	Dafon	1	.	.	.	.	.	† 24. 8. 08. J. Nr. 22.
18	„	Gbedschigbe	Boita	1	.	.	.	.	.	
19	„	Woadse	Agate	.	1	.	.	.	.	
20	„	Agome	Palime	1	3	.	.	.	.	
			August 1908.							
21	Misahöhe	Buem	Worawora	.	.	1	.	.	.	† 16. 8. 08. J. Nr. 6.
22	„	Liati	Dafon	.	.	1	.	.	.	† 24. 8. 08. J. Nr. 17.
23	„	Agome	Palime	7	1	.	.	.	.	
24	„	Buem	Worawora	1*	1	.	.	.	.	*J. Nr. 6.
			Summe der Seite . .	37	21	3	3	2	.	

Lfde. Nr.	Bezirk	Landschaft	Ort	Zugang		Abgang				Bemerkungen
				Mann	Frau	Tod	Flucht	nicht eingetr.	beurlaubt	
			Übertrag . .	37	21	3	3	2	.	
			September 1908.							
25	Misahöhe	Buem	Worawora	1*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 6.
26	„	Lawie	Avhedome	1	.	.	.	.	.	
27	„	Gbele	Kpowie	1	.	.	.	.	.	
28	„	„	Gudewe	1	.	.	.	.	.	
29	Atakpame	Akposso	Ssodo	2	.	.	.	.	.	
30	„	„	Agome-Kotukpa	1	.	.	.	.	.	
			Oktober 1908.							
31	Misahöhe	Towe	Djigbe	2	2	.	.	.	.	
32	„	„	Ahunjo	.	1	.	.	.	.	† 14. 12. 08.
33	„	Kpalawe	Folowe	1	.	.	.	.	.	
			November 1908.							
34	Misahöhe	Lawie	Echuime	1	.	.	.		.	
35	„	Klonu	Klonu	1	.	.	.		.	
36	„	We	Deme	1	.	.	.		.	
37	„	Njangbo	Gabepe	1	.	.	.	1*	.	*J. Nr. 72.
38	„	„	Odumase		1	.	.	1*	.	*J. Nr. 73.
39	„	Woadse	Agate	1	.	.	.	1*	.	*J. Nr. 74.
40	„	Kpandu	Kpandu	3	.	.	.	3*	.	*J. Nr. 75.
41	„	Kpatawe	Tsame	1	.	.	.	1*	.	*J. Nr. 71.
42	Kratschi	Kratschi	Kratschi	.	1	.	.	1	.	
			Dezember 1908.							
43	Misahöhe	We	Gbodome	1	.	.	.	1	.	
44	„	Jikpa	Ajingbe	3	.	.	.	.	.	
45	„	Evhli	Apegame	.	1	.	.	.	.	
46	„	Towe	Ahunjo	.	.	1	.	.	.	† 14. 12. 08.
			Januar 1909.							
47	Misahöhe	Buem	Worawora	4	1	.	.	.	.	1 Mann † 8. 3. 09 J. Nr. 111.
48	„	Kunja	Tadji	1	1	.	.	.	.	
49	„	„	Wurupon	.	1	.	.	.	.	1 Mann † 29. 3. 09
50	„	„	Ntobora	.	1	.	.	.	.	
51	„	„	Ntschamuru	.	1	.	.	.	.	
52	„	Buem	Giasekan	1	.	.	.	.	.	
53	„	Daji	Kekpa-Dsogbe	1	.	.	.	.	.	
54	„	„	Alawanjo	1	.	.	.	.	.	
55	„	„	Apegame	1	.	.	.	.	.	
56	„	Alawanjo	Deme	1	1	.	.	.	.	
57	„	Liati	Nati	1*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 5.
58	Kratschi	Tapa	Amainja	2	.	.	.	.	.	
59	Misahöhe	Agotime	Atikpui	1	.	.	.	.	.	
60	„	Likpe	Apedjeme	1	.	.	.	.	.	
61	„	Kpedji	Todje	1	.	.	.	.	.	
62	„	Kpatawe	Tsame	1*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 41.
63	„	Njangbo	Gabepe	1*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 37.
64	„	„	Odumasi	.	1*	.	.	.	.	*J. Nr. 38.
			Summe der Seite . .	78	34	4	3	11	.	

Lfde. Nr.	Bezirk	Landschaft	Ort	Zugang		Abgang				Bemerkungen
				Mann	Frau	Tod	Flucht	nicht eingetr.	beurlaubt	
			Übertrag . .	78	34	4	3	11	.	
65	Misahöhe	Woadje	Agati	1*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 39.
66	„	Kpandu	Kpandu	3*	.	.	.	.	.	*J. Nr. 40.
67	„	Gbele	Danipe	.	.	.	.	.	1	
68	„	Sadome	Sadome	.	.	.	.	.	3	
69	„	Buem	Worawora	.	.	.	.	.	13	
70	„	„	Apeso	.	.	.	.	.	1	
			Februar 1909.							
	Misahöhe	Leglebi	Duga	.	3	.	.	.	.	
72	„	„	Abessia	.	2	.	.	.	.	
73	„	Alawanjo	Agochoe	1	.	.	.	.	.	
74	„	Kpandu	Togbifepe	1	.	.	1	.	.	Aus englischem Gebiet. 20. 3. 09 dorthin entlaufen.
75	„	„	Kpandu	.	1	.	.	.	.	
76	„	Aweme	Aglama	3	.	.	.	.	.	
77	„	„	Deme	1	1	.	.	.	.	
78	„	Tschome	Atikbeta	1	1	.	.	.	.	
79	„	Awate	Agame	1	1	.	.	.	.	
80	„	We	Deme	2	2	.	.	.	.	
81	„	„	Ekuime	1	.	.	.	.	.	
82	„	Sogba	Lapeti	1	.	.	.	.	.	
83	„	Buem	Assuta	1	.	.	.	.	.	
84	Kratschi	Kratschi	Ahinkru	.	1	.	.	.	.	
85	„	„	Okwale-Dukuwai	3	1	.	.	.	.	
86	„	„	Kubiase	1	.	.	.	.	.	
87	„	„	Otisu	2	1	.	.	.	.	
88	„	„	Apaso	6	1	.	.	.	.	
89	„	„	Akroso	1	.	.	.	.	.	
90	„	„	Katankufri	1	.	.	.	.	.	
91	„	„	Kratschi	11	.	.	.	.	.	1 Mann †20. 3. 09.
92	Misahöhe	Buem	Giasekan-Akura	.	.	.	.	.	1	J. N. 112.
93	„	„	Giasekan-Kese	.	.	.	.	.	2	
94	„	„	Borada	.	.	.	.	.	9	
95	„	Fodome	Chenu	.	.	.	.	.	1	
96	„	Gbedschigbe	Boita	.	.	.	.	.	1	
97	„	Kolenu	Kolenu	.	.	.	.	.	1	
98	„	Liati	Kame	.	.	.	.	.	1	
			März 1909.							
99	Misahöhe	Agome	Palime	.	1	.	.	.	.	
100	„	Njangbo	Gabepe	1	.	.	.	.	.	
101	„	Woadse	Agate	1	1	.	.	.	.	
102	„	Buem	Worawora	.	.	2	.	.	.	1 Mann †8. 3. 09 } J.Nr. 1 Mann †29. 3. 09 } 47.
103	Kratschi	Kratschi	Kratschi	.	1	1	.	.	.	1 Mann †20. 3. 09. J. Nr. 100.
			Summe . .	122	52	7	4	11	34	

Summe der Zugänge 174
Summe der Abgänge 56
Mithin bleibt Bestand . . 118 am 1. April 1909.

Anlage 1.

Nachweisung

über die im Bezirk Lome behandelten Europäer.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					entlassen	gestorben	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.								
1	Typhus	.	7	7	6	1	7	.	181
2	Malaria tropica	.	84	84	83	1	84	.	258
3	„ chronica	.	10	10	10	.	10	.	10
4	Haemoglobinurie	1	3	4	3	1	4	.	63
5	Tuberkulose der Lungen	.	2	2	2	.	2	.	49
6	„ „ Knochen	.	1	1	.	1	1	.	.
7	Ruhr	.	12	12	12	.	12	.	66
8	Akuter Gelenkrheumatismus	.	6	6	5	.	5	1	46
9	Gicht	.	1	1	1	.	1	.	.
10	Beriberi	.	1	1	1	.	1	.	12
11	Blutarmut	.	3	3	3	.	3	.	20
12	Fleischvergiftung	.	4	4	4	.	4	.	.
13	Vergiftung durch Giftschlange	.	1	1	1	.	1	.	.
14	Sonnenstich	.	3	3	3	.	3	.	30
15	Framboesie	.	1	1	1	.	1	.	.
16	Filariafieber	.	1	1	1	.	1	.	.
17	Sandflöhe	.	1	1	1	.	1	.	.
18	Fieber aus nicht ermittelter Ursache	.	5	5	4	1	5	.	11
	Summe der Gruppe I	1	146	147	141	5	146	1	746
	II. Krankheiten des Nervensystems.								
19	Fallsucht	1	.	1	1	.	1	.	.
20	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	21	21	20	.	20	1	33
21	Neurasthenie	.	2	2	2	.	2	.	.
	Summe der Gruppe II	1	23	24	23	.	23	1	33
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.								
22	Krankheiten der Nase	.	2	2	2	.	2	.	.
23	Akuter Bronchialkatarrh	.	8	8	8	.	8	.	43
	Summe der Gruppe III	.	10	10	10	.	10	.	43

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					entlassen	gestorben	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.								
24	Erkrankung des Herzmuskels	.	3	3	3	.	3	.	.
25	Nervöse Herzstörungen	.	2	2	2	.	2	.	.
26	Krankheiten der Lymphgefäße	1	14	15	15	.	15	.	7
27	„ „ Lymphdrüsen	1	11	12	10	.	10	2	75
	Summe der Gruppe IV	2	30	32	30	.	30	2	82
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
28	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	22	22	22	.	22	.	.
29	Mandelentzündung	.	6	6	6	.	6	.	.
30	Mund- und Rachenkrankheiten	.	3	3	3	.	3	.	.
31	Magenkatarrh	.	9	9	9	.	9	.	9
32	Darmkatarrh	1	18	19	19	.	19	.	23
33	Blinddarmentzündung	.	1	1	1	.	1	.	7
34	Verstopfung	.	3	3	3	.	3	.	.
35	Krankheiten der Leber	.	3	3	3	.	3	.	22
36	Leberabszeß	.	1	1	.	1	1	.	15
37	Krankheiten des Mastdarmes	.	1	1	1	.	1	.	10
38	Eingeweidewürmer	.	8	8	8	.	8	.	.
	Summe der Gruppe V	1	75	76	75	1	76	.	86
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
39	Nierensteine	.	6	6	6	.	6	.	12
40	Blasenkatarrh	.	3	3	3	.	3	.	.
41	Krankheiten der Vorhaut	.	1	1	1	.	1	.	.
42	Katarrh der Harnröhre	.	1	1	1	.	1	.	.
43	Wasserbruch	.	1	1	1	.	1	.	.
44	Scheidenkatarrh	.	1	1	1	.	1	.	.
45	Lageveränderung der Gebärmutter	.	1	1	1	.	1	.	.
46	Anomalien der Menstruation	.	1	1	1	.	1	.	.
47	„ „ Geburt	.	1	1	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe VI	.	16	16	16	.	16	.	12
	VII. Venerische Krankheiten.								
48	Akuter Tripper	.	19	19	19	.	19	.	.
49	Chronischer Tripper	.	11	11	11	.	11	.	.
50	Hoden- und Nebenhodenentzündung	1	7	8	8	.	8	.	12
51	Spitze Feigwarzen	.	1	1	.	.	.	1	.
52	Weicher Schanker	.	11	11	11	.	11	.	.
53	Syphilis I. Stadium	2	4	6	6	.	6	.	.
54	„ II. „	.	7 (5)	12	11	.	11	1	46
55	„ III. „	.	3 (1)	4	3	1	4	.	4
	Summe der Gruppe VII	3	69	72	69	1	70	2	62

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: entlassen	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	VIII. Augenkrankheiten.								
56	Krankheiten der Bindehaut	.	9	9	9	.	9	.	.
57	„ „ Hornhaut	.	1	1	1	.	1	.	.
58	„ „ Regenbogenhaut	.	1	1	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe VIII	.	11	11	11	.	11	.	.
	IX. Ohrenkrankheiten.								
59	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	12	12	12	.	12	.	.
60	Krankheiten des mittleren Ohres	.	4	4	4	.	4	.	.
	Summe der Gruppe IX	.	16	16	16	.	16	.	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.								
61	Krätze	.	1	1	1	.	1	.	.
62	Akute Hautkrankheiten	.	16	16	16	.	16	.	.
63	Chronische Hautkrankheiten	.	6	6	6	.	6	.	.
64	Geschwüre	1	2	3	3	.	3	.	.
65	Furunkel	.	16	16	16	.	16	.	.
	Summe der Gruppe X	1	41	42	42	.	42	.	.
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
66	Knochenhautentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.
67	Chronische Gelenkentzündung	.	2	2	2	.	2	.	27
68	Akute Gelenkentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.
69	Gelenkmaus	.	1	1	1	.	1	.	.
70	Muskelrheumatismus	.	4	4	4	.	4	.	.
71	Krankheiten der Schleimbeutel	.	3	3	3	.	3	.	.
72	„ „ Sehnen	.	1	1	.	.	.	1	.
	Summe der Gruppe XI	.	13	13	12	.	12	1	27
	XII. Mechanische Verletzungen.								
73	Verrenkung des Oberarmes	.	1	1	1	.	1	.	.
74	„ der Zehen	.	1	1	1	.	1	.	.
75	Quetschung	.	6	6	6	.	6	.	.
76	Quetschwunde	.	9	9	9	.	9	.	.
77	Schnittwunde	.	5	5	5	.	5	.	.
	Summe der Gruppe XII	.	22	22	22	.	22	.	10
	Gesamtsumme	9	472	481	467	7	474	7	1101

Anlage 2.

Nachweisung

über die im Bezirk Lome behandelten Farbigen.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					entlassen	gestorben	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.								
1	Windpocken	.	13	13	13	.	13	.	.
2	Karbunkel	.	1	1	1	.	1	.	.
3	Pyaemie	1	10	11	11	.	11	.	110
4	Typhus	.	1	1	1	.	1	.	15
5	Malaria	1	176	177	176	.	176	1	14
6	Schwarzwasserfieber	.	2	2	2	.	2	.	.
7	Tuberkulose der Lungen	.	6	6	5	1	6	.	.
8	„ „ Knochen und Gelenke	2	10	12	11	.	11	1	313
9	„ anderer Organe	.	5	5	4	1	5	.	86
10	Ruhr	.	53	53	52	1	53	.	5
11	Starrkrampf	.	5	5	3	2	5	.	58
12	Akuter Gelenkrheumatismus	.	10	10	10	.	10	.	47
13	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	70	70	69	.	69	1	10
14	Blutarmut	2	9	11	11	.	11	.	.
15	Zuckerharnruhr	.	1	1	1	.	1	.	.
16	Vergiftung durch Tiere	.	5	5	5	.	5	.	.
17	Hitzschlag	.	1	1	1	.	1	.	.
18	Keuchhusten	.	6	6	6	.	6	.	.
19	Aussatz (vgl. Aussätzigenheim Bagida)	.	3	3	3	.	3	.	.
20	Framboesie	.	7	7	7	.	7	.	15
21	Filaria medinensis	1	57	58	53	.	53	5	.
22	„ volvolus	.	2	2	2	.	2	.	.
23	„ loa	.	2	2	2	.	2	.	.
24	Filarienerkrankungen	.	.	.	.	.	.	.	.
25	Lymphskrotum	.	1	1	1	.	1	.	38
26	Haematochylurie	.	1	1	1	.	1	.	.
27	Elefantiasis	.	8	8	7	.	7	1	3
28	Beginnende Elefantiasis mit Leistendrüsentumoren	.	3	3	3	.	3	.	.
29	Sandflöhe	.	2	2	2	.	2	.	.
	Summe der Gruppe I	7	470	477	463	5	468	9	714

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: entlassen	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	II. Krankheiten des Nervensystems.								
30	Geisteskrankheiten	1	5	6	6	.	6	.	.
31	Fallsucht	.	3	3	3	.	3	.	.
32	Eklampsie	.	3	3	2	1	3	.	.
33	Krankheiten im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	134	134	134	.	134	.	.
34	Hirnhautentzündungen	.	1	1	.	1	1	.	.
35	Krankheiten des Gehirns	.	9	9	8	.	8	1	91
36	„ „ Rückenmarks	.	6	6	6	.	6	.	344
37	Neurasthenie	.	2	2	2	.	2	.	.
38	Impotenz	.	5	5	5	.	5	.	.
39	Veitstanz	.	3	3	3	.	3	.	.
40	Ainhum	.	1	1	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe II	1	172	173	170	2	172	1	435
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.								
41	Krankheiten der Nase	.	11	11	10	.	10	1	.
42	„ des Kehlkopfes	.	2	2	2	.	2	.	.
43	„ der Luftröhre	.	3	3	3	.	3	.	.
44	„ der Bronchien	3	149	152	150	.	150	2	.
45	Lungenentzündung	.	3	3	3	.	3	.	.
46	Brustfellentzündung	.	23	23	22	.	22	1	7
47	Asthma	.	5	5	5	.	5	.	.
48	Andere Krankheiten des Brustkorbes	.	4	4	3	.	3	1	.
	Summe der Gruppe III	3	200	203	198	.	198	5	7
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.								
49	Erkrankungen der Herzklappen	1	13	14	14	.	14	.	3
50	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	25	25	25	.	25	.	.
51	Krankheiten der Pulsadern	.	2	2	1	1	2	.	.
52	Hämorrhoiden	.	9	9	6	.	6	3	6
53	Entzündung der Lymphgefäße	.	86	86	82	.	82	4	37
54	„ „ Lymphdrüsen	.	38	38	36	.	36	2	32
55	Kropf	.	3	3	1	.	1	2	16
56	Idiopathischer Milztumor	.	1	1	1	.	1	.	23
	Summe der Gruppe IV	1	177	178	166	1	167	11	117
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
57	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	85	85	85	.	85	.	.
58	Mandelentzündung	.	9	9	9	.	9	.	.

Lfdc. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					entlassen	gestorben	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59	Mund- und Rachenkrankheiten	.	49	49	49	.	49	.	.
60	Krankheiten der Speicheldrüsen	.	2	2	2	.	2	.	.
61	Magenkatarrh	.	20	20	20	.	20	.	.
62	Magengeschwür	.	4	4	4	.	4	.	.
63	Darmkatarrh	.	168	168	168	.	168	.	15
64	Verstopfung	1	131	132	132	.	132	.	.
65	Unterleibsbrüche	.	16	16	16	.	16	.	172
66	Innerer Darmverschluß	.	1	1	.	1	1	.	.
67	Blinddarmentzündung	1	4	5	5	.	5	.	.
68	Bauchfellentzündung	.	2	2	.	2	2	.	.
69	Katarrhalische Gelbsucht	.	1	1	1	.	1	.	.
70	Krankheiten der Leber	1	12	13	12	.	12	1	24
71	Leberabszeß	.	6	6	5	.	5	1	141
72	Krankheiten des Mastdarmes	1	11	12	11	.	11	1	36
73	Eingeweidewürmer	.	10	10	10	.	10	.	.
	Summe der Gruppe V	4	531	535	529	3	532	3	388
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
74	Nierenentzündung	.	12	12	11	.	11	1	3
75	Blasenkatarrh	.	13	13	13	.	13	.	.
76	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	17	17	17	.	17	.	.
77	Verengerungen der Harnröhre	1	11	12	11	.	11	1	114
78	Fistel der Harnröhre	2	4	6	6	.	6	.	48
79	Wasserbruch	2	19	21	21	.	21	.	118
80	Krankheiten der Hoden	.	2	2	2	.	2	.	6
81	Krampfaderbruch	.	1	1	1	.	1	.	.
82	Entzündungen der Scheide	.	2	2	2	.	2	.	.
83	„ „ Gebärmutter	1	7	8	7	.	7	1	8
84	Geschwülste der Gebärmutter	1	6	7	6	.	6	1	81
85	Lageveränderungen der Gebärmutter	.	2	2	1	.	1	1	22
86	Krankheiten der Eileiter	.	9	9	9	.	9	.	.
87	Geschwülste der Eierstöcke	.	1	1	1	.	1	.	.
88	Entzündungen des Beckenbindegewebes	.	1	1	1	.	1	.	.
89	Anomalien der Menstruation	.	7	7	6	.	6	1	.
90	Sterilität	.	1	1	1	.	1	.	.
91	Abort	.	4	4	3	.	3	1	37
92	Geburtsstörungen	1	5	6	2	4	6	.	14
93	Scheiden-Dammrisse	.	2	2	2	.	2	.	.
94	Schwangerschaftsbeschwerden	.	5	5	5	.	5	.	5
	Summe der Gruppe VI	8	131	139	128	4	132	7	456

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: entlassen	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	VII. Venerische Krankheiten.								
95	Tripper bei Männern	2	74	76	73	.	73	3	.
96	„ „ Weibern	3	71	74	72	.	72	2	45
97	Nebenhodenentzündung . . .	.	15	15	15	.	15	.	.
98	Weicher Schanker	.	16	16	15	.	15	1	.
99	Syphilis	1	28	29	28	1	29	.	165
	Summe der Gruppe VII	6	204	210	203	1	204	6	210
	VIII. Augenkrankheiten.								
100	Krankheiten der Lider . . .	.	4	4	4	.	4	.	.
101	„ „ Bindehaut .	1	118	119	119	.	119	.	.
102	„ „ Hornhaut . .	2	34	36	33	.	33	3	23
103	„ „ Regenbogenhaut . .	1	7	8	7	.	7	1	.
104	„ „ Linse . . .	.	5	5	5	.	5	.	.
105	„ „ Aderhaut . .	.	2	2	2	.	2	.	.
106	„ des Sehnerven .	.	3	3	3	.	3	.	.
107	Schrumpfung des Augapfels .	.	4	4	4	.	4	.	.
108	Brechungsfehler	.	1	1	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe VIII	4	178	182	178	.	178	4	23
	IX. Ohrenkrankheiten.								
109	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	47	47	47	.	47	.	9
110	Krankheiten des mittleren Ohres	1	21	22	22	.	22	.	41
	Summe der Gruppe IX	1	68	69	69	.	69	.	50
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.								
111	Krätze	1	29	30	30	.	30	.	.
112	Akute Hautkrankheiten . . .	.	52	52	52	.	52	.	.
113	Chronische Hautkrankheiten .	.	72	72	71	.	71	1	.
114	Geschwüre	3	273	276	264	.	264	12	29
115	Zellengewebsentzündung . .	2	73	75	75	.	75	.	.
116	Furunkel	.	27	27	27	.	27	.	.
117	Gutartige Geschwülste . . .	1	14	15	14	.	14	1	.
118	Läuse	.	15	15	15	.	15	.	.
	Summe der Gruppe X	7	555	562	548	.	548	14	29
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
119	Knochenhautentzündung . .	.	11	11	9	.	9	2	.
120	Knochenentzündung	.	12	12	12	.	12	.	95
121	Akute Gelenkentzündung . .	.	5	5	5	.	5	.	6
122	Chronische Gelenkentzündung	1	21	22	19	.	19	3	56

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					entlassen	gestorben	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
123	Krankheiten der Muskeln . .	1	53	54	54	.	54	.	.
124	„ „ Schleimbeutel	.	9	9	9	.	9	.	.
125	„ „ Sehnen. . .	.	7	7	7	.	7	.	.
126	Fibrome der Sehnenscheiden .	.	4	4	4	.	4	.	.
	Summe der Gruppe XI	2	122	124	119	.	119	5	157
	XII. Mechanische Verletzungen.								
127	Quetschung	.	23	23	23	.	23	.	33
128	Knochenbruch	1	18	19	18	1	19	.	340
129	Verstauchung	.	13	13	13	.	13	.	295
130	Verrenkung	.	2	2	2	.	2	.	.
131	Schußwunden	.	5	5	3	1	4	1	18
132	Schnittwunden	2	81	83	82	.	82	1	13
133	Quetschwunden	2	216	218	212	.	212	6	62
134	Bißwunden	.	17	17	16	.	16	1	1
135	Verbrennung	2	10	12	11	.	11	1	.
	Summe der Gruppe XII	7	385	392	380	2	382	10	762
	XIII. Andere Krankheiten.								
136	Mißbildungen	.	5	5	5	.	5	.	.
	Summe der Gruppe XIII	.	5	5	5	.	5	.	.
	Gesamtsumme	51	3198	3249	3156	18	3174	75	3348

Anlage 3.

Nachweisung

über die kranken Europäer des Bezirkes Anecho.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang anderweitig	Abgang Summe	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
1	Malaria	.	9	9	9	9	34
2	Schwarzwasser	.	1	1	1	1	23
3	Dysenterie	.	4	4	4	4	57
4	Filariasis	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe I	.	15	15	15	15	114
	II. Krankheiten des Nervensystems.						
5	Ischias	.	1	1	1	1	.
6	Neurasthenie	.	2	2	2	2	14
	Summe der Gruppe II	.	3	3	3	3	14
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
7	Kehlkopfpolyp	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe III	.	1	1	1	1	.
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
8	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	1	1	1	1	.
9	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	.	1	1	1	.
	Summe der Gruppe IV	1	1	2	2	2	.
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
10	Krankheiten der Zähne	.	6	6	6	6	.
11	Magengeschwür	1	.	1	1	1	.
12	Magendarmkatarrh	.	5	5	5	5	8
13	katarrh. Gelbsucht	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe V	1	12	13	13	13	8
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.						
14	Krankheiten der Eichel	.	1	1	1	1	.
15	Harnröhrenfistel	.	1	1	1	1	55
	Summe der Gruppe VI	.	2	2	2	2	55

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang anderweitig	Abgang Summe	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8
	VII. Venerische Krankheiten.						
16	Tripper	.	5	5	5	5	.
17	Weicher Schanker	.	1	1	1	1	.
18	Syphilis	.	2	2	2	2	.
	Summe der Gruppe VII	.	8	8	8	8	.
	VIII. Augenkrankheiten.						
19	Krankheiten der Bindehaut	.	2	2	2	2	.
20	Krankheiten der Hornhaut	.	1	1	1	1	.
21	Brechungsfehler	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe VIII	.	4	4	4	4	.
	IX. Ohrenkrankheiten.						
22	Krankheiten des äußeren Ohres	.	1	1	1	1	.
23	Krankheiten des mittleren Ohres	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe IX	.	2	2	2	2	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
24	Akute Hautkrankheiten	.	1	1	1	1	.
25	Chronische Hautkrankheiten	.	1	1	1	1	.
26	Zellgewebsentzündung	.	3	3	3	3	13
27	Furunkel	1	1	2	2	2	.
28	Chron. Unterschenkelgeschwür	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe X	1	7	8	8	8	13
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
29	Muskelrheumatismus	.	1	1	1	1	.
30	Schleimbeutelentzündung	.	2	2	2	2	.
31	Plattfüße	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe XI	.	4	4	4	4	.
	XII. Mechanische Verletzungen.						
32	Schnittwunden	.	1	1	1	1	.
	Summe der Gruppe XII	.	1	1	1	1	.
	Gesamtsumme	3	60	63	63	63	204

Anlage 4.

Nachweisung

über die kranken Farbigen des Bezirkes Anecho.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.								
1	Windpocken	.	6	6	.	6	6	.	.
2	Pyämie	1	2	3	1	2	3	.	.
3	Malaria	19	208	227	2	225	227	.	1
4	Lepra	.	1	1	.	1	1	.	.
5	Tuberkulose der Lungen	.	10	10	2	8	10	.	.
6	Dysenterie	2	37	39	1	38	39	.	.
7	Starrkrampf	.	1	1	1	.	1	.	1
8	Akuter Gelenkrheumatismus	1	5	6	.	6	6	.	18
9	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	5	5	.	5	5	.	42
10	Blutarmut	2	19	21	.	21	21	.	.
11	Zuckerruhr	.	2	2	.	2	2	.	.
12	Framboesie	.	11	11	.	10	10	1	9
13	Skorpionstich	.	1	1	.	1	1	.	.
14	Filarien: f. dracunculus	.	12	12	.	12	12	.	16
15	f. loa	.	2	2	.	2	2	.	.
16	Bilharzia	.	1	1	.	1	1	.	.
17	Ankylostomiasis	.	3	3	.	3	3	.	4
18	Eingeweidewürmer	.	15	15	.	15	15	.	.
	Summe der Gruppe I	25	341	366	7	358	365	1	91
	II. Krankheiten des Nervensystems.								
19	Geisteskrankheit	.	1	1	.	1	1	.	.
20	Erkrankungen einzelner Nerven	.	32	32	.	32	32	.	.
21	Krankheiten des Gehirns	.	3	3	.	3	3	.	.
22	Neurasthenie	.	4	4	.	4	4	.	.
23	Kopfschmerzen	.	4	4	.	4	4	.	.
	Summe der Gruppe II	.	44	44	.	44	44	.	.
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.								
24	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	7	7	.	7	7	.	.
25	Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	9	9	1	8	9	.	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	Bronchialkatarrh	5	85	90	.	90	90	.	.
27	Lungenentzündung	.	9	9	.	9	9	.	6
28	Brustfellentzündung	.	5	5	.	5	5	.	.
29	Asthma	.	4	4	.	4	4	.	3
30	Lungenembolie	.	1	1	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe III	5	120	125	2	123	125	.	9
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.								
31	Erkrankung der Herzklappen	.	20	20	.	20	20	.	.
32	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	6	6	.	5	5	1	.
33	Pulsadergeschwulst	.	1	1	.	1	1	.	.
34	Hämorrhoiden	.	9	9	.	9	9	.	.
35	Venenentzündung	1	4	5	.	5	5	.	.
36	Entzündung der Lymphgefäße	.	9	9	.	9	9	.	.
37	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	17	17	.	16	16	1	16
38	Kropf	.	2	2	.	2	2	.	31
39	Bauchwassersucht	1	3	4	.	4	4	.	.
	Summe der Gruppe IV	2	71	73	.	71	71	2	47
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
40	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	45	45	.	45	45	.	.
41	Mandelentzündung	1	23	24	.	24	24	.	.
42	Krankheiten des Mundes und Rachens	.	44	44	.	44	44	.	.
43	Krankheiten der Speicheldrüsen	.	2	2	.	2	2	.	.
44	Magendarmkatarrh	6	179	185	.	185	185	.	24
45	Unterleibsbrüche	.	24	24	.	22	22	2	96
46	Blinddarmentzündung	.	4	4	.	4	4	.	3
47	Katarrhalische Gelbsucht	2	11	13	1	12	13	.	2
48	Krankheiten der Leber	3	18	21	3	18	21	.	1
49	Krankheiten des Mastdarms	.	11	11	.	10	10	1	1
50	Geschwulst im Bauch	.	1	1	.	1	1	.	.
51	Obstipation	.	38	38	.	38	38	.	.
	Summe der Gruppe V	12	400	412	4	405	409	3	127
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
52	Nierenentzündung	.	11	11	1	10	11	.	7
53	Blasenkatarrh	.	15	16	.	16	16	.	.
54	Andere Blasenkrankheiten	.	3	3	.	3	3	.	.
55	Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	2	2	.	2	2	.	.
56	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	5	5	.	5	5	.	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57	Harnröhrenstrikturen u. Fisteln	.	15	15	.	15	15	.	83
58	Wasserbruch	.	16	16	.	15	15	1	13
59	Krampfaderbruch	.	3	3	.	3	3	.	.
60	Hodenentzündung	.	2	2	.	1	1	1	.
61	Impotenz	.	10	10	.	10	10	.	.
62	Krankheiten der Scheide	.	2	2	.	2	2	.	.
63	„ „ Gebärmutter	1	13	14	.	13	13	1	.
64	Anomalien der Menstruation	.	8	8	.	8	8	.	.
65	„ „ Geburt	.	3	3	.	3	3	.	.
66	Krankheiten der Brustdrüse	.	9	9	.	9	9	.	5
	Summe der Gruppe VI	2	117	119	1	115	116	3	133
	VII. Venerische Krankheiten.								
67	Tripper	4	34	38	.	38	38	.	.
68	Nebenhodenentzündung	.	5	5	.	5	5	.	.
69	Weicher Schanker	.	6	6	.	6	6	.	18
70	Bubo	.	9	9	.	9	9	.	5
71	Syphilis	8	20	28	1	26	27	1	104
	Summe der Gruppe VII	12	74	86	1	84	85	1	127
	VIII. Augenkrankheiten.								
72	Krankheiten der Lider	.	8	8	.	8	8	.	.
73	„ „ Bindehaut	2	77	79	.	76	76	3	.
74	„ „ Tränenorgane	.	1	1	.	1	1	.	.
75	„ „ Augenmuskeln	1	.	1	.	1	1	.	.
76	„ „ Hornhaut	1	19	20	.	19	19	1	.
77	„ „ Regenbogenhaut	.	10	10	.	10	10	.	.
78	„ „ Linse	.	10	10	.	8	8	2	.
79	„ des Sehnerven	.	1	1	.	1	1	.	.
80	Brechungsfehler	.	2	2	.	2	2	.	.
81	Panophthalmie	.	2	2	.	2	2	.	.
	Summe der Gruppe VIII	4	130	134	.	128	128	6	.
	IX. Ohrenkrankheiten.								
82	Krankheiten des äußeren Ohres	.	14	14	.	14	14	.	.
83	„ „ mittleren „	.	37	37	.	37	37	.	.
	Summe der Gruppe IX	.	51	51	.	51	51	.	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.								
84	Krätze	.	16	16	.	16	16	.	.
85	Akute Hautkrankheiten	.	44	44	.	43	43	1	.
86	Chronische Hautkrankheiten	2	28	30	.	30	30	.	5

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
					gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
87	Zellgewebsentzündung . . .	2	83	85	.	83	83	2	40
88	Geschwüre	10	98	108	.	97	97	11	73
89	Gutartige Geschwülste . . .	.	18	18	.	18	18	.	5
	Summe der Gruppe X	14	287	301	.	287	287	14	123
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
90	Knochenhautentzündung . .	.	4	4	.	4	4	.	.
91	Knochenentzündung	.	2	2	.	2	2	.	2
92	Akute Gelenkentzündung . .	.	9	9	.	9	9	.	3
93	Muskelrheumatismus	.	81	81	.	80	80	1	.
94	Krankheiten der Muskeln . .	.	2	2	.	2	2	.	.
95	„ „ Schleimbeutel	.	1	1	.	1	1	.	.
96	„ „ Sehnen . . .	.	5	5	.	5	5	.	.
	Summe der Gruppe XI	.	104	104	.	103	103	1	5
	XII. Mechanische Verletzungen.								
97	Knochenbruch des Oberschenkels	.	1	1	.	1	1	.	.
98	Knochenbruch des Unterschenkels	.	1	1	1	.	1	.	6
99	Veralteter Bruch der Wirbelsäule	.	1	1	.	1	1	.	.
100	Verstauchung unterer Glieder	.	1	1	.	1	1	.	.
101	Verrenkung oberer Glieder .	.	1	1	.	1	1	.	.
102	Schußwunden	.	1	1	.	1	1	.	.
103	Schnittwunden	1	36	37	.	35	5	2	59
104	Stichwunden	.	3	3	.	3	3	.	.
105	Quetschwunden	3	71	74	.	69	9	5	31
106	Bißwunden	.	3	3	.	3	63	.	.
107	Brandwunden	.	6	6	.	6	6	.	.
	Summe der Gruppe XII	4	125	129	1	121	122	7	96
	XIII. Andere Krankheiten.								
108	Altersschwäche	.	2	2	.	1	1	1	8
109	Angeb. Wasserkopf	.	1	1	.	1	1	.	.
110	Bettnässen	.	1	1	.	1	1	.	.
	Summe der Gruppe XIII	.	4	4	.	3	3	1	8
	Gesamtsumme	80	1868	1948	16	1893	1909	39	766

Anlage 5.

Übersicht

über die im Bezirk Anecho wichtigeren stationär behandelten chirurgischen Eingriffe.

Bei Europäern:

Harnröhrenfistel	1	

Bei Eingeborenen:

Tracheotomie	1	
Hämorrhoiden	5	
Mastdarmfisteln	5	
Mastdarmvorfall	1	
Blasenschnitt	1	
Suprapubische Prostatectomie	1	
Hydrocelen	13	
Harnröhrenfisteln	4	
Leistenbrüche	14	(davon 4 doppelseitig, 1 kombiniert mit Hydrocele, 2 „ „ Kastration)
Kropf	2	
Sequestrotomie	1	
Abdom. Uterusexstirpation	1	
Zangengeburt	1	
Amputation des Vorderarmes	1	
Amputation des Oberschenkels	2	
Staroperation	5	
Enucleatio bulbi	2	

Anlage 6.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Palime.

Iststärke: 63.

lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Malaria	.	8	8	5	2	7	1	4	23
2	Schwarzwasserfieber	.	1	1	1	.	1	.	10	18
3	Dysenterie	.	1	1	.	1	1	.	.	1
4	Sonnenstich	.	1	1	.	1	1	.	.	2
5	Alkoholismus	.	1	1	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe I	.	12	12	6	5	11	1	14	45
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
6	Neuralgie	.	1	1	.	1	1	.	.	1
7	Hemiplegie	.	1	1	.	1	1	.	1	.
	Summe der Gruppe II	.	2	2	.	2	2	.	1	1
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
8	Bronchialkatarrh	.	1	1	1	.	1	.	.	19
	Summe der Gruppe III	.	1	1	1	.	1	.	.	19
	IV. Krankheiten der Kreislaufsorgane.									
9	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	1	1	1	.	1	.	.	35
	Summe der Gruppe IV	.	1	1	1	.	1	.	.	35
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
10	Mandelentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.	4
11	Magenkatarrh	.	1	1	1	.	1	.	.	15
12	Stuhlverhaltung	.	1	1	1	.	1	.	.	1
13	Dickdarmkatarrh	.	1	1	.	1	1	.	.	3
14	Gelbsucht	.	1	1	1	.	1	.	.	7
	Summe der Gruppe V	.	5	5	4	1	5	.	.	30

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	VII. Venerische Krankheiten.									
15	Tripper	.	8	8	6	2	8	.	.	236
16	Nebenhodenentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.	26
17	Schanker	.	1	1	.	1	1	.	.	1
18	Syphilis	1	5	6	5	1	6	.	.	121
	Summe der Gruppe VII	1	15	16	12	4	16	.	.	384
	VIII. Augenkrankheiten.									
19	Fremdkörper in der Hornhaut	.	1	1	1	.	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VIII	.	1	1	1	.	1	.	.	1
	IX. Ohrenkrankheiten.									
20	Entzündung des äußeren Gehörgangs	.	3	3	2	1	3	.	.	100
21	Trommelfellentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.	20
	Summe der Gruppe IX	.	4	4	3	1	4	.	.	120
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
22	Hautausschlag	.	1	1	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe X	.	1	1	.	1	1	.	.	1
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
23	Muskelrheumatismus	.	1	1	.	1	1	.	.	1
24	Schleimbeutelentzündung	.	1	1	1	.	1	.	.	3
25	Knochenhautentzündung	.	1	1	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XI	.	3	3	1	2	3	.	.	5
	XII. Mechanische Verletzungen.									
26	Quetschung der Weichteile	.	1	1	1	.	1	.	.	2
	Summe der Gruppe XII	.	1	1	1	.	1	.	.	2
	XV. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.									
27	Bandwurm	.	2	2	2	.	2	.	.	5
	Summe der Gruppe XV	.	2	2	2	.	2	.	.	5
	Gesamtsumme	1	48	49	32	16	48	1	15	648

Anlage 7.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Palime.

Iststärke: 100 000.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	.	2	2	2	.	.	2	.	50	.
2	Windpocken	.	3	3	3	.	.	3	.	13	.
3	Malaria	.	20	20	10	.	10	20	.	8	174
4	Dysenterie	.	4	4	2	.	2	4	.	2	12
5	Tuberkulose der Lungen	.	1	1	.	.	1	1	.	56	.
6	Tuberkulose der Knochen	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
7	Blutarmut	.	1	1	1	.	.	1	.	37	2
8	Gelenkrheumatismus	1	3	4	1	.	3	4	.	.	72
9	Trypanosomiasis	.	72	72	.	3	69	72	.	8496	104
10	Vergiftung durch Alkohol	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
11	Vergiftung durch Schlangenbiß	.	2	2	2	.	.	2	.	.	3
12	Sepsis	.	1	1	1	.	.	1	.	52	.
13	Bösartige Geschwülste	.	1	1	1	.	.	1	.	5	35
	Summe der Gruppe I	1	112	113	23	4	86	113	.	8720	403
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
14	Epilepsie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	11
15	Neuralgie	.	3	3	2	.	1	3	.	.	13
16	Hemiplegische Lähmung	.	2	2	.	.	1	1	1	3	.
	Summe der Gruppe II	.	6	6	3	.	2	5	1	3	24
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
17	Fremdkörper in der Nase	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
18	Erkältung	.	10	10	5	.	5	10	.	.	12
19	Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	.	10
20	Akuter Bronchialkatarrh	.	8	8	5	.	3	8	.	.	44
21	Chronischer Bronchialkatarrh	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
22	Asthma bronchiale	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
23	Lungenkatarrh	.	4	4	1	.	3	4	.	6	30
24	Croupöse Lungenentzündung	2	8	10	7	.	3	10	.	43	47
25	Brustfellentzündung	.	9	9	4	.	5	9	.	61	26
	Summe der Gruppe III	2	44	46	26	.	20	46	.	110	186

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
26	Klappenfehler des Herzens	.	2	2	.	.	2	2	.	.	8
27	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
28	Thrombose	.	1	1	.	1	.	1	.	3	.
29	Hämorrhoiden	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
30	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	7	8	2	.	6	8	.	.	37
	Summe der Gruppe IV	1	14	15	2	1	12	15	.	3	49
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
31	Entzündung der Mundschleimhaut	.	2	2	1	.	1	2	.	.	2
32	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	10	10	10	.	.	10	.	.	15
33	Magenkatarrh	.	2	2	1	.	1	2	.	.	4
34	Darmkatarrh	.	9	9	6	.	3	9	.	.	28
35	Stuhlverhaltung	.	3	3	2	.	1	3	.	.	3
36	Hernie	.	4	4	1	.	3	4	.	25	3
37	Innerer Darmverschluß	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
38	Bauchhöhlengeschwulst	.	1	1	.	.	.	.	1	2	.
39	Mastdarmfistel	.	3	3	2	.	1	3	.	6	108
40	Mastdarmvorfall	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe V	.	36	36	24	.	11	35	1	42	164
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
41	Paraphimose	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
42	Harnröhrenverengerung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
43	Harnröhrenfistel	.	3	3	.	.	3	3	.	.	3
44	Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	2	2	.	.	2	2	.	35	8
45	Wasserbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
46	Blasenkatarrh	.	4	4	.	.	4	4	.	.	11
47	Nierenentzündung	.	6	6	3	1	2	6	.	15	47
	Summe der Gruppe VI	.	18	18	4	1	13	18	.	50	74
	VII. Venerische Krankheiten.										
48	Tripper	.	43	43	19	.	24	43	.	130	1105
49	Schanker	.	7	7	4	.	2	6	1	.	136
50	Bubo	.	6	6	6	.	.	6	.	42	118
51	Syphilis	.	10	10	2	.	7	9	1	35	191
	Summe der Gruppe VII	.	66	66	31	.	33	64	2	207	1550

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
52	Krankheiten der Tränenorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
53	Bindehautkatarrh	.	4	4	2	.	2	4	.	.	22
54	Krankheiten der Hornhaut	.	2	2	2	.	.	2	.	.	27
55	Fremdkörper in der Hornhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
56	Krankheiten und Fehler des Brechungs- und Einstellungsvermögens	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
57	Glaukom	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VIII	.	11	11	6	.	5	11	.	.	67
	IX. Ohrenkrankheiten.										
58	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	2	2	2	.	.	2	.	.	14
59	Krankheiten des Trommelfells	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
60	Krankheiten des Mittelohrs	.	1	1	.	.	1	1	.	.	4
	Summe der Gruppe IX	.	4	4	2	.	2	4	.	.	19
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
61	Akute Hautkrankheiten	.	3	3	.	.	3	3	.	.	13
62	Chronische Hautkrankheiten	.	2	2	1	.	1	2	.	.	5
63	Hautgeschwüre	3	20	23	14	.	9	23	.	.	285
64	Tropisches Geschwür	1	45	46	30	.	15	45	1	.	1111
65	Eingewachsener Nagel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
66	Panaritium	.	3	3	2	.	1	3	.	.	11
67	Furunkel	.	3	3	3	.	.	3	.	7	43
68	Zellgewebsentzündung	1	14	15	9	.	6	15	.	3	165
	Summe der Gruppe X	5	91	96	60	.	35	95	1	10	1642
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
69	Muskelrheumatismus	.	6	6	3	.	3	6	.	.	8
70	Knochenhautentzündung	.	9	9	5	.	4	9	.	3	28
71	Knochenmarkentzündung	1	1	2	1	.	1	2	.	10	170
72	Kniegelenkentzündung	.	5	5	4	.	1	5	.	63	18
73	Ainhum	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XI	1	22	23	13	.	10	23	.	76	225
	XII. Mechanische Verletzungen.										
74	Quetschung der Weichteile	.	3	3	2	.	1	3	.	.	9
75	Verletzung der Harnröhre	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
76	Verstauchung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
77	Bruch des Oberarmes	.	1	1	1	.	.	1	.	.	32
78	Bruch des Oberschenkels	.	1	1	1	.	.	1	.	84	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
79	Bruch des Unterschenkels	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
80	Schußwunden	.	4	4	2	1	1	4	.	32	53
81	Stichwunden	.	1	1	.	.	1	1	.	2	.
82	Schnittwunden	.	8	8	8	.	.	8	.	2	138
83	Riß- und Quetschwunden	.	38	38	31	.	6	37	1	52	393
84	Verbrennung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
	Summe der Gruppe XII	.	60	60	47	1	11	59	1	172	645
85	**XIV. Zur Beobachtung**	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XIV	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	XV. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Erkrankungen.										
86	Sandfloh	.	2	2	2	.	.	2	.	.	5
87	Ascaris lumbricoides	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
88	Ankylostoma	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
89	Bilharzia	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
90	Dracunculus	.	7	7	6	.	1	7	.	342	1
91	Filaria	.	3	3	.	.	3	3	.	.	3
	Summe der Gruppe XV	.	15	15	10	.	5	15	.	342	17
	XVI. Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.										
92	Unvermögen des Stillens	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
93	Brustdrüsenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	64
94	Abort	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
95	Dammriß	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
96	Eklampsie	.	1	1	1	.	.	1	.	8	.
97	Bartholinitis	.	1	1	.	.	1	1	.	34	.
98	Endometritis	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
99	Mastdarm-Scheidenfistel	.	1	1	1	.	.	1	.	23	81
	Summe der Gruppe XVI	.	9	9	6	.	3	9	.	66	149
	Gesamtsumme	10	509	519	257	7	249	513	6	9801	5215

Anlage 8.

Nachweisung

über die im Jahre 1908/09 verstorbenen Europäer.

Iststärke: 330.*)

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen Jahre	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahre	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	K.	männl.	30	$1^{5}/_{12}$	$1^{5}/_{12}$	2. 6. 08	Malaria	
2	L.	„	25	$^{11}/_{12}$	$^{11}/_{12}$	3. 6. 08	Fieber aus nicht festgestellter Ursache	
3	F.	„	25	$3^{4}/_{12}$	$^{2}/_{12}$	5. 7. 08	Schwarzwasserfieber	
4	H.	weibl.	37	$6^{1}/_{2}$	$6^{1}/_{2}$	23. 7. 08	Tuberkulose der Wirbelsäule	
5	B.	männl.		18	.	27. 9. 08	Leberabszesse	Krank von Kamerun.
6	W.	„	30	$4^{4}/_{12}$	$4^{4}/_{12}$	27. 12. 08	Gehirngeschwulst	
7	H.	„	31	7	7	16. 1. 09	Typhus und Malaria	

*) Siehe Denkschrift über die Entw. — Togo — 1908/09 S. 63.

IV. Deutsch-Südwestafrika.*)

(Ein Bericht ist nicht eingegangen.)

Übersicht

über die Verteilung der Zahl der Krankheitsfälle mit den Behandlungstagen über die einzelnen Bezirke bzw. Distrikte des südwestafrikanischen Schutzgebietes.

Berichtsjahr 1908/09.

Bezirk	I. Weiße Zivilbevölkerung			II. Farbige Zivilbevölkerung		
	Iststärke	Gesamtkranke	Behandlungstage	Iststärke	Gesamtkranke	Behandlungstage
Windhuk	2188	1150	7633	8975	550	—
Swakopmund . .	1333	366	5014	1865	357	10532
Lüderitzbucht .	940	670	5192	2004	562	7384
Keetmanshoop .	1791	151	1483	7165	261	1141
Okahandja . . .	494	127	2081	2404	—	—
Omaruru	570	54	615	6550	81	885
Gibeon	731	142	1974	2145	145	3576
Gobabis	319	61	374	5176	132	1110
Grootfontein . .	743	28	—	8595	—	—
Bethanien . . .	57	19	247	328	22	359
Warmbad	875	10	101	2421	27	943
Namutoni . . .	27	—	—	372	67	1037
Okaukwejo . . .	3	2	9	100	46	—

*) Wegen des Kriegssanitätsberichtes 1904/07 siehe Seite 482.

Verzeichnis

der im Jahre 1908 im südwestafrikanischen Schutzgebiete verstorbenen Weifsen.

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
			1. Bezirk Grootfontein.			
1	K.	46	Tischler	Österreicher	4 Jahre	infolge schwerer Körperverletzung (Schädelfraktur)
2	G.	2	.	Deutsche	2 „	Herzlähmung
3	S.	49	Zimmermann	Deutscher	8 „	Malaria
4	S.	$22^{7}/_{12}$	Kaufmann	„	In Tsumeb vom 3. 10. 07 bis 2. 5. 08	Vereiterung des Hüftgelenks (Osteomyelitis), des Darmbeins und der anstoßenden Teile des Kreuzbeines mit Durchbruch in die Blase.
5	G.	26	Stellmacher	„	3 Jahre 6 Mon.	Lungenentzündung
6	N.	4 Tage	.	„	.	Darmkatarrh
7	L.	$48^{1}/_{4}$	Wäscherin	Französin	In Tsumeb vom 3. 11. 07 bis 25. 9. 08	Herzfehler
8	K.	$27^{10}/_{12}$	Schlosser	Deutscher	In Tsumeb vom 21. 7. 07 bis 7. 12. 08	Malaria
			2. Bezirk Outjo.			
9	L.	64	Farmer	Reichsdeutscher	32 Jahre	Magenkrebs
10	B.	12 Tage	.	Engländer	.	Entkräftung
11	G.	27	Gefreiter der Schutztruppe (Arbeiter)	Deutscher	Seit 1. 7. 07	Zertrümmerung der Schädeldecke durch Herabfallen eines Balkens
			3. Bezirk Omaruru.			
12	R.	44	Farmersfrau	Badenserin	$2^{1}/_{2}$ Jahre	Herzschwäche
13	S.	22	Farmer	Österreicher	4 Monate	Ruhr
14	S.	13 Stunden	.	.	unbekannt	nicht lebensfähig
15	S.	45	Zimmermann	Italiener		.

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
			4. Bezirk Karibib.			
16	L.	30	Zugführer	Deutscher	6 Wochen	Selbstmord
17	T.	45	Arbeiter	„	10 Jahre	allgemeine Entkräftung
18	M.	$1^1/_2$	.	„	$1^1/_2$ „	Essigessenz getrunken und vergiftet
19	L.	34	Bahnmeister	„	3 „	bei einem Brunneneinsturz erstickt
20	S.	$4^1/_2$ Mon.	.	„	$4^1/_2$ Monate	Ruhr
21	B.	$^1/_4$	.	„	3 „	Darmkatarrh
22	K.	40	Kaufmann	„	2 Jahre	Herzleiden
23	R.	$^2/_{12}$	.	„	2 Monate	Kindskrämpfe
24	R.	$^7/_{12}$	.	„	7 „	Lungenentzündung
25	S.	26	Motorführer	„	5 „	mit Draisine verunglückt
			5. Distrikt Okahandja			
26	S.	41	Schlosser	Preuße	Seit 1905	Selbstmord
27	G.	3	.	„	„ „	Unglücksfall
28	S.	48	Farmer	ohne	„ 1894	Selbstmord
			6. Distrikt Gobabis.			
29	S.	$^8/_{12}$	.	Deutscher	8 Monate	Bronchialkatarrh
30	P.	30	Soldat	„	$1^3/_4$ Jahre	Unglücksfall
31	S.	$^8/_{12}$	.	„	8 Monate	Gehirnentzündung
32	G.	25 Stunden	.	„	.	Lungenentzündung
33	M.	$45^1/_2$	Farmer	„	$^3/_4$ Jahr	Herzschlag
34	G.	23	Soldat	„	$1^1/_4$ Jahre	Unglücksfall
			7. Bezirk Windhuk.			
35	W.	$1^2/_{12}$	.	Engländer	.	Gehirnentzündung
36	A.	$1^5/_{12}$	.	Preuße	.	Darmkatarrh
37	M.	1 Tag	.	Badenser	.	Bei der Entbindung gestorben
38	M.	1 Tag	.	„	.	„ „ „ „
39	M.	24	.	Preuße	2 Jahre	Schwindsucht
40	B.	$2^1/_2$	.	„	.	Ruhr
41	M.	52 Tage	.	„	.	Brechdurchfall
42	S.	$33^4/_{12}$	.	.	6 Jahre	Nieren-, Lungen- und Bauchfellentzündung
43	J.	$70^3/_4$	Farmer	Bur	.	Herzschwäche
44	B.	38	Gastwirt	Preuße	11 Jahre	Lungenentzündung
45	N.	1 Tag	.	Bayer	.	Frühgeburt
46	A.	26	Heizer	Badenser	.	Folgen schwerer Schußverletzung
47	F.	34	Gärtner	Preuße	10 Jahre	Selbstmord

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
48	K.	27	Fischer	Preuße	.	Herzschwäche nach Operation
49	S.	$22^1/_2$	.	Bayer	1 Jahr	Kindbettfieber
50	W.	$23^1/_4$	.	Mecklenb.	1 „	Bauchfellentzündung infolge Fehlgeburt
51	W.	$40^3/_4$	.	Preuße	4 Jahre	Lungenentzündung
52	G.	$6^1/_3$ Mon.	.	„	.	Keuchhusten
53	K.	$1^1/_2$ Mon.	.	Engländer	.	.
54	V.	20	Landwirt	Braunschweiger	3 Monate	Herzschlag nach Typhus und Diphterie
55	D.	2 Mon.	.	Preuße	.	Brechdurchfall
56	E.	48	Maurermstr.	Russe	1 Jahr	Lungenentzündung und Herzschwäche
57	H.	18 Stunden	.	Preuße	.	Herzfehler
58	G.	8	.	„	4 Jahre	Scharlach
59	H.	30	Regierungslandmesser	„	5 Monate	Wundrose im Gesicht
			8. Distrikt Rehoboth.			
60	S.	$28^1/_{12}$	Schmied	Bayer	Seit 1901	Typhus
61	B.	$25^{10}/_{12}$	Polizeisergeant	Preuße	„ 1904	Lungenentzündung
62	H.	$52^1/_2$	Farmer	„	„ 1881	Herzfehler
63	P.	34	Farmgehilfe	„	„ 1894	Lungenentzündung
			9. Bezirk Gibeon.			
64	M.	22	Ansiedler	Brite	Seit 1906	vom Blitz erschlagen
65	G.	.	.	.	.	totgeboren
66	H.	.	.	.	.	„
67	V.	$^1/_2$	.	Britin	6 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh
68	E.	38	Hauptmann	Preuße	Seit 1898—1902 und seit 1904	Im Gefecht bei Seatzub gefallen
69	E.	25	Leutnant	„	Seit 2. 3. 06 bis 16. 3. 08	desgleichen
70	F.	25	Reiter	„	Seit 8. 8. 07 bis 16. 3. 08	„
71	L.	24	Gefreiter	„	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	„
72	D.	23	„	„	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	„
73	B.	24	„	„	Seit 8. 1. 05 bis 16. 3. 08	„
74	Z.	21	„	Sachse	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	„
75	W.	22	„	Preuße	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	„

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
76	M.	23	Gefreiter	Preuße	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	im Gefecht bei Seatzub gefallen
77	R.	21	„	„	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	desgleichen
78	K.	23	„	„	Seit 4. 9. 07 bis 16. 3. 08	„
79	T.	23	„	„	Seit 4. 9. 07 bis 16. 3. 08	„
80	W.	23	„	Württemberger	Seit 5. 7. 07 bis 16. 3. 08	infolge Verwundung
81	B.	23	Reiter	Preuße	Seit 4. 9. 07 bis 16. 3. 08	„ „
82	P.	28	Gefreiter	„	Seit 8. 8. 07 bis 16. 3. 08	unbekannt
83	F.	24	Reiter	„	Seit 8. 8. 07 bis 16. 3. 08	infolge Verwundung
84	B.	15 Tage	.	Sachse	15 Tage	Schwäche
85	L.	$^{2}/_{12}$	.	Britin	2 Monate	fieberhafter Darmkatarrh
86	N.	46	Farmer	Deutscher	Seit 1896	Herzverfettung
				10. Distrikt Maltahöhe.		
87	N.	37	San. Gefreiter	Sachsen-Weimar	11 Monate	verirrt
88	B.	.	.	Engländer	.	Totgeburt
				11. Bezirk Keetmanshoop.		
89	E.	22	Reiter	Sachse	6 Monate	infolge eines Ohnmachtsanfalls beim Baden in Wasserfall ertrunken
90	B.	$^{10}/_{12}$	.	Preuße	4 „	Darmleiden
91	V.	22	Gefreiter	Sachse	7 „	vermißt (Ritt Stampriet—Wasserfall)
92	S.	28	Unteroffizier	Preuße	7 Jahre	Selbstmord
93	J.	21	Reiter	„	7 Monate	ermordet
94	M.	25	„	„	7 „	„
95	J.	28	Sergeant	Anhalter	4 Jahre 1 Mon.	„
96	B.	33	.	Britin	1 Jahr	Septicaemie
97	R.	21	Reiter	Sachse	7 Monate	ermordet
98	F.	34	Zimmermann	Preuße	7 Jahre	Selbstmord
99	M.	42	Maurer	„	2 „	Nierenleiden
100	G.	29 Tage	.	„	.	Krämpfe
101	O.	$7^{3}/_{4}$	.	Brite	$7^{3}/_{4}$ Jahre	Malaria
102	M.	3 Tage	.	Preußin	3 Tage	Fieber
103	S.	2	.	„	2 Jahre	Malaria
104	B.	$^{8}/_{12}$	.	„	8 Monate	„
105	D.	37	Farmer	Brite	26 Jahre	ermordet
106	M.	54	.	Preußin	2 Jahre	Krebs des Beckenbindegewebes und Magenkrebs

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
107	N.	$^{7}/_{12}$	.	Britin	7 Monate	Typhus
108	F.	29	.	Preußin	$3^{1}/_{2}$ Jahre	Herzschlag
109	J.	43	Arbeiter	Bur	43 „	Bauchwassersucht
110	H.	20	Ehefrau	Engländ.	20 „	Kindbettfieber
111	U.	$^{1}/_{4}$	.	Preuße	$^{1}/_{4}$ Jahr	Brechdurchfall
			12. Bezirk Lüderitzbucht.			
112	.	.	.	.	.	totgeboren
113	E.	45	Ehefrau	keine	$1^{1}/_{2}$ Jahre	Herzschlag
114	W.	4 Wochen	.	Preuße	8 Wochen	Brechdurchfall
115	E.	26	Matrose	Engländer	8 Monate	ertrunken
116	E.	$38^{1}/_{2}$	Landmesser	Preuße	13 Monate	Selbstmord
117	C.	47	Glaser	„	3 Jahre	unbekannt
118	S.	37	Schuhmacher	Russe	3 Monate	Typhus
119	T.	38	Lokomotiv-führer	unbekannt	2 Jahre 5 Mon.	geisteskrank
120	W.	8 Mon. 17 Tage	.	Öster-reicher	8 Mon. 17 Tage	Durchfall
121	S.	$11^{1}/_{2}$ Stdn.	.	Sachse	$11^{1}/_{2}$ Stunden	Frühgeburt
122	G.	unbek.	.	Preußin	unbekannt	Ruhr
123	H.	$1^{1}/_{12}$	.	Engländer	13 Monate	Brechdurchfall
			13. Bezirk Swakopmund.			
124	B.	51	.	Preußin	2 Jahre	Lungentuberkulose
125	C.	5 Mon. 23 Tage	.	Nieder-länder	5 Mon. 23 Tage	Brechdurchfall
126	D.	45	Gastwirt	Lübecker	$^{3}/_{4}$ Jahr	Schlaganfall
127	F.	32	Kaufmann	Hamburg.	4 Jahre	Selbstmord
128	H.	55	Landwirt	Brite	2 „	Altersschwäche
129	H.	6 Mon. 2 Tage	.	Preuße	6 Mon. 2 Tage	Herzschwäche
130	H.	22	Bureaugehilfe	„	$^{3}/_{4}$ Jahr	Lungenschwindsucht
131	H.	—	.	.	.	Totgeburt
132	W.	5 Mon.	.	Däne	5 Mon. 10 Tage	Brechdurchfall
133	K.	10 Tage 13 Tage	.	Preuße	13 Tage	Schwäche
134	K.	48	Brunnen-bohrer	„	5 Jahre	Herzschwäche
135	K.	$2^{10}/_{12}$	.	„	2 Jahre 10 Mon.	Darmblutung
136	L.	28	Zugführer	„	2 Monate	Selbstmord
137	M.	5 Mon. 13 Tage	.	„	5 Mon. 13 Tage	Ruhr
138	N.	$45^{10}/_{12}$	Mechaniker	Bayer	8 Tage	Lungen- und Kehlkopftuberkulose
139	P.	2 Mon. 26 Tage	.	Preuße	2 Mon. 26 Tage	Brechdurchfall

Lfde. Nr.	Name	Alter in Jahren	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiete	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
140	P.	—	.	.	.	Totgeburt
141	S.	—	.	.	.	„
142	S.	53	Zeichner	Preuße	Auf See verstorben	Kehlkopfschwindsucht
143	J.	11/12	.	Brite	11 Monate	Ruhr
144	S.	19	Matrose	Norweger	.	„
145	T.	34	Gärtner	Österreicher	1 Jahr	Selbstmord
146	S.	25	Seemann	Norweger	.	nicht zu ermitteln
147	T.	23	.	Sachse	23 Jahre	Krämpfe
148	T.	2 Mon. 10 Tage	.	Sachsen-Coburg-Gotha	seit der Geburt	„
149	W.	5 Mon. 1 Tag	.	Preußin	„ „ „	Magen- und Darmkatarrh
150	W.	28 1/2	Gastwirtsfrau	Oldenburgerin	1 1/4 Jahr	verunglückt
151	Z.	1/2	.	Schwarzb. Rudolst.	seit der Geburt	Hautausschlag

14. Distrikt Warmbad.

152	H.	23	Gefreiter	Preuße	2 Jahre	Lungenentzündung, Nierenentzündung, Herzlähmung
153	O.	49	Farmer	Kolonial-Engländer	1/4 Jahr	ermordet
154	S.	31	„	Preuße	9 Jahre	„
155	K.	28	„	„	6 „	„
156	B.	30	Farmverwalter	„	8 „	„
157	F.	26	Sergeant	„	4 1/2 „	„
158	Z.	21	Reiter	„	1 Jahr	„
159	B.	23	„	„	1 „	„
160	K.	74	Farmer	Kolonial-Engländer	38 Jahre	Altersschwäche
161	L.	22	Reiter	Preuße	1 Jahr	Selbstmord
162	R.	28 Tage	.	Preußin	28 Tage	Schwäche

Nachweisung

über die kranken Europäer des Schutzgebietes mit Ausnahme der Schutztruppe.

Iststärke der Bevölkerung: 11 791.

Jahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Im einzelnen nicht benannt	.	14	14	13	1	.	14	.	261
2	Scharlach	.	21	21	20	1	.	21	.	375
3	Windpocken	.	1	1	1	.	.	1	.	22
4	Masern	.	1	1	1	.	.	1	.	10
5	Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	24
6	Diphtherie	.	3	3	2	1	.	3	.	35
7	Rose	.	1	1	1	.	.	1	.	14
8	Sepsis	.	1	1	.	1	.	1	.	73
9	Unterleibstyphus	.	33	33	31	1	.	32	1	1019
10	Malariafieber	.	126	126	115	11	.	126	.	1075
11	Maltafieber	.	1	1	1	.	.	1	.	20
12	Schwarzwasserfieber	.	1	1	1	.	.	1	.	.
13	Grippe	.	10	10	10	.	.	10	.	36
14	Tuberkulose	.	29	29	.	3	26	29	.	381
15	Ruhr	.	73	73	72	1	.	73	.	629
16	Gelenkrheumatismus	.	27	27	27	.	.	27	.	289
17	Blutarmut	.	20	20	20	.	.	20	.	224
18	Skorbut	.	5	5	5	.	.	5	.	14
19	Barlowsche Krankheit	.	1	1	.	1	.	1	.	26
20	Zuckerruhr	.	1	1	.	.	1	1	.	21
21	Alkoholvergiftung	.	4	4	4	.	.	4	.	60
22	Nikotinvergiftung	.	1	1	1	.	.	1	.	14
23	Andere Vergiftungen	.	8	8	8	.	.	8	.	25
24	Rachitis	.	1	1	.	.	1	1	.	5
25	Bösartige Geschwülste	.	1	1	1	.	.	1	.	21
26	Andere Allgemeinerkrankungen	.	10	10	9	.	1	10	.	20
	Summe der Gruppe I	.	397	397	346	21	29	396	1	4693
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
27	Im einzelnen nicht benannt	.	3	3	3	.	.	3	.	57
28	Geisteskrankheiten	.	3	3	.	.	3	3	.	9
29	Delirium tremens	.	1	1	1	.	.	1	.	11
30	Fallsucht	.	7	7	.	.	7	7	.	15
31	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	21	21	20	1	.	21	.	236

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
32	Krankheiten des Gehirns	.	10	10	.	.	10	10	.	38
33	Gehirnerschütterung	.	25	25	25	.	.	25	.	66
34	Neurasthenie	.	25	25	.	.	25	25	.	203
35	Hysterie	.	5	5	.	.	5	5	.	102
36	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	5	5	5	.	.	5	.	39
	Summe der Gruppe II	.	105	105	54	1	50	105	.	776
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
37	Im einzelnen nicht benannt	.	4	4	3	1	.	4	.	55
38	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	10	10	10	.	.	10	.	102
39	Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	18	18	18	.	.	18	.	59
40	Keuchhusten	.	8	8	8	.	.	8	.	167
41	Akuter Bronchialkatarrh	.	54	54	54	.	.	54	.	548
42	Akute Lungenentzündung	.	8	8	7	1	.	8	.	84
43	Brustfellentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	27
44	Lungenerweiterung	.	1	1	.	.	1	1	.	11
45	Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	.	5	5	5	.	.	5	.	33
	Summe der Gruppe III	.	110	110	107	2	1	110	.	1086
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und der blutbereitenden Organe.									
46	Im einzelnen nicht benannt	.	4	4	4	.	.	4	.	25
47	Erkrankungen der Herzklappen	.	4	4	.	1	3	4	.	21
48	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	3	3	3	.	.	3	.	5
49	Herzmuskelschwäche	.	119	119	.	.	119	119	.	562
50	Fettherz	.	1	1	.	.	1	1	.	12
51	Herzerweiterung	.	3	3	.	.	3	3	.	34
52	Hämorrhoiden	.	4	4	2	.	2	4	.	31
53	Krampfadern	.	1	1	.	.	1	1	.	2
54	Venenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	17
55	Entzündung der Lymphgefäße	.	5	5	5	.	.	5	.	55
56	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	1	1	1	.	.	1	.	5
	Summe der Gruppe IV	.	146	146	16	1	129	146	.	769
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
57	Im einzelnen nicht benannt	.	12	12	12	.	.	12	.	110
58	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	144	144	144	.	.	144	.	180
59	Mandelentzündung	.	50	50	50	.	.	50	.	174
60	Mundschleimhautentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	57
61	Aphthen	.	1	1	.	.	1	1	.	1

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
62	Soor	.	1	1	1	.	.	1	.	9
63	Andere Mund- und Rachenerkrankungen	.	15	15	15	.	.	15	.	94
64	Magenkatarrh	.	61	61	61	.	.	61	.	408
65	Magengeschwür	.	1	1	1	.	.	1	.	49
66	Darmkatarrh	.	231	231	230	1	.	231	.	1299
67	Brechdurchfall	.	7	7	6	1	.	7	.	23
68	Unterleibsbrüche	.	23	23	20	.	3	23	.	159
69	Blinddarmentzündung	.	3	3	.	.	3	3	.	3
70	Bauchfellentzündung	.	1	1	.	1	.	1	.	1
71	Katarrh, Gelbsucht	.	21	21	15	.	6	21	.	78
72	Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	3	3	3	.	.	3	.	51
73	Krankheiten des Mastdarms	.	9	9	8	.	1	9	.	63
74	Eingeweidewürmer	.	101	101	101	.	.	101	.	111
75	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	3	3	.	1	2	3	.	2
	Summe der Gruppe V	.	690	690	670	4	16	690	.	2872
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschl. der venerischen.									
76	Im einzelnen nicht benannt	.	2	2	2	.	.	2	.	23
77	Akute und chronische Nierenentzündung	.	4	4	1	.	3	4	.	27
78	Nierensteine	.	3	3	.	.	3	3	.	97
79	Blasenkatarrh	.	16	16	16	.	.	16	.	200
80	Andere Blasenkrankheiten	.	3	3	3	.	.	3	.	98
81	Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	2	2	2	.	.	2	.	37
82	Eicheltripper	.	1	1	1	.	.	1	.	7
83	Hodenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	6
84	Wasserbruch	.	2	2	.	.	2	2	.	8
85	Samenfluß	.	1	1	.	.	1	1	.	1
86	Andere Erkrankunpen der Harn- usw. Organe	.	5	5	5	.	.	5	.	35
	Summe der Gruppe VI	.	40	40	31	.	9	40	.	539
	VII. Venerische Krankheiten.									
87	Im einzelnen nicht benannt	.	8	8	8	.	.	8	.	158
88	Tripper	7	167	174	130	.	35	165	9	2251
89	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	7	7	7	.	.	7	.	116
90	Spitze Feigwarzen	.	1	1	1	.	.	1	.	10
91	Weicher Schanker	.	14	14	14	.	.	14	.	280
92	Bubo	.	3	3	3	.	.	3	.	10
93	Konstitutionelle Syphilis	.	129	129	129	.	.	129	.	2584
	Summe der Gruppe VII	7	329	336	292	.	35	327	9	5409

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	VIII. Augenkrankheiten.									
94	Im einzelnen nicht benannt	.	2	2	2	.	.	2	.	7
95	Tripperblennorrhöe	.	29	29	29	.	.	29	.	540
96	Lidrand- und Bindehautkatarrh	.	133	133	41	.	92	133	.	873
97	Hagelkorn	.	1	1	.	.	1	1	.	2
98	Hornhautentzündung	.	30	30	30	.	.	30	.	107
99	Krankheiten der Linse	.	2	2	.	.	2	2	.	2
100	Andere Augenkrankheiten	.	5	5	5	.	.	5	.	8
	Summe der Gruppe VIII	.	202	202	107	.	95	202	.	1539
	IX. Ohrenkrankheiten.									
101	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	.	11	11	11	.	.	11	.	61
102	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	19	19	18	.	1	19	.	136
103	Andere Ohrenkrankheiten	.	2	2	2	.	.	2	.	7
	Summe der Gruppe IX	.	32	32	31	.	1	32	.	204
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
104	Im einzelnen nicht benannt	.	6	6	6	.	.	6	.	99
105	Akute Hautkrankheiten	.	37	37	37	.	.	37	.	232
106	Chronische Hautkrankheiten	.	12	12	5	.	7	12	.	76
107	Panaritium	.	23	23	23	.	.	23	.	135
108	Zellgewebsentzündung	.	24	24	23	.	1	24	.	213
109	Furunkel	.	35	35	35	.	.	35	.	219
110	Gutartige Geschwülste	.	2	2	2	.	.	2	.	16
111	Andere Erkrankungen der äußeren Bedeckung	.	18	18	18	.	.	18	.	85
	Summe der Gruppe X	.	157	157	149	.	8	157	.	1075
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
112	Knochenhautentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	25
113	Knochengeschwulst	.	1	1	1	.	.	1	.	16
114	Akute Gelenkentzündung	.	7	7	7	.	.	7	.	95
115	Chronische Gelenkentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	30
116	Verbildung des Fußes	.	1	1	.	.	1	1	.	1
117	Muskelrheumatismus	.	55	55	55	.	.	55	.	278
118	Muskelzerrung	.	2	2	2	.	.	2	.	9
119	Krankheiten der Sehnen	.	3	3	3	.	.	3	.	30
	Summe der Gruppe XI	.	74	74	72	.	2	74	.	484
	XII. Mechanische Verletzungen.									
120	Im einzelnen nicht benannt	.	4	4	4	.	.	4	.	26
121	Quetschung ohne äußere Wunde	.	26	26	26	.	.	26	.	163
122	Knochenbruch	.	14	14	14	.	.	14	.	379

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
123	Verstauchung	.	16	16	16	.	.	16	.	142
124	Verrenkung	.	4	4	4	.	.	4	.	38
125	Schußwunden	.	3	3	3	.	.	3	.	43
126	Hieb- und Schnittwunden	.	21	21	21	.	.	21	.	157
127	Stichwunden	.	6	6	6	.	.	6	.	25
128	Riß- und Quetschwunden	.	52	52	52	.	.	52	.	324
129	Bißwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	33
130	Andere kleine Wunden und Verletzungen	.	21	21	21	.	.	21	.	114
131	Insektenstich	.	1	1	1	.	.	1	.	2
132	Verbrennung	.	12	12	12	.	.	12	.	86
	Summe der Gruppe XII	.	184	184	184	.	.	184	.	1 532
	XIII. Andere Krankheiten.									
133	Allgemeine Körperschwäche	.	3	3	.	2	1	3	.	9
	Summe der Gruppe XIII	.	3	3	.	2	1	3	.	9
	XIV. Zur Beobachtung.									
134	Auf Scharlach	.	2	2	2	.	.	2	.	6
135	Auf seinen Geisteszustand	.	1	1	.	.	1	1	.	87
	Summe der Gruppe XIV	.	3	3	2	.	1	3	.	93
	XV. Frauenkrankheiten.									
136	Im einzelnen nicht benannt	.	22	22	15	1	6	22	.	279
137	Scheidenkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	9
138	Blasenscheidenfistel	.	1	1	1	.	.	1	.	75
139	Menstruationsstörungen	.	1	1	1	.	.	1	.	5
140	Gebärmuttervorfall	.	1	1	.	.	1	1	.	1
141	Gebärmutterverlagerung	.	13	13	10	.	2	12	1	34
142	Gebärmutterkatarrh	.	13	13	13	.	.	13	.	369
143	Gebärmutterkrebs	.	1	1	.	.	1	1	.	1
144	Unterleibsgeschwulst	.	1	1	.	.	1	1	.	8
145	Entzündung des Beckenzellgewebes	.	1	1	.	.	1	1	.	14
146	Unstillbares Erbrechen der Schwangeren	.	2	2	2	.	.	2	.	32
147	Abort	.	10	10	10	.	.	10	.	114
148	Geburtsstörungen, die ärztliches Eingreifen erfordern	.	17	17	17	.	.	17	.	171
149	Darmriß	.	1	1	1	.	.	1	.	8
150	Puerperalgeschwür	.	1	1	1	.	.	1	.	12
151	Pyämie nach Entbindung	.	1	1	.	1	.	1	.	30
152	Brustdrüsenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	27
	Summe der Gruppe XV	.	89	89	74	2	12	88	1	1189
	Gesamtsumme	7	2561	2568	2135	33	389	2557	11	22 269

Nachweisung

über die kranken Farbigen des Schutzgebietes.

Iststärke der Bevölkerung: 63 117.

Vom 1. April 1908 bis zum 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Im einzelnen nicht benannt	.	19	19	19	.	.	19	.	7
2	Pocken	.	3	3	3	.	.	3	.	64
3	Windpocken	.	37	37	37	.	.	37	.	425
4	Unterleibstyphus	.	1	1	1	.	.	1	.	42
5	Malariafieber	.	97	97	93	4	.	97	.	622
6	Typhus und Malaria	.	1	1	1	.	.	1	.	25
7	Malaria und Phagedänie der Hand	.	1	1	1	.	.	1	.	54
8	Typhus (und Syphilis und chronischer Tripper)	.	1	1	.	.	.	.	1	44
9	Grippe	.	1	1	1	.	.	1	.	6
10	Akute Miliartuberkulose	.	1	1	.	1	.	1	.	39
11	Andere Tuberkulose	.	13	13	.	10	3	13	.	354
12	Ruhr	.	7	7	7	.	.	7	.	81
13	Gelenkrheumatismus	.	12	12	11	1	.	12	.	199
14	Skorbut	.	131	131	75	31	25	131	.	1878
15	Bösartige Geschwülste	.	1	1	.	1	.	1	.	4
	Summe I	.	326	326	249	48	28	325	1	3844
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
16	Im einzelnen nicht benannt	.	3	3	2	1	.	3	.	13
17	Geisteskrankheit	.	1	1	.	.	1	1	.	56
18	Fallsucht	.	1	1	.	.	1	1	.	1
19	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	14	14	13	1	.	14	.	124
20	Halbseitenlähmung	.	2	2	.	.	2	2	.	91
	Summe II	.	21	21	15	2	4	21	.	285

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
21	Im einzelnen nicht benannt	.	15	15	11	1	3	15	.	83
22	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	4	4	4	.	.	4	.	20
23	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	14	14	14	.	.	14	.	98
24	Bronchialkatarrh	.	41	41	41	.	.	41	.	445
25	Akute Lungenentzündung	.	26	26	15	11	.	26	.	301
	Summe III	.	100	100	85	12	3	100	.	947
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
26	Im einzelnen nicht benannt	.	2	2	.	1	1	2	.	11
27	Erkrankungen der Herzklappen	.	11	11	.	1	10	11	.	196
28	Herzmuskelschwäche	.	2	2	.	.	2	2	.	3
29	Milzschwellung	.	2	2	.	.	2	2	.	12
30	Wassersucht	.	1	1	.	1	.	1	.	29
	Summe IV	.	18	18	.	3	15	18	.	251
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
31	Im einzelnen nicht benannt	.	6	6	4	2	.	6	.	73
32	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	14	14	14	.	.	14	.	28
33	Mandelentzündung	.	6	6	6	.	.	6	.	19
34	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	5	5	5	.	.	5	.	25
35	Akuter Magenkatarrh	.	21	21	21	.	.	21	.	61
36	Chronischer Magen- und Darmkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	31
37	Magengeschwür	.	1	1	.	.	1	1	.	9
38	Akuter Darmkatarrh	.	43	43	43	.	.	43	.	263
39	Unterleibsbrüche	.	1	1	.	.	1	1	.	4
40	Verstopfung	.	2	2	2	.	.	2	.	19
41	Eingeweidewürmer	.	1	1	1	.	.	1	.	3
	Summe V	.	101	101	97	2	2	101	.	535
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschl. der venerischen.									
42	Nierenentzündung	.	8	8	3	2	3	8	.	290
43	Blasenkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	13
44	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	4	1	4	.	.	4	.	97
	Summe VI	.	13	13	8	2	3	13	.	400

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	VII. Venerische Krankheiten.									
45	Im einzelnen nicht benannt	.	111	111	91	3	.	94	17	3777
46	Tripper	7	209	216	134	.	73	207	9	4975
47	Tripper, Gebärmutter- und Bauchfellentzündung	.	1	1	.	1	.	1	.	18
48	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	8	8	8	.	.	8	.	162
49	Spitze Feigwarzen	.	2	2	2	.	.	2	.	21
50	Weicher Schanker	.	3	3	3	.	.	3	.	192
51	Tripper und Schanker	.	2	2	2	.	.	2	.	151
52	Tripper und Syphilis	.	2	2	2	.	.	2	.	132
53	Konstitutionelle Syphilis	.	118	118	100	.	.	100	18	4142
	Summe VII	7	456	463	342	4	73	419	44	13570
	VIII. Augenkrankheiten.									
54	Tripperblennorrhöe	.	2	2	2	.	.	2	.	77
55	Krankheiten der Lider und der Bindehaut	.	77	77	24	.	53	77	.	369
56	Krankheiten der Hornhaut	.	7	7	7	.	.	7	.	75
57	Krankheiten der Regenbogenhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	17
58	Bluterguß in die vordere Kammer	.	1	1	1	.	.	1	.	11
59	Fremdkörper in der Hornhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	1
60	Krankheiten der Linse	.	1	1	.	.	1	1	.	5
	Summe VIII	.	90	90	36	.	54	90	.	555
	IX. Ohrenkrankheiten.									
61	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	.	4	4	4	.	.	4	.	16
62	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	2	2	2	.	.	2	.	22
	Summe IX	.	6	6	6	.	.	6	.	38
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
63	Im einzelnen nicht benannt	.	2	2	2	.	.	2	.	34
64	Krätze	.	1	1	1	.	.	1	.	6
65	Akute Hautkrankheiten	.	3	3	.	.	3	3	.	3
66	Panaritium	.	13	13	13	.	.	13	.	278
67	Zellgewebsentzündung	.	24	24	24	.	.	24	.	140
68	Furunkel	.	8	8	8	.	.	8	.	56
69	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	2	2	2	.	.	2	.	19
	Summe X	.	53	53	50	.	.	53	.	506

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
70	Knochenhautentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	33
71	Akute Gelenkentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	33
72	Chronische Gelenkentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	2
73	Muskelrheumatismus	.	43	43	25	.	18	43	.	228
74	Muskelzerrung	.	2	2	.	.	2	2	.	2
75	Schleimbeutelentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	9
76	Krankheiten der Sehnen	.	2	2	.	.	2	2	.	21
	Summe XI	.	52	52	29	.	23	52	.	328
	XII. Mechanische Verletzungen.									
77	Im einzelnen nicht benannt	.	20	20	14	1	5	20	.	231
78	Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunden	.	30	30	30	.	.	30	.	214
79	Knochenbruch	.	7	7	3	.	4	7	.	132
80	Verstauchung	.	11	11	11	.	.	11	.	115
81	Verrenkung	.	2	2	2	.	.	2	.	43
82	Erguß im Kniegelenk	.	1	1	.	.	.	.	1	6
83	Hufschlag	.	1	1	1	.	.	1	.	6
84	Schußwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	32
85	Hieb- und Schnittwunden	.	22	22	22	.	.	22	.	143
86	Stichwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	31
87	Riß- und Quetschwunden	.	189	189	189	.	.	189	.	607
88	Bißwunden	.	5	5	5	.	.	5	.	45
89	Andere kleine Wunden	.	12	12	12	.	.	12	.	89
90	Verbrennung	.	9	9	8	.	.	8	1	204
	Summe XII	.	314	314	302	1	9	312	2	1 898
	XIII. Andere Krankheiten.									
91	Allgemeine Körperschwäche	.	13	13	9	1	3	13	.	114
92	Altersschwäche	.	1	1	.	1	.	1	.	10
	Summe XIII	.	14	14	9	2	3	14	.	124
	XIV. Zur Beobachtung									
93	Auf seinen Geisteszustand	.	1	1	.	.	1	1	.	17
94	„ Syphilis	.	2	2	2	.	.	2	.	10
95	„ Tripper	.	1	1	1	.	.	1	.	4
	Summe XIV	.	4	4	3	.	1	4	.	31
	XV. Frauenkrankheiten.									
96	Gebärmutterkatarrh	.	3	3	3	.	.	3	.	46
	Summe XV	.	3	3	3	.	.	3	.	46
	Gesamtsumme	7	1571	1578	1234	76	221	1531	47	23 358

V. Deutsch-Neu-Guinea.

A. Herbertshöhe.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Born.)

I. Personal.

Da der ärztliche Dienst vom Berichterstatter erst im Juni 1909 übernommen wurde, können über die gesundheitlichen Verhältnisse im Berichtsjahr vorwiegend nur statistische Angaben gemacht werden.

Der Dienst wurde im ganzen Berichtsjahre von Medizinalrat Dr. Wendland versehen.

II. Krankenanstalten.

Im Europäer-Krankenhause sind, wie im Vorjahre, 7 belegbare Betten in 4 Zimmern vorhanden; die genaue Beschreibung desselben ist im Jahresbericht für 1907 enthalten.

Für die Eingeborenen sind im Bezirk 5 Krankenhäuser vorhanden, die von der Regierung, der Neu-Guinea-Kompagnie, der Firma Forsayth und der katholischen Mission in Vuna Pope unterhalten werden.

Das Gouvernements-Krankenhaus liegt auf einem Terrain zwischen den beiden parallellaufenden Hauptstraßen der Kolonie und besteht aus 2 Gebäuden, die der Aufnahme der Kranken dienen, ferner einem Kochhaus, 2 Aborten und einem umfriedigten Leprahause aus Buschmaterial. Gegenwärtig beherbergt dasselbe nur einen Kranken, der zur Zeit ziemlich beschwerdefrei ist. Die Gebäude liegen in der Längsrichtung von N. nach S. Das größte derselben dient als Krankenhaus für Männer und enthält 3 Räume, 2 Krankenzimmer von 6,15 m Länge und 3,85 m Breite. Die Räume fassen zusammen 32 Kranke, die auf mattenbelegten Holztischen schlafen. Zwischen den beiden Krankenzimmern befindet sich ein Verband- und Operationsraum von 6,15 m Länge und 3,85 m Breite.

Das andere Hauptgebäude hat ebenfalls 3 Zimmer, von denen eins als Krankenraum für Frauen dient, die stets in der Minderzahl sind; dann folgt wieder ein Mittelraum, der als Behandlungsraum für die weiblichen Kranken dient, und auf diesen ein Isolierzimmer, das zur Zeit zur Aufnahme von Beri-Berikranken dient, von denen 2 augenblicklich vorhanden sind. Das Haus bietet ebenfalls für 32 Kranke Platz. Sämtliche Gebäude sind aus Holz erbaut und mit

Wellblech gedeckt, auch sehr zweckmäßig ventiliert. In den Aborten wird das Eimersystem gehandhabt.

Sowohl den Europäern wie den Farbigen dient die sogenannte Poliklinik, welche an einer Ecke des Polizeiplatzes gelegen ist und gleichzeitig Apotheke und Materialienlager ist. Hier werden auch die Krankentransportmittel, Tragen und Sänften, aufbewahrt. In der Nähe dieser Poliklinik befindet sich in einem besonderen Gebäude der große Desinfektionsapparat sowie ein kleines Sektionshaus.

Von den Krankenhäusern der Neu-Guinea-Kompagnie liegt die Hauptanlage in der Kolonie dicht am Strand, das zweite befindet sich in Tobera, 15 km von Herbertshöhe entfernt. Beide sind mit je einem Heilgehilfen besetzt. Die Hauptanlage umfaßt 3 Krankengebäude, 1 Apotheke, 1 Kochhaus, 1 Wärterhaus und 1 Abort. Alle Gebäude sind aus Holz aufgeführt und haben Wellblechdächer. Die für die Kranken bestimmten Häuser setzen sich zusammen aus einem 32 m langen und 7 m breiten Männerhause, das nur einen einzigen Raum enthält, ferner einem 10 m langen und 6,60 m breiten Frauenhause mit ebenfalls nur einem Raum, schließlich einem 10,70 m langen und 6,70 m breiten Hause, das zur Aufnahme von ansteckenden Kranken dient und 2 Räume enthält. An das Männerhaus ist das sehr helle und luftige Operationszimmer angebaut. Das letztere ist 7,30 m lang und 4,70 m breit. Die Gebäude liegen weitläuftig auseinander und genügen allen berechtigten Ansprüchen. Sie können im ganzen 100 Kranke aufnehmen, eine Krankenzahl, die annähernd immer erreicht ist. Es ist angeregt worden, noch ein Entbindungshaus für die Arbeiterinnen aller Stationen zu bauen, das gewiß manchen Fall von Puerperalfieber verhindern wird.

Das Krankenhaus in Tobera enthält einen großen, luftigen Krankensaal, in dem gegen 40 Kranke Platz finden können. In diesem Raum wird gleichzeitig verbunden; neben demselben befindet sich noch ein Raum für etwa 6 bis 7 kranke Frauen. Dieses Krankenhaus wird monatlich einmal vom Arzt revidiert.

Das Krankenhaus der Firma Forsayth befindet sich in Bitalobo, etwa 4 km von der Kolonie entfernt. Es besteht aus 4 Gebäuden, von denen eins als Verbandzimmer und Apotheke dient, während die 3 andern Krankenzimmer darstellen. Alle Gebäude zusammen können gegen 200 Kranke aufnehmen. Es ist ein Isolierhaus für ansteckende Kranke vorhanden. Alle Gebäude sind aus Holz und mit Wellblech gedeckt. Ein Heilgehilfe leitet den Dienst. Der Arzt besucht das Hospital zweimal in der Woche. Für die Vornahme von Operationen sind keine Einrichtungen vorhanden. Zu diesem Zwecke müssen die Kranken nach dem Gouvernements-Krankenhause übergeführt werden.

Die katholische Mission unterhält auf ihrer Hauptstation in Vuna-Pope eine Apotheke, die gleichzeitig als Verbandraum gilt, und in der ein außerordentlich tüchtiger Laienbruder seines Amtes schon seit vielen Jahren waltet. Er ist auch ein geschickter Zahnarzt und -techniker und als solcher geradezu unentbehrlich für die

ganze Kolonie. Ferner befindet sich hier noch ein aus Buschmaterial aufgeführtes Krankenhaus neben der Mädchenschule, in dem 6 bis 7 Kinder untergebracht werden können. Zwei Schwestern dienen der Krankenpflege. Der Arzt besucht die Missionsstation in jeder Woche einmal.

III. Krankenbewegung.

1. Europäer.

Im ganzen wurden 304 Kranke behandelt. Von den 286 in Zugang Gekommenen waren 200 Männer, 49 Frauen, 31 Kinder. Gouvernementsangehörige nebst Familienmitgliedern waren 92, Ansiedler von fremden Firmen und Missionen 194, von Kriegsschiffen 8 einschl. Marineexpedition. Im Krankenhause wurden 93 Personen behandelt, 76 Männer, 17 Frauen, mit zusammen 1265 Verpflegungstagen. Gestorben sind im Berichtsjahr 12 Europäer, davon 2 im Krankenhause; 2 Kranke endeten durch Selbstmord.

Einige Fälle verdienen besondere Erwähnung.

a) Ein 35jähriger Angestellter einer hiesigen Firma erhielt am 22. April 1908 auf Manus (Admiralitätsinseln) einen Speerstich mit einem Obsidianspeer in den Rücken in der Höhe der fünften Rippe. Befund bei der Aufnahme in Herbertshöhe: Hämothorax von der sechsten Rippe abwärts, kein Husten, kein Auswurf. Reichliche Sekretion blutig seröser Flüssigkeit aus der Wunde, bei welcher ein Obsidiansplitter von 1 cm Länge, 0,5 cm Breite eines Tages abgestoßen wurde. Da trotz der sehr reichlichen Sekretion die Flüssigkeitsansammlung perkutorisch keine wesentliche Abnahme zeigte, da ferner nach drei Wochen die Absonderung einen leicht eitrigen Charakter annahm, und Staphylococcen in demselben gefunden wurden, da das Körpergewicht abnahm und abendliche Temperatursteigerungen auftraten, so wurde die Resektion der neunten Rippe vorgenommen und das Empyem entleert. Das Fieber hörte sofort auf, die Kräfte hoben sich und das Gewicht nahm zu. Am 10. Juli trat der Kranke zur weiteren Kräftigung und Genesung seine Heimreise an.

Am 2. November trat er in die Behandlung von Professor Lenhartz in Hamburg, der neun Rippen in einer Gesamtlänge von 70 cm in einer zweistündigen Operation entfernte. Die in eine straffe Membran eingehüllte, rechte Lunge war wie ein plattgedrückter Lappen gegen die Lungenwurzel und Wirbelsäule derartig angepreßt, daß man keine Spur von Atembewegungen wahrnehmen konnte. Die quetschende Membran wurde entfernt und die Lunge enthüllt, die sich noch als gut ausdehnbar erwies. Die völlige Heilung wurde noch durch eine Nierenentzündung unterbrochen, ging dann aber rasch vor sich. Der Kranke nahm von 53 kg bis auf 70 kg zu und ist nach dem Gutachten von Professor Lenhartz wieder vollkommen tropendienstfähig.

b) Ein Fall von Fliegenlarvenkrankheit, die bisher hier noch nicht beobachtet ist, kam bei einem jungen Pflanzer vor, welcher sich sein Leiden in Kamerun beim Wegebau in Jaunde geholt hatte. Er gibt an, damals von Plehn und Ziemann nach Deutschland zurückgeschickt worden zu sein; auch sei er in Hamburg im Institut für Tropenkrankheiten behandelt worden. Hier im Bismarck-Archipel sei sein Leiden wieder aufgetreten. Die Krankheitserscheinungen entsprechen der Schilderung der Symptome, wie sie Mense und Scheube gegeben haben. Leider entzog sich der Kranke durch Rückkehr auf seine 45 km von hier entfernte Station der Behandlung und weiteren Beobachtung.

c) Am Puerperalfieber starb die Frau eines Kapitäns, welche auf einer entfernten Station ohne ärztliche oder sonstige sachverständige

Hilfe als primipara geboren hatte. Am 13. Tage nach der Entbindung kam sie mit schwerem Puerperalfieber, schon nicht mehr bei vollem Bewußtsein und mit Zeichen großer Herzschwäche in das Krankenhaus. In dem Blut fanden sich außerdem auch Malariaparasiten; sie starb bereits am zweiten Tage nach der Aufnahme.

d) Zwei Typhuserkrankungen betrafen zwei Offiziere des Reg. Dampfers „Seestern", welche sich beide die Infektion in Ponape während ihres dortigen Aufenthaltes im Januar zugezogen hatten. Ein weiterer Fall von Typhus betraf einen Offizier von S. M. S. „Jaguar", ebenfalls in Ponape infiziert.

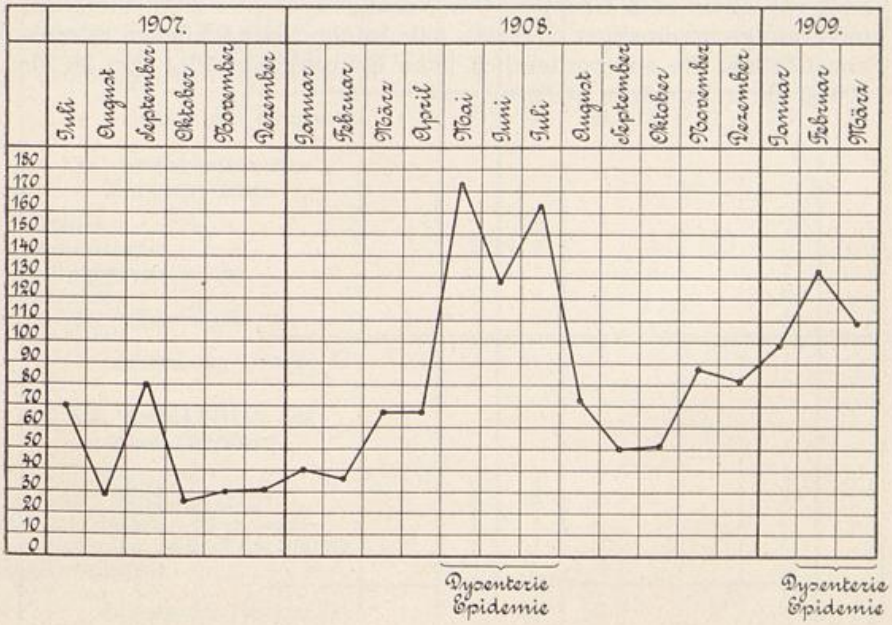
e) An Schwarzwasserfieber erkrankte ein Oberheizer von der Mannschaft S. M. S. „Condor", der erst nach Ablauf des Fiebers zur Aufnahme kam. Nach sieben Tagen konnte er als geheilt entlassen werden.

2. Farbige.

Behandelt wurden im ganzen im Gouvernements-Krankenhause 723 farbige Kranke. Davon waren 642 Männer und 81 Frauen bzw. Kinder. Von freien Eingeborenen ließen sich 15 Kranke ins Krankenhaus aufnehmen. Gestorben sind von den Behandelten im ganzen 52 Kranke. Die Todesursachen waren: Dysenterie 13 Fälle. Lungenentzündung 17, Gehirnentzündung 2, Mundfäule 3, Tuberkulose 6, Beri-Beri 2, Leberabszeß 1, Altersschwäche 1, eitrige Sehnenscheidenentzündung 1, Darmkatarrh 4, Geschwüre 2.

Im Hospital der Neu-Guinea-Kompagnie wurden im Berichtsjahr im ganzen 723 Kranke behandelt an zusammen 16754 Behandlungstagen. Geheilt resp. gebessert entlassen wurden 637 Kranke, gestorben sind 59. Davon waren 598 Männer und 125 Frauen.

a) Dysenterie. Eine große Anzahl der Dysenteriefälle stammte aus Simpsonhafen, darunter 6 Inder, von denen gegen



200, augenscheinlich durch falsche Vorspiegelungen veranlaßt, plötzlich mit 2 Postdampfern hier anlangten. 4 Kranke stammten aus Matupi, einem alten Herde der Dysenterie, nur 5 waren in Herbertshöhe erkrankt, darunter 3 Gefangene. Gerade die Gefangenen leiden besonders oft an Darmkrankheiten, da sie die offenen Klosetteimer entleeren und reinigen müssen, wobei sie sich leicht die Hände beschmutzen und wegen ungenügender nachheriger Reinigung nicht selten sich eine Infektion zuziehen. Vorschläge zur Abhilfe sind der zuständigen Dienststelle gemacht worden.

b) Influenza trat im Juni nach längerer Pause wieder in die Erscheinung, ohne aber eine weitere Verbreitung, wie sonst früher anzunehmen. Auch Europäer wurden von ihr befallen.

c) Die Beri-Beri-Kranken hatten ihre Krankheit sämtlich außerhalb Herbertshöhe erworben.

d) Keuchhusten. Als bisher hier noch nicht beobachtet ist der Keuchhusten zu erwähnen, dessen häufiges Auftreten in der Neu-Lauenburggruppe und in Mittel- und Süd-Neu-Mecklenburg bereits im März von dort gemeldet wurde. Wie die Einschleppung dorthin erfolgt ist, ist nicht festzustellen. In Herbertshöhe traten die ersten Krankheitsfälle, augenscheinlich von dort eingeschleppt, Ende April auf. Die Krankheit beschränkte sich nicht nur auf Kinder, auch Erwachsene wurden befallen. Meist waren die krampfartigen Hustenanfälle nicht so schwer und so häufig, als man sie in Europa beobachtet.

Die Ursache für den im September 1908 relativ schlechten Gesundheitszustand und die Häufigkeit einzelner Krankheiten in dieser Zeit, wie Lungenentzündung, Mundfäule, Ruhr und Darmkrankheiten, sind vor allem in 3 Gruppen von Neuangeworbenen zu suchen, die, teils infolge ungünstiger Seereise, teils infolge schwächlicher Körperkonstitution, die außerordentlich hohe Erkrankungsziffer von 30 bis 100 % ihrer Iststärke stellten.

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Herbertshöhe

für die Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Iststärke: 386 Köpfe.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankheiten u. allgemeine Erkrankungen.									
1	Malaria	1	69	70	70	.	.	70	.	216
2	Schwarzwasserfieber	1	4	5	4	1	.	5	.	44
3	Ruhr	2	3	5	5	.	.	5	.	68
4	Grippe	.	4	4	4	.	.	4	.	.
5	Akuter Gelenkrheumatismus	.	1	1	1	.	.	1	.	23
6	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	2	2	.	.	2	2	.	101
7	Tuberkulose der Harnorgane	.	1	1	.	.	1	1	.	28
8	Typhus	.	2	2	1	.	.	1	1	87
9	Lungentuberkulose	.	1	1	.	.	1	1	.	.
10	Sarkom der linken Hüfte	.	1	1	.	.	.	.	1	.
11	Vergiftung durch Sublimat	.	1	1	1	.	.	1	.	.
12	Vergiftung durch Opium	.	1	1	.	1	.	1	.	.
	Summe der Gruppe I	4	90	94	86	2	4	92	2	567
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
13	Ischias	.	2	2	1	.	1	2	.	.
14	Neurasthenie	.	2	2	.	2	2	2	.	13
15	Hirnhautentzündnng	.	1	1	.	1	.	1	.	6
16	Migräne	.	2	2	2	.	.	2	.	.
17	Interkostalneuralgie	.	4	4	4	.	.	4	.	.
	Summe der Grnppe II	.	11	11	7	3	3	11	.	19
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
18	Kehlkopfkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.
19	Akuter Bronchialkatarrh	.	8	8	8	.	.	8	.	10
20	Katarrhalische Pneumonie	.	1	1	1	.	.	1	.	.
21	Emphysem nach Verwundung	.	1	1	1	.	.	1	.	64
22	Keuchhusten	.	1	1	1	.	.	1	.	.
	Summe der Gruppe III	.	12	12	12	.	.	12	.	74

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
23	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	3	3	3	.	.	3	.	.
24	Asthma cardiale	.	3	3	3	.	.	3	.	.
25	Herzklappenfehler	.	1	1	.	1	.	1	.	.
26	Lymphgefäßentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	.
27	Leistendrüsenvereiterung	.	1	1	1	.	.	1	.	81
	Summe der Gruppe IV	.	11	11	10	1	.	11	.	81
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
28	Rachenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	.
29	Magenkatarrh	.	5	5	5	.	.	5	.	.
30	Magengeschwür	.	1	1	1	.	.	1	.	23
31	Nervöse Dyspepsie	.	1	1	.	1	.	1	.	.
32	Darmkatarrh	.	16	16	16	.	.	16	.	88
33	Blinddarmentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	51
34	Verstopfung	.	2	2	2	.	.	2	.	.
35	Bauchfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.
36	Leistenbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	.
37	Katarrhalische Gelbsucht	.	1	1	.	.	1	1	.	8
38	Bandwurm	.	1	1	1	.	.	1	.	.
39	Spulwürmer	.	1	1	1	.	.	1	.	.
40	Mandelentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	.
	Summe der Gruppe V	.	38	38	35	1	3	38	.	174
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschließlich der venerischen.									
41	Nierenentzündung	1	1	2	2	.	.	2	.	5
42	Nierensteinkolik	.	1	1	1	.	.	1	.	6
	Summe der Gruppe VI	1	2	3	3	.	.	3	.	11
	VII. Venerische Krankheiten.									
43	Gonorrhöe	.	7	7	7	.	.	7	.	.
44	Nebenhodenentzündung	1	7	8	8	.	.	8	.	47
	Summe der Gruppe VII	1	14	15	15	.	.	15	.	47
	VIII. Augenkrankheiten.									
45	Gerstenkorn	.	2	2	2	.	.	2	.	.
46	Bindehautentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	.
47	Verätzung der Bindehaut	.	1	1	1	.	.	1	.	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
48	Hornhautentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.
49	Quetschung der Sklera	.	1	1	1	.	.	1	.	.
50	Regenbogenhautentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.
51	Brechungsfehler	.	3	3	3	.	.	3	.	.
	Summe der Gruppe VIII	.	12	12	12	.	.	12	.	.
	IX. Ohrenkrankheiten.									
52	Fremdkörper im äußeren Gehörgang	.	1	1	1	.	.	1	.	.
53	Ohrenschmalzverhärtung	.	5	5	5	.	.	5	.	.
54	Furunkel im äußeren Gehörgang	.	3	3	3	.	.	3	.	.
	Summe der Gruppe IX	.	9	9	9	.	.	9	.	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
55	Ekzem	.	3	3	3	.	.	3	.	.
56	Nesselfieber	.	2	2	2	.	.	2	.	1
57	Fliegenlarvenkrankheit	.	1	1	.	1	.	1	.	17
58	Exantheme	.	3	3	3	.	.	3	.	.
59	Defluvium capillarum	.	1	1	1	.	.	1	.	.
60	Verrucae capitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.
61	Krätze	.	1	1	1	.	.	1	.	.
62	Framboesia	.	1	1	1	.	.	1	.	.
63	Unterschenkelgeschwüre	.	6	6	6	.	.	6	.	.
64	Zellgewebsentzündung	.	16	16	16	.	.	16	.	29
65	Furunkel	.	6	6	6	.	.	6	.	.
	Summe der Gruppe X	.	41	41	40	1	.	41	.	47
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
66	Knochenhautentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	3
67	Muskelrheumatismus	.	6	6	6	.	.	6	.	.
68	Gonorrhöeische Handgelenkentzündung	.	1	1	.	.	.	.	1	15
	Summe der Gruppe XI	.	11	11	10	.	.	10	1	18
	XII. Mechanische Verletzungen.									
69	Kontusion des Brustkorbes	.	3	3	3	.	.	3	.	.
70	„ der linken Schulter	.	2	2	2	.	.	2	.	.
71	Kontusionen a. g. Körper	.	1	1	1	.	.	1	.	.
72	Radiusfraktur	.	1	1	1	.	.	1	.	.
73	Brandwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	.
74	Schnittwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
75	Quetschwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	.
76	Bißwunde am oberen Augenlid	.	1	1	1	.	.	1	.	.
77	Schußwunde durch die rechte Brust	.	1	1	1	.	.	1	.	22
78	Quetschung des linken Knies	.	1	1	.	.	1	1	.	34
79	Verstauchung des Fußgelenkes	.	1	1	1	.	.	1	.	.
80	Kontusion der Lebergegend .	.	1	1	1	.	.	1	.	.
	Summe der Gruppe XII	.	17	17	16	.	1	17	.	56
	XIII. Frauenkrankheiten.									
81	Entbindung und Wochenbett	.	3	3	3	.	.	3	.	98
82	Puerperalfieber	.	1	1	.	.	1	1	.	2
	Summe der Gruppe XIII	.	4	4	3	.	1	4	.	100
	Gesamtsumme	6	272	278	258	8	12	275	3	1194

Anlage 2.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Herbertshöhe

für die Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Malaria	1	135	136	134	.	1	135	1	959
2	Ruhr	1	38	39	26	.	13	39	.	753
3	Tuberkulose	1	9	10	.	4	6	10	.	243
4	Gelenkrheumatismus	1	2	3	3	.	.	3	.	174
5	Beri-Beri	2	11	13	5	4	2	11	2	513
6	Lepra	1	.	1	.	.	.	.	1	365
7	Grippe	.	12	12	12	.	.	12	.	131
	Summe der Gruppe I	7	207	214	180	8	22	210	4	3144
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
8	Neuralgie	.	2	2	2	.	.	2	.	15
9	Eitrige Hirnhautentzündung	.	2	2	.	.	2	2	.	6
10	Nervöser Kopfschmerz	.	15	15	15	.	.	15	.	60
11	Neuritis cruralis	.	1	1	1	.	.	1	.	53
	Summe der Gruppe II	.	20	20	18	.	2	20	.	134
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
12	Kehlkopfkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	24
13	Bronchitis	.	40	40	40	.	.	40	.	454
14	Lungenentzündung	1	61	62	43	1	17	61	1	1353
15	Brustfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	41
16	Keuchhusten	.	6	6	6	.	.	6	.	104
	Summe der Gruppe III	1	109	110	91	1	17	109	1	1976
	IV. Krankheiten der Kreislaufsorgane.									
17	Drüsenabszeß am Oberschenkel	.	1	1	1	.	.	1	.	8
	Summe der Gruppe IV	.	1	1	1	.	.	1	.	8
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
18	Mundfäule	.	17	17	17	.	3	17	.	295
19	Magenkatarrh	.	3	3	3	.	.	3	.	17
20	Verstopfung	.	13	13	13	.	.	13	.	37

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
21	Darmkatarrh	1	34	35	31	.	4	35	.	363
22	Eitrige Leberentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	1
	Summe der Gruppe V	1	68	69	64	.	8	69	.	713
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).									
23	Eicheltripper	.	4	4	4	.	.	4	.	17
	Summe der Gruppe VI	.	4	4	4	.	.	4	.	17
	VII. Venerische Krankheiten.									
24	Tripper	.	13	13	13	.	.	13	.	292
25	Nebenhodenentzündung	.	6	6	5	.	.	5	.	79
26	Schanker	.	11	11	11	.	.	11	.	347
27	Alte Syphilis	.	1	1	1	.	.	1	.	9
28	Venerisches Granulom	2	2	4	4	.	.	4	.	305
29	Feigwarzen	.	1	1	1	.	.	1	.	67
	Summe der Gruppe VII	2	34	36	35	.	.	35	.	1099
	VIII. Augenkrankheiten.									
30	Lidentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	2
31	Bindehautentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	24
32	Hornhautgeschwür	.	2	2	2	.	.	2	.	25
	Summe der Gruppe VIII	.	7	7	7	.	.	7	.	51
	IX. Ohrenkrankheiten.									
33	Ohrenschmalzverhärtung	.	3	3	3	.	.	3	.	11
34	Furunkel im äußeren Gehörgang	.	2	2	2	.	.	2	.	10
35	Mittelohrkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	28
	Summe der Gruppe IX	.	7	7	7	.	.	7	.	49
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
36	Krätze	.	9	9	9	.	.	9	.	112
37	Ekzem	1	6	7	7	.	.	7	.	70
38	Exanthem	.	1	1	1	.	.	1	.	13
39	Nesselfieber	.	1	1	1	.	.	1	.	2
40	Lichen ruber	.	1	1	1	.	.	1	.	26
41	Framboesia	.	1	1	1	.	.	1	.	21
42	Nagelbettentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	2
43	Furunkel	.	3	3	3	.	.	3	.	26
44	Unterschenkelgeschwüre	5	122	127	124	.	.	124	3	2969
45	Geschwüre bei kachektischen Säuglingen	.	2	2	.	.	2	2	.	47
46	Zellgewebsentzündung	1	35	36	35	.	.	35	1	564
	Summe der Gruppe X	7	182	189	183	.	2	185	4	3852

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Summe	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: gestorben	Abgang: Summe	Bleiben Bestand	Behandlungstage
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
47	Knochenhautentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	87
48	Verkrümmung der Wirbelsäule	.	1	1	.	1	.	1	.	36
49	Eitrige Sehnenscheidenentzündung	3	7	10	9	.	1	10	.	519
50	Akute Gelenkentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	116
51	Muskelrheumatismus	.	3	3	3	.	.	3	.	17
52	Schleimbeutelentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	40
53	Eingewachsener Nagel	.	1	1	1	.	.	1	.	9
	Summe der Gruppe XI	3	18	21	19	1	1	21	.	824
	XII. Mechanische Verletzungen.									
54	Kontusion des Brustkorbes	.	2	2	2	.	.	2	.	10
55	Kontusion des Unterleibes	.	1	1	1	.	.	1	.	2
56	Verstauchung des Handgelenkes	.	1	1	1	.	.	1	.	2
57	Verstauchung des Fußgelenkes	.	2	2	2	.	.	2	.	8
58	Quetschwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	53
59	Brandwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	5
60	Schnittwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	35
61	Hieb- und Stichwunden	.	6	6	5	1	.	6	.	72
62	Stichwunde im Auge	1	.	1	1	.	.	1	.	3
63	Hieb- und Schnittwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	37
64	Rißwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	24
65	Schußwunde	.	1	1	1	.	.	1	.	30
66	Kontusion der Wirbelsäule	.	1	1	1	.	.	1	.	19
67	Striemen am Gesäß	.	2	2	2	.	.	2	.	11
68	Komplizierte Fraktur des rechten Vorderarms	.	2	2	2	.	.	2	.	121
	Summe der Gruppe XII	1	28	29	28	1	.	29	.	432
	XIII. Andere Krankheiten.									
69	Unterernährung	1	1	2	1	1	.	2	.	52
70	Altersschwäche	.	2	2	.	1	1	2	.	13
	Summe der Gruppe XIII	1	3	4	1	2	1	4	.	65
71	**XIV. Zur Beobachtung**	1	1	2	2	.	.	2	.	5
	Summe der Gruppe XIV	1	1	2	2	.	.	2	.	5
	XV. Frauenkrankheiten.									
72	Geschwüre an den Geschlechtsteilen	.	8	8	6	1	.	7	1	294
	Summe der Gruppe XV	.	8	8	6	1	.	7	1	294
	Gesamtsumme	24	697	721	646	14	53	710	10	12 663

Anlage 3.

Nachweisung

über die im Berichtsjahre 1908/09 verstorbenen Europäer.

Iststärke: 386 Köpfe.

Lfde Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	B.	männl.	37	?	?	1. 4. 08	Schuß durch den Kopf	Selbstmord.
2	J.	männl.	26	4 Jahre	4 Jahre	4. 4. 08	Schwarzwasserfieber	Gestorben im Krankenhause.
3	C.	männl.	?	?	?	24. 4. 08	Unbekannt	Gestorben auf der Fahrt bei den Salomonsinseln.
4	S.	männl.	36	.	1 Jahr	5. 5. 08	Schwarzwasserfieber	Gestorben in Namatanei.
5	C.	weibl.	38	.	½ Jahr	5. 6. 08	Wochenbettfieber	Sterbend ins Krankenhaus eingeliefert.
6	B.	männl.	18	.	3 Jahre	22. 6. 08	Wahrscheinlich Malaria	Gestorben in Bainingen.
7	F.	männl.	30	.	.	5. 8. 08	Unbekannt	Gestorben in Longan (westliche Inseln).
8	K.	männl.	47	.	.	19. 8. 08	Hirnhautentzündung	Gestorben im Krankenhause.
9	R.	männl.	52	.	.	3. 12. 08	Lungentuberkulose	Gestorben in Aroka (Süd-Neu-Pommern).
10	S.	männl.	32	.	2 Monate	12. 1. 09	Wahrscheinlich Malaria	Gestorben in Kabakon (Mitglied des Sonnenordens).
11	P.	männl.	23	hier geboren		31. 1. 09	Vergiftung mit Opiumtinktur	Selbstmord (gestorben in Kuradin).
12	W.	männl.	4	.	3 Jahre	21. 2. 09	Unbekannt	Gestorben in Bainingen.

B. Simpsonhafen.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Wick.)

Da der regierungsärztliche Dienst in Simpsonhafen erst am 24. Oktober 1908 von mir übernommen wurde, so bezieht sich der nachfolgende Bericht auch nur auf die Zeit vom 24. Oktober 1908 bis 31. März 1909.

I. Klima.

Die höchste in der Berichtszeit gemessene Lufttemperatur war 31,2° C., die niedrigste 21,7° C. Die Zahlen sind auf der etwa 120 m hochliegenden Europäersiedlung Mamanula gewonnen, in der Ebene werden die Zahlen ein wenig höher sein. Früher von mir angestellte, vergleichende Untersuchungen zwischen den Lufttemperaturen auf der Höhe und in der Ebene haben den interessanten Befund ergeben, daß die Minimum-Temperaturen auf der Höhe nur um einige Zehntel Grade geringer sind als in der Ebene, daß jedoch bei den Maximal-Temperaturen größere Differenzen zugunsten der Höhe bestehen.

Der N. W.-Monsun, der im Dezember einsetzte, war sehr mild; größere Stürme und Regenmengen waren erst im März zu verzeichnen. Nach den Aufzeichnungen der meteorologischen Station auf der Höhe betrug die Gesamtregenmenge in der Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909 etwa 2350 mm.

II. Bevölkerung.

Die Bevölkerung von Simpsonhafen setzt sich zusammen aus Europäern, Chinesen, Malaien, Tagalen, Samoanern (Halbblut), Mikronesiern und Melanesiern.

Auf der Station Simpsonhafen — einschl. Matupi — waren ansässig:

Rassen	Männer	Frauen	Kinder
Europäer	48	2	2
Chinesen	63	6	3
Malaien	13	5	6
Tagalen	12	.	.
Samoaner	.	1	.
Mikronesier	1	10	3
Melanesier	1300	47	11
Summe	1437	71	25

Außerhalb der Station — im Bezirk Simpsonhafen — waren noch ansässig:

Rassen	Männer	Frauen	Kinder
Europäer	27	12	3
Chinesen	5	.	.
Malaien	1	.	.
Japaner	.	1	.
Samoaner	.	3	1
Fidschi-Insulaner	4	2	6
Summe	37	18	10

Hierzu kommen noch die freien Eingeborenen, deren Zahl nicht genau festgestellt werden konnte — schätzungsweise etwa 15 bis 20 000.

III. Personal und Krankenanstalten.

Das Heilpersonal bestand aus 1 Arzt und 1 Heilgehilfen.

An Krankenanstalten sind vorhanden:

1. Das Gouvernements-Krankenhaus für Farbige, das bis zum 31. März 1909 auf der von der Firma Hernsheim & Co. gemieteten Farm Rabaul stand. (Am 1. April 1909 wurde das neue Gouvernements-Krankenhaus für Farbige in Betrieb genommen.)
2. Ein kleines Krankenhaus der Firma Hernsheim & Co. in Matupi.

Während durch die eben erwähnten Krankenanstalten für die ärztliche Behandlung der in Simpsonhafen wohnenden farbigen Arbeiter usw. gut gesorgt ist, liegt sie bei den freien Eingeborenen noch recht im argen. Die Zahl der im Krankenhause behandelten freien Eingeborenen ist zwar stetig im Steigen, aber noch sehr klein. Es handelt sich nur um Leute, die durch die Mission oder auf ärztlichen Dienstreisen mit der europäischen Heilkunst in Berührung gekommen waren.

Die Mission nimmt sich in dankenswerter Weise der Kranken an und wird hierin durch kostenlose Verabreichung von Arzneien und Verbandstoffen innerhalb gewisser Grenzen unterstützt.

Die Notwendigkeit und der Wunsch, häufiger ins Innere zu reisen, um das Vertrauen der freien Eingeborenen zu gewinnen bzw. zu heben, muß leider meist zurückstehen hinter der vielen notwendigeren Arbeit innerhalb der Station selbst.

IV. Allgemeinsanitäre Maßnahmen.

1. Eingeborene Krankenpfleger.

Um die ärztliche Versorgung der freien Eingeborenen besser zu gestalten, wurde auf Veranlassung des Kaiserlichen Gouverneurs

schon jetzt damit begonnen, freie Eingeborene aus den verschiedenen Häuptlingsbezirken für den ärztlichen Dienst zu gewinnen, sie in der Krankenpflege und Wundbehandlung zu unterrichten, um sie nach erfolgter Ausbildung in ihre Heimat zurückzuschicken, damit sie sich dort der Kranken annehmen können.

Da die geistigen Fähigkeiten der Eingeborenen teilweise nicht sehr bedeutend und vor allem noch ganz unausgebildet sind, anderseits auch sprachlich für den Unterricht noch große Schwierigkeiten bestehen, so wird es noch sehr lange Zeit dauern, ehe Ersprießliches aus dieser Tätigkeit sichtbar wird.

2. Malariabekämpfung.

Unter den allgemeinen sanitären Maßnahmen steht die Malariabekämpfung obenan, denn die Malaria ist noch immer diejenige Krankheit, unter der die meisten Europäer und viele Farbige zu leiden haben.

Es galt zunächst festzustellen, an welchen Stellen sich die Brutplätze der Anopheles befanden. Als Hauptbrutplätze kommen in Betracht:

1. die Sümpfe am Strande und
2. die Regenwasserbehälter an den Europäerhäusern.

Ein Teil der Sümpfe ist bereits innerhalb der Berichtszeit zugeschüttet worden; doch bleibt noch genug zu tun übrig.

Die Regenwasserbehälter sind oft undicht geworden und daher eine schöne Moskitobrutstätte. In diesen Häusern wimmelt infolgedessen das daraus entnommene Wasser oft von Larven (meist allerdings Stegomyia-, seltener Anopheles-Larven).

Ein weiterer Schritt zur Bekämpfung der Mücken ist die begonnene Klärung des Simpsonhafen umgebenden Busches — Entfernung des Unterholzes und Bepflanzen des Bodens mit kurzem Gras. —

Sehr erschwerend für die Malariabekämpfung wirkt noch der Umstand, daß viele Eingeborene und angeworbene Farbige mitten in der Europäersiedlung wohnen. Die Verlegung dieser Wohnstätten für Farbige und somit eine schärfere Trennung zwischen Europäern und Farbigen ist inzwischen in Angriff genommen worden.

3. Wasserversorgung.

Der Wasserbedarf in Simpsonhafen wird noch meist durch Auffangen von Regenwasser gedeckt. Das Wasser, das hierdurch gewonnen wird, ist durchaus nicht einwandfrei, da die Dächer andauernd mit einer mehr oder weniger dicken Schicht von feinem Bimsteinstaub bedeckt sind. Diese Verunreinigung mit Bimsteinstaub wäre

an sich weniger bedenklich; da aber ein großer Teil der Entleerungen der Farbigen — einmal aus Gewohnheit, anderseits wegen Mangel an guten Aborten — ins Freie abgesetzt wird, so können sie leicht nach erfolgter Eintrocknung mit dem Winde auf die Dächer, von dort in die Regenwasserbehälter und dann mit dem Wasser in den menschlichen Magen gelangen.

Zweckmäßige Aborte für Europäer und Farbige und einwandfreie Gewinnung von gutem Wasser sind daher ein dringendes Bedürfnis. Dem Bedürfnis an guten Aborten soll jetzt — soweit die inzwischen zur Verfügung gestellten Mittel reichen — abgeholfen werden.

Der N. D. Lloyd unterhält zwar eine Wasserleitung, deren Wasser aber als Trinkwasser unbrauchbar ist.

4. Impfung.

Um einer eventuellen Einschleppung und Verbreitung der Pocken vorzubeugen, wurden die bisher noch nicht geimpften Farbigen des Gouvernements und der Firmen geimpft.

Insgesamt wurden geimpft:

Gouvernements-Arbeiter bzw. Soldaten	67
Arbeiter des N. D. L.	75
Arbeiter der Firma Hernsheim & Co.	66
Sa.:	208

Alle in der Berichtszeit neuangeworbenen Arbeiter zu impfen, war wegen Mangels an Lymphe nicht möglich.

V. Krankenbewegung.

Der Gesundheitszustand unter Europäern sowohl wie unter Farbigen war in der Berichtszeit recht schlecht. Malaria, Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane kamen außerordentlich häufig zur Behandlung.

Es erkrankten insgesamt:

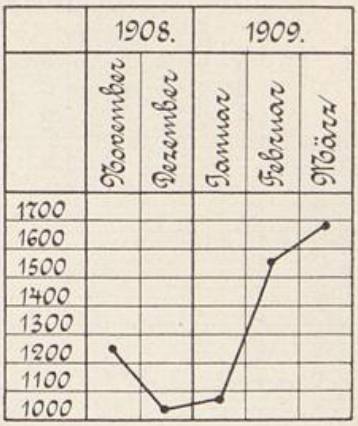
	1908		1909		
	November	Dezember	Januar	Februar	März
Europäer	10	12	17	25	28
Farbige:					
a) im Hospital . . .	87	83	89	133	109
b) ambulant	1249	1036	1078	1542	1667
Summe	1346	1131	1184	1700	1804

Übersichtlicher wird die Krankenbewegung durch folgende Kurve.

Gestorben sind:

an Sepsis	3
„ Lungenentzündung	7
„ Lungentuberkulose	2
„ Dysenterie	14
„ Tuberkulose der Knochen und Gelenke	1
„ unbekannter Todesursache	1
Sa.:	28

Zahl der ambulanten Kranken,
vom 1. November 1908 bis 31. März 1909.



Von den Eingeborenen ist niemand gestorben.

28 Todesfälle bei 7165 Gesamterkrankungen entspricht einer Mortalität von 0,4 %.

Eine genaue Übersicht über die Krankenbewegungen — im besonderen über die einzelnen Krankheiten — geben die beigefügten Nachweistabellen (Anlage I und II).

VI. Kasuistik.

a. Malaria.

Von den einzelnen Krankheiten erwähne ich zunächst die Malaria.

In den meisten Fällen handelte es sich um Malaria tropica, Tertiana wurde seltener beobachtet — meist unter Europäern. — Quartana kam in der Berichtszeit nicht zur Beobachtung.

Die Malaria-Erkrankungen verliefen oft mit sehr schweren Allgemeinerscheinungen, Bewußtlosigkeit und äußerst heftigem Brechreiz.

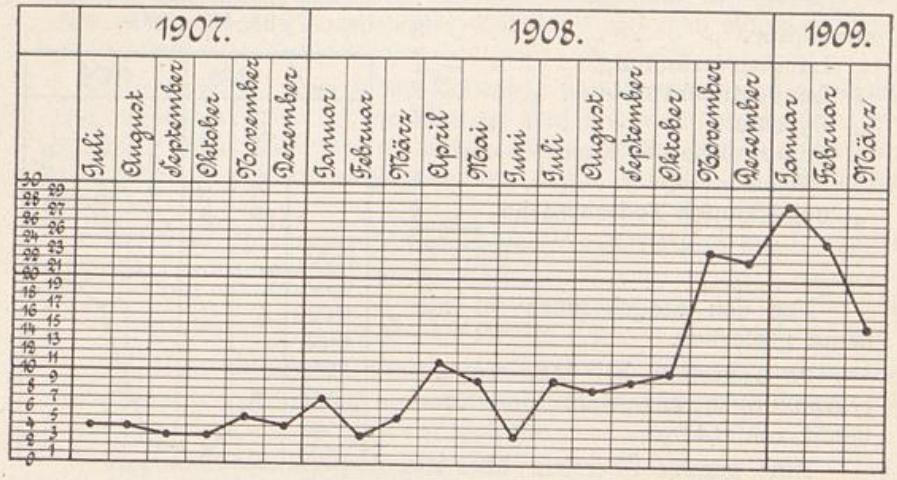
Interessant war oft das Mißverhältnis zwischen der Schwere des Anfalls und der Zahl der im Blutausstrich gefundenen Parasiten. Von den 52 in Simpsonhafen und Matupi wohnenden Europäern wurden wegen Malaria ärztlich behandelt: im November 3, Dezember 1908 4, Januar 1909 8, Februar 4, März 6.

Die absoluten Zahlen entsprechen nicht der Wirklichkeit, da viele Europäer ihren Anfall selbst behandeln und nur bei schweren Erkrankungen den Arzt zu Rate ziehen.

Die Zahl der im Eingeborenen-Krankenhause behandelten Malaria-Kranken veranschaulicht folgende Kurve:

Zahl der Zugänge im Eingeborenen-Krankenhaus des Kaiserlichen Gouvernements.

Die Aufzeichnungen beginnen mit dem 1. Juli 1907, da sich erst seit diesem Termin genaue Aufzeichnungen in den Krankenjournalen vorfinden.



Das Verhältnis der Malaria zur Lufttemperatur und Regenmenge wird — soweit mir die Zahlen zur Verfügung standen — durch die Kurve auf Seite 371 veranschaulicht.

Unter allen hier ansässigen Farbigen kamen 115 Malaria-Erkrankungen vor. Von diesen 115 Gesamtmalariafällen waren erkrankt:

1. Melanesen 83
2. Malaien und Ponape-Leute 29
3. Chinesen 3

Das Bild wird anders, wenn die Zahl der in Simpsonhafen wirklich vorhandenen Melanesen, Malaien und Chinesen zugrunde gelegt wird.

Es sind vorhanden (einschl. Matupi):

	Gouv.	Lloyd	Hernsheim	Sonstige
1. Melanesen	704	228	176	275
2. Malaien und Ponape-Leute .	44	2	—	—
3. Chinesen	—	13	9	50

Sa: Melanesen 1383
Malaien und Ponape-Leute 46
Chinesen 72
Sa.: 1501

Von 1383 Melanesen waren an Malaria erkrankt 83 = 6 %,
„ 46 Malaien usw. „ „ „ „ 29 = 63 %,
„ 72 Chinesen „ „ „ „ 3 = 4,2 %.

Temperatur
Regenmenge
% Malaria
November
Dezember
1907.
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember
1908.
Januar
Februar
März
1909.
32°
31°
30°
29°
28°
27°
26°
40
20
10
0
6.9
5.9
4.5
3.3
2.1
0
600
560
520
480
440
400
360
320
280
240
200
160
120
80
40
0

Die Prozentzahl für die Chinesen entspricht nicht den wirklichen Verhältnissen, da nicht alle Chinesen in ärztliche Behandlung kamen.

Die Chininprophylaxe wird von den wenigsten Europäern geübt. Die meisten beschränken sich darauf, den einzelnen Anfall — und auch den noch ungenügend — mit Chinin zu behandeln.

Unter regelmäßiger Prophylaxe stehen nur die hier als Handwerker eingeführten Malaien, Tagalen und Ponape-Leute. Die Prophylaxe war bei meiner Ankunft so gehandhabt worden, daß der europäische Heilgehilfe einmal wöchentlich die Leute in ihren Wohnungen aufsuchte und ihnen 1 g Chinin gab, d. h. denen, die er antraf. Ein großer Teil war stets absichtlich oder unabsichtlich nicht zur Stelle und auch nicht zu finden.

Da aber auch die Leute, welche den Wert des Chinins kannten und regelmäßig ihr Chinin genommen hatten, an Malaria erkrankten, so zeigte dies, daß die Prophylaxe mit 1 g pro Woche nicht ausreichte. Ich lasse mir daher seit Ende Dezember 1908 sämtliche Leute jeden 5. Tag zur 1 g - Prophylaxe vorführen. Diese Maßnahme hat bisher guten Erfolg gezeigt.

Während in der vorigen Berichtszeit (vom 24. Oktober bis 31. Dezember 1908) noch 21 Malaien usw. an Malaria erkrankten, wurden in der jetzigen um 3 Wochen längeren Berichtszeit (vom 1. Januar bis 31. März 1909) nur 8 Leute wegen Malaria behandelt.

b. Lungenentzündung.

Relativ häufig kamen unter den Farbigen, besonders zu Beginn und gegen Ende der Regenzeit, Lungenentzündungen vor. Einige Fälle traten als Komplikation eines voraufgegangenen Malariaanfalls auf.

In dem klinischen Verlaufe war es in einigen Fällen eigentümlich, daß oft viele Tage nach der Krise plötzlich der Tod an Herzcollaps innerhalb weniger Minuten eintrat, nachdem der Kranke schon lange fieberfrei gewesen war, sich äußerlich erholt hatte und der Untersuchungsbefund der Lungen einen guten Rückgang der Entzündung ergab. Meist zeigte sich dieser ungünstige Ausgang durch einen zwar leidlich kräftigen, aber unregelmäßigen Puls an und war auch durch Herzmittel in einigen Fällen nicht abzuhalten.

Dieser plötzliche Tod an Herzschwäche nach voraufgegangenem Wohlbefinden kommt auch bei anderen schweren Erkrankungen der Eingeborenen nicht so selten vor.

c. Dysenterie.

Mitte Januar 1909 brach unter den farbigen Arbeitern der Firma Hernsheim & Co. in Matupi eine Ruhrepidemie aus. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um Amoeben-Ruhr. Es erkrankten insgesamt 18 Arbeiter. Hiervon starben 4, also 22,2 %. Infolge der streng durchgeführten Vorsichtsmaßregeln war bereits Anfang Februar die Epidemie in Matupi erloschen.

Durch den regen Verkehr der Eingeborenen zwischen Matupi und Simpsonhafen, der infolge der örtlichen Verhältnisse nicht genügend überwacht werden konnte, brach Ende Februar auch in Simpsonhafen die Dysenterie aus.

Es erkrankten:

Gouvernements-Arbeiter	15
Arbeiter des N. D. L.	12
Europäer	2
Sa.:	29

Hiervon starben:

Gouvernements-Arbeiter	6
Arbeiter des N. D. L.	4
Europäer	—
Sa.:	10

Rechnet man zu diesen Erkrankungs- bzw. Todesziffern die entsprechenden Zahlen bei der Firma Hernsheim & Co., so gibt dies eine Gesamterkrankung an Dysenterie in der Berichtszeit von 47 Fällen und eine Mortalität von 14 oder 29,7 %.

d. Framboesie.

Framboesie wurde meist in Form von verschieden großen Granulomen an den Mundwinkeln, den Nasenöffnungen und am Anus beobachtet.

Nur einmal kam ein Farbiger mit zahlreichen am Anus und den unteren Extremitäten befindlichen Geschwüren zur Beobachtung. Irgendwelche schwereren Allgemeinstörungen habe ich bei Framboesie bisher niemals gesehen.

Die Heilung erfolgte stets prompt mit Quecksilber und Jod.

e. Geschlechtskrankheiten.

Unter den venerischen Erkrankungen spielt Lues kaum eine Rolle. Von Europäern waren zwei an nicht hier erworbener Lues erkrankt.

Unter den Farbigen in Simpsonhafen kam kein einziger Fall in Behandlung.

Unter den freien Eingeborenen sah ich auf meinen Dienstreisen ein Kind mit hereditärer Lues und einen Mann mit tertiär-luetischen Erscheinungen (Sattelnase, Ozaena, verheilte große Ulcerationen am Gaumen und Rachen).

Schanker und Gonorrhöe kommen dagegen ziemlich oft zur Behandlung und boten meist klinisch nichts Besonderes.

Ein Fall von phagedänischem Schanker kam bei einem Europäer vor mit übelriechenden Geschwüren der Glans und des Praeputiums.

Durch dauernde Waschungen und Bäder in übermangansaurer Kalilösung und feuchten Verbänden mit Calomel und essigsaurer Tonerde wurde Heilung erzielt.

f. Frauenkrankheiten.

Fast 80 % aller Frauen leiden an chronischer Gebärmutterentzündung. Ob diese Erkrankung auf einer vorausgegangenen Gonorrhöe oder auf anderen Ursachen, wie Unsauberkeit, fehlerhafter Geburtsleitung und Erkrankungen im Wochenbett oder auf den hier angeblich oft vorgenommenen Abtreibungsversuchen beruht, konnte bisher nicht entschieden werden.

Wahrscheinlich sind verschiedene Ursachen an der Häufigkeit der Erkrankung schuld.

g. Augenerkrankungen.

Wegen Augenerkrankungen melden sich die farbigen Arbeiter sehr selten krank; meist wurden erst bei der regelmäßigen monatlichen Untersuchung aller Arbeiter die Kranken herausgefunden.

Zu Operationen an den Augen entschließt sich der Eingeborene nur äußerst ungern.

Die verbreitetste Augenkrankheit ist der granulöse Bindehautkatarrh. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung, bei der in einzelnen frischen Fällen die von Prof. Greef als Erreger angesprochenen Trachomkörperchen gefunden wurden, scheint es sich in manchen Fällen um echte Conjunctivitis trachomatosa zu handeln. Sie kommt in Matupi, Simpsonhafen sowie an der ganzen Nordküste vor. Besonders ist sie unter den Kindern verbreitet.

Eins ist jedoch auffallend: Bei der relativ großen Verbreitung unter den Kindern müßte man auch bei den Erwachsenen häufig Erscheinungen des geheilten Trachoms (Narben usw.) finden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Es läßt vermuten, daß es sich in vielen Fällen wohl nicht um echtes Trachom, sondern um einen klinisch von echtem Trachom oft schwer zu unterscheidenden, infektiösen Bindehautkatarrh mit Follikelbildung handelt. Solche infektiösen Katarrhe mit Follikelbildung — oft nur am oberen Lide — habe ich oft gesehen, und der Verlauf hat stets die Diagnose bestätigt.

Erst ausgedehnte klinische, mikroskopische und experimentelle Untersuchungen könnten hier die Frage entscheiden, ob Trachom oder einfacher infektiöser Katarrh das Häufigere ist.

Ein Fall von Ulcus serpens corneae, das ein Drittel der Hornhaut betroffen hatte, kam zur Behandlung. Auskratzen des Geschwürgrundes und -randes, stündliche Spülungen mit Borwasser und Umschläge damit sowie Einstreuen von Airol führten zu guter Heilung.

Daß Hornhautgeschwüre sehr häufig vorkommen, beweisen die vielen, bei der monatlichen Untersuchung gefundenen Leucome der Hornhaut und phthisischen Augäpfel.

Bei einem im Krankenhaus wegen schwerer Lungentuberkulose behandelten Farbigen kam es zu schwerer Irido-Chorioiditis tuberculosa. Es gelang, die Augenerkrankung zum Stillstand zu bringen, doch starb der Kranke etwa 14 Tage danach an seiner Lungenaffektion.

Akute Erkrankungen der Lider kamen nicht zur Beobachtung, dagegen nicht selten die Folgezustände derselben, wie Trichiasis und Madarosis.

Nachtblindheit kam einmal als zufälliger Befund zur Beobachtung. In der kurzen Zeit seines Krankenhausaufenthaltes gelang es nicht, Besserung zu erzielen.

Eine überreife Cataracta sah ich einmal bei der monatlichen Untersuchung der Arbeiter. Zu einer Operation war der Mann jedoch nicht zu bewegen. Die Bedingungen zur Operation lagen günstig.

h. Guha.

Zum Schluß möchte ich noch einen Fall erwähnen, von dem ich nicht weiß, ob ich ihn als Keuchhusten mit schwerer komplizierender Malaria oder als „Guha" bezeichnen soll — eine Krankheit, die auf den Karolinen unter den Kindern epidemisch auftreten soll — (vgl. Mac Cullough: Guha. United States Naval Medical Bulletin. Bd. II. Heft 1. Januar 1908).

Die Krankengeschichte spricht mehr für letztere Krankheit:

Ein etwa 8jähriger Junge aus den Karolinen wohnte im Krankenhause, da sein Vater dort wegen schwerer Malaria tropica lag. Der Junge war gesund und mir bekannt, da ich ihn schon einmal wegen Malaria tropica mit positivem Blutbefunde behandelt hatte.

Eines Morgens klagte er über leichten Kopfschmerz. Er hatte etwas Schnupfen und Husten. Fieber war nicht vorhanden.

Die Lungenuntersuchung ergab ganz wenig bronchitische Geräusche, im übrigen lautes vesiculäres Atmen und normalen Lungenschall.

Ich verordnete: Prießnitz um Brust, kalte Kopfumschläge und Mixt. solv. 2stündlich 10 ccm.

Nach zwei Tagen schien sich die Krankheit zu bessern.

Am dritten Tage bekam er einen heftigen, keuchhustenähnlichen Anfall; zugleich stieg die Temperatur plötzlich hoch an (siehe Kurve), und zwar nach Angabe der Mutter, die mit ihrer etwa 4jährigen Tochter jetzt ebenfalls im Krankenhaus wohnte, ohne Schüttelfrost. Die Blutuntersuchung war negativ.

Diese Hustenanfälle waren insofern einem Keuchhustenanfall ähnlich, als sie plötzlich auftraten, mit Angst und Erstickungsgefühl und kurzen krampfartigen, rasch aufeinander folgenden Hustenstößen verbunden waren. Auch das Gesicht wurde gedunsen und blutrot verfärbt, die Jugularvenen des Halses wurden deutlich sichtbar und die Augen tränten.

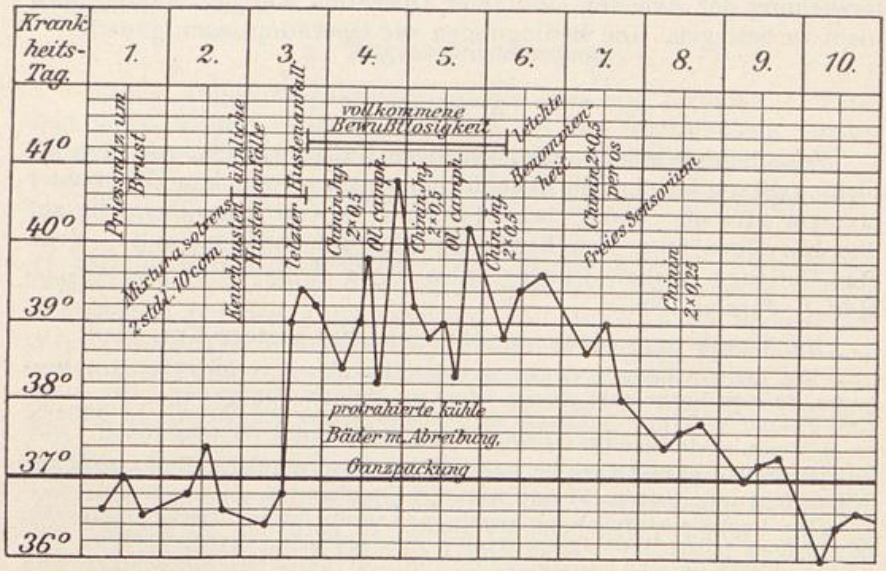
Jedoch zeigte sich ein Unterschied vom Keuchhustenanfall insofern, als nach den Hustenstößen während der Exspiration nun nicht die langgezogene pfeifende Inspiration wie beim Keuchhusten folgte, sondern die Inspiration war unter krampfhafter Anspannung aller Hilfsmuskeln und mit Einziehung der unteren Rippen in kurze spastische Inspirationen aufgelöst. Die nächstfolgende Exspiration war nicht immer von Hustenstößen unterbrochen, sondern verlief oft ähnlich wie die Inspiration in

kleine spastische Exspirationen aufgelöst unter Zuhilfenahme der Bauchmuskeln. Meist war der erste Hustenanfall der schwerste. Der einzelne vollkommene Anfall dauerte etwa 1 bis 2 Minuten, darauf trat eine Pause von ¼ bis 1 Stunde ein und der Anfall wiederholte sich.

Noch an demselben — also dritten Tage der Erkrankung — wurde der Junge benommen und schließlich vollkommen bewußtlos. Nach Eintreten der Bewußtlosigkeit hörten die Hustenanfälle auf. Dafür traten jedoch nun allgemeine tonische Krämpfe auf, die hin und wieder von kurzen klonischen Krämpfen unterbrochen wurden.

Die wieder vorgenommene Blutuntersuchung ergab negativen Erfolg. Dieser Zustand der vollkommenen Bewußtlosigkeit dauerte 60 Stunden. In der ganzen Zeit war andauernd Fieber vorhanden (siehe Kurve).

Die Behandlung bestand in protrahierten kühlen Bädern, kalten Abreibungen mit nachfolgender Prießnitz-Ganzpackung, subcutaner Dar-



reichung von Chinin zweimal täglich 0,5 g, zeitweiser Injektion von Oleum camphoratum.

Hierzu muß ich noch erwähnen, daß nach jeder Chinin-Darreichung die Krampfanfälle für kurze Zeit in sehr verstärkter Form auftraten.

Der Befund der übrigen Organe war ziemlich negativ. Die Pupillen reagierten gut auf Lichteinfall, Haut- und Sehnenreflexe waren erhöht, Lungenbefund wie im Beginn, Leber und Milz nicht vergrößert und nicht fühlbar. Urin trübe und dunkel, jedoch ohne Eiweiß und Zucker. Stuhlgang regelmäßig. Die Untersuchung der Faeces ergab nichts Besonderes; ich fand nur einige Eier von Trichocephalus dispar.

Nachdem nun — wie bereits erwähnt — die Bewußtlosigkeit 60 Stunden gedauert hatte, kehrte das Bewußtsein allmählich zurück, das Fieber ging lytisch herunter, die Hustenanfälle und Krämpfe waren verschwunden und der kleine Patient erholte sich sehr bald wieder.

Interessant ist nun weiter, daß auch seine kleine 4jährige Schwester an derselben Krankheit erkrankte, nachdem der Junge fast drei Tage fieberfei gewesen war.

Bei ihr verlief die Krankheit jedoch leichter. Die Hustenanfälle waren nicht so häufig und heftig, das Fieber nur zu Anfang sehr hoch. Es traten nur leichte Benommenheit, keine vollkommene Bewußtlosigkeit und keine Krämpfe ein. Auch bei ihr waren und blieben die keuchhustenähnlichen Anfälle verschwunden, seit das hohe Fieber mit Benommenheit begann. Die Rekonvaleszenz war kurz und vollkommen. Die wiederholt vorgenommene Blutuntersuchung war stets negativ gewesen.

Differentialdiagnostisch kommen auf Grund des Untersuchungsbefundes in Betracht:

Keuchhusten mit komplizierender Malaria oder Guha.

Gegen Keuchhusten sprechen:

1. der Charakter der einzelnen Anfälle und
2. die kaum einen Tag währende Dauer der Anfälle.

Der negative Blutbefund würde nicht gegen Malaria sprechen; es könnte sich ja um die Form der tropischen Malaria gehandelt haben, bei der im Blut keine Parasiten gefunden werden, während die Gehirnkapillaren von den Teilungsformen der Parasiten oft ganz erfüllt sind.

Auch der Erfolg der Chinin-Therapie könnte für Malaria sprechen.

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken ambulant oder im Privathause behandelten Europäer der Station Simpsonhafen.

Iststärke der Bevölkerung: 52.

Vom 24. Oktober 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Malaria	23	23	23	.	23	.
2	Malariatyphus	1	1	.	1	1	.
3	Malarianeuralgie	1	1	1	.	1	.
4	Dysenterie	2	2	.	1	1	1
5	Gonorrhöe	5	5	5	.	5	.
6	Arthritis gonorrhoica	1	1	.	1	1	.
7	Schanker	4	4	2	2	4	.
8	Lues	2	2	.	.	.	2
9	Hauterkrankungen	4	4	4	.	4	.
10	Zellengewebsentzündungen	5	5	5	.	5	.
11	Entzündung des Lymphapparates	2	2	1	.	1	1
12	Zahnerkrankung	5	5	4	1	5	.
13	Neuritis rheum.	1	1	.	1	1	.
14	Angina follicularis	2	2	2	.	2	.
15	Arthritis rheum.	1	1	1	.	1	.
16	Bronchialkatarrh	1	1	1	.	1	.
17	Influenza	6	6	6	.	6	.
18	Akuter Magen-Darmkatarrh	2	2	2	.	2	.
19	Chronischer Magenkatarrh	1	1	1	.	1	.
20	Darmerkrankungen	2	2	2	.	2	.
21	Prostatitis	1	1	1	.	1	.
22	Augenerkrankungen	1	1	1	.	1	.
23	Hydrocele	1	1	1	.	1	.
24	Hysteria traumatica	1	1	.	1	1	.
25	Angina pectoris	1	1	1	.	1	.
26	Delirium alcoholicum	1	1	1	.	1	.
27	Zur Untersuchung	4	4	.	4	4	.
	Summe	81	81	65	12	77	4

Unter den 81 Zugängen sind:

Gouvernementsbeamte	30
Angestellte der hiesigen Firmen	41
Durchreisende	10
Summe	81.

Rechnet man die 10 Durchreisenden ab, so kamen unter den 52 Weißen 71 Erkrankungen vor; dies entspricht einer Morbidität von 136,5 %.

Anlage 2.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Simpsonhafen.

Iststärke der Bevölkerung: ca. 1500.

Vom 24. Oktober 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen.								
1	Malaria	3	100	103	99	.	.	99	4
2	Dysenterie	.	47	47	21	14	.	35	12
3	Influenza	.	5	5	5	.	.	5	.
4	Beri-Beri	.	3	3	.	.	.	.	3
5	Framboesie	1	3	4	4	.	.	4	.
6	Tuberkulose der Lungen	.	2	2	.	1	1	2	.
7	Tuberkulose der Knochen, Drüsen und Gelenke	.	1	1	.	1	.	1	.
8	Bösartige Geschwülste	.	1	1	.	.	.	.	1
	Summe der Gruppe I	4	162	166	129	16	1	146	20
	II. Krankheiten der Atmungsorgane.								
9	Akuter Kehlkopfkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.
10	Akuter Bronchialkatarrh	2	5	7	7	.	.	7	.
11	Brustfellentzündung	1	3	4	3	.	.	3	1
12	Lungenentzündung	.	14	14	9	4	.	13	1
	Summe der Gruppe II	3	23	26	20	4	.	24	2
	III. Krankheiten des Lymphgefäßsystems.								
13	Lymphgefäßentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.
14	Lymphdrüsenentzündung	3	9	12	11	.	.	11	1
	Summe der Gruppe III	3	9	12	11	.	.	11	1
	IV. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
15	Mundkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.
16	Zahnkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.
17	Akuter Darmkatarrh	2	42	44	42	.	.	42	2

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Leberabszeß	.	2	2	1	.	.	1	1
19	Leistenbruch	.	.	.	.	.	.	.	.
	Summe der Gruppe IV	2	46	48	45	.	.	45	3
	V. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
20	Krankheit der Eichel und Vorhaut	.	6	6	6	.	.	6	.
21	Wasserbruch	.	1	1	.	.	1	1	.
22	Nierenentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.
	Summe der Gruppe V	.	7	7	6	.	1	7	.
	VI. Venerische Erkrankungen.								
23	Gonorrhöe	2	16	18	15	.	.	15	3
24	Feigwarzen	.	1	1	1	.	.	1	.
25	Weicher Schanker	1	8	9	9	.	.	9	.
26	Bubo	1	9	10	10	.	.	10	.
	Summe der Gruppe VI	4	34	38	35	.	.	35	3
	VII. Augenkrankheiten.								
27	Chronischer Bindehautkatarrh	2	8	10	9	.	.	9	1
28	Granulöser Bindehautkatarrh	.	15	15	12	.	.	12	3
29	Krankheit der Hornhaut	.	2	2	2	.	.	2	.
30	Nachtblindheit	.	1	1	.	.	.	.	1
	Summe der Gruppe VII	2	26	28	23	.	.	23	5
	VIII. Ohrenkrankheiten.								
31	Krankheiten des äußeren Ohres	.	2	2	2	.	.	2	.
32	Eiterung im Warzenfortsatz	.	1	1	.	.	.	.	1
	Summe der Gruppe VIII	.	3	3	2	.	.	2	1
	IX. Erkrankungen der äußeren Körperbedeckungen.								
33	Haut- u. Zellgewebsentzündung	4	149	153	121	2	.	123	30
34	Parasitäre Hauterkrankungen	.	19	19	15	.	.	15	4
	Summe der Gruppe IX	4	168	172	136	2	.	138	34
	X. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
35	Akute Gelenkentzündung	.	4	4	2	.	.	2	2
36	Muskelrheumatismus	.	5	5	5	.	.	5	.
	Summe der Gruppe X	.	9	9	7	.	.	7	2

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	XI. Mechanische Verletzungen.								
37	Quetschwunden	.	6	6	5	.	.	5	1
38	Brandwunden	.	1	1	.	.	.	.	1
39	Mittelfußknochenbruch . . .	.	2	2	2	.	.	2	.
40	Oberarmbruch	.	2	2	2	.	.	2	.
	Summe der Gruppe XI	.	11	11	9	.	.	9	2
	XII. Frauenkrankheiten.								
41	Chronischer Gebärmutterkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.
42	Gonorrhöe	1	3	4	3	.	.	3	1
43	Bartholinitis	.	.	.	.	.	.	.	.
44	Schanker	.	8	8	3	.	.	3	5
	Summe der Gruppe XII	1	15	16	10	.	.	10	6
45	**XIII. Zur Beobachtung** .	.	4	4	4	.	.	4	.
	Summe der Gruppe XIII	.	4	4	4	.	.	4	.
	Gesamtsumme	23	517	540	437	22	2	461	79

Anlage 3.

Über-

über die einzelnen Erkrankungen der Männer, Frauen

Lfde. Nr.	Krankheit	24. Okt. bis 31. Okt. 1908									November 1908									De-		
		Melanesen			Malaien und Ponape-Leute			Chinesen			Melanesen			Malaien und Ponape-Leute			Chinesen			Melanesen		
		Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder
1	Malaria	2	.	.	1	.	1	.	.	.	12	2	.	7	2	.	1	.	.	10	.	.
2	Dysenterie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	Beri-Beri	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	Framboesie	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	Andere Infektionskrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	Bösartige Geschwülste	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	Tuberkulose der Lungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	„ „ Knochen u. Gelenke	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
9	Bronchialkatarrh	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.
10	Brustfellentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	Lungenentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.
12	Krankheiten des Lymphapparates	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	Krankheiten der Verdauungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.
14	Leberabszeß	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	Geschlechtskrankheiten	2	.	.	.	.	.	.	.	.	8	4	.	.	.	.	.	.	.	6	2	.
17	Augenkrankheiten	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.
18	Ohrenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.
19	Krankheiten der Bewegungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.
20	Haut- und Zellgewebs-Erkrankungen	7	.	.	.	.	.	.	.	.	32	3	1	.	.	.	.	.	.	29	3	.
21	Parasitäre Hauterkrankungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.
22	Verletzungen	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.
23	Knochenbrüche	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
24	Frauenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
25	Zur Beobachtung	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

sicht

und Kinder der verschiedenen hier ansässigen Rassen.

zember 1908							Januar 1909									Februar 1909									März 1909								
Malaien und Ponape-Leute			Chinesen				Melanesen			Malaien und Ponape-Leute			Chinesen			Melanesen			Malaien und Ponape-Leute			Chinesen			Melanesen			Malaien und Ponape-Leute			Chinesen		
Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder	Männer	Frauen	Kinder
4	6	.	.	.	.	20	3	.	3	1	1	.	.	.	23	.	.	.	.	.	1	.	.	10	1	.	3	.	.	1	.	.
.	.	.	.	.	.	16	.	.	.	.	.	.	.	.	34	.	1	.	.	.	.	.	.	28	1	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	6	1	.	.	.	.	.	.	.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	.	.	1	3	.	.	.	.	.	.	.	7	2	1	1	.	.	.	.	.	12	2	2	2	.	.	1	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	13	3	.	.	.	.	.	.	.	9	3	.	.	.	.	.	.	.	10	10	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	3	1	.	.	.	.	.	.	.	12	1	.	.	.	.	.	.	.	12	2	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	8	.	.	.	.	.	.	1	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	.	.	28	2	.	.	.	.	1	.	.	36	1	2	.	.	.	.	.	.	53	2	1	.	.	.	1	.	.
.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	3	2	2	.	.	.	.	.	.	10	.	2	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.

C. Kaiser-Wilhelmsland.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Hoffmann.)

I. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse unter den Europäern.

Im ganzen sind die Gesundheitsverhältnisse als befriedigende zu bezeichnen. Malaria und Schwarzwasserfieber spielen nach wie vor die Hauptrolle bei den Erkrankungen der Europäer.

An eine Ausrottung der Malaria ist aus den in früheren Jahresberichten angeführten Gründen vorerst nicht zu denken. Es ist aber unverkennbar, daß die Verhältnisse sich mit der vorschreitenden Kultivierung bessern. Ob ein dauernder Aufenthalt von Europäern in einer tropischen Kolonie unter Erhaltung voller Leistungsfähigkeit überhaupt möglich ist, ist sehr zweifelhaft. Hier, wo jeder der Malariainfektion ausgesetzt ist und mehr oder weniger häufig auch infiziert wird, ist ein längerer Erholungsurlaub in europäischem Klima nach mindestens drei Jahren notwendig. Nur wenige werden diese Zeit ohne vorübergehenden oder dauernden Schaden für ihre Gesundheit überschreiten können. Es ist daher als unzweckmäßig zu bezeichnen, wenn in letzter Zeit, wohl nur aus materiellen Gründen, von Pflanzungs- und Handelsgesellschaften vierjährige Kontrakte geschlossen werden.

Die Verpflegungsverhältnisse im letzten Jahre sind für das Hospital und auch für die Station ungünstiger geworden. Die früheren, regelmäßigen Schlachtungen, ein- bis zweimal in der Woche, haben fast ganz aufgehört; sie erfolgen nur unregelmäßig und in längeren Zwischenräumen. Die Jagd auf Tauben wird immer weniger ergiebig; Fische werden nur selten geliefert. Vom Postdampfer, alle 14 Tage, ist nicht immer frisches Fleisch zu erhalten. Dabei steigt im Lager der Neu-Guinea-Compagnie der Preis für Konserven und sonstige Lebensmittel ständig. Die Lebenshaltung wird hier also nicht, wie man eigentlich erwarten sollte, mit der Zeit immer besser und billiger, sondern im Gegenteil schlechter und teurer.

Die Wohnungsverhältnisse in Friedrich-Wilhelmshafen haben sich in letzter Zeit gebessert. Einige neue, zweckmäßigere Häuser für die Beamten der Neu-Guinea-Compagnie sind erbaut worden. An der Zuschüttung der Sümpfe auf der Station wird vom Bezirksamt und der Compagnie weitergearbeitet. Es wird aber wohl noch geraume Zeit dauern, bis darin das nur Nötigste getan ist. Eine völlige Ausrottung der Moskitos wird sich hier inmitten der Pflanzungen wohl nie erreichen lassen. Aber in der Verminderung könnte von jedem einzelnen mehr geschehen als bisher. Vor allem wäre eine zweckmäßigere Anlage der Wassertanks am Hause zu erstreben und eine größere Reinhaltung der Umgebung der Häuser.

Die Zahl der Europäer in Kaiser-Wilhelmsland betrug im Berichtsjahre 197; davon 136 männlichen und 61 weiblichen Geschlechts. Die Zahl der Todesfälle war 5 gleich 2,54 %. Einer davon betraf einen Sammler in Finschhafen (Todesursache: angeblich Malaria und Lungenentzündung); der zweite einen Pater in Tumleo (Todesursache: angeblich Tuberkulose); der dritte eine katholische Schwester in Tumleo (Tod durch Ertrinken infolge Unfall); der vierte einen Compagniebeamten in Seleo (Todesursache: angeblich Malaria); der fünfte einen Compagniebeamten in Friedrich-Wilhelmshafen (Todesursache: Schwarzwasserfieber). Geburten waren 7 zu verzeichnen; davon 4 unter ärztlicher Leitung in Friedrich-Wilhelmshafen oder Umgegend.

II. Europäerhospital.

Über den Neubau des Europäerhospitals ist eine definitive Bestimmung noch nicht getroffen worden. In diesem Berichtsjahre sind einige notdürftige Ausbesserungen vorgenommen worden.

Die beigefügten Tabellen I bis III betreffen das Europäer-Hospital auf der Insel Beliao bei Friedrich-Wilhelmshafen. Dabei ist zu bemerken, daß Beamte des Bezirksamts und der Neu-Guinea-Compagnie fast stets ins Hospital aufgenommen werden, wenn die durch Erkrankung bedingte Arbeitsunfähigkeit länger als einen Tag dauert.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres war im Europäer-Hospital nicht vorhanden. Im Laufe des Berichtsjahres fanden 39 Patienten mit im ganzen 299 Behandlungstagen Aufnahme in das Hospital. Bestand für das nächste Berichtsjahr blieb keiner.

Von den 39 Patienten im Hospital wurden 36 geheilt oder zur ambulanten Behandlung entlassen. Zwei wurden nach Europa gesandt und zwar: ein Maschinist vom Dampfer der Neu-Guinea-Compagnie, der erst kürzere Zeit im Lande weilte und auf einer Fahrt nach Sydney ein schweres Schwarzwasserfieber durchzumachen hatte; außerdem ein Pflanzungsassistent der Neu-Guinea-Compagnie, der seit über vier Jahren ununterbrochen im Lande sich befand und bei dem sich eine hochgradige Neurasthenie entwickelt hatte durch Wirkung von Malaria, Alkohol und Nikotin. Von den Hospitalpatienten starb einer an Schwarzwasserfieber.

Die Beamten des Bezirksamts (zehn im Laufe des Berichtsjahres) beteiligten sich mit zehn Krankheitsfällen und 44 Behandlungstagen an den Hospitalaufnahmen. Diese zehn Fälle verteilten sich auf 6 Beamte, von denen einer dreimal, zwei je zweimal, drei je einmal der Aufnahme bedurften. Von den Beamten des Bezirksamts starb keiner; heimgeschickt wurde einer. Er war im Beginn seiner zweiten Dienstperiode.

Von den Beamten der Neu-Guinea-Compagnie in Friedrich-Wilhelmshafen (etwa 20 im Berichtsjahre) wurden 12 Krankheitsfälle mit 68 Krankentagen und einem Todesfall im Hospital behandelt.

Bei den übrigen unter II. angeführten Fällen handelte es sich um Kranke, die von anderen Stationen, Schiffen, Missionen usw. dem Hospital zur Behandlung überwiesen wurden.

III. Kasuistik.

a. Malaria und Schwarzwasserfieber.

Von den 39 Krankheitsfällen mit 299 Behandlungstagen entfielen auf: Malaria oder Schwarzwasserfieber mit oder ohne Komplikationen 29 gleich 74,4 % Fälle mit 209 gleich 69,9 % Krankentagen.

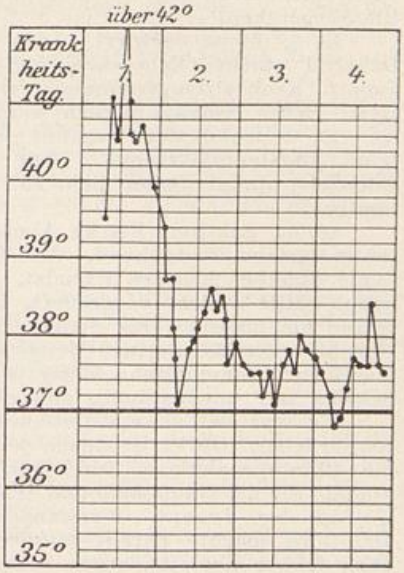
Meist handelte es sich um Fälle von Malaria tropica, der hier häufigsten Form. Bei den unter „Malaria unbestimmten Charakters" angeführten Fällen handelte es sich um solche, bei denen vorher schon Chinin genommen war, und daher Parasiten im peripheren Blut sich nicht mehr fanden, oder auch um frische Fälle, die trotzdem Parasiten im Fingerblut nicht aufwiesen, bei denen die Diagnose aber klinisch genügend gesichert war, um mit der Chinintherapie nicht etwa zu warten, bis die Diagnose Malaria auch durch Parasitennachweis bestätigt war. Bei fieberhafter Erkrankung braucht selbst bei nicht sicherer Diagnose mit der Chiningabe nicht gezögert zu werden, da durch das Chinin in keinem Falle ein Schaden angerichtet werden kann.

In der Therapie der Malaria werden von mir jetzt die Nochtschen verteilten Dosen zu 0,2 g verwandt. Ich beginne mit der Chiningabe aber erst auf der Höhe der Temperatur; ich habe damit gute Erfahrungen gemacht. Da bei den bisher von mir beobachteten Schwarzwasserfieberfällen die auslösende Chiningabe stets bei gerade ansteigender Temperatur genommen war, scheue ich davor zurück, mit der Chinintherapie schon beim Anstieg der Temperatur zu beginnen.

Bei dem einen Fall, der unter „graviditas et Malaria tropica" aufgeführt ist, handelte es sich um die Frau eines Beamten der Neu-Guinea-Compagnie, die im fünften Monat ihrer Gravidität frisch ins Land gekommen war. Trotz anfänglicher angeblicher Chinin-Prophylaxe von 0,2 g jeden zweiten Tag hatte sie vor ihrer Hospitalaufnahme ein Tertianfieber zu überstehen und während ihres Hospitalaufenthaltes ein Tropicafieber. Danach wurde sie veranlaßt, jeden vierten Tag 1 g Chinin in verteilten Dosen zu nehmen. Die Gravidität nahm einen regelrechten Verlauf. Die Geburt erfolgte etwa 14 Tage vor dem erwarteten Termin leicht und glatt, obwohl es sich um eine ältere Primipara handelte. In fast allen Fällen, bei denen ich hier bisher Schwangerschaft und Geburt habe beobachten können, war Chinin prophylaktisch dauernd genommen worden, ohne jede schädliche Wirkung. Im Gegenteil verliefen die Geburten, meist erste, stets leicht.

Von den drei Schwarzwasserfieberfällen betraf einer einen Patienten in der Rekonvaleszenz, einen Schiffsmaschinisten. Er hatte auf der Fahrt nach Sydney ein schweres Schwarzwasserfieber zu überstehen. Der Rat zur Heimreise war ihm bereits dort erteilt worden. Als er hier wieder eintraf, hatte er sich gut erholt und trat mit dem nächsten Postdampfer die Heimreise an. Von den beiden anderen Fällen gebe ich im Nachfolgenden die Krankengeschichten, die manches Interessante bieten.

Krankengeschichte Nr. 1. Siehe Temperaturkurve. Patient, ein 25jähriger schwächlicher Pflanzungsassistent der Neu-Guinea-Co., ist seit etwas über einem Jahre im Lande. Trotz angeblicher fünftägiger Chininprophylaxe mußte er bereits nach einem halben Jahre wegen schweren Schwarzwasserfiebers in das Hospital aufgenommen werden; ein viertel Jahr später wieder wegen Malaria und etwa einen Monat darauf wiederum wegen eines schweren Schwarzwasserfiebers. Ärztlicherseits war ihm nach jedem der beiden Schwarzwasserfieber der Rat zur Heimreise erteilt worden. Er hatte ihn aber nicht befolgen, sondern noch einen Anfall abwarten wollen.



Nach seiner letzten Hospitalbehandlung will Patient die viertägliche 1 g Chininprophylaxe in verteilten Dosen beobachtet haben, nachdem er im Hospital eine Chiningewöhnungskur durchgemacht hatte. In den letzten Tagen vor seiner jetzigen Aufnahme will er im allgemeinen sich schlecht befunden und auch Temperatursteigerungen gehabt haben. Obwohl er Chinin genommen habe, sei eine Änderung nicht eingetreten. Trotzdem tat er weiter Dienst. Zuletzt nahm er früh am 10. 6. 0,2 g Chinin. Zufällig hatte er dienstlich im Hospital zu tun. Durch sein elendes Aussehen und den vorhandenen Ikterus fiel er auf und wurde gleich im Hospital behalten. Die weitere Chininnahme wurde verhindert. Im Blutpräparat fanden sich keine Parasiten, aber starke Polychromatophilie und viele Blutschatten. Während Patient zum Schwitzen eingepackt wird, tritt starker Schüttelfrost ein unter Kollaps, der bei steigender Temperatur zurückgeht. Es besteht starkes Erbrechen und Würgen. Die Temperatur erreicht um 12 Uhr mittags (siehe Kurve) eine Höhe, daß das Thermometer zur Messung nicht ausreicht. Dabei tritt ein sehr rascher allgemeiner Verfall ein. Nach einer Kochsalzinfusion, bei der der schon etwas benommene Patient sich sehr ungebärdig benimmt, bessert sich das Befinden etwas. Ebenso wirkt ein heißes Bad günstig, aber auch nur vorübergehend. Gegen Abend tritt wieder starke Benommenheit ein, Nahrung und Getränke werden verweigert; Aufstoßen und Würgen werden stärker, Patient läßt unter sich. Nach einer Kochsalzeingießung in den Darm und Digalenmedikation hebt sich der Puls. Urin werden bis Mittag 250 g entleert, tiefdunkel und stark hämoglobinhaltig. Nachmittag wird nur wenig, nicht meßbarer Urin gelassen.

11. 6. Außerordentlich starker Ikterus am ganzen Körper. Patient hat gegen Morgen wieder unter sich gelassen. Etwa 300 ccm tiefdunkler Urin. Nach heißem Bad am Vormittag bessert sich das Befinden etwas. Getränke, Milch, Brotwasser werden vorübergehend wieder genommen. Gegen den Brechreiz erhält Patient mit nur vorübergehendem Erfolg die Chloroformmischung nach Ziemann (Chloroform 10 g, Gummi arabicum 10 g, Zucker 20 g, Wasser ad. 200 g). Zur Anregung der Diurese wird versucht Calc. carbonic. Natr. chlorat. Magn. sulf. aa 30 g zu 1000 stündlich ein Weinglas nach Ziemann zu geben. Es wird, auch gekühlt, verweigert. Liq. Kal. acet. 15 g : 200 g zwei- bis dreistündlich ein Eßlöffel wird zuerst genommen, muß aber schließlich wegen des unstillbaren Erbrechens weggelassen werden. Kochsalzeinläufe werden nur zum Teil zurückbehalten.

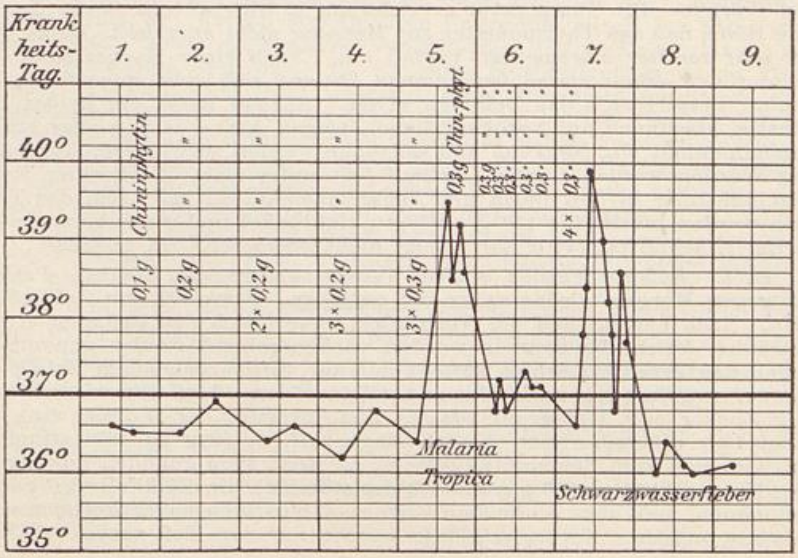
Patient läßt dauernd unter sich, auch tiefdunklen Urin in sehr geringer Menge. Der Puls ist jetzt voll, hart, regelmäßig und wenig beschleunigt. Heißes Bad wirkt günstig, aber nur sehr vorübergehend. Im Blutpräparat finden sich viele Blutschatten, rote Blutkörperchen in Stechapfelform, starke Polychromatophilie und Basophilie, häufig in demselben Blutkörperchen.

12. 6. Meist verwirrt. Läßt unter sich. Nimmt nur wenig zu sich. Dauernd starkes Erbrechen und Schlucken. Puls bei alledem unverändert. Kochsalzeingießungen werden nur zum geringen Teil behalten. Heiße Bäder zweimal täglich werden fortgesetzt. Opium, Coffein.

13. 6. nachmittags beginnt der Puls klein und schwach zu werden, trotz Digaleninjektionen. Nur vorübergehend bei Besinnung. Die Schwäche nimmt immer mehr zu. Gegen ½10 Uhr abends ruhiger Exitus letalis.

14. 6. Sektion: Starke Abmagerung. Intensiver Ikterus der Haut, ins aschgraue übergehend. Alle Organe stark ikterisch. In der Bauchhöhle dunkles flüssiges Exsudat. Leber ist weich, blaß, ikterisch, gelbgrün. Milz weich, vergrößert, ikterisch. Nieren blaurot, Pyramiden treten als blauschwarze Striche hervor; beiderseitig doppelte Ureteren. Harnblase enthält geringe Menge blutigen Urins, die Schleimhaut ist blaß, die Harnröhrenmündung blutig verklebt. Aus äußeren Gründen kann die Sektion nur unvollständig gemacht werden.

Es war bei diesem Patienten in kurzer Zeit das dritte Schwarzwasserfieber. Ob Patient nach der letzten Chiningewöhnungskur wirklich die Chininprophylaxe durchführte, erscheint zweifelhaft. Ätiologisch kommt für die Häufigkeit und Schwere der Schwarzwasserfieber vielleicht die in der Jugend überstandene Scharlacherkrankung in Betracht. Dr. Born machte darauf aufmerksam, bei jedem Schwarzwasserfieber nach früher überstandenem Scharlach zu fahnden. Dieser Fall machte von vornherein einen hoffnungslosen Eindruck. Die Beschaffenheit des Pulses schien für eine meningitische Reizung zu sprechen. Leider war es mir aus äußeren Gründen nicht möglich, auch die Sektion der Kopfhöhle vorzunehmen. Alle therapeutischen Maßnahmen waren gegen den ungünstigen Verlauf der Erkrankung vergebens. Interessant ist die außerordentliche Temperatursteigerung am Mittag des 10. Juni, wobei das Thermometer zur Messung nicht ausreichte.



Krankengeschichte Nr. 2: Siehe nebenstehende Temperaturkurve. 25jähriger Missionsbruder, der früher stets gesund gewesen sein will. Seit 1¼ Jahr im Lande, wovon ein Jahr auf Schiff gefahren. Währenddessen angeblich nur seltene und geringfügige Fieber. Seit ¼ Jahr am Lande tätig. Dabei angeblich alle 8 bis 14 Tage 1 g Chinin prophylaktisch. Auch nach etwaigem Fieber nicht mehr Chinin genommen. Vor drei Wochen Schwarzwasserfieber etwa fünf Stunden nach der prophylaktischen 1 g Chininnahme. Am 14. 10. wieder Schwarzwasserfieber, nachdem am Abend vorher prophylaktisch 1 g Chinin; Fieber und blutiger Urin dauerten angeblich drei Tage an.

9. 10. Hospitalaufnahme. Patient fühlt sich elend. Klagt über Appetitlosigkeit und Schmerzen im Rücken. Stark abgemagert, blaß, geringer Ikterus. Im Blutpräparat Polychromatophilie, Eosinophilie, zahlreiche Blutplättchen, keine Parasiten im Fingerblut. Urin hell, eiweißfrei. Beginn der Chiningewöhnung mit 0,1 g Chininphytin.

10. 10. 0,2 g Chininphytin.

11. 10. Zweimal 0,2 g Chininphytin.

12. 10. „ 0,3 „ „

13. 10. Dreimal 0,3 g Chininphytin. Gegen Mittag Temperatur über 39 Grad (siehe Kurve). Urin klar, frei von Eiweiß. Allgemeinbefinden gut. Im Blutpräparat reichliche Polychromatophilie, spärlich basophile Körnung, viele Blutblättchen, Chromatinkörner. Abends 9 Uhr bei Temperaturabfall 0,3 g Chininphytin.

14. 10. Fünfmal 0,3 g Chininphytin werden gut vertragen.

15. 10. Vormittags viermal 0,3 g Chininphytin. Darauf gegen 10 Uhr Schwarzwasserfieberanfall (siehe Kurve). Ikterus stellt sich bald ein. Mit sinkender Temperatur hellt sich der Urin, der in reichlicher Menge entleert wird, auf und wird hämoglobinfrei.

16. 10. Ikterus. Milz fühlbar, schmerzhaft. Urin reichlich, hell.

17. 10. Patient, der auf Rat die Heimreise antritt, wird entlassen.

Auf der Reise nach Europa soll Patient noch mehrere schwere Malaria- und Schwarzwasserfieberanfälle durchzumachen gehabt haben.

Aus der Anamnese dieses Falles ergibt sich, wie unzweckmäßig und ungenügend eine zu seltene und zu geringe Chininprophylaxe und eine nicht energische Behandlung des Fiebers ist. Für das hier beobachtete Schwarzwasserfieber bildete Chininphytin das auslösende Moment. Es ist also auch das Chininphytin, ein außerordentlich teures Medikament, zur Vermeidung eines Schwarzwasserfiebers nicht geeignet.

In letzter Zeit habe ich bei einem Falle, der auch auf kleine Chiningaben mit Haemoglobinurie reagierte, Chinin. tannic., das ja vielfach empfohlen wird, anzuwenden versucht. Der Erfolg scheint ein guter zu sein; ob auch anhaltend, läßt sich noch nicht sagen. Jedenfalls sind weitere Versuche angezeigt.

b. Typhus abdominalis.

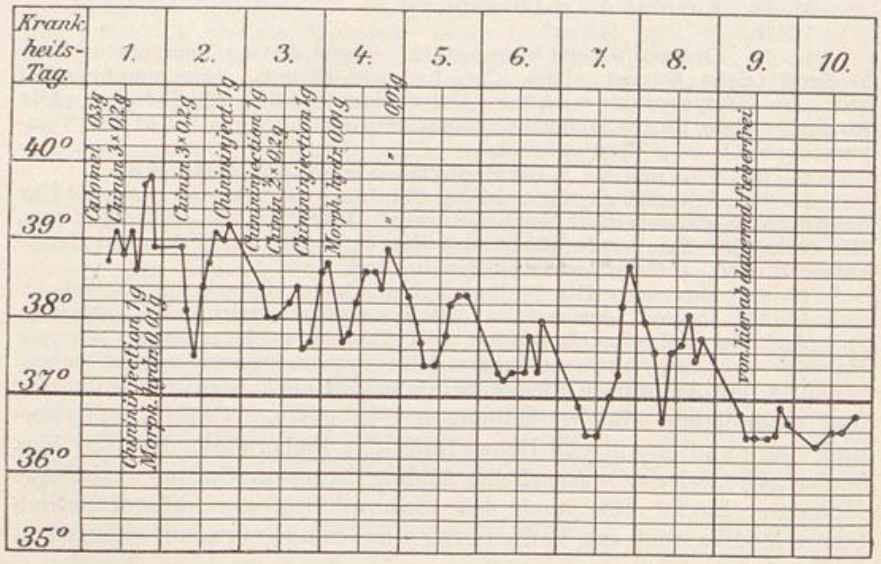
Im Februar kam folgender Fall zur Behandlung:

Krankengeschichte Nr. 3: Siehe Temperaturkurve. 35jähriger Missionar. Als Kind Masern, mit 18 Jahren Lungenspitzenkatarrh; sonst angeblich stets gesund. 1902 bis 1905 in Neu-Guinea. Während dieser Zeit angeblich regelmäßig jeden fünften Tag 1 g Chinin. Im ersten Jahre trotzdem häufig, im letzten Jahre zweimal Malariafieber. 1905 ging er wegen eines schweren Schwarzwasserfiebers nach Deutschland, wo er sich von 1905 bis 1908 aufhielt. Dort 1905 noch dreimal Malariafieber. Seit Oktober 1908 wieder hier im Lande. Angeblich Chininprophylaxe 1 g fünftäglich. Jetzige Krankheit begann nach einer Tour nach

der Dampier-Insel am 11. Februar mit heftigen Kopf- und Nackenschmerzen sowie Fieber; am 15. sollen dazu gekommen sein: trockener Husten und Schmerzen in der rechten Brustseite. Da Fieber und Beschwerden trotz Chininnahme nicht schwanden, kommt Patient ins Hospital.

Patient befindet sich in elendem Allgemeinzustand. Über die Lungen ist ein krankhafter Befund nicht nachzuweisen. Milz ist als schmerzhaft zu fühlen. In wiederholten Blutpräparaten befinden sich keine Parasiten. Verlauf und Therapie s. Kurve.

21. 2. Es besteht dauernd leichte Benommenheit, die bei steigender Temperatur zunimmt. Starke Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, elendes Allgemeingefühl, Verstopfung, Husten, der zur Nacht mehreremal Morphiumgabe notwendig macht. Chinin wird als wirkungslos weggelassen. Morgens und abends warmes Bad mit kalten Übergießungen, das als sehr angenehm empfunden wird. Keine Roseola.



28. 2. Patient fühlt sich noch matt und elend, wenn auch die sonstigen Beschwerden meist geschwunden sind. Es wird wieder mit der prophylaktischen Chiningabe begonnen.

3. 3. Bis heute täglich fünfmal 0,2 g Chinin. Auf Wunsch wird er in seine Häuslichkeit entlassen, mit der Weisung, acht Tage jeden zweiten, vierzehn Tage jeden dritten, dann dauernd jeden vierten Tag fünfmal 0,2 g Chinin zu nehmen. Patient erholte sich dann bald.

Bakteriologische und chemische Untersuchungen zur Sicherstellung der zweifelhaften Diagnose Typhus konnten mangels der nötigen Reagentien leider nicht vorgenommen werden. Die Wirkungslosigkeit der reichlichen und häufigen Chinintherapie läßt Malariaerkrankung ausschließen. Auch für eine andere fieberhafte Erkrankung fand sich kein Anhalt. Ich glaube, daß es sich um eine Typhuserkrankung handelte, wie sie im „Handbuch für Tropenkrankheiten von Mense“ beschrieben sind, bei denen der Verlauf irregulär ist, und manche sonstigen Symptome fehlen. Derartige fieberhafte Erkrankungen, bei denen eine ganz bestimmte Diagnose nicht gestellt werden kann, werden gelegentlich auch bei den Farbigen beobachtet.

c. Lungenspitzenkatarrh.

Bei dem Fall von Lungenspitzenkatarrh handelte es sich um eine Schwester der katholischen Mission, bei der verschiedene Mitglieder der Familie an „Schwindsucht" gestorben sein sollen. Tuberkulöse oder auf Tuberkulose verdächtige Leute sollten in ein Tropenland, in dem Malaria herrscht, nicht hinausgeschickt werden. Durch ständige, unvermeidbare Malariainfektionen wird naturgemäß auch der tuberkulöse Prozeß beschleunigt. Auch bilden an Tuberkulose erkrankte Europäer eine Ansteckungsgefahr für die Eingeborenen, unter denen bisher die Tuberkulose noch nicht sehr verbreitet ist.

d. Myositis rheumatica.

Es handelte sich um einen 32jährigen Pflanzungsassistenten von einer Außenstation. Die Krankheit bestand schon seit einigen Wochen, ehe Patient bei passender Schiffsverbindung im April in das Hospital kommen konnte. Er war sehr heruntergekommen und litt an starker Schlaf- und Appetitlosigkeit; dabei waren dauernde Temperatursteigerungen bis etwas über 38 Grad vorhanden. Im linken Deltoideus war eine knochenharte, halb faustgroße Geschwulst fühlbar. Eine gleiche doppelt so große Geschwulst fand sich über den Rippen in der rechten Axillarlinie; ebenso in der rechten Oberschenkelmuskulatur. Diese Geschwülste waren beim Berühren äußerst schmerzhaft. Im Blutpräparat fanden sich keine Parasiten. Unter Aspirin-, später Jodkali-, Schwitz- und Bäderkuren schwanden die Beschwerden; auch gingen die Schwellungen völlig zurück. Nach 4½ Wochen Hospitalbehandlung konnte Patient als geheilt entlassen werden und ist bis jetzt gesund geblieben.

e. Nephritis.

28jährige Missionsfrau, seit zwei Jahren im Lande. Während dieser Zeit eine normale Geburt. Chininprophylaxe jeden vierten Tag 0,8 g Chinin. Dabei angeblich nur sehr selten Fieber. Im März 1909 Hospitalaufnahme für kürzere Zeit zur Beobachtung. Beschwerden: Große Schwäche, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, dreimal einige Stunden andauernde kolikartige Unterleibsschmerzen. Nährt ihr Kind seit über zehn Monaten. Stillen wird jetzt ausgesetzt. Im Blutpräparat keine Parasiten. Hämaturie, verminderte Urinmenge. Mikroskopisch: reichlich Blutkörperchen, Epithelien, Zylinder, einmal zahlreiche Kristalle von oxalsaurem Kalk. Linke Niere auf Druck schmerzhaft. Therapeutisch werden Urotropin, Karlsbader Salz, Folia uvae ursi, Wildunger Salz, Sitzbäder mit Kamillentee angewandt. Dabei schwindet der Blutgehalt, auch wird der Urin eiweißfrei. Patientin erholt sich und wird auf ihren Wunsch wieder in ihre Häuslichkeit entlassen mit dem Rat zur Heimreise, der aber bisher noch nicht befolgt wurde. Chininprophylaxe wird fortgesetzt. Nach schriftlicher Mitteilung hat Patientin seitdem wieder einen leichten Kolikanfall gehabt. Wahrscheinlich lag in diesem Fall Nierenstein vor, der beim Durchtritt eine vorübergehende Nierenreizung herbeiführte.

f. Neurasthenie.

Bei den zur Beobachtung kommenden Fällen von Neurasthenie sind häufig die Wirkungen chronischer Malaria, des Alkohols, Nikotins und natürlicher Veranlagung kombiniert. Jedoch kommen auch

Fälle von Neurasthenie vor, die allein auf längeren Tropenaufenthalt zurückzuführen sind.

g. Lungenverletzung.

Im April wurde ein Herr eingeliefert, der einen Obsidianspeerschuß erhalten hatte. Es fand sich unter dem rechten Scapularrand eine etwa 3 cm lange Wunde, aus der nach Lösen des provisorischen Verbandes Blut und Luft herauszischte. Beim Handauflegen ist deutlich die Pulsation der großen Gefäße zu spüren. Es bestand starke Atemnot und ein nach oben bis zum Kinn, nach unten bis über den Nabel hinausgehendes rechtsseitiges Emphysem. Der Speer war angeblich wieder herausgezogen worden und zwar vollständig. Unter Schröpfen, Pinselungen mit Jodtinktur, Aspirin geht das Emphysem fast ganz zurück; die Wunde beginnt sich zu schließen. Roter Hund, der stark auftritt, heilt bei Waschungen mit Eau de Cologne und nachfolgender Borsylpuderung. R. h. u. besteht eine Dämpfung bis zum Scapularrand mit aufgehobenem Stimmfremitus und abgeschwächtem Atmen. Dauernd leichte Temperatursteigerungen. Eine Probepunktion ergibt blutig-seröse Flüssigkeit. Nach zehn Tagen Hospitalaufenthalt muß Patient auf seinen dringenden Wunsch nach Herbertshöhe entlassen werden, wohin er angeblich aus geschäftlichen Gründen unbedingt muß. Dort wurde später eine Rippenresektion vorgenommen, wobei Speersplitter entfernt wurden. Patient trat dann die Heimreise an.

h. Impetigo contagiosa.

Kommt in den Schenkelbeugen, Achselhöhlen und an den Armen häufiger vor. Schwefelzink- oder Salizylpaste wirkt fast stets sicher heilend.

i. Kapokschnupfen.

Zu erwähnen ist noch ein Fall von Kapokschnupfen, der mich selbst betraf. Seit Jahren litt ich hier an einem Schnupfen, der gewöhnlich im Laufe des Vormittags auftrat und gegen Abend aufhörte, und der überaus lästig war. Alle therapeutischen Maßnahmen waren vergebens. Der Schnupfen hörte erst auf, nachdem ich verhinderte, daß von dem Füllmaterial der Kopfkissen und Matratze, dem baumwollähnlichen Schoteninhalt der Kapokbäume, Fasern oder Stäubchen in die Nase kommen konnten. Bei Außerachtlassung dieser Vorsichtsmaßregel kam auch der Schnupfen wieder. Am besten wäre es, in solchen Fällen der Intoleranz gegen Kapok davon abzusehen, dieses Material zur Füllung der Kopfkissen oder Matratzen zu verwenden. Wenn es aber doch geschieht, so muß ein vollkommen dichtschließender, mehrfacher Überzug genommen werden.

k. Ambulant Behandelte.

Eine genaue Statistik über die ambulant behandelten Fälle läßt sich nicht geben. Es kamen u. a. zur Beobachtung: Malaria, Gonorrhöe, Strictura urethrae, Impetigo contagiosa, Furunkulose, Wunden, Bubonen, Unterschenkelgeschwür, Zahnkaries, Zahnextraktionen, Otitis media, Otitis externa, Perforation des Trommelfells, Conjunctivitis, Bronchitis, Stomatitis, Obstipation, Leberschwellung, Alkoholismus, Gravidität und ein Fall von Geisteskrankheit.

Europäerhospital.

1. Frequenz.

Monat	Bestand	Zugang	Abgang durch		
			Entlassung	Heimsendung	Tod
April	.	5	3	.	.
Mai	2	3	5	.	.
Juni	.	4	2	.	1
Juli	1	1	2	.	.
August	.	2	1	.	.
September	1	1	2	.	.
Oktober	.	6	5	1	.
November	.	5	3	1	.
Dezember	1	2	3	.	.
Januar	.	5	4	.	.
Februar	1	3	1	.	.
März	3	2	5	.	.
Summa	9	39	36	2	1
Durchschnitt im Monat	0,75	3,25	3,00	.	.

2. Anteil der einzelnen Stationen.

Stationen	Zahl der		
	Kranken	Krankentage	Todesfälle
Bezirksamt Friedrich-Wilhelmshafen	10	44	.
N. G. C. „ „	12	68	1
N. G. C. Stephansort	3	16	.
N. G. C. sonstige Stationen	2	39	.
N. G. C. Schiffsbesatzung	2	8	.
Missionen	6	39	.
Expeditionen usw.	4	85	.
Summa	39	299	1

3. Nach Art der Krankheiten.

Krankheit	Zahl der		
	Kranken	Krankentage	Todesfälle
Malaria tropica	11	46	.
„ „ und Zeruminalpfropf	1	4	.
„ „ „ Neurasthenie	1	2	.
„ „ „ Lippenabszeß	1	5	.
„ „ „ Onychie	1	5	.
Übertrag	15	62	.

Krankheit	Zahl der Kranken	Zahl der Krankentage	Zahl der Todesfälle
Übertrag . .	15	62	.
Malaria tertiana	2	21	.
„ unbestimmten Charakters	5	27	.
„ unbestimmt und Epididymitis . . .	1	3	.
„ „ „ Neurasthenie . . .	1	3	.
„ „ „ Furunkulose	1	10	.
Graviditas und Malaria tropica	1	67	.
Schwarzwasserfieber	2	8	1
„ und Malaria tropica . . .	1	8	.
Lungenspitzenkatarrh	1	3	.
Myositis rheumatica	1	33	.
Typhus abdominalis?	1	13	.
Nephritis haemorrhagica	1	9	.
Neurasthenie	2	8	.
Lungenverletzung durch Speerschuß	1	12	.
Zehenabszeß	1	3	.
Impetigo contagiosa und Bubo axillaris . . .	1	4	.
Zur Beobachtung	1	5	.
Summa . . .	39	299	1

IV. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse unter den Eingeborenen.

Die Gesundheitsverhältnisse unter den Farbigen im Berichtsjahr waren als günstig zu bezeichnen. Epidemien ausgedehnteren Charakters traten nicht auf. Bei Anwerbungen und Entlassungen erfolgen regelmäßige Untersuchungen, wobei Kranke ins Hospital aufgenommen und Arbeitsunfähige zurückgewiesen werden. Die Anwerbung auch jugendlicher Personen könnte Arbeitgebern, die eine Gewähr für ihre zweckmäßige Verwendung geben, in etwas größerem Umfang gestattet werden. Das bietet den Vorteil, daß die Leute schon im jugendlichen Alter mit der europäischen Kultur in Berührung kommen und dem meist europäerfeindlichen Einfluß der Alten im Dorfe frühzeitig entzogen werden.

Die farbigen Angestellten beim Bezirksamt und der N. G. Co. in Friedrich-Wilhelmshafen werden regelmäßig jeden Monat auf Geschlechts- und andere Krankheiten hin nachgesehen. Impfungen wurden im Berichtsjahre vorgenommen, und zwar wurden durchgeimpft: die farbigen Angestellten des Bezirksamts und der N. G. Co. in Friedrich-Wilhelmshafen, Jomba, Modillon, Stephansort, Erima, Erimahafen und Konstantinhafen; außerdem die freien Eingeborenen der umliegenden Dorfschaften: Beliao, Ragetta, Siar, Jabob, Ruo, Bogadjim und die Steuerarbeiter aus verschiedenen Ortschaften. Die Durchimpfung der übrigen Küstenstationen soll erfolgen, wenn sich

mit dem Gouvernementsdampfer „Seestern“ eine Gelegenheit dazu bietet. Lymphe wird aus Sydney bezogen; Lymphe aus Deutschland ist schon beim Eintreffen hier unwirksam.

Den Impfungen unterziehen sich die Eingeborenen meist gern, teils, weil sie die guten Wirkungen kennen, zum Teil aber auch wegen der daraus sich ergebenden Ziernarben. Bei irgendwelchen Erkrankungen aber wenden sie sich selten an den Europäer trotz sonst guten Verhältnisses. Sie sind noch vollkommen in dem Glauben befangen, daß die Krankheiten durch Verzauberungen entstehen und nur durch den geeigneten Gegenzauber beseitigt werden können. Wenn einige Verständigere, besonders bei chirurgischen Krankheiten, auch den Arzt konsultieren, so sind doch selbst diese fast nie zur Aufnahme in das Hospital zu bewegen, wo sie mit Leuten aus anderen Gegenden zusammenliegen müßten. Die jüngeren Leute, die bereits in Diensten von Europäern gestanden haben, wären vernünftigen Vorstellungen wohl eher geneigt, wenn nicht die einflußreichen Alten im Dorfe wären, die sich in die neuen Verhältnisse nicht schicken können und wollen.

Ein Rückgang oder wenigstens keine irgendwie wesentliche Vermehrung in der Bevölkerung scheint auch hier vorhanden zu sein. Die Ursache dafür scheint mir weniger in allgemeiner Degeneration oder in stärkerer Verbreitung von Geschlechts- und anderen Krankheiten zu liegen als in der Häufigkeit der Abtreibungen, der Verhinderung von Schwangerschaften, der sehr geringen Kinderzahl in den Familien, der Tötung von Neugeborenen. Diese Ursachen wirkten sicher schon, bevor Europäer ins Land kamen, durch welche diese Verhältnisse eher gebessert werden. Wie weit die polizeiliche Umänderung aller Lebensverhältnisse durch Berührung mit europäischer Kultur auf die Verminderung der Bevölkerung einwirkt, ob sie überhaupt einwirkt, darüber läßt sich ein Urteil kaum abgeben. In Gebieten, die der Anwerbung schon lange erschlossen sind, wirkt wohl auch diese an sich, die zeugungsfähige Männer, weniger Weiber, der Ortschaft entzieht, ungünstig auf die Bevölkerungszunahme ein, da ja ein Überschuß von Leuten fast nirgends vorhanden ist. Ohne Anwerbung aber ist eine Kolonisation des Landes nicht möglich. Wären andere Ursachen nicht vorhanden, d. h. würde die Bevölkerung normalerweise in genügender Zunahme begriffen sein, dann würde die Anwerbung nicht schaden, eher nützen. Es wäre also zwecklos, etwa die Anwerbung zu beschränken, solange die übrigen Ursachen für die Entvölkerung fortdauern.

V. Statistik der Eingeborenenerkrankungen.

Die durchschnittliche Arbeiterzahl beim Bezirksamt betrug im Berichtsjahr 106,7; die Zahl der gesamten Verpflegungstage 39 075. Von den Leuten des Bezirksamts erkrankten im Laufe des Jahres 113 = 105,9 % mit 1342 = 3,4 % Krankentagen und 3 = 2,8 % Todesfällen.

Die durchschnittliche Arbeiterzahl bei der Neu-Guinea-Compagnie in Friedrich-Wilhelmshafen, Jomba und Modillon betrug 405; die Zahl der Gesamtverpflegungstage 148 214. Es erkrankten im Laufe des Jahres 425 = 104,9 % mit 7428 = 5 % Krankentagen und 17 = 4,2 % Todesfällen. Auf die einzelnen Arbeiterklassen verteilen sich diese Zahlen folgendermaßen:

	Chinesen	Malaien	Melanesen
Arbeiterzahl . . .	22	40	343
Krankenzahl . . .	49 = 222,7 %	91 = 227,5 %	285 = 83,1 %
Gesamtverpflegungstage	8030	14 600	125 584
Krankentage . . .	471 = 5,9 %	2620 = 17,9 %	4337 = 3,5 %
Todesfälle	4 = 18,2 %	3 = 7,5 %	10 = 2,9 %

Für die chinesischen und malaiischen Arbeiter ergibt sich demnach ein sehr ungünstiges Verhältnis. Es waren meist Arbeiter, die frisch ins Land kamen. Teilweise, besonders an Malaien, war ein sehr elendes unfähiges Material hergeschickt worden. Wenn sich unter Chinesen und Malaien bei längerem Aufenthalt die Gesundheitsverhältnisse auch zu bessern pflegen, so ist es doch nicht ratsam, sie die Mehrzahl der Arbeiter bilden zu lassen. In gesundheitlicher Beziehung sind die Eingeborenen von Kaiser Wilhelms-Land, dann die des Bismarck-Archipels die geeignetsten Arbeiter für die Plantagen.

Tabelle I. Seite 404/05.

Im ganzen fanden im Berichtsjahre im Arbeiterhospital Aufnahme: 637 Kranke mit 11 488 Behandlungstagen und 28 = 4,4 % Todesfällen.

In Tabelle I ist unter 2 und 10 die durchschnittliche Arbeiterzahl aufgeführt, wobei zu berücksichtigen ist, daß das Material als solches ein stark wechselndes ist. Unter 3 und 11 findet sich die Zahl der Kranken in jedem einzelnen Monat, während die Zahl der Kranken im Laufe des Jahres für das Bezirksamt und die N. G. Co. in Friedrich-Wilhelmshafen aus Tabelle II hervorgeht.

Tabelle II. Seite 404/05.

Der höchste Zugang ist im Mai, der niedrigste im Februar zu verzeichnen. Wie sich die Zahlen auf die einzelnen Arbeiterklassen verteilen, ist aus der Tabelle ersichtlich. Der durchschnittliche Bestand am Beginn des Monats betrug 29,4; der durchschnittliche Zugang im Monat 50,3. Entlassen wurden im Monat durchschnittlich 47, heimgesandt 1,8 und es starben durchschnittlich 2,25. (Tabelle III.)

Tabelle III. Tabelle IV. Seite 406/07.

Tabelle IV gibt eine Aufstellung darüber, wie sich die im Hospital behandelten Krankheitsfälle auf die einzelnen Krankheiten verteilen und wieviel Krankentage und Todesfälle auf diese entfielen.

VI. Kasuistik der Eingeborenenerkrankungen.

a. Malaria.

Von 637 Kranken mit 11 488 Behandlungstagen entfielen auf Malaria 110 = 17,2 % Fälle mit 1026 = 8,1 % Krankentagen und 2 Todesfällen. Die beiden Todesfälle betrafen Malaien von dem neu-

eingetroffenen Transport. Beide waren alte, sehr heruntergekommene Leute. Am häufigsten ist auch unter den Farbigen die Malaria tropica; denn der größte Teil der unter „Malaria unbestimmten Charakters" aufgeführten Fälle ist hierher zu rechnen. Auch in der Behandlung der Malaria bei Farbigen mache ich von der Nochtschen Methode der verteilten Chiningaben mit gutem Erfolg Gebrauch. Eine Chininprophylaxe wird regelmäßig nur bei den chinesischen und malaiischen Arbeitern durchgeführt. Und zwar erhalten sie jeden Sonnabend 1½ g Chinin, da die Chiningabe an den Arbeitstagen auf die Dauer nicht durchführbar ist. Wie nötig es ist, mit der Chiningabe bei schweren, auf Malaria verdächtigen Fällen sogleich zu beginnen, lehrt folgender Fall:

Ein Malaie wurde mit hohem Fieber besinnungslos, mit kleinem Puls, im ganzen einen moribunden Eindruck machend, eingeliefert. Da der Verdacht auf Malaria vorlag, wurde sofort mit Chininjektionen begonnen, die in den nächsten Tagen fortgesetzt wurden. Gleich bei der Aufnahme wurde ein Blutpräparat gemacht, in dem sich Parasiten aber nicht fanden. Unter der Chinintherapie aber schwanden in wenigen Tagen Fieber, Benommenheit und die übrigen Erscheinungen. Der Mann erholte sich schnell. Hätte man hier erst zur Einleitung der Chinintherapie den sicheren Nachweis von Parasiten abwarten wollen, dann wäre es vielleicht zu spät gewesen.

b. Beri-Beri.

Auf Beri-Beri entfielen 36 = 5,7 % Kranke, 1407 = 12,2 % Krankentage und 5 Todesfälle, wovon 4 allein Chinesen betrafen.

Die Beri-Berifälle unter den Melanesen, die zu einem großen Teil aus Stephansort kamen, traten meist leicht auf; der eine Todesfall betraf einen Polizeisoldaten, Bukajungen, bei dem die Erkrankung mit Dysenterie kompliziert war. Jedoch waren die Erkrankungen bei den Melanesen sehr hartnäckig und rezidivierten leicht; in einem Teil der Fälle erfolgte nach der Wiederherstellung die Heimsendung. Schwer dagegen traten die Beri-Berierkrankungen unter den Chinesen auf und zwar stets in der kardialen ödematösen Form. War es möglich, die Erkrankten rechtzeitig mit dem Postdampfer nach Hongkong zu schicken, so trat auf der Reise bald Besserung, ja meist anscheinende Heilung ein. Mußten die Leute aber hier behalten werden, dann starben sie meist bald an Herzinsuffizienz, die auch durch Herzmittel, wie Digalen, nicht zu beheben war. Die Beri-Berierkrankung der Chinesen betraf fast alle Leute, die in einem alten Chinesenhause wohnten, das mitten im Sumpfe stand. Seitdem dieses Haus geräumt und abgerissen ist, und den Chinesen neue Wohnräume angewiesen sind, haben auch seit einigen Monaten die Beri-Berierkrankungen unter den Chinesen von Friedrich-Wilhelmshafen aufgehört.

c. Dysenterie.

Auf Dysenterie entfielen 10 = 1,6 % Kranke, 320 = 2,8 % Krankentage und 4 Todesfälle.

Die Dysenterie trat nur sporadisch auf. Häufiger handelt es sich um Kranke, die von anderen Stationen dem hiesigen Hospital überwiesen wurden. In der Behandlung der Dysenterie scheint mir neben der Diät das Rizinusöl das empfehlenswerteste Medikament zu sein, und zwar gebe ich davon vor- und nachmittags je einen Eßlöffel mehrere Tage hindurch.

d. Tuberkulose.

Bei zwei Fällen wurde die Diagnose durch die Sektion bestätigt. Es scheint, als würden die Fälle von Tuberkulose bei den Eingeborenen mit der Zeit häufiger. Ich glaube, daß es sich um eine Erkrankung handelt, die im Schutzgebiet ursprünglich nicht heimisch war, sondern erst in neuerer Zeit eingeschleppt worden ist. Für diese Ansicht spricht, daß ich bei über 70 Sektionen niemals die Überreste alter ausgeheilter Prozesse besonders in den Lungenspitzen fand, wie sie zu Hause bei Sektionen in einem großen Prozentsatz sich finden. Bei den Sektionen zeigen die Lungen fast stets eine sehr helle Farbe wie etwa normale Kinderlungen. Pleuritische Verwachsungen, strang- und flächenförmige, sind häufig zu finden, wohl Überreste von alten Erkältungskrankheiten, die ja bei den Eingeborenen häufig sind. Die Gefahr ist groß, daß auf ihrer Basis sich auch die Tuberkulose mit der Zeit immer weiter verbreitet. Es sollte, wie ich oben betonte, vermieden werden, daß Europäer die Quelle der Infektion bilden können.

e. Pneumonie.

Obwohl es sich bei den melanesischen Arbeitern weder um Säufer noch um alte Leute handelt, verlaufen die Pneumonien doch in einem großen Prozentsatz tödlich. Bei Sektionen findet sich dann häufig auch noch Pleuritis und Pericarditis. Auch die meisten Todesfälle in den Dörfern der freien Eingeborenen fallen auf Lungenentzündungen.

f. Meningitis.

Es handelt sich um ein im siebenten Monat schwangeres Melanesenweib, das plötzlich unter hohem Fieber erkrankt war, besinnungslos eingeliefert wurde und schon am nächsten Tage starb. Die Sektion ergab das Vorliegen einer eitrigen Meningitis, die auch schon vorher aus der Beschaffenheit des Pulses und den übrigen klinischen Erscheinungen diagnostiziert werden konnte. Die Frucht war abgestorben. Fälle von eitriger Meningitis wurden auch schon in früheren Jahren beobachtet. Ich verweise auf die kleine Meningitisepidemie im Jahresbericht 1903/04.

g. Lepra.

Bisher waren im Kaiser Wilhelms-Land Fälle von Lepra noch nicht sicher nachgewiesen worden. Die darauf verdächtigen Fälle hatten sich bei näherer Untersuchung als nicht leprös erwiesen.

Häufig handelte es sich da um eine eigentümliche lupusähnliche Nasenerkrankung, die in ihrem Wesen noch nicht aufgeklärt ist, und die zu starken Zerstörungen im Gesicht führen, aber auch in Heilung übergehen kann. In diesem Berichtsjahr gelang es zum ersten Male, zweifelsfrei Lepra nachzuweisen, bei einem Eingeborenen, der noch nie in Pflanzungs- oder sonstigen europäischen Diensten gewesen war, und der sich in einem von Europäerniederlassungen entfernten Orte befand.

Am 18. April 1908 wurde ins Hospital der etwa 20jährige Eingeborene Tombol aus Male in der Astrolabeebene eingeliefert. Der Befund bei dem Manne war folgender:

Über beiden Augenbrauen, auf der Stirn und beiderseits über den Jochbogen finden sich zum Teil zusammenhängende Knoten von etwa Kleinhaselnußgröße. Die Haut darüber ist leicht gespannt und glänzend; an einzelnen der Knoten ist durch das Gefühl Erweichung nachweisbar. Der Nasenrücken ist eingefallen, die Nasenspitze herabhängend. Die Atmung ist schnaufend. In der Nasenhöhle stark stinkende Borken; die Nasenabsonderung ist sonst gering. Die knöchernen Teile der Nase ergeben bei der Sondenuntersuchung das Gefühl der Rauhigkeit. Am Rande des rechten Nasenflügels eine etwa haselnußgroße Geschwürstelle, die wie Frambösieerkrankung aussieht. An beiden Ohrläppchen und an den Ohrrändern finden sich mehrere kleinhaselnußgroße Knoten, über denen die Haut glänzend gerötet ist. Der übrige Ohrrand ist mit Borken besetzt, unter denen sich teilweise schon vernarbte Geschwürflächen finden. Der Haarwuchs über den Augenbrauen ist sehr spärlich, spärlich auch der an den Wangen und der Oberlippe. Nacken- und Unterkieferdrüsen sind geschwollen. Ober- und Unterlippe sind stark geschwollen und gewulstet und fühlen sich verhärtet an. Die Lippenschleimhaut ist borkig belegt; unter den Borken finden sich zum Teil frische, zum Teil schon vernarbte Geschwürflächen. Der harte Gaumen bildet eine zusammenfließende Geschwürfläche mit zäher, dicker, weiß-gelblicher, nicht reichlicher Absonderung. Das Gesicht, von vorn und von der Seite betrachtet, macht den Eindruck der beginnenden facies leonina. An beiden Armen finden sich unter der Haut einige bis walnußgroße harte Knoten. An den Händen sind sämtliche Finger stark geschwollen; die Oberhaut ist an verschiedenen Stellen abgehoben, darunter befindet sich dünnflüssiger Eiter. Die Drüsen in beiden Leisten- und Oberschenkelbeugen sind geschwollen. An der Außenseite des linken Ober- und Unterschenkels finden sich große Geschwürflächen mit blutig-eitriger Absonderung, an einigen Stellen schon Vernarbung. An der Haut des Gesäßes sind zahlreiche strich- und flächenförmige Narben mit atrophischer Haut zu sehen. Die linke Brustwarze steht stark hervor, ist geschwollen, etwa halbtaubeneigroß und fühlt sich knotig an. Die Haut der linken Brustgegend und des Halses ist depigmentiert hell.

Der Mann gibt an, daß in seinem eigentlichen Heimatdorfe, das weiter in den Bergen gelegen sein soll, viele an ähnlicher Krankheit gestorben sein sollen.

In mikroskopischen Präparaten, die täglich von den verschiedenen Stellen entnommen wurden, konnten erst nach mehreren Tagen deutlich Leprabazillen nachgewiesen werden. Die Präparate wurden zur Kontrolle nach Deutschland geschickt, wo die Diagnose Lepra mit Sicherheit bestätigt wurde. Der Mann wurde hier symptomatisch behandelt, wobei der Zustand sich sehr besserte. Da eine Möglichkeit zur strengen Isolation aber nicht bestand, da ferner der N. G. Co., unter deren Arbeitern Lepra bisher nicht aufgetreten ist, nicht zugemutet werden konnte, den Mann lange Zeit in ihrem Hospital zu behalten, mußte er nach Sicherstellung der Diagnose nach Male zurückgeschickt werden. Die dortigen Eingeborenen wurden über die Natur der Krankheit belehrt und ange-

wiesen, den Mann zu isolieren und den Verkehr mit ihm möglichst einzuschränken.

Inzwischen wurden in den Präparaten von zwei weiteren Fällen Leprabazillen nachgewiesen. Das eine war von Missionaren in Bogia bei Potsdamhafen von einer verstorbenen Frau entnommen und eingesandt worden, das zweite von einem Missionar auf Ruo, ebenfalls von einem Eingeborenenweibe.

Wahrscheinlich werden sich im Kaiser Wilhelmsland, wohl mehr im Innern als an der Küste, noch mehr Fälle von Lepra finden; wahrscheinlich ist die Erkrankung hier auch schon länger heimisch und nicht etwa erst in neuerer Zeit eingeschleppt. Die Fälle aufzufinden, wird aber sehr schwierig sein, bei der Unerforschtheit des Gebietes, der Schwierigkeit des Geländes und der Scheu der Eingeborenen. Noch mehr Schwierigkeiten wird es machen, die Erkrankten in einem zu erbauenden Lepraheim, das beträchtliche Kosten erfordern würde, zu vereinen. Es wird sich da wohl erst im Laufe von Jahren ein Erfolg erzielen lassen. Ob ein Zwang zur Internierung angebracht und erlaubt ist, ist zweifelhaft. Die Begründung eines Lepraheims, das in humaner Weise die an es zu stellenden Forderungen erfüllt, würde, glaube ich, zu den dankbaren Aufgaben einer der Missionsgesellschaften gehören, die es auch mit geringeren Kosten bewerkstelligen könnte.

h. Frambösie.

Diese Kinderkrankheit der Südsee wird auch bei Erwachsenen beobachtet, auch in Dörfern, in denen sie als Kinderkrankheit vorherrscht. Die Frambösie heilt gut bei Ätzungen mit dem Kupferstift, nachfolgender Kalomelpuderung und innerlicher Jodkaligabe. (Vgl. Abb. 32 auf Tafel X.)

Bild 32. Tafel X.

i. Chirurgische Krankheiten.

Auf chirurgische Erkrankungen entfielen 186 = 29,2 % Kranke, 3527 = 30,7 % Krankentage und 3 Todesfälle.

Sehr häufig sind die Unterschenkelgeschwüre bei den Pflanzungsarbeitern. Sind sie gangränös geworden — ein Prozeß, der schnell fortzuschreiten pflegt —, so ist eine gründliche Auskratzung und Beschneidung der Ränder notwendig. Danach pflegen sie unter Ätzungen mit Wasserstoffsuperoxyd oder Höllenstein nach Pulververbänden verhältnismäßig schnell zu verheilen; auch feuchte Verbände, besonders mit Kampferwein, und Salbenverbände wirken günstig. Abszesse, Bubonen, Phlegmonen, Furunkulosen kommen auch oft zur Beobachtung. Häufiger finden sich auch die in früheren Jahresberichten erwähnten tiefliegenden Schwellungen in der Muskulatur, die meist fieberlos verlaufen und unter Alokoholverbänden zurückgehen oder auch in Eiterung übergehen. Ätiologisch kommen da vielleicht Filarien in Betracht, wie schon anderweitig vermutet wurde. Professor Fülleborn wies hier bei einigen Eingeborenen und Arbeitern, die Krankheitserscheinungen nicht zeigten, vor kurzem Filarien nach.

Sehr häufig sind die verschiedenartigsten Hernien bei den Eingeborenen von Kaiser Wilhelmsland und des Archipels. Eine eingeklemmte Hernie habe ich hier jedoch noch nicht zur Beobachtung bekommen.

Frakturen kamen vor an den Mittelfußknochen, an den Mittelhandknochen, an einer Daumenphalange, an der Ulna (hier auch eine Splitterfraktur).

Ferner kamen zur Beobachtung Fälle von: Kontusionen, Verletzungen, Schlangenbiß, Zahnwurzelentzündungen, Zahnextraktionen, Sehnenscheidenentzündung, Nagelbetteiterung, periproktitischer Abszeß mit Harnröhrenfistel, Bursitis, Gonitis Phlegmone der Bauchdecken.

Bei einer Dynamitverletzung beim Fischeschießen wurde die Amputation im unteren Drittel des rechten Unterarms notwendig.

Im Februar starb ein Melanese, der bei einem Kampf mit Eingeborenen zwei Pfeilschüsse erhalten hatte. Beide waren in die Lunge gegangen; der eine von der rechten Halsseite nach unten in die rechte Lungenspitze, der andere hinten in den rechten unteren Lungenlappen. Der Mann hatte nach der Verletzung noch einen weiten Weg zurückgelegt und wurde dann erst nach mehreren Tagen von einer Außenstation eingeliefert. Bei der Sektion — er starb nach wenigen Tagen — fand sich ein 7 cm langes Pfeilende in der rechten Lungenspitze und ein ebenso langes im rechten unteren Lungenlappen, durch das ein starker Bluterguß und eine ausgedehnte Zerstörung von Lungengewebe verursacht war. Es ist wunderbar, daß der Junge noch den Weg zurückgelegt hatte, den Transport überstand und noch mehrere Tage lebte.

Ein chinesischer Fischer starb nach Mißhandlung durch Eingeborene. Er hatte einen mehrfachen Schädelbruch und eine Zerreißung der Arteria meningea media davongetragen.

Ein Weib mit einem Abortus, der wahrscheinlich absichtlich herbeigeführt war, mußte aufgenommen werden. Auf welche Weise von den Weibern Abort verursacht wird, war bisher nicht herauszubekommen.

k. Geschlechtskrankheiten.

73 = 11,5 % der Kranken, 2377 = 20,7 % der Krankentage und ein Todesfall kamen auf Geschlechtskrankheiten.

Der Todesfall betraf einen der erwähnten elenden Malaien, der eine doppelseitige luetische Orchitis hatte; chronische Malaria lag außerdem bei ihm vor. Eine Sektion konnte wegen des Einspruchs seiner Landsleute nicht gemacht werden.

Venerisches Granulom kam im ganzen Berichtsjahre nicht zur Beobachtung. Häufig ist Gonorrhöe. Komplikationen der Gonorrhöe jedoch treten verhältnismäßig selten auf; insbesondere werden Entzündungen des Uterus und der Adnexe bei gonorrhoisch erkrankten Weibern bei weitem nicht so häufig gefunden wie bei Europäerinnen in der Heimat. Spitze Kondylome finden sich auch in Fällen, in denen Gonorrhöe nicht nachzuweisen ist. Erscheinungen von Lues, wie Ulcera dura, Condylomata lata usw., kamen seltener zur Aufnahme. Häufiger sind Phimosen und Balanitis bei Leuten der Stämme, bei denen die Beschneidung nicht üblich ist; auch Paraphimosen, beson-

ders bei Onanieversuchen, kommen vor. Nicht selten sieht man ganz außerordentlich hochgradige Phimosen, die trotzdem keine Erscheinungen machen.

l. Hautkrankheiten.

68 = 10,7 % der Kranken und 880 = 7,7 % der Krankentage entfielen auf Hautkrankheiten.

Tinea tritt sehr häufig auf. Aus den in früheren Jahresberichten erwähnten Gründen ist eine allgemeine Behandlung dieser Fälle nicht durchführbar. Bei Leuten, die wegen anderer Krankheiten im Hospital sind, erfolgt meist eine Behandlung, ebenso in einzelnen Fällen ambulant. Es wird dabei Schwefel-Petroleum verwandt. Besserung wird damit stets erreicht, eine Heilung jedoch ist sehr langwierig und unsicher. Sicherer wirken Chrysarobin und Jodtinktur, die jedoch nur unter ärztlicher Aufsicht angewandt werden können.

Kaskas, eine Erkrankung, die immer noch sehr häufig ist, wird zuerst etwa drei Tage hindurch mit einer Mischung von Alkohol, Styrax, Perubalsam und Olivenöl behandelt, danach mit Waschungen von Seifenspiritus und folgender Bestreichung von Zinksalbe. Der Erfolg dabei ist ein guter. Von sonstigen Hautkrankheiten wurden noch Skabies, Ekzeme und Impetigo contagiosa beobachtet.

m. Krankheiten der Sinnesorgane.

Erkrankungen des Auges sind häufig, besonders Ulcera corneae traumatischen Ursprunges. Conjunktivitis wird öfters beobachtet. Auch eine Hypopien-Keratitis kam zur Aufnahme. Trachomerkrankung habe ich hier noch nicht feststellen können.

Von Ohrerkrankungen wurden behandelt: Furunkel im äußeren Gehörgang, Zeruminalpfropf, Otitis externa und Otitis media.

n. Sonstige Erkrankungen.

Erkältungskrankheiten sind häufig. Bronchitis, Pleuritis, Angina kamen vor. Ein Fall von Perikarditis endete tödlich. Asthma bronchiale trat bei einem Chinesen auf. Ein Fall von Dementia kam bei einem Malaien zur Beobachtung. Zwei Fälle kamen zur Sektion, bei denen sich eine besondere Todesursache nicht fand; die Diagnose war klinisch auf Altersschwäche gestellt worden. Ein Malaie starb im November. Er war von Stephansort aus mit Nephritis und starkem Ascites eingeliefert worden. Es trat Thrombose im rechten großen Unterschenkelgefäß ein; der Tod erfolgte durch Embolie. Sektionen sind bei Malaien, die Mohamedaner sind, fast nie möglich.

Im August starb ein Melanesenweib an Peritonitis purulenta. Es waren nach einer Geburt Plazentarreste zurückgeblieben, die die Peritonitis herbeigeführt hatten. Ein Dammriß und Prolaps der Vaginalwand lagen von früherer Geburt her vor. Der Glaube, daß bei den sogenannten Wilden die Geburten stets regelrecht und ohne

schädliche Wirkungen erfolgten, ist überhaupt unberechtigt. Narben von alten Dammrissen und Prolapse sieht man gar nicht so sehr selten. Auch hört man gelegentlich durch Eingeborene von Geburten, bei oder nach denen die Frau starb, z. B. weil das Kind nicht heraus konnte. Nicht selten erfolgt, wie ich glaube, auch Tod des Neugeborenen durch Asphyxie, gegen die sich die Leute anscheinend nicht helfen können.

Von sonstigen Erkrankungen tritt häufig Stomatitis auf und zwar meist bei Leuten, die zum ersten Male angeworben sind; wahrscheinlich durch die ungewohnte Reisnahrung. Ätzungen mit Myrrhentinktur oder Wasserstoffsuperoxyd sowie reichliche Spülungen mit Lösungen von übermangansaurem Kali und Ernährung mit Feldfrüchten führen zur Heilung.

Ankylostoma duodenale fand sich wieder häufiger bei Sektionen, ohne klinische Erscheinungen gemacht zu haben.

o. Ambulant behandelte Krankheiten.

Eine genaue Statistik über die ambulant behandelten Fälle kann nicht gegeben werden. Die meisten betrafen farbige Angestellte des Bezirksamts. Jedoch waren unter ihnen auch Leute der N. G. Co., der Missionen und einige freie Eingeborene. Zur Behandlung kamen unter anderen: Malaria, Framboesie, Radiusfraktur, Ulcera cruris, Impfgeschwüre, Furunkel, Karbunkel, Bubo axillaris, Bubo submaxillaris, Bubo inguinalis, Phlegmonen, Verletzungen, Speerschuß in die Wange, Verstauchungen, Zahnextraktionen, Gonorrhöe, spitze Kondylome, Tinea imbricata, Kaskas, Ekzeme, Impetigo contagiosa, Herpes, Konjunktivitis, Zeruminalpfropf, Otitis media, Stomatitis, Bronchitis, Muskelrheumatismus.

Tabelle I.

Hospital für

Monat	Zahl der Arbeiter, Soldaten und Gefangenen beim Bezirksamt im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken	in % von 2	Verpflegungstage insgesamt	Krankentage	in % von 5	Todesfälle	in % von 2	Zahl der Kompagnie-Arbeiter in F.W.H. im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken	in % von 10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
April	114	15	13,2	3 420	144	4,2	.	.	411	62	15,1
Mai	151	16	10,6	4 681	210	4,5	1	0,7	409	71	17,4
Juni	111	14	12,6	3 330	106	3,2	.	.	401	55	13,7
Juli	164	15	9,1	5 084	147	2,9	.	.	406	53	13,1
August . . .	139	12	8,6	4 309	126	2,9	.	.	447	60	13,4
September .	64	10	15,6	1 920	87	4,5	1	1,6	408	46	11,3
Oktober . . .	81	14	17,3	2 511	124	4,9	1	1,2	443	50	11,3
November . .	127	18	14,2	3 810	145	3,8	.	.	403	66	16,4
Dezember . .	101	9	8,9	3 131	103	3,3	.	.	385	49	12,7
Januar . . .	76	11	14,5	2 356	84	3,6	.	.	416	52	12,6
Februar . . .	63	2	3,2	1 764	19	1,1	.	.	367	34	9,3
März	89	5	5,6	2 759	47	1,7	.	.	375	42	11,2
Summe . . .	1280	141	11	39 075	1342	3,4	3	.	4870	640	.
Durchschnitt im Monat	106,7	11,75	11	3256,25	112	3,4	2,8 % im Jahr		405	53,3	13,1

Tabelle II.

Hospital für

Anteil der

Stationen	Chinesen			Ma-
	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke
Bezirksamt	10	96	.	5
N. G. C., F. W. H.	49	471	4	91
N. G. C., Stefansort	3	49	.	1
N. G. C., sonstige Stationen . . .	2	47	.	.
Schiffsbesatzung	7	156	.	2
Sonstige	2	9	1	1
Summe . . .	73	828	5	100

farbige Arbeiter.

Verpflegungstage insgesamt	Krankentage		Todesfälle		Von anderen Stationen, Expeditionen, Missionen, Schiffen usw.			Summe			
		in % von 13		in % von 10	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	in % von 21
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
12 330	660	5,4	.	.	17	318	.	94	1 122	.	.
12 678	700	5,5	4	1,0	18	304	.	105	1 214	5	4,8
12 030	717	5,9	2	0,5	18	281	1	87	1 104	3	3,4
12 524	559	4,5	1	0,2	18	278	.	86	984	1	1,2
13 857	848	6,1	1	0,2	15	262	1	87	1 236	2	2,3
12 240	742	6,1	1	0,25	16	284	1	72	1 113	3	4,2
13 733	604	4,4	.	.	16	264	.	80	992	1	1,25
12 090	709	5,9	5	1,2	17	289	2	101	1 143	7	6,9
11 935	484	4,1	1	0,3	13	136	2	71	723	3	4,2
12 896	511	4,0	.	.	13	117	1	76	712	1	1,3
10 276	426	4,1	1	0,27	9	86	.	45	531	1	2,2
11 625	468	4,0	1	0,27	6	99	.	53	614	1	1,9
148 214	7428	5,0	17	.	176	2718	8	957	11 488	28	.
12 351	619	5,0	4,2 % im Jahr		14,7	226,5	0,7	79,75	957,3	2,3	2,9

farbige Arbeiter.

einzelnen Stationen.

laien		Melanesen			Summe		
Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle
14	.	98	1232	3	113	1 342	3
2620	3	285	4337	10	425	7 428	17
9	1	20	1086	2	24	1 144	3
.	.	15	460	1	17	507	1
9	.	18	489	1	27	654	1
1	.	28	403	2	31	413	3
2653	4	464	8007	19	637	11 488	28

Tabelle III.

Hospital für farbige Arbeiter.

Krankenzahl.

	Chinesen					Malaien					Melanesen					Insgesamt				
	Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch		
			Entlassung	Heimsendung	Tod			Entlassung	Heimsendung	Tod			Entlassung	Heimsendung	Tod			Entlassung	Heimsendung	Tod
April . . .	3	11	10	.	.	2	15	13	.	.	28	35	48	.	.	33	61	71	.	
Mai	4	7	6	2	1	4	14	9	.	.	15	61	45	2	3	23	82	60	4	4
Juni . . .	2	16	9	1	2	9	5	4	.	1	26	29	40	3	.	37	50	53	4	3
Juli	6	3	2	2	1	9	9	5	.	.	12	47	37	.	.	27	59	44	2	1
August . .	4	3	7	.	.	13	8	9	.	.	22	37	32	1	2	39	48	48	1	2
September	.	4	.	.	1	12	4	8	.	.	24	28	28	2	2	36	36	36	2	3
Oktober .	3	3	3	2	.	8	4	4	2	.	20	42	26	.	1	31	49	33	4	1
November	1	8	7	.	.	6	15	12	.	1	35	36	44	.	6	42	59	63	.	7
Dezember	2	.	2	.	.	8	6	10	.	1	21	34	29	.	2	31	40	41	.	3
Januar . .	.	9	7	1	.	3	8	8	.	.	24	32	45	.	1	27	49	60	1	1
Februar .	1	5	4	.	.	3	4	6	.	.	10	22	17	4	1	14	31	27	4	1
März . . .	2	1	2	.	.	1	6	6	.	.	10	33	21	.	1	13	40	29	.	1
Summe . .	28	70	59	8	5	78	98	94	2	3	247	436	412	12	19	353	604	565	22	27
Durchschnitt im Monat . .	2,3	5,8	4,9	0,6	0,4	6,5	8,2	7,8	0,2	0,25	20,6	36,3	34,3	1	1,6	29,4	50,3	47	1,8	2,25

Tabelle IV.

Hospital für farbige Arbeiter.

Zahl der Kranken und Krankentage nach Art der Krankheiten.

Krankheit	Chinesen			Malaien			Melanesen			Summa		
	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle
Infektionskrankheiten:												
Malaria trop.	16	243	.	9	402	1	14	381	.	39	1 026	1
„ tert.	1		.	1		.	.		.	2		.
„ quart.	3		.	.		.	.		.	3		.
„ tert. und trop.	.		.	1		.	1		.	2		.
„ quart. u. trop.	.		.	1		.	.		.	1		.
„ unbestimmt	16		.	13		1	34		.	63		1
Beri-Beri	9	172	4	1	4	.	26	1231	1	36	1 407	5
Dysenterie	.	.	.	2	28	.	8	292	4	10	320	4
Tuberkulose	.	.	.	.	.	.	7	283	2	7	283	2
Pneumonie	.	.	.	.	.	.	7	104	3	7	104	3
Meningitis	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1	1	1
Lepra	.	.	.	.	.	.	1	42	.	1	42	.
Framboesie	.	.	.	.	.	.	7	75	.	7	75	.
Chirurgische Krankheiten	10	93	1	43	1559	.	133	1875	2	186	3 527	3
Geschlechtskrankheiten	6	172	.	2	125	1	65	2080	.	73	2 377	1
Hautkrankheiten	1	30	.	20	359	.	47	491	.	68	880	.
Krankheiten der Sinnesorgane	1	14	.	.	.	.	17	176	.	18	190	.
Sonstige Krankheiten	7	67	.	6	175	1	71	869	6	84	1 111	7
Zur Beobachtung	3	37	.	1	1	.	25	107	.	29	145	.
Summe	73	828	5	100	2653	4	464	8007	19	637	11 488	28

VII. Beschreibung der Arbeiterhospitäler in Friedrich-Wilhelmshafen und Stephansort.

Friedrich-Wilhelmshafen.

Die Anlagen des Arbeiterhospitals (vgl. Abb. 33 auf Tafel X) in Friedrich-Wilhelmshafen befinden sich zum größten Teil auf der Insel Beliao, zum kleineren Teil auf der Kutterinsel. An Gebäuden sind vorhanden:

Tafel X. Bild 33.

1. Ein großes Hospital von 37 m Länge; eine Abteilung von 9 m Länge ist darin für weibliche Kranke abgeteilt. Die Breite des Hauses innen beträgt 9 m. An beiden Seiten befindet sich eine wellblechüberdachte 1,5 m breite Veranda mit Zementfußboden. Die Betten sind bewegliche Einzelbetten aus Holz; jedes Bett ist mit einem Gestell für ein Moskitonetz versehen. Im ganzen können in der großen Baracke etwa 50 bis 70 Kranke untergebracht werden.

Von diesem Hospitalhaus führt ein 22 m langer und 3 m breiter wellblechüberdachter Gang mit Zementfußboden zum

Tafel X. Bild 34.

2. Verband- und Apothekenhaus (vgl. Abb. 34 auf Tafel X). Dieses Haus, ebenfalls mit Zementfußboden, hat außer der Wellblechbedachung noch eine Holzverschalung. Es ist 13,5 m lang und innen 7 m breit. Es ist in zwei gleichgroße Räume geteilt, wovon einer als

Tafel X. Bild 35.

Verbands- und der andere als Apothekenraum dient (vgl. Abb. 35 auf Tafel X). Die Vorderveranda dieses Hauses ist 3 m breit.

3. Ein Waschhaus, dem die Wohnung für den chinesischen Hospitalwärter angegliedert ist.

4. Eine offene Küche mit Wellblechbedachung und zwei Zementkochherden. Zu beiden Seiten der Küche befindet sich je ein geschlossener Raum; der eine als Lager für den Proviant, der zweite als Wohnung für den schwarzen Hospitalwärter.

5. Ein Sektionshaus von 6,7 m Länge und 4 m Breite mit Zementfußboden, Wellblechbedachung und Holzverschalung.

6. Eine Dysenteriebaracke von 12 m Länge, 6 m Breite und einer 2 m breiten Veranda auf jeder Seite; ebenfalls Zementfußboden und Wellblechbedachung. Darin befinden sich 12 bis 15 niedrige Einzel-

Tafel XI. Bild 36.

holzbetten (vgl. Abb. 36 auf Tafel XI).

Diese Baulichkeiten stehen auf der Insel Beliao. Auf der Kutterinsel sind

7. eine Beri-Beribaracke, die ebenso gebaut ist wie die Dysen-

Tafel XI. Bild 37.

teriebaracke unter 6 (vgl. Abb. 37 auf Tafel XI).

8. Ein kleines Wellblechhaus für einen farbigen Hospitalwärter.

9. Ein 5,58 m langer und 4 m breiter Isolierraum für eine Leprabaracke mit Zementfußboden, Wellblechbedachung und Stacheldraht-

Tafel XI. Bild 38.

umzäunung (vgl. Abb. 38 auf Tafel XI).

Die Häuser sind außen gestrichen, innen gekalkt. Wasser wird in Tanks, die sich an den Häusern befinden, von den Dächern gesammelt. Bis auf den Isolierraum unter 9 gehören sämtliche Hospitalanlagen der N. G. Co.

Stephansort.

Tafel XII. Bild 39.

Das Arbeiterhospital in Stephansort (vgl. Abb. 39 auf Tafel XII) gehört ebenfalls der N. G. Co. Es besteht aus:

1. Einem Hospitalhaus von 33 m Länge und 9 m Tiefe mit ringsumlaufendem Vordach von 2 m Breite. Es enthält einen Raum für Frauen 4mal 9 m, einen Raum für Männer 19mal 9 m, einen Verband- und einen Apothekenraum.

2. Einer Dysenteriebaracke von 9 m Länge und 5,5 m Tiefe mit Vordach von 2 m.

3. Einem Isolierhaus von 11 m Länge und 6 m Tiefe mit Vordach von 2 m.

Sämtliche Häuser sind aus geschnittenem Holz, mit Wellblechbedachung und Zementfußboden. Sie sind an der See gelegen und befinden sich in gutem Zustande.

VIII. Viehseuchen.

Viehseuchen traten im Berichtsjahre in Kaiser Wilhelmsland nicht auf. Von Professor Fülleborn wurden neuerdings bei Hunden von Eingeborenen Filarien nachgewiesen, die von ihm wohl noch näher werden bestimmt werden.

D. Käwieng.

(Berichterstatter: Dr. Runge.)

I. Europäer.

1. Allgemeine Gesundheitsverhältnisse.

Im Berichtsjahr 1908/09 lebten im Bezirk Käwieng und den anliegenden Inseln 42 Weiße bzw. Halbblut, darunter 9 Frauen und 6 Kinder. Im Laufe des Jahres kamen dazu 3 Kinder, während 1 Kind starb.

Die Gesundheitsverhältnisse unter den Weißen waren im allgemeinen zufriedenstellend, wenn auch einige recht schwere Erkrankungsfälle vorkamen.

2. Kasuistik der Europäerkrankheiten.

a. Malaria.

Den Hauptkontingent der Erkrankung stellte natürlich die Malaria, und es ist bemerkenswert, daß sie recht oft an Plätzen auftrat, die bisher als vollkommen malariafrei gegolten hatten. Wahrscheinlich hängt dieser Umstand mit der Zuwanderung aus Kaiser Wilhelmsland resp. Neu-Pommern heimkehrender Arbeiter zusammen, zumal da die Weißen Neu-Mecklenburgs in bezug auf Malariaprophylaxe recht lässig sind und auch schon oft bei ihren Arbeitern Fiebersymptomen nicht sofort entsprechend entgegengetreten.

Verschiedene chirurgische Leiden wurden behandelt, ebenso recht häufig Erkältungskrankheiten, sowie Fälle von Blasenleiden und Frauenleiden.

b. Geburten.

Geboren wurden drei Kinder, auffälligerweise verliefen die drei Geburten nicht normal. Wegen der großen Entfernungen und weil die Eltern den wahrscheinlichen Termin der Entbindung nicht genau angeben konnten, kam der Arzt in zwei Fällen zur eigentlichen Entbindung zu spät und fand bei einer primipara einen Dammriß 2. Grades, der sofort vernäht wurde, vor, bei einer secundipara hatten sich, als der Arzt nach zwei Tagen ankam, Zeichen von Puerperalfieber eingestellt. Es wurde manuell der Plazentarest entfernt und nach desinfizierenden Spülungen ging das Fieber zurück. Bei der dritten Entbindung wurde die Placenta manuell entfernt. Die geborenen Kinder, zwei Mädchen und ein Knabe, waren gesund.

c. Dysenterie.

Dysenterie kam im Berichtsjahr häufig vor.

Ein Kind starb an Dysenterie, die in das Haus durch ausgeschiffte Dysenteriekranke eines Segelschiffes eingeschleppt war. Die Eltern hatten das Kind eine Woche lang mit Rizinus und liquor ammonii caustici (innerlich) behandelt. Als der Arzt kam, fand er ein entkräftetes Wesen vor, das trotz aller Mittel nach zwei Wochen starb.

d. Maltafieber?

Ein schwerer Krankheitsfall betraf einen deutschen Pflanzungsbesitzer. Leider kam derselbe erst nach zwei Wochen in Behandlung. An Stelle der früheren kraftvollen Erscheinung fand ich einen vollkommen abgemagerten Mann, mit tiefliegenden Augen und pergamentartig über die Backenknochen sich spannender Haut.

Die Zunge war graurot belegt; über den Lungen vereinzeltes Giemen und Schnurren. Herzgrenzen normal, der Puls klein und rasch, nach einigen Schritten auf 120 steigend, dabei sollten nach Aussage des Patienten Herzstiche auftreten. Der Leib war nicht druckempfindlich bis auf eine Stelle in der Nähe des Dickdarms, die leicht schmerzte. Auch bestand ausgeprägtes Ileocoecalgurren und Milzvergrößerung sowie Druckschmerzhaftigkeit der Milz. An der Leber zeigten sich keine besonderen Erscheinungen. Die Haut fühlte sich feuchtklebrig an. Der Stuhl war zuweilen angehalten, zuweilen bestand Durchfall. Mehreremal stieg die Temperatur während meiner Beobachtung auf 38 Grad. Appetit war gar nicht vorhanden, nur großer Durst. Patient machte einen vollkommen hinfälligen Eindruck. Er schlief unruhig und war während der ersten Zeit der Behandlung nicht imstande, mir seine Krankheitsanamnese zu geben. Die Krankheit hatte angefangen mit Kopf- und Gelenkschmerzen, Stichen in der Herzgegend und allgemeiner Prostration. Zuweilen sollten sich, nach Angabe des Kranken und seiner Umgebung, Delirien eingestellt haben. Die Fiebererscheinungen waren durchaus unregelmäßig, bald hoch, bald niedrig, zuweilen bestand Durchfall, zuweilen hartnäckige Verstopfung, hin und wieder Erbrechen. Nach Aussage eines Bekannten in seiner Umgebung soll die Haut leicht gelblich gewesen sein (Icterus) und beim Auflegen der Hand auf den Leib sollen sich Geräusche fühlbar gemacht haben (Ileocoecalgurren).

Der Appetit war verschwunden — nur ein brennender Durst vorhanden. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Digalen, Tinkt. stomachica, Calomel, heißen Kompressen auf den Leib, sowie vollkommenster Ruhe, verbunden mit vegetarischer bzw. reizloser Diät. Der Fall erinnerte sehr stark an typhöse Erscheinungen, so daß ich zuerst im Zweifel war, ob ich den Fall als Typhus ansprechen sollte. Gegen diese Diagnose sprach aber die relativ lange Dauer — speziell auf die Länge der Rekonvaleszenz, die sich auf zehn Wochen erstreckte, sowie die Fieberbewegungen, die Schweiße usw. Malaria war auch ausgeschlossen durch Blutproben und die abnormen Temperaturerscheinungen. Es blieb noch der Gedanke an einen hartnäckigen Dickdarmkatarrh — indessen waren die Symptome nicht ganz entsprechend.

Die sämtlichen Erscheinungen, sowohl die, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, als auch die aus der Anamnese herausklingenden, erinnerten sehr stark an Maltafieber, das ja auch Ähnlichkeit mit typhösen und Malariafiebern hat. Ähnliche Erscheinungen sind meines Wissens in den letzten Jahren hier im Schutzgebiet nicht beobachtet, doch sollen Maltafieber in Neu-Guinea, Samoa, Amerika und Afrika vorgekommen sein.

II. Gesundheitsverhältnisse der Farbigen und Kasuistik.

Unter den Farbigen von Käwieng und Umgebung sind leider im Berichtsjahre verschiedene Seuchen aufgetreten, die recht viele Opfer forderten.

a. Dysenterie.

In erster Linie ist die in Käwieng, wie überhaupt im B. Archipel häufige Dysenterie zu nennen. Sie trat besonders heftig unter den Arbeitern der Firmen und Privaten auf.

Die ortsübliche Defäkation am Strande ist eine Hauptursache der Neuinfektionen. Im Laufe des Jahres wurden nun auf dem Polizeiplatze in einem besonderen Häuschen zwei Versitzgruben angelegt zur Benutzung durch die Gefangenen und Polizeisoldaten. Wenngleich sie in erfreulicher Weise benutzt wurden, so mußte doch Aufsicht darüber geführt werden, daß die Farbigen sie nicht als Abladestelle für Kokosnußschalen, zerrissene Schuhe, Blechtins usw., betrachteten, durch die eine Fäkalienaufsaugung durch den Korallenkalk unmöglich gemacht worden wäre.

b. Beri-Beri.

Sehr schwer trat unter den Farbigen der Firmen und des Gouvernements in diesem Jahre Beri-Beri auf und zwar um die Übergangszeit.

Als ein Hauptherd für Beri-Beri muß das feuchte, sumpfige, ungesunde „Namaune", eine Insel der N. G. Co. betrachtet werden, von deren Arbeitern viele an Beri-Beri erkrankten, starben und während der Erkrankung die schwersten Symptome zeigten. Auch die dem Festlande von Käwieng vorgelagerte Insel „Nnsa", die auch durch ihren Sumpf recht viel Anophelen und Malaria zeigt, lieferte einen großen Prozentsatz von Erkrankungen und Todesfällen.

Der Umstand, daß viele der Erkrankten und Gestorbenen an Fußwunden litten, resp. an Fußwunden Leidende, die mit Beri-Berikranken verkehrten, an akuter Beri-Beri erkrankten, sowie die Tatsache, daß die in dunklen feuchten Häusern wohnenden mehr erkrankten als Farbige in anderen Wohnungsverhältnissen, läßt an eine bazilläre Infektion durch die lädierte Haut denken. Von einer Enthaltung von Reisnahrung, von einer Darreichung von frischen Früchten und frischen Fischen hat Berichterstatter keinerlei Erfolge gesehen.

c. Äußere Verletzungen.

Die Gewohnheit der Farbigen, sich bei Rheumatismus, bei Hustenreiz, bei Gelenkschmerzen usw. vermittels eines Glassplitters kleine Einschnitte in die Haut zu machen, entspricht eigentlich unserem Schröpfkopf oder vielmehr dem Baunscheidtismus. Leider aber führt diese Unsitte bei den Farbigen oft zu ausgedehnten Phlegmonen und zu eitrigen Gelenksentzündungen. In einem Falle erfolgte sogar

der Tod eines Arbeiters infolge einer durch diese Baunscheidtmanipulation hervorgerufenen Septikopyaemie.

Mehrere Male mußten auch größere, infolge Glasritzung mit jauchigem Eiter gefüllte Gelenke breit geöffnet werden — einmal hatte diese Glassplitterritzung eine beiderseitige Entzündung der Handgelenke zur Folge, deren Endresultat, Ankylose, nur durch eine primitive mediko-mechanische Behandlung etwas gebessert werden konnte — der leichteren Phlegmonen gar nicht zu gedenken.

Der Hauptgrund, der die Farbigen, auch die aufgeklärteren, dazu treibt, sich der Ritzmethode zu bedienen, ist wohl die Angst vor dem Messer, die Angst vor dem physischen Schmerz. Sie bitten daher recht häufig, wenn ein ganz kleiner Eiterherd durch einen unbedeutenden Schnitt geöffnet werden soll, um Chloroformierung, eine Bitte, der der Arzt natürlich wegen der Geringfügigkeit des operativen Eingriffes nicht Folge geben kann. Auch die Schleichsche Methode ist ihnen — wenn wegen Fehlens von Chloraethyl der erste Stich nicht schmerzlos gemacht werden kann, zuerst sehr unangenehm. So gering nun ihr Schmerzertragungsvermögen bei instrumentellen Eingriffen ist, so groß ist in den meisten Fällen ihre Widerstandskraft bedeutenden destruktiven Wundprozessen gegenüber, so daß es einen oft wundernimmt, wie ein Organismus so lange mit derartigen Wundflächen existieren kann.

d. Widerstandskraft gegenüber inneren Krankheiten.

Sehr gering ist ihre Widerstandskraft bei inneren Leiden; der einfachste Bronchialkatarrh verschlimmert sich in einigen Tagen zur Lungenentzündung, der die schwarzen Patienten meist rasch erliegen. Eine große Rolle, speziell bei der Verschlimmerung innerer Leiden, spielt der Aberglaube bzw. die Autosuggestion. Ein Fall von Lungentuberkulose, dem es leidlich ging, ließ mir eines Tages sagen, daß seine Feinde ihm in seinen kleinen Vorratskasten, „sympathetisches Gift" gelegt hätten und daß er nun in einigen Tagen sicher sterben müßte. Trotzdem das „Gift" — zusammengepackte Pflanzenblätter — vom Berichterstatter in Gegenwart des Patienten an den Mund geführt wurde, um alle Bedenken zu zerstreuen, nahm noch an demselben Tage sein Leiden eine schlimme Wendung, so daß er am zweiten Tage starb. Die Fälle von Bronchialkatarrh und anderen Erkältungskrankheiten, die häufig vorkommen, sind zum großen Teil auch auf periodisches Tragen dicker europäischer Winterkleidung zurückzuführen. Daß nebenbei diese Kleidung noch eine hervorragende Rolle als Überträgerin von Ringwurm — eventuell auch Lues pp. — spielt, bedarf wohl keiner Erwähnung.

e. Seemuschelvergiftung.

Ein Fall von Vergiftung durch den Genuß von giftigen Muscheln, der nicht letal verlief, zeigte ähnliche — tetanusgleiche — Symptome, wie sie Berichterstatter in Kaiser-Wilhelmsland sah.

Beschreibung

der Krankenhausanlagen für Farbige in Käwieng.

Das Eingeborenen-Krankenhaus für Männer befindet sich am Strande auf dem nach dem Dorfe Bagail führenden Wege. Ein der katholischen Mission gehöriges Urwaldgrundstück stößt direkt an die Krankenhausanlage, so daß zwischen ihm und dem Kochhause nur 5 Schritt Abstand sind. In gleicher Front mit dem Kochhause befinden sich, 19 Schritt von ihm entfernt, die Lagerräume mit einer Länge von 7 m und einer Breite von 4 m für Proviant, während sich auf einer nach Osten erhebenden leichten Anhöhe die Leichenhalle befindet (etwa 7 Schritt von dem Lagerhause). Von diesen Gebäuden 26 m entfernt liegt nach Norden, die Front parallel dem oben genannten Wege zum Dorfe, ein 20 m langes, 8 m breites, hohes, luftiges Krankenhaus mit einer Normalkrankenzahl von 32. Es befindet sich in ihm noch ein kleiner Extraraum, der früher als Verbandraum diente, aber wegen seiner Kleinheit und relativen Dunkelheit nicht dazu geeignet erschien und nun als Krankenzimmer für Chinesen, Samoaner oder Malaien dient.

18 m von dieser Krankenbaracke entfernt liegt eine andere in gleicher Bauart, mit gleicher Normalkrankenzahl und ebenfalls dem Wege parallel; in ihm befindet sich ebenfalls ein Verbandraum, der auch als Apotheke benutzt wird, um sofort Verbandmaterialien und Medikamente zur Hand zu haben, da die eigentliche Apotheke sich auf dem Hügel befindet, verbunden mit der Ärztewohnung. Zwischen beiden Baracken liegt der Operationssaal in rundlicher Form von etwa 28 qm Grundfläche, nach Westen mit großen Fenstern versehen, die aber leider sehr oft durch den starken Sturm zerschlagen werden und dem Eindringen des einschlagenden Regens durch ihre Fugen keinen Widerstand entgegensetzen.

Die Krankenhäuser sind mit Anlagen umgeben, speziell sind in diesem Jahre 40 Kokosnüsse gepflanzt worden, was in späteren Jahren die Verpflegung nicht unbedeutend erleichtern wird.

Papayas sind, speziell in der Nähe des Kochhauses, in großen Mengen angepflanzt und tragen reichlich.

In einer nördlichen Ecke des Krankenhausterrains befindet sich eine Eingeborenenhütte für Beri-Beri-Kranke. Die Leute fühlen sich in ihr wohler, als in den großen luftigen, oft zugigen Wellblechbaracken, und außerdem bietet diese Hütte den Vorzug leichterer Desinfektion durch Abbrennen nach Erlöschen der Krankheitsfälle.

Auf dem hinter den Männerkrankenhausanlagen nach Osten sich erhebenden Hügel liegt das Arzthaus, verbunden durch eine Brücke mit der zweiräumigen Apotheke. Auf der anderen Seite des Hügels befindet sich das Frauenkrankenhaus mit einer Normalkrankenzahl von 20. Auch diese Baracke enthält ein Zimmer zum Verbinden und die nötigen Medikamente und Verbandmittel. Leider liegt ein großer Sumpf einige Schritte von dem Krankenhause, der sich speziell zur Regenzeit durch viele Moskitos unangenehm bemerkbar macht. Um das Frauenkrankenhaus sind Fruchtbäume angepflanzt.

Die Kranken schlafen auf hohen oder niedrigen Tischpritschen; zu jeder Pritsche gehört ein Holzklotz als Kopfunterlage.

Der Boden der Krankenhäuser ist zementiert, der des Operationssaales mit Steinfliesen belegt. Der Zementboden erfordert leider häufige Reparatur, da er recht oft brüchig wird. Sehr viele Fenster mit Läden sorgen für genügendes Licht. Die Möglichkeit des Aus- und Einsteigens ist durch in diesem Jahre angebrachte, hölzerne Gitterstäbe genommen. Kleine Öffnungen in den Seitenwänden des Krankenhauses — am Boden befindlich — befördern das Wasser bei der wöchentlichen Generalreinigung nach außen.

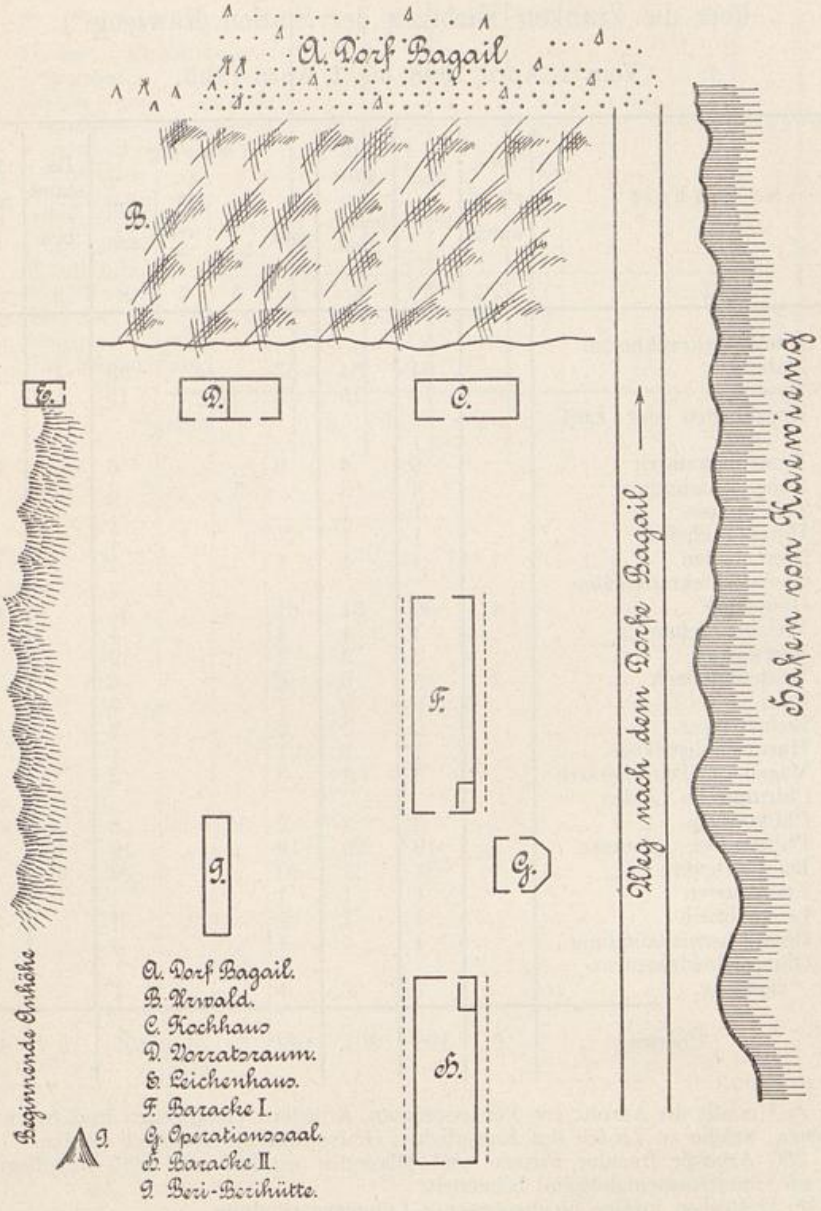
Die Längsfront der Krankenhäuser wird von einer Art Veranda eingenommen, unter der sich verschiedene Badewannen sowie Gefäße mit desinfizierenden Flüssigkeiten zwecks Aufnahme von gebrauchten Binden usw. befinden.

Der Operationssaal enthält einen hölzernen Operationstisch sowie mehrere Regale für die verschiedenen Medikamente und Instrumente. Der Operationssaal dient gleichzeitig als Poliklinik.

8 Tanks versorgen die Hospitäler mit Regenwasser.

17 m entfernt vom Operationssaal liegt nach Norden am Abhang des erwähnten Hügels der Abort für Farbige.

Krankenhausanlage für farbige Männer in Käwieng (Neu-Mecklenburg).



Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Käwieng.*)

Vom 1. April 1908 bis 1. April 1909.

Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
				geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. Infektionskrankheiten									
Malaria	.	54	54	53	.	.	53	1	615
Dysenterie	1	14	15	15	.	.	15	.	168
II. Krankheiten der Luftwege									
Bronchialkatarrh	.	6	6	6	.	.	6	.	69
Lungenentzündung	.	3	3	.	3	.	3	.	31
Tuberkulose	.	1	1	.	1	.	1	.	31
III. Herzkrankheiten	.	1	1	.	.	1	1	.	14
IV. Nierenleiden	1	.	1	1	.	.	1	.	170
V. Geschlechtskrankheiten									
Gonorrhöe	1	30	31	31	.	.	31	.	1374
Weicher Schanker	.	4	4	4	.	.	4	.	178
Feigwarzen	.	2	2	2	.	.	2	.	34
Leistenbubonen	1	5	6	6	.	.	6	.	86
Lues	.	9	9	7	.	.	7	2	248
Eicheltripper	.	2	2	2	.	.	2	.	6
Harnröhrenstriktur	.	1	1	1	.	.	1	.	3
VI. Magen- und Darmkatarrh	.	3	3	3	.	.	3	.	21
VII. Chirurgische Leiden									
Phimose pp.	.	3	3	2	1**)	.	3	.	55
Phlegmonen, Abszesse	1	19	20	19	.	.	19	1	34
Beingeschwüre	1	31	32	30	.	.	30	2	34
Framboesien	.	1	1	1	.	.	1	.	827
Leistenbruch	.	1	1	1	.	.	1	.	10
Brustdrüsenentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	63
Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	11
Übertrag	6	195	201	189	5	1	195	6	4082

*) Umfaßt die Anzahl von Polizeisoldaten, Arbeitern, Gefangenen und freien Eingeborenen, welche zu Lasten des Kaiserlichen Gouvernements verpflegt werden.

266 Arbeiter fremder Firmen und Missionen wurden mit 3630 Verpflegungstagen im Gouvernementshospital behandelt.

**) Gestorben infolge hinzugetretener Lungenentzündung.

Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage im Krankenhaus
				geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übertrag . .	6	195	201	189	5	1	195	5	4082
Diverse Entzündungsprozesse	.	2	2	2	.	.	2	.	27
Brand- und Schnittwunden	.	12	12	12	.	.	12	.	150
Verstauchungen usw. .	.	4	4	1	.	.	1	3	49
VIII. Augenleiden	.	5	5	5	.	.	5	.	54
IX. Hautleiden	.	11	11	11	.	.	11	.	151
X. Altersschwäche . . .	.	1	1	.	.	1	1	.	16
XI. Ohrenleiden	.	1	1	1	.	.	1	.	11
XII. Mundfäule	.	1	1	1	.	.	1	.	18
XIII. Vergiftungen	.	1	1	1	.	.	1	.	3
XIV. Beri-Beri	2	4	6	2	.	.	2	4	990
XV. Epilepsie	.	1	1	.	.	1	1	.	8
XVI. Zur Beobachtung . .	.	13	13	.	.	12	12	1	59
Summe . .	8	251	259	224	5	16	245	14	5618

E. Bevölkerungsabnahme in Neu-Mecklenburg.

Die Bevölkerungsabnahme in Neu-Mecklenburg war in letzter Zeit Gegenstand der Erforschung von Ärzten mehrerer wissenschaftlicher Expeditionen, außerdem haben sich die zuständigen Regierungsärzte und auch Marineärzte über diese wichtige Frage geäußert. Der Kaiserliche Gouverneur hat darüber auf Grund des eingegangenen Materials, welches zum großen Teil an anderer Stelle zur Veröffentlichung kommen wird, den im Auszug folgenden zusammenfassenden Bericht erstattet:

Das vorliegende, von fachmännischer Seite stammende und auf längerer Untersuchung der Verhältnisse an Ort und Stelle beruhende Material bietet in seiner Gesamtlage eine genügende Grundlage zur abschließenden Beurteilung der Sachlage. Es ergibt sich aus demselben mit krasser Deutlichkeit, daß wir in den Völkern von Neu-Mecklenburg ein absterbendes Volk vor uns haben, und daß es der ernstesten Anstrengung und der Aufwendung bedeutender Mittel bedarf, das Volk vor einem raschen Untergange zu bewahren und späterer Vermehrung zuzuführen.

Die hauptsächlichsten Ursachen der fortschreitenden Bevölkerungsabnahme sind zu suchen: einmal in der auf langdauernder Inzucht beruhenden Degeneration der Rasse, dann in dem hauptsächlich durch die Anwerbung hervorgerufenen Mangel an Frauen, endlich in einer Reihe von Krankheiten, welche teils im Lande selbst auftreten, teils unmittelbar oder mittelbar Folgeerscheinungen der Anwerbung sind.

1. Was zunächst die Inzucht anlangt, so hat diese ihre soziale Ursache in dem Aufbau der Gesellschaft auf dem Zweiklassensystem, verbunden mit stark ausgeprägtem Totemismus. Die Vielweiberei, früher üblich, ist verschwunden. Dagegen hat sich eine regelrechte Vielmännerei herausgebildet, beruhend auf dem Mangel an Frauen. Diese verhindert reichen Nachwuchs. Hierzu kommen die ziffernmäßige Kleinheit der Stämme, die räumliche Abgeschiedenheit und die daraus hervorgehende sprachliche Zersplitterung. Als weiteres Moment kommt hinzu, daß früher zwischen den einzelnen Stämmen meist ständige Fehde herrschte.

Diese letzteren Ursachen der Inzucht sind unter der deutschen Herrschaft weggefallen bzw. gemildert in der Wirkung. Seit der Errichtung der Stationen Käwieng und Namatanai macht die Organisation und friedliche Durchdringung Neu-Mecklenburgs stetige Fortschritte, besonders im Norden der Insel, wo günstige Bodenverhältnisse die Schaffung einer großen Verkehrsstraße ermöglichten. Aber auch im übrigen Teile der Insel ist der Landfriede gesichert; auch hier wurden ausgedehnte Wege geschaffen und so den einzelnen

Stämmen die Möglichkeit eines friedlichen Verkehrs gegeben, der auch tatsächlich eingesetzt hat. Es ist eine der ernstesten und vornehmsten Aufgaben der örtlichen Verwaltungsorgane, diesen Verkehr und die Vermischung der einzelnen Stämme unter sich und mit den im Osten von Neu-Mecklenburg vorgelagerterten großen und zum Teil dicht bevölkerten Inseln nach Kräften zu fördern. Dies wird der einzige Weg sein, auf welchem für Blutauffrischung gesorgt werden kann. Die von Dr. Stephan vorgeschlagene Zufuhr von Frauen aus anderen Teilen des Schutzgebietes erscheint schon aus dem Grunde als ausgeschlossen, weil in keinem Teile des Schutzgebietes ein Überfluß an weiblichen Einwohnern herrscht. Noch weniger dürfte der Vorschlag, Negerinnen aus Afrika einzuführen, praktisch durchführbar sein.

Eine Hebung der Kinderzahl der einzelnen Ehen könnte vielleicht durch die von Dr. Born vorgeschlagene Prämiierung der Väter kinderreicher Familien herbeigeführt werden. Diese Prämiierung ließe sich ohne besondere Schwierigkeit gelegentlich der Erhebung der Kopfsteuer durchführen, etwa in der Weise, daß derjenige Steuerpflichtige, welchem im letzten Jahre ein Kind geboren wurde, von der Entrichtung der Steuer befreit bleibt, wenn das Kind zur Zeit der Steuererhebung noch lebt, und daß diejenigen Familienväter, welche eine bestimmte Kinderzahl — etwa fünf — haben, so lange steuerfrei bleiben, als diese Kinder am Leben sind.

2. Als weitere Ursache der Bevölkerungsabnahme kommt hinzu, daß ein Teil der weiblichen Bevölkerung aus Neu-Mecklenburg durch die Anwerbung der Heimat entzogen wird, und zwar gerade in dem zur Fortpflanzung geeignetsten Alter. Die Zahl der für die wichtigsten Pflanzungsgebiete Herbertshöhe und Friedrich-Wilhelmshafen in den letzten Jahren angeworbenen Weiber aus Neu-Mecklenburg ergibt sich aus den beiliegenden Tabellen. Danach wurden für die beiden Bezirke angeworben:

im Jahre	1905:	168	+ 16	= 184	Weiber,
„ „	1906:	137	+ 18	= 155	„ ,
„ „	1907:	114	+ 22	= 136	„ .

Hierzu kommen noch die in anderen Teilen des Schutzgebietes und in Samoa befindlichen Weiber, deren Zahl mit 150 angenommen werden darf. Es müssen demnach als der Heimat entzogen 625 Frauen erachtet werden.

Die Anwerbung von Frauen aus Neu-Mecklenburg hat ihren Grund darin, daß dieser Teil des Schutzgebietes der einzige ist, in welchem sie sich in größerer Anzahl zur Anwerbung über See bereitfinden lassen. Die Versagung der Erlaubnis hierzu wird sich nicht mehr länger hinausschieben lassen.

3. Als dritte Ursache der Bevölkerungsabnahme in Neu-Mecklenburg sind zu bezeichnen die Krankheiten, von welchen das Volk heimgesucht wird.

Diese Krankheiten sind nur zum geringsten Teile direkt auf die Anwerbung zurückzuführen, da die nach Beendigung des Arbeitsvertrags zur Entlassung kommenden Arbeiter dem Arzte zur Untersuchung vorgeführt werden müssen.

Als indirekte Wirkung der Anwerbung wie der Berührung mit der Kultur des Europäers können die Erkältungskrankheiten bezeichnet werden, die auf das unverstandene und unzweckmäßige Tragen europäischer Kleidungsstücke zurückzuführen sind. Die Einfuhr von gebrauchten Kleidungsstücken ist im alten Schutzgebiete verboten und so dafür gesorgt, daß Krankheitskeime durch die an Eingeborene abgegebenen Kleidungsstücke nicht übertragen werden.

Nach dem Befund der Ärzte treten auf:

a) Hautkrankheiten: Ringwurm, Krätze, Framboesie;

b) Erkältungskrankheiten: Influenza, Lungenentzündung, Rheumatismus;

c) Klimatische und endemische Volkskrankheiten: Malaria, Dysenterie, Keuchhusten;

d) Geschlechtliche Erkrankungen: Lues und Gonorrhöe.

Gewöhnlich treten bei jedem Stamme diese Leiden gehäuft auf, ja, finden sich dauernd insgesamt vor. Die Geißel des Volkes ist die Dysenterie; in Scharen geht es unter ihren Schlägen dahin.

Hier kann Abhilfe nur durch die Tätigkeit des Arztes geschaffen werden, welcher die Eingeborenen aufsucht, ihr Vertrauen gewinnt, durch entsprechende Einrichtung und Ausdehnung seiner Fürsorge allmählich der Krankheiten Herr wird und das Volk kulturell heben hilft. Hierzu würde gehören: die Errichtung zentraler Krankenhausanlagen, wie in Käwieng solche bestehen, die Erbauung von Eingeborenen-Krankenhäusern, die Ausbildung farbiger, in den einzelnen Dorfschaften zu stationierender Krankenwärter, regelmäßige Bereisung des Bezirkes, guter Nachrichtendienst.

Für den nordwestlichen Teil von Neu-Mecklenburg liegen die Verhältnisse nicht allzu ungünstig. Das größtenteils ebene Küstengelände sowie das Vorhandensein guter Straßen und Rasthäuser ermöglichen es dem in Käwieng stationierten Arzt auch außerhalb seines unmittelbaren Wirkungskreises eine umfangreichere Tätigkeit in der Behandlung der freien Eingeborenen auszuüben. Wesentlich ungünstiger gestaltet sich die Sachlage für den südöstlichen, zum Bezirke der Station Namatanai gehörenden Teil der Insel.

Nur durch Stationierung von 1 oder 2 weiteren Ärzten wird es erreicht werden können, daß das Volk einer systematischen ärztlichen Behandlung unterstellt wird und so wertvolle Arbeitskräfte dem Schutzgebiet erhalten bleiben und sich mehren.

VI. Karolinen und Marshall-Inseln.

A. Westkarolinen (Jap).

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Buse.)

I. Krankenhausanlagen.

Die Hospitalanlage ist einen Schritt weiter ihrer Vollendung entgegengebracht durch den Bau des Arzthauses. Auf luftiger Höhe, oberhalb der Krankengebäude, erhebt sich das schmucke, 3zimmrige, massiv — ähnlich unserem heimischen Fachwerk, aber aus Sand und Kalk — aufgeführte Haus. Leider ist damit immer noch nicht die einst beabsichtigte Anlage vollendet.

Zur Aufnahme der Eingeborenen, Männer und Weiber, dient nur das eine Unterkunftshaus mit zwei Krankensälen (9,50 × 5,80 m), zwei kleinen Räumen (4,80 × 3,65 m), einem Baderaum und einem Vorrats- bzw. Wärterraum. Das hauptsächlich den Eingeborenen dienende Behandlungsgebäude besteht aus einer Apotheke, einem Operationssaal, Waschraum, Arztsprechzimmer und einem Krankenraum für Weiße. Der Wasserversorgung des Hospitals dienen zwei große Zisternen (5,30 × 4,00 × 2,75 und 7,60 × 5,90 × 2,20 m). Zwei Abortanlagen und ein Kochhaus genügen den einfachen Bedürfnissen der Eingeborenen. Das Fehlen des zweiten Unterkunftshauses für die Eingeborenen wirkt schädigend auf den Krankenzufluß teils wegen des Raumangels, teils aus Gründen der Japsitte, die es für anstößig erklärt, daß Männer und Frauen, durch eine Tür nur getrennt, unter einem Dache schlafen, daß hoch und niedrig — in dem Punkte des Kastenwesens kennt sich der Japmann aus — den einen Raum gemeinsam benutzen. — Die geringe Anzahl der Räume ist unzweifelhaft ein Mangel, Schwerkranke lassen sich nicht in einem von vielen Menschen belegten Saale unterbringen, indem sie gezwungen sind, die körperlichen Verrichtungen vor den Augen aller zu vollziehen — gerade der Japmann hat in dieser Hinsicht ein übertriebenes Schamgefühl — ganz abzusehen von ansteckenden Kranken, Schwindsüchtigen, Ruhrkranken usw.

Das Quarantänehaus auf der Insel Tabelau ist neu aus demselben Material wie das Arzthaus aufgebaut. Zwei kleinere Zimmer mögen

für die Aufnahme einiger zu isolierender Personen genügen. Für Abort und Baderaum ist gesorgt. Eine Veranda vervollständigt das ansprechende Äußere des hübschen, günstig gelegenen Gebäudes.

II. Allgemeiner Krankheitszustand.

Der Gesundheitszustand der Europäer war ein befriedigender. In den Krankenziffern befindet sich eine größere Anzahl nicht hier ansässiger Europäer, meist waren es vorübergehend anwesende Angehörige von Schiffen.

Der Gesundheitszustand unter den Eingeborenen ist sich gleich geblieben. Nimmt die Zahl der an geschwürigen Prozessen Leidenden allmählich ab, so greift weiter um sich die Tuberkulose. — Eine gewaltige Schnupfen- und Hustenepidemie zog wieder verheerend im Juli und August 1908 über die Insel und hat viele Opfer gefordert. — Hinsichtlich der Frequenz im Hospital kann man einen gewissen Fortschritt verzeichnen. Die Eingeborenen haben sich doch mehr an die neuen Verhältnisse gewöhnt. Wird gewiß auch die Krankenziffer noch für längere Zeit eine bestimmte Zahl nicht übersteigen, so habe ich doch beobachtet, daß die Eingeborenen ihre Schwerkranken — vor allen äußerlich Kranke — ohne Zwang zuführen, mit besonderer Betonung, daß sie die Unwirksamkeit der meisten ihrer eigenen Heilmittel erkennen und zu dem weißen Arzt das nötige Zutrauen haben. Freilich ihre Indolenz gegen Schmerzen und widerliche Wunden, Zerstörungen, Verstümmlungen des Körpers ganz auszutreiben, wird wohl nie gelingen. Überhaupt alle Kranken der Insel in Behandlung zu bekommen, ist ein Ding der Unmöglichkeit, bedenkt man die immerhin weiten Entfernungen, die ein Schwerkranker aus entlegenem Dorf, dem Wind und Wetter und glühender Sonnenhitze ausgesetzt, zurückzulegen hat. So war es leider nicht ausführbar, wirklich durchgreifend bei der erwähnten Schnupfenepidemie zu helfen. Die Epidemie entstand anläßlich ununterbrochener Regengüsse und anhaltender Stürme. Angeblich seit langen Jahren war ein so starker Missilipik nicht mehr gewesen, sicherlich übertraf er seine vorjährigen Kameraden an Fülle der Komplikationen, vor allem Lungenentzündung. Erschreckend war die Zahl seiner Opfer. Unterlagen ihm hauptsächlich nur ältere, schon gebrechliche Leute, so habe ich doch 100 Todesfälle in einem Monat festgestellt. Alle diese Kranken auf einen Ort zusammenzubringen, ist natürlich undenkbar. Dazu kommt aber weiter der Aberglaube, welcher den Kranken im eigenen Hause zu halten und zu pflegen heischt. Und das Bitten und Drängen darum von seiten der Verwandten wird unaufhörlich, ist der Kranke dem Tode nahe, oder ist ihrer Meinung nach Heilung nicht mehr zu erwarten.

III. Statistisches.

Behandelt wurden im Berichtsjahr 586 Kranke, 297 Männer, 185 Frauen, 104 Kinder. Es waren 36 Deutsche, 2 Engländer, 1 Spa-

nier, 3 Krankheitsfälle bei einem Holländer und 5 Japaner, ferner 15 Chamorros, 19 Palau, 15 Mogmog bzw. Oleai, 11 Tobi bzw. Sonseroll, 5 Ponape, 1 Malaie, 3 Chinesen und 470 Japleute. Europäer sind nicht gestorben.

Im Bestand blieben 36 Kranke.

IV. Spezieller Krankheitsbericht.

1. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.

a. Ruhr.

Die letzten Ausläufer der im Dezember und Januar des vorigen Berichtsjahres herrschenden Dysenterie machten sich noch bis Juni 1908 bemerkbar. Seitdem ist ein neuer Ruhrfall nicht bekannt geworden. — Drei verspätete Fälle tauchten plötzlich in einem entlegenen Dörfchen auf, zwei Kranke konnte ich noch ins Hospital schaffen, der dritte, ein Knabe, lag schon im Sterben, als ich ihn sah. Auch ein zweiter Knabe starb. Bei den anderen drei im Hospital behandelten Ruhrpatienten handelte es sich um sporadische Fälle, deren Herkunft unbestimmbar war. Der letzte war ein Europäer, dessen Erkrankung plötzlich mit einer lästigen Darmblutung einsetzte. Gelatineabkochungen innerlich und Tanninklistiere, die meist gut vertragen wurden, führten schnelle Heilung herbei.

b. Malaria.

Die dem Inselgebiet sonst fremde Malaria ist mit 11 Fällen vertreten, sämtlich in Neu-Guinea akquiriert. Es handelte sich um die tropische Form. Man konnte bei allen von einer chronischen Malaria sprechen; in ganz unregelmäßigen Intervallen trat das Fieber auf. Bei einem Ponapemann sollen epileptiforme Krämpfe beobachtet sein, im Hospital wiederholten sie sich nicht. Chinin wurde gut vertragen. Da die meisten Kranken Jap verließen, wurden sie als ungeheilt entlassen aufgeführt. — Durch diese Inversion einer Reihe Malariakranker wird die Frage nahe gebracht, ob die Malaria in unser Mikronesien hineingetragen werden und festen Fuß fassen kann. Zum Glück wird man diese Frage verneinen dürfen; was bis jetzt die Anopheles von uns fern gehalten hat, weiß ich nicht, gute Bedingungen für ihre Fortpflanzung fänden sie genug. Und Malaria unter den hiesigen Inselvölkern bedeutete deren völlige Vernichtung.

c. Tuberkulose.

Schon genug wütet eine der anderen Menschenseuchen, die Tuberkulose. Auf Grund von Untersuchungen und Beobachtungen — Stuhl und Blut ergaben nie anderweitige parasitologische Resultate — muß ich die von den Japleuten „safrit“ genannte Erkrankung der Wirkung des Tuberkelbazillus zuschreiben. Leider stehen mir keine Sektionsbefunde zur Seite, da die Obduktion von den Anverwandten

nie genehmigt wurde. Meist sind es Erscheinungen einer rapiden Abmagerung und Anämie, starker Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schüttelfrösten und regelloser Fieberanfälle, die ein blühendes Kind, einen kräftigen Mann plötzlich befallen. Lungenerscheinungen sind regelmäßig vorhanden, entsprechen aber nicht dem schweren Krankheitsbilde, das am meisten an Miliartuberkulose erinnert. In kurzen Monaten erliegen die Armen ihrem Leiden. So sah ich elf derartige Kranke, die alle gestorben sind. Unter der weißen Bevölkerung war ein Japaner an Lungentuberkulose erkrankt.

Bei den Japleuten ist die Vererbung der Tuberkulose von den Eltern auf die Kinder, die Übertragung durch Hausinfektion stets deutlich gewesen. Die Frage der starken Abnahme der Japbevölkerung scheint mir dahin beantwortet werden zu müssen, daß dem Tuberkelbazillus ein großer Teil zur Last fällt.

d. Syphilis.

Die Lues kommt wohl weniger bei dieser Frage in Betracht. Frauen mit dem Kennzeichen unzweifelhafter hereditärer Syphilis gebären gesunde Kinder. Eine für mich feststehende Tatsache bei Schwangerschaften dieser Frauen ist es, daß in ihrem Verlauf das luische Virus im Verein mit den sonstigen Schädigungen der Gravidität an irgend einer Stelle der Körperbedeckung in Gestalt der so außerordentlich häufigen luischen Hautulcera in Erscheinung tritt.

e. Gelenkrheumatismus.

Mit typischem akuten Gelenkrheumatismus — es wurden besonders die Knie-, Hand- und Fußgelenke befallen, wurden drei Japmänner behandelt. Es waren recht hartnäckige Erkrankungen.

f. Bösartige Geschwülste.

Bösartige Geschwülste in drei Fällen:

Das langjährige Magenleiden eines Europäers, einhergehend mit Sodbrennen, saurem Aufstoßen, Erbrechen, plötzlich auftretenden starken Schmerzen in der Magengegend und auffälliger Abmagerung, veranlaßten mich, die schnellmöglichste Heimreise zu befürworten. Leider erlag der 44jährige Mann einer plötzlichen Verschlimmerung seines bestehenden Magenkrebses in Hongkong.

Ein Tobimann, etwa 40 Jahre alt, stellte sich wegen ausgebreiteter Bronchitis zur Behandlung. Auffällig war eine gänseeigroße, solide Geschwulst, die unverschieblich auf der Clavicula saß. Die geringe Bronchitis verschlimmerte sich, ein übelriechender eitriger Auswurf trat ein, schneller Verfall. Es handelte sich, wie die Sektion bestätigte, um ein vom sternalen Ende der Clavicula ausgehendes Sarkom, das weit ins Mediastinum hineingewuchert war.

Eine maligne Geschwulst endlich des Unterkiefers — wahrscheinlich Sarkom — bei altem Japmann, das den ganzen Mundboden durchsetzt hatte und zerfallen war, bot ein schauderhaftes Bild. An Operation war nicht zu denken, der Mann siecht langsam dahin.

g. Lepra.

Die Frau mit fortgeschrittener Knotenlepra ist noch im Hospital isoliert, weitere Lepröse sind noch nicht entdeckt.

2. Krankheiten des Nervensystems.

Um eine Erkrankung des Rückenmarks handelte es sich bei einem älteren Japmann, der sein Leiden auf langdauernde Wasserarbeit zurückführt (Arbeit am Tagerengkanal). Patellarreflexe sind erloschen, die Sensibilität ist an beiden Beinen, jedoch in verschiedenem Grade, herabgesetzt; es besteht ataktischer Gang. Blase, Mastdarm nicht gestört. An den Pupillar- und anderen Reflexen ist nichts Krankhaftes zu entdecken. Elektrisieren und Torkeli haben das langjährige Leiden ein wenig gebessert.

Nach einer akuten Krankheit vor mehreren Jahrzehnten war eine Fazialislähmung linksseitig bei einem älteren Japmann zurückgeblieben. Dazu bestand noch völlige Anästhesie der linken Gesichtshälfte (Beteiligung des Trigemimus in allen drei Ästen). Diese Trigemimuslähmung hatte eine trophische Störung der Haut hervorgerufen in Gestalt eines etwa 1½ cm breiten von der linken Stirnseite über das Gesicht nach dem Hals ziehenden stark geröteten und gewundenen, etwas wulstigen und überragenden Streifens. Bei dem langen Bestehen vermochte die Behandlung nichts auszurichten.

Vier Patienten mit länger bestehenden Kopfschmerzen, darunter ein typischer Migränefall, ohne daß ein organisches Leiden nachweisbar war.

Heftige Erregungszustände wurden durch den Selbstmord ihres Mannes bei einer Japfrau hervorgerufen, die sich wohl die Schuld an der Tat zuschreiben mußte. Der Selbstmord ist keine Seltenheit auf Jap, in der kurzen Zeit meiner hiesigen Tätigkeit sind mir mehrere zu Ohren gekommen. Im allgemeinen ist das seelische Gleichgewicht des Japers recht labil; der eben erwähnte Selbstmörder war mir schon früher durch sein leicht erregbares Wesen aufgefallen.

3. Krankheiten der Atmungsorgane.

Die Nase ist ein häufiger Sitz geschwüriger Erkrankung. Mit Vorliebe ergreift die Frambösie wie die Lues von ihr Besitz, einmal nur sah ich zum Stillstand gekommene lupöse Erkrankung, die, immer im kleinen rezidivierend, doch rechte Zerstörungen des Knorpelgerüstes hervorgebracht hatte. Frambösische Wucherungen verlegen häufig die Nasenlöcher völlig, ihr Sitz ist nur im knorpligen Teil. Bei luischen Geschwüren der Nase bietet sich das Bild des tiefgreifenden, scharf umrandeten Ulcus. Selbstverständlich ist dann die Nase nicht das einzig syphilitisch ergriffene Organ. Zerstörungen des Rachens, des harten und weichen Gaumens sind vorhanden, das Fehlen der Uvula ist häufig.

Eine alte, lang bestehende und behandelte Oberkieferhöhleneiterung machte eine neue Operation nötig. Es wurde versucht, die vordere und nasale Wand der Oberkieferhöhle wegzunehmen und guten Abfluß zu schaffen. Der mächtig durch chronische Eiterung

verdickte Knochen erschwerte durch seine fast unstillbare Blutung das Vorhaben sehr. Ein voller Erfolg war nicht zu verzeichnen. —

Neun sehr schwere Lungenentzündungen kamen in Behandlung, zwei starben.

4. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.

Herzerkrankungen unter den Farbigen sind selten, einen echten Klappenfehler habe ich noch nicht festgestellt, wohl dagegen Herzmuskelaffektionen gefunden. Um so häufiger sind Erkrankungen der Drüsen, meist tuberkulös, aber auch frambösische oder luische Verkäsungen; vereitern diese Drüsen, so bilden sich bei der Nachlässigkeit des Volkes schauderhafte Krankheitsbilder. Tatsächlich war bei einem Knaben fast der ganze vordere Brustkorb — die Achselhöhlen mit dicken zerfallenden Drüsenpaketen armiert — eine einzige große, üblen Eiter secernierende Wundfläche, die sich bis zu beiden Seiten des Halses hinzog. Eine roborierende Behandlung neben täglichem Verband ist allein hier am Platze. — Ein Palaumann suchte vergebens Hilfe; die Leistendrüsen einer Seite waren ihm in der Jugendzeit vereitert, seitdem bestand eine Stauung im Lymphgefäßsystem des betreffenden Beines mit an sich nur geringfügiger Anschwellung des Unterschenkels, die jedoch zu zeiten Anlaß zu heftigen Schmerzanfällen wurde.

5. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Kariöse Zähne sind eine häufige Plage der Europäer hier zu Land. Leider macht sich meist die Extraktion nötig. In zwei Fällen erschwerter Durchbruch des Weisheitszahnes mit starker Kieferklemme.

Erwähnenswert von Mundkrankheiten sind die schweren Erscheinungen am harten Gaumen zweier junger Japfrauen. Die Schleimhaut des harten Gaumens der einen war mit erbsengroßen Wucherungen besetzt, die sich bis zum Rachen erstreckten; die Uvula fehlte. In der Mitte des harten Gaumens sah man ein längliches Ulcus, bei dessen Sondieren Knochen zu fühlen war. Im Verlauf der antisyphilitischen Kur stieß sich von selbst eine nekrotische Knochenlamelle ab. Heilung danach schnell. — Bei dem anderen Japmädchen bereitete es viele Schwierigkeiten, einen halbtaubeneigroßen, nekrotischen Knochen aus einem Loch des harten Gaumens herauszuziehen. Das Knochenstück war total zerfressen und stank aashaft.

Von akuten Magen-Darmkatarrhen mag eine kleine Schiffsepidemie hervorgehoben werden — recht schweren Charakters — vielleicht durch verdorbene Konserven hervorgerufen. Die Erkrankungen verliefen günstig. — Ein Lebertumor — bösartig — bei junger Mogmogfrau, dessen genauere Diagnose unmöglich war. Die Frau starb fern vom Hospital. — Eine Chamorrofrau mit Gallensteinbeschwerden. Neben einer tuberkulösen Peritonitis eines kleinen Japmäd-

chens eine auch forensisch interessante eitrige Bauchfellentzündung bei älterem Japmann, der moribund ins Hospital kam. Das ganze große Netz war von Hämorrhagien durchsetzt und zum Teil nekrotisch geworden. Davon ausgehend, hatte sich eine purulente Peritonitis entwickelt, das Pankreas war intakt, die sogenannte Fettnekrose des Pankreas auszuschließen. Es kann sich nur um ein Trauma gehandelt haben, dessen Veranlassung mir unbekannt geblieben ist.

6. Krankheiten der Geschlechtsorgane, ausschliefslich der venerischen.

Bei altem Chamorro Verlegung der Harnröhre durch alte Blutgerinnsel, die der jahrelang schon kranken Blase entstammten. Gewaltige Ausdehnung der Blase. Spülungen haben den Mann geheilt. — Eine andere Cystitis bei Japmann unbekannten Ursprungs. — Bluterguß in Nebenhoden durch Quetschung. — Eine Hydrocele nach Bergmann operiert. — Zwei Phimosen beseitigt. — Fisteln bei zwei älteren Japmännern, bei dem einen nach dem Bauchbecken und dem Hodensack endend — ein Hoden war vereitert, wurde entfernt, Fisteln sämtlich gespalten — bei dem andern am Oberschenkel in mehreren Gängen auslaufend — letzterer auf seinen Wunsch nicht operiert. Beide hatten gonorrhöische Strikturen der Harnröhre derartig, daß Urin sich nicht mehr aus ihr entleeren konnte. Bei beiden schwere Cystitis. Bilharzia war auszuschließen.

7. Venerische Erkrankungen.

Dreizehn Tripperkranke. — Dreimal Ulcera mollia. — Tertiäre Syphilis bei älterer Japfrau (6 Fehlgeburten) mit breiten Kondylomen am After.

8. Augenkrankheiten.

Sieben Augenbindehautentzündungen, darunter eine phlyktaenuläre bei Chamorromann, wurden geheilt.

9. Ohrenkrankheiten.

Vier chronische Mittelohreiterungen bei Eingeborenen. Die Otitis media ist keine seltene Erscheinung bei den Schnupfenepidemien.

10. Krankheiten der äufseren Bedeckungen.

Den größten Teil der ärztlichen Tätigkeit auf Jap nimmt die Behandlung der ulzerösen Prozesse der Haut in Anspruch. Lues, Tuberkulose, Frambösie stellen das Hauptkontingent, die Zustände der Verwahrlosung sind häufig unbeschreiblich, Indolenz und Schmutz der Leute bringen erschreckliche Krankheitsbilder hervor: Daß die bemitleidenswerten Kranken oft jahrelang verborgen in ihrem schlimmen Zustand, kaum fähig sich zu rühren, in den Hütten liegen,

ist keine Seltenheit. Auskratzungen, häufig in Narkose, sind an der Tagesordnung, wenngleich ich sie einzuschränken versucht habe, um die Angst vor dem Hospital zu mindern. Jodkali innerlich und Kalomel auf die schmierigen Wunden hat mir dabei recht geholfen, es bildet sich das ätzende Jodquecksilber, bald zeigt sich eine gutgranulierende Wunde. — Die Menge absonderlicher Krankheitsbilder auf diesem Gebiet, die wohl kaum in der Heimat dem Arzt zu Gesicht kommen, macht es schwer, eine umfassende Schilderung zu geben. Einiges will ich nur skizzieren: So bringen lange Jahre der Krankheit, der Unbeweglichkeit, einen extremen Spitzfuß hervor, der besonders bei Frauen häufig zu beobachten ist. Das Fußgelenk ist dabei ankylosiert, die Frau geht auf den Zehen, die Zehenballen haben eine neue Fußplanta gebildet, das Bein hat sich um eine Fußlänge vergrößert.—Fisteln, von Knochennekrosen herrührend, habe ich an allen Körperstellen gesehen. — Ein seltsames Bild bot ein kleiner Junge, dessen einer Oberarm am Brustkorb fest verwachsen war. Es hatten früher Geschwüre am Thorax und Arm bestanden. In Narkose habe ich mit dem Thermokauter Arm und Thorax bis in die Achselhöhle getrennt und den Arm beweglich gemacht. — Furunkel- und Zellgewebsentzündungen, zum Teil recht schwerer Natur, kamen des öfteren in Behandlung.

11. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Zehn Fälle von Muskelrheumatismus, Knochenhautentzündung und Fußgeschwulst in zwei bzw. einem Fall. — Chronische Kniegelenksaffektionen bei zwei Japfrauen mit starkem Erguß in die Gelenkhöhlen. Die eine präsentierte ferner einen hühnereigroßen, knochenharten Tumor der Clavicula (Sarkom?), die andere eine starke Anschwellung der Humeruskondylen. Durch Jodkali und Druckverband sind alle Erscheinungen gebessert.

12. Mechanische Verletzungen.

Riß-, Stich- und Bißwunden in großer Anzahl. — Eine schwere Fischverletzung: Im Sprung hatte der Fisch dem auf dem Kanu sitzenden Japmann mit dem spitz endenden Schnabel den Unterschenkel vor der Achillessehne durchbohrt und noch ein tiefes Loch in den Oberschenkel gesetzt. Eine sich anschließende Phlegmone der Achillessehne ist gut abgelaufen, der Fuß gebrauchsfähig. — Sechs Verbrennungen zweiten und dritten Grades: Bei Japmädchen einmal durch Feuerfangen des Grasrocks Hüfte und Hinterbacken zerstört. Transplantationen haben ein schönes Heilresultat in dem Falle erzeugt. — Verstauchungen verschiedener Gelenke in 5 Fällen. — Wirbelfraktur der unteren Brustwirbel bei jungem Japmann, der von einer Palme herunterfiel, Blase, Mastdarm, untere Gliedmaßen völlig gelähmt. Nach 2 monatiger Qual endete das schreckliche Leiden. Ein Chinese erlitt eine schwere Quetschung der Weichteile des Ober-

schenkels mit starkem Bluterguß auch ins Kniegelenk dadurch, daß er beim Übersteigen vom Lloyddampfer in die Dampfbarkasse zwischen Schiffsbauch und Bordrand gepreßt wurde. Die schwere Verletzung heilte schnell.

13. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.

Tinea imbricata in 17 Fällen Behandlung, zum Teil gebessert. — Zweimal Taenia saginata bei Europäern entfernt, ferner Askariden bei Kindern.

14. Frauenkrankheiten.

Gonorrhöe der Scheide bei 7 Japmädchen geheilt. — Zwei Fälle von Ulcera an der Clitoris. — Eine Metritis bei weißer Frau, ferner zwei Aborte bei deutschen Frauen, einmal Curettement mit gutem Erfolg. — Eine Eierstocksentzündung — hohes Fieber, apfelgroßer Tumor — ging unter Ruhe zurück.

15. Andere Krankheiten.

Eine apfelgroße zystische Geschwulst des Mittellappens der Schilddrüse unter Lokalanästhesie entfernt, glatte Heilung.

16. Zur Beobachtung.

Wegen verschiedener Zustände — einmal ein Malaie mit Erscheinungen seniler Demenz — kamen 5 Personen (Eingeborene) zur Beobachtung.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Jap.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang		
				geheilt	anderweitig	Summe
1	2	3	4	5	6	7
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.					
1	Ruhr	1	1	1	.	1
2	Bleichsucht	1	1	.	1	1
3	Lungentuberkulose	1	1	.	1	1
4	Bösartige Geschwülste	1	1	.	1	1
	II. Krankheiten des Nervensystems.					
5	Kopfschmerzen	1	1	1	.	1
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.					
6	Lungenentzündung	1	1	1	.	1
7	Lungenerweiterung	1	1	.	1	1
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.					
8	Krankheiten des Herzens	1	1	1	.	1
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.					
9	Krankheiten der Zähne	6	6	6	.	6
10	Mandelentzündung	4	4	4	.	4
11	Magen-Darmkatarrh	10	10	10	.	10
	VII. Venerische Krankheiten.					
12	Tripper	2	2	2	.	2
13	Weicher Schanker	1	1	1	.	1
	VIII. Augenkrankheiten.					
14	Bindehautentzündung	1	1	1	.	1
	Summe der Seite	32	32	28	4	32

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang		
				geheilt	anderweitig	Summe
1	2	3	4	5	6	7
	Übertrag	32	32	28	4	32
	IX. Ohrenkrankheiten.					
15	Ohrpfropf	1	1	1	.	1
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.					
16	Einfache Geschwüre	2	2	2	.	2
17	Furunkel	1	1	1	.	1
18	Zellgewebsentzündung	3	3	3	.	3
	XII. Mechanische Verletzungen.					
19	Verbrennung	1	1	1	.	1
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.					
20	Eingeweidewürmer	4	4	4	.	4
	XIV. Frauenkrankheiten.					
21	Metritis	1	1	1	.	1
22	Abort	2	2	2	.	2
	Gesamtsumme	47	47	43	4	47

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Jap.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.								
1	Ruhr	.	4	4	3	1	.	4	.
2	Malaria	.	11	11	1	.	10	11	.
3	Lungentuberkulose	1	10	11	.	.	11	11	.
4	Bleichsucht	.	1	1	1	.	.	1	.
5	Rose	.	3	3	3	.	.	3	.
6	Parotitis	.	2	2	2	.	.	2	.
7	Akuter Gelenkrheumatismus	.	2	2	2	.	.	2	.
8	Bösartige Geschwülste	.	2	2	.	1	1	2	.
9	Lepra	1	.	1	.	.	.	.	1
	II. Krankheiten des Nervensystems.								
10	Rückenmarksleiden	.	1	1	.	.	1	1	.
11	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	1	1	.	.	1	1	.
12	Kopfschmerzen und Migräne	.	3	3	3	.	.	3	.
13	Geisteskrankheit	.	1	1	1	.	.	1	.
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.								
14	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	4	16	20	19	.	1	20	.
15	Akute Lungenentzündung	.	8	8	6	2	.	8	.
16	Akuter Kehlkopfkatarrh	.	3	3	3	.	.	3	.
17	Akuter Bronchialkatarrh	.	6	6	6	.	.	6	.
18	Brustfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.
19	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	13	13	.	.	13	13	.
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe								
20	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	19	20	15	.	2	17	3
21	Krankheiten der Lymphgefäße	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe der Seite	7	108	115	67	4	40	111	4

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Übertrag	7	108	115	67	4	40	111	4
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
22	Mandelentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.
23	Krankheit der Zähne	.	1	1	1	.	.	1	.
24	Krankheiten des Mundes und des Rachens	.	5	5	4	.	.	4	1
25	Akuter Magenkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.
26	Chronischer Magenkatarrh	.	2	2	1	.	1	2	.
27	Krankheiten der Leber	.	2	2	.	.	2	2	.
28	Krankheiten des Bauchfells	.	2	2	.	1	1	2	.
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
29	Krankheiten der Blase	.	2	2	1	.	1	2	.
30	Krankheiten der Nebenhoden	.	1	1	1	.	.	1	.
31	Wasserbruch	.	1	1	1	.	.	1	.
32	Krankheiten der Vorhaut	.	2	2	2	.	.	2	.
33	Andere Krankheiten der Gruppe	.	2	2	.	.	2	2	.
	VII. Venerische Krankheiten.								
34	Tripper	.	11	11	11	.	.	11	.
35	Weicher Schanker	.	2	2	2	.	.	2	.
36	Konstitutionelle Syphilis	.	1	1	1	.	.	1	.
	VIII. Augenkrankheiten.								
37	Bindehautentzündung	.	6	6	6	.	.	6	.
	IX. Ohrenkrankheiten.								
38	Mittelohrkrankheit	.	4	4	2	.	1	3	1
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.								
39	Syphilitische Geschwüre	35	113	148	128	.	.	128	20
40	Tuberkulöse Geschwüre	.	4	4	3	.	.	3	1
41	Plantargeschwür	.	23	23	18	.	.	18	5
42	Frambösie	6	59	65	61	.	.	61	4
43	Einfache Geschwüre	.	18	18	18	.	.	18	.
44	Furunkel	.	3	3	3	.	.	3	.
45	Zellgewebsentzündung	.	8	8	7	.	1	8	.
46	Gutartige Geschwülste	.	3	3	2	.	1	3	.
47	Chronische Hautkrankheiten	.	7	7	.	.	7	7	.
	Summe der Seite	41	287	328	278	1	17	296	32

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Übertrag	41	287	328	278	1	17	296	32
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
48	Rheumatismus	.	10	10	10	.	.	10	.
49	Chronische Gelenkentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.
50	Knochenhautentzündung	.	2	2	1	.	1	2	.
51	Fußgeschwulst	.	1	1	1	.	.	1	.
	XII. Mechanische Verletzungen.								
52	Riß- und Stichwunden	.	27	27	27	.	.	27	.
53	Bißwunden	.	3	3	3	.	.	3	.
54	Fischverletzungen	.	1	1	1	.	.	1	.
55	Verbrennung	.	5	5	5	.	.	5	.
56	Quetschung der Weichteile	.	1	1	1	.	.	1	.
57	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	2	2	2	.	.	2	.
58	Verstauchung der unteren Gliedmaßen	.	2	2	2	.	.	2	.
59	Verstauchung der Wirbelsäule	.	1	1	1	.	.	1	.
60	Wirbelsäulenfraktur	.	1	1	1	.	.	1	.
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.								
61	Tinea imbricata	4	13	17	4	.	13	17	.
62	Eingeweidewürmer	.	5	5	5	.	.	5	.
	XIV. Frauenkrankheiten.								
63	Gonorrhöe der Scheide	1	6	7	7	.	.	7	.
64	Krankheiten der Vulva	.	2	2	2	.	.	2	.
65	Krankheiten des Eierstocks	.	1	1	1	.	.	1	.
	XV. Andere Krankheiten.								
66	Struma	.	1	1	1	.	.	1	.
67	**XVI. Zur Beobachtung**	.	5	5	5	.	.	5	.
	Gesamtsumme	53	486	539	427	5	71	503	36

B. Ostkarolinen (Ponape).

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Girschner.)

Berichterstatter ist von seiner Urlaubsreise erst in den letzten Wochen des März 1909 in Ponape wieder eingetroffen. Die ärztliche Tätigkeit während des Berichtsjahres hat Regierungsarzt Dr. Schnee ausgeübt.

Das Krankenhaus in Ponape.

Im Laufe des Berichtsjahres wurde die melanesische Polizeitruppe in das bisherige Krankenhaus hineinverlegt und an Stelle dessen das Arbeiterhaus zur Unterbringung von Kranken eingerichtet. Dazu wurde in der Nachbarschaft noch ein neues Haus errichtet, in dem Kranke untersucht und behandelt werden, auch die Medikamente und Instrumente aufgestellt sind, sowie ein Arbeiterhäuschen zuerworben, das zu Isolierzwecken dient.

Das jetzige Krankenhaus, früher Arbeiterhaus, ist ein einstöckiger, auf Steinpfeilern ruhender Holzbau, mit Wellblech gedeckt, die inneren Decken sind mit Holz verschalt. An drei Seiten verläuft ringsherum eine Veranda von 2 m Tiefe. Der Grundriß des Gebäudes hat die Gestalt eines länglichen Vierecks; die Vorderfront ist, einschl. Veranda, 17,40 m, die Seitenfront 10 m breit. Das Gebäude selbst hat eine Tiefe von 8 m und eine Breite von gut 13 m, und ist durch zwei parallel mit der Seitenfront verlaufende Bretterwände in drei Räume geteilt. Der rechte dieser Räume hat eine Breite von 3,30 m, der mittlere von 6,60 m, der linke von 3,10 m. In diesem letzteren wohnt der Krankenhausdiener; eine querverlaufende Bretterwand trennt aber noch von ihm einen 2,90 m tiefen Verschlag ab.

Da das Krankenhaus lediglich für die Unterbringung von Eingeborenen bestimmt ist, sind k e i n e Betten aufgestellt. Europäer könnte man etwa hier 14 bis 15 unterbringen. Eingeborene etwa dreimal so viel.

Das neuerbaute, für die Behandlung der Kranken bestimmte Haus ist ebenfalls ein auf Steinpfeilern errichteter Holzbau, mit Wellblech gedeckt. Seine Länge beträgt 9 m, seine Breite 6½ m; er ist ringsherum mit einer Veranda umgeben, die an drei Seiten 2,20 m, an der vierten 3 m tief ist. Die Höhe beträgt 3½ m.

Außerdem steht noch für Unterbringung von ansteckenden Kranken ein früheres Arbeiterhäuschen, das von der Regierung zu diesem Zweck angekauft ist, zur Verfügung. Hier können etwa 10 Eingeborene Unterkunft finden; als Aufenthalt für Europäer ist es weniger geeignet. Das Grundstück, auf dem es steht, ist ringsherum mit einem Stacheldrahtzaun eingehegt.

In der Nähe des Krankenhauses liegt noch ein Kochhäuschen, ein Raum, in dem Leichen aufbewahrt werden können, und ein Abort.

Europäer wurden im ganzen behandelt 35 an 74 Tagen im Kran-

kenhause und 253 Tagen in der Poliklinik. Davon sind geheilt: 34; einer wird noch weiterbehandelt.

In dem Berichtsjahr sind behandelt worden: 1026 Kranke (Eingeborene der Insel und Melanesier der Polizeitruppe) an 10 610 Tagen, und zwar 4398 Tage im Krankenhause und 62 112 Tage in der Poliklinik.

Gestorben sind 9; nämlich 6 an Dysenterie, 1 an Pleuritis, 1 an Abort, 1 an venerischem Granulom. Die Behandlung haben aufgegeben 56, geheilt sind 923, weiterbehandelt werden noch 38.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Insel Ponape.

	Kranke	Poliklinik
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Krankheiten.		
Malaria	2	2
Influenza	1	1
Blutarmut	2	15
II. Erkrankungen des Nervensystems.		
Kopfweh	1	1
Nervosität	2	5
Schlaflosigkeit	1	1
III. Krankheiten der Atmungsorgane.		
Bronchitis	1	3
IV. Krankheiten der Kreislaufsorgane.		
Herzklopfen	1	1
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.		
Zahnextraktion	1	1
Mandelentzündung	1	1
Akuter Magenkatarrh	1	2
Ulcus ventriculi	1	2
VII. Venerische Krankheiten.		
Strikturen der Harnröhre	1	74
Gonorrhöe	1	48
VIII. Augenkrankheiten.		
Conjunctivitis	1	22
Fremdkörper in der Cornea	1	12
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.		
Akute Hautkrankheiten	3	20
Tinea imbricata	1	3
Furunkel	2	3
Panaritium	1	2
Wunde Zehen	1	1
Wunde Brustwarze	1	1

	Kranke	Poliklinik
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.		
Muskelrheumatismus	1	1
XII. Mechanische Verletzungen.		
Verletzungen der Weichteile	5	99
Infraktion der Rippen	1	6

Nachweisung

über die kranken Eingeborenen der Insel Ponape.

	Kranke	Krankenhaustage	Poliklinik
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Krankheiten.			
Influenza	32	173	45
Blutarmut	1	.	1
Malaria	10	49	99
Dysenterie	76	1708	.
Tuberkul. pulmonum	1	.	1
Syphilis	29	314	355
Frambösie	36	31	632
II. Krankheiten des Nervensystems.			
Kopfweh	15	12	23
Erkrankungen einzelner Nerven	4	7	10
Pseudotabes	1	.	12
III. Krankheiten der Atmungsorgane.			
Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	62	91	206
Asthma	3	7	.
Pleuritis	1	5	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.			
Lymphdrüsenschwellungen	13	34	40
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.			
Zahnerkrankungen	8	.	9
Stomatitis	5	.	8
Mandelentzündung	5	.	10
Hypertrophie der Mandeln	1	.	8
Akuter Magenkatarrh	23	54	30
Chronischer Magenkatarrh	2	.	58
Magenkrampf	1	43	.
Perityphlitis	1	14	.
Darmkatarrh	17	16	35
Obstipation	22	.	38

	Kranke	Krankenhaustage	Poliklinik
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.			
Eichel und Vorhauterkrankung	7	37	27
Urethritis	1	.	1
Hydrocele	2	30	55
Hodenschwellung	3	.	4
Blasenkatarrh	3	65	10
VII. Venerische Krankheiten.			
Schanker	2	43	.
Tripper	4	75	28
VIII. Augenkrankheiten.			
Conjunctivitis	25	30	145
Liderkrankung	1	.	16
Hornhauterkrankungen	2	.	175
Iris	1	.	27
Linse	1	.	1
Tränenorgane	2	32	.
Fremdkörper	6	18	12
IX. Ohrenkrankheiten.			
Äußerer Gehörgang	8	.	46
Schwerhörigkeit	1	.	12
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.			
Akute Hautkrankheiten	45	56	372
Chronische Krankheiten	94	361	1292
Geschwüre	78	216	742
Zellgewebsentzündungen	8	200	25
Furunkel	9	25	44
Diverses	5	99	76
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.			
Mißbildung der Knochen und Gelenke	1	.	93
Gelenkerkrankungen	8	129	20
Sehnen und Schleimbeutel	3	.	38
Muskelrheumatismus	37	.	44
Andere Krankheiten	2	.	2
XII. Mechanische Verletzungen.			
Quetschungen ohne Wunden	21	14	29
Hieb- und Schnittwunden	199	173	815
Stichwunden	4	5	16
Riß- und Quetschwunden	43	97	245
Brandwunden	5	.	56
Schußverletzungen	1	40	.
Verstauchungen	4	37	8
Scolopenderbisse	8	.	19
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.			
Elephantiasis	3	50	4
Kopfläuse	2	.	6

	Kranke	Krankenhaustage	Poliklinik
XIV. Frauenkrankheiten.			
Vulvitis	2	.	9
Abort	1	22	.
Manuelle Placentarlösung	1	.	2
Chronische Metritis	1	.	34
Mastitis	1	.	1
Schründen der Brustwarze	1	.	1
XV. Andere Krankheiten.			
Pädatrophie	1	.	6

Ärztlicher Bericht über den Aufenthalt in Kusain

vom 11. März bis 17. Mai 1909.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Schnee.)

Die Dysenterie ist hierselbst im Dezember vorigen Jahres durch einen aus Nauru, wo er sich besuchsweise aufgehalten hatte, zurückkehrenden Eingeborenen eingeschleppt. Der Erkrankte begab sich alsdann in die Pflege der Mission. Die Folge davon war, daß dort die jüngere Lehrerin nebst 7 Mädchen erkrankten.

Todesfälle kamen insgesamt 6 vor. Sie betrafen nur Kinder und alte Leute, je einen Mann und eine Frau. Da die Krankheit nicht gerade schwer auftrat, erwies es sich als unmöglich, ein auch nur einigermaßen sicheres Urteil über die Morbiditätsverhältnisse zu gewinnen. Ich habe höchstens von 20 Fällen Kunde erhalten. Trotzdem glaube ich annehmen zu dürfen, daß ein nicht ganz geringer Teil der Bevölkerung, wenn auch nur ganz unbedeutend, an dysenterieartigen Erscheinungen gelitten hat.

Als ich hier ankam, fand ich neben zwei Leuten, welche seit länger als drei Wochen ohne Symptome waren, nur eine Frau mittleren Alters vor, später kamen eine Alte (†) sowie ein Kind hinzu. Erstere wurde zunächst in ihrem Hause, später mit den beiden anderen zusammen, in dem mittlerweile fertig gestellten primitiven Hospitale behandelt.

Von anderen Infektionskrankheiten wurden Tuberkulose dreimal, Windpocken einmal behandelt. Rheumatismus kam bei 3 Patienten vor. Rheumatoide Beschwerden waren recht häufig, indem deshalb 15 Leute Beistand erbaten. Kopfschmerzen wurden bei 4 Patienten behandelt, ein epileptoider Anfall und Ischias je einmal, letztere konnte nur gebessert werden. Von Erkrankungen der Atmungsorgane kamen 18mal Bronchitis und einmal Asthma vor. Zähne wurden 5 gezogen, Magenbeschwerden in 3, Durchfall in 4 Fällen behandelt. Von

Hautkrankheiten ist besonders chronisches Ekzem häufig (9 Fälle), zweimal kamen Patienten mit Tinea vor. Zwei Erwachsene litten an alter Syphilis, hereditär wurde sie bei 4 Kindern gefunden. Von Krankheiten der Sinnesorgane sind zu erwähnen: 2 Konjunktivitis-Fälle, einmal Fremdkörper im Auge, sowie eine Furunkulose des Gehörganges. Geschwüre und Eiterungen kamen mir 8mal zu Gesicht, Verletzungen einmal. Zahl der behandelten Farbigen: 97.

Außerdem wurden 3 Europäer behandelt. Je einmal Peritonitis, Sonnenstich, Malaria.

C. Marshall-Inseln.

1. Jaluit.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Stabsarzt Dr. Liesegang.)

I. Klima.

Der ärztliche Dienst wurde im verflossenen Berichtsjahr bis zum 24. 12. 08 vom Regierungsarzt Dr. Schwabe versehen, vom 25. 12. 08 an vom Berichterstatter.

Das Klima ist auf Jaluit während der Passatzeit, welche in der Regel vom Dezember bis in den April hineinwährt, durchaus erträglich. Wenn auch die Temperatur gleichmäßig hoch ist, so sorgen der Nordostpassat und reichliche Niederschläge, wenn auch nicht für große Abkühlung, so doch für Erfrischung, die Hitze erträglicher machend. Während des übrigen Jahres wechseln unregelmäßige Winde mit Windstillen, während Niederschläge auch dann reichlich sind.

II. Hygienische Verhältnisse.

Die Wohnhäuser der Europäer sind einstöckige Häuser mit Wellblechgiebeldach. Sie ruhen auf gemauerten Pfosten, welche etwa ½ m aus der Erde hervorragen. Eine um das Haus herumführende Veranda bietet an der Windseite einen angenehmen, leidlich kühlen Aufenthalt.

Die Trinkwasserverhältnisse für Europäer sind gut. Das Regenwasser wird in großen eisernen Tanks aufgefangen und bleibt in diesen, wenn die von Zeit zu Zeit nötige Reinigung nicht unterlassen wird, einwandfrei, zumal eine Infektion von außen ausgeschlossen ist. Natürlich ist bei längerem Ausbleiben von Niederschlägen Wassermangel zu befürchten.

Der Eingeborene fängt auch, wenn angängig, Regenwasser auf; im übrigen entnimmt er Wasser auf der Insel gelegenen Tümpeln. Dies Wasser ist brackig.

Die Ernährung der Europäer ist einförmig. Die Inseln bieten keine Weide, die es ermöglichte, Rindvieh, Schafe zu ziehen. Also bleibt für den Weißen an Schlachtvieh nur das Schwein, die Ente und das Huhn übrig, welche dann ab und zu auch die Büchsenfleischernährung angenehm unterbrechen. Es könnte die Ernährung eine weit bessere und angenehmere sein, wenn der Fischreichtum der Südsee ausgenutzt werden könnte. Aber der zum Nichtstun geborene und erzogene Eingeborene ist zu faul, sich mit Regelmäßigkeit dem Fischfang hinzugeben. Ihm wächst seine Nahrung zu, und nur in Zeiten der Not wird auf Befehl der Häuptlinge Fischfang im großen betrieben. So fehlt frischer Fisch manchmal wochenlang in der Speisenfolge.

Frisches Gemüse gibt es nicht. Es kann in geringen Mengen gezogen werden auf Boden, der durch von nördlichen Inseln eingeführte Erde verbessert ist. Der den Marshallinseln eigentümliche Korallenboden läßt Gemüsewachstum nicht zu. Die Brotfrucht bietet einen angenehmen Ersatz; aber auch sie ist nur selten zu haben, da der Baumbestand der Inseln noch immer unter den durch den Taifun angerichteten Verheerungen leidet.

Die gesundheitlichen Verhältnisse waren während des Jahres gut.

1. Influenza.

Von epidemisch auftretenden Krankheiten kamen in Behandlung 48 Fälle von Influenza, welche sich auf die ersten drei Vierteljahre verteilen, während in dem letzten Vierteljahr kein Fall zu verzeichnen war.

2. Ruhr.

10 Fälle kamen in Zugang, von denen 1 Fall Europäer, 9 Eingeborene betrafen. Es fällt auf, daß die Ruhr hier so wenig um sich greift, obgleich gründliche Isolierung der Kranken kaum möglich ist. Die praktische Angewohnheit der Eingeborenen, ihre Notdurft am Strande zu verrichten, muß wohl als bedeutender Schutz gegen allgemeine Weiterverbreitung herangezogen werden. Durch die einsetzende Flut werden die abgesetzten Faeces in die See gespült und vernichtet. Da der Eingeborene in der Regel bei einsetzender Dunkelheit den Strand aufsucht, kommt auch die Übertragung durch Fliegen wenig in Frage.

3. Maltafieber.

Vier fieberhafte Erkrankungen, welche mein Vorgänger als Maltafieber anzusehen geneigt war, kamen bei Europäern, eine bei Eingeborenen vor. Regierungsarzt Dr. Schwabe berichtet darüber:

„Wie früher erwähnt, kamen auf Jaluit stets vereinzelte Erkrankungen vor, die Ähnlichkeit mit Typhus abdominalis hatten; doch war dieser mit Sicherheit auszuschließen. Niemals wurde Roseola gesehen. Es fehlten auch die charakteristischen Stühle. Neuerdings ist diese Krankheit wieder mehrmals beobachtet worden. Konstant

pflegen folgende Charakteristika zu sein: 3 bis 4 Wochen und länger anhaltendes Fieber von typhusartiger Kurve, relative Pulsverlangsamung, Milz- und Leberschwellung, mehr oder minder heftige Kopfschmerzen, normaler Blutbefund. Es wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, daß es sich um eine typhöse Form der hier endemischen Influenza handeln könnte oder um einen „Paratyphus" oder um Mittelmeerfieber. Da die erwähnten klinischen Symptome nicht gerade sehr charakteristisch sind, so dürfte wohl nur durch eine ätiologische Diagnose die Krankheit einwandfrei klassifiziert werden können. Ich erwähne noch die übrigen klinischen Symptome, welche nicht in allen, aber in einer Anzahl von Fällen beobachtet wurden und welche die Diagnose auf M a l t a f i e b e r stützen könnten. Der Stuhl war meistens angehalten; mitunter aber bestanden Diarrhöen, besonders nach Diätfehlern, welche auch gelegentlich Erbrechen hervorriefen. Manchmal wurde von den Patienten die Beimengung von kleinen Blut- und Schleimmengen zum Stuhl erwähnt; oder die Entleerungen waren dunkel - schwärzlich - grün und dünn. Über Schmerz- und Oppressionsgefühl in der Magengegend sowie über Kurzatmigkeit wurde öfters geklagt. Der Puls war, wie erwähnt, während der Krankheit relativ verlangsamt, wurde in der Rekonvaleszenz oft beschleunigt und behielt diese Eigenschaft längere Zeit bei. In der Entfieberung trat einigemal Typus inversus der Temperatur in Erscheinung. Von anderen Symptomen erwähne ich Bronchitis, oberflächliche Ulcerationen der Gaumensegel, Auswurf mit hellroten oder schwärzlichen Beimengungen (diese stammten offenbar aus der Mund- und Nasen-Rachenhöhle), Nasenbluten, flüchtige rheumatoide Schmerzen in Muskeln und Gelenken, Kreuzschmerzen, je einmal Haarausfall in der Rekonvaleszenz, lamellöse Abschuppung der Planta pedis und Albuminurie, zweimal Schwerhörigkeit. Die als besonders charakteristisch beschriebene profuse Schweißsekretion habe ich, nach meiner Erinnerung, allerdings nur ein- oder zweimal gesehen. Prozentual häufig, fast regelmäßig, waren dagegen Relapse, die gewöhnlich einige Tage nach dem Fieberabfall, manchmal aber auch bedeutend später einsetzten. Die Neuerkrankung dauerte ebensolange oder länger als die erste oder auch nur kurze Zeit. Ferner werden auf Jaluit oft Hoden- und Nebenhodenentzündungen sowie Gelenkergüsse subakuten Charakters gesehen, die sehr flüchtiger Natur sind. Diese Erscheinungen werden ja nun speziell bei Infektionen mit Micrococcus melitensis geschildert. Auch merkwürdige intermittierende Fieberformen, die an Sepsis oder Malaria erinnern, wurden beobachtet — Parasiten dabei im Blut nicht gefunden. Einen Befund möchte ich wenigstens erwähnen, dem man freilich wohl keine Bedeutung beilegen kann. Bei einem der in Betracht kommenden Kranken wurden dem Fingernagelgliede Blutproben entnommen und in einem der Präparate zwei nebeneinander gelagerte Diplococcenpaare gefunden. Sie hatten Semmelform und glichen insofern Gonococcen, waren aber ganz bedeutend größer und schienen zu viert eine gemeinsame Kapsel zu besitzen, welche ein rotes Blutkörperchen zum

kleinen Teile zudeckte, so daß es einen halbmondförmigen Ausschnitt zu haben schien. Die Haut war vor Entnahme des Blutes mit Alkohol gereinigt worden; die Objektträger waren ganz neu und hatten in Glyzerin-Alkohol gelegen. Der Ausstrich wurde nach englischer Manier mit dünnem (Copier-)Papier gemacht. Gefärbt wurde mit verdünnter alter Methylenblau-Soda-Lösung. Der Patient hatte vor seiner jetzigen Erkrankung eine Gonorrhöe acquiriert, die unter dem Fieber zurückgetreten, aber noch nicht geheilt war. Ganz besonders hochgradig war bei dieser Erkrankung, welche mit zwei anderen Fällen an Bord eines Schiffes während einer Reise in der Marshallgruppe erfolgte, die Beteiligung des Zentralnervensystems. Der Kranke war zuerst völlig unzugänglich und machte den Eindruck eines an einer Psychose Erkrankten. Anfangs bestand absolute Schlaflosigkeit, wie gewöhnlich bei dieser Erkrankung, später das Gegenteil. Nach vier Wochen etwa begann die Entfieberung, und nun wurde eine schon vorher vermutete Hypoglossusparese deutlich. Bei der Differentialdiagnose war Meningitis ausgeschieden. — Noch in einem zweiten Falle war das Cerebrum stärker in Mitleidenschaft gezogen.

Daß auch auf die Möglichkeit des Vorkommens von Dengue-Fieber auf Jaluit geachtet wurde, ist bereits in früheren Berichten erwähnt. Einige als besonders charakteristisch für diese Krankheit geschilderte Symptome wurden aber bisher vermißt. Die Beobachtung der Kranken ist freilich aus äußeren Gründen hier sehr lückenhaft."

4. Lepra.

Sechs Leprakranke wurden während des Jahres behandelt. Zwei sind gestorben, von denen der eine einer Ruhrerkrankung zum Opfer fiel.

5. Lungentuberkulose.

Lungentuberkulose wurde nur einmal beobachtet; es handelte sich um einen jungen Mann (Eingeborenen), der schon seit etwa drei Jahren an tuberkulöser Kniegelenksentzündung litt. Er ist an der Lungenkrankheit gestorben. Drüsentuberkulose wurde zweimal operativ behandelt.

Die Krankheiten der Atmungsorgane boten nichts Besonderes. Es handelte sich um einfache Katarrhe. Einige chronische Spitzenkatarrhe kamen zur Beobachtung; während der kurzen Behandlungsdauer konnten Schwindsuchtsstäbchen im Auswurf nicht gefunden werden. Die Kranken entzogen sich weiterer Beobachtung.

6. Blinddarmentzündung.

Interessant war ein Fall von Blinddarmentzündung bei einem jungen, eingeborenen Mädchen. Es handelte sich um einen Rückfall. Genaue Untersuchung ergab brettharte, äußerst empfindliche Resistenz bei hohem Fieber. Um den vermuteten großen Abszeß zu entleeren, wurde Operation vorgeschlagen, welche verweigert wurde, „da

ein junges Mädchen sich da nicht schneiden lassen könne"! Als ich etwa 8 bis 10 Tage später der Kranken auf der Straße begegnete, erklärte sie, daß alles durch Mastdarm und Scheide abgeflossen wäre, sie ohne Beschwerden sei. Jedoch trat bald ein weiterer Rückfall ein, und so wird es fortgehen, bis sie sich zur Operation entschließt oder die Krankheit eine üble Wendung nimmt.

7. Augenkrankheiten.

Die Augenkrankheiten boten, abgesehen von den beiden unter Operationen angegebenen Fällen, nichts Besonderes. Es handelte sich um akute und chronische Bindehautkatarrhe, parenchymatöse und follikuläre Hornhautentzündungen.

8. Muskelrheumatismus.

Muskelrheumatismus wurde häufig beobachtet, jedenfalls eine Folge der europäischen Tracht.

Der Eingeborene wird oft naß und wechselt die Kleider nicht, während früher an der gut geölten Haut das Wasser abtropfte.

9. Frambösie.

Von Frambösie kamen 18 Fälle zur Beobachtung; die charakteristischen Himbeergeschwülste konnten nur in vereinzelten Fällen beobachtet werden. Es handelte sich in der Mehrzahl der Fälle um veraltete Leiden. Die Papeln waren eingetrocknet zu festen Borken, unter denen sich vielfach stinkender Eiter befand. Der Eingeborene versucht eben erst eine Kur bei seinem Eingeborenendoktor und kommt dann, wenn er kein Resultat sieht, zum weißen Arzt. Vielfach wurden Erscheinungen beobachtet, die sich ungefähr mit den tertiär syphilitischen deckten, ausgebreitete Geschwüre mit harten Rändern, schlechten Granulationen, Gummata, Rhagaden an Händen und Füßen. Drüsenschwellungen fehlten an dem klinischen Bild fast nie. Es steigt dem Beobachter immer wieder der Verdacht auf, daß die Frambösie Beziehungen zur Syphilis hat, zumal in den verzweifelten Fällen eine gründliche Quecksilberbehandlung in der Regel zum Ziele führt. In den leichten Fällen führt gründliche tägliche Reinigung, Entfernung etwa vorhandener Borken und energische Anwendung des Kupferstiftes vielfach zur Heilung. Ob dieselbe von Dauer sein wird, kann ich noch nicht beurteilen.

10. Hautkrankheiten.

Hautkrankheiten kamen zahlreich in Zugang. Auch hier bekommt man fast nur veraltete Fälle zu sehen, die das Krankheitsbild über den ganzen Körper entwickelt haben, oder wenigstens über einen großen Teil desselben. Die Anfangserscheinungen werden nicht beobachtet und beachtet, und erst, wenn das vielen Hautleiden eigentümliche Jucken bei Tag und Nacht keine Ruhe läßt, sucht man den Arzt auf. Kaum wird es jemals möglich sein, diese qualvollen Leiden

in dem Inselgebiet einzudämmen, da der Eingeborene nie einsehen wird, daß er nicht nur an sich, sondern wegen der Übertragungsgefahr auch an seine Umgebung denken muß. Vielmehr läßt ein begüterter Mann (Häuptling), wenn er von einem juckenden Hautleiden befallen ist, seine Frauen und Mädchen antreten, damit sie ihn, wo es ihn juckt, kratzen. Es ist wohl klar, daß eine bessere Art der Übertragung kaum erdacht werden kann. Die ersten Erscheinungen, der Ringwurm, wie man sie bisweilen bei Europäern sieht, werden prompt beseitigt durch Chrysarobin in beliebiger Form. Gute Erfolge habe ich auch gesehen von vorsichtiger Betupfung mit acidum carb. liq. — Ist der Fall weit vorgeschritten, so arbeitet man lange umsonst mit Chrysarobin und anderen Mitteln. Das Jucken hört wohl auf, und das ist sehr zu bedauern, denn nun hält der Eingeborene sich für geheilt, und der Arzt, der erfreut die ersten kleinen Anzeichen der Besserung beobachten konnte, sieht seinen Patienten nie wieder. Bei den länger in Behandlung bleibenden Fällen tritt ganz allmählich unter Abwechslung mit den Mitteln Chrysarobin, Naphthol, Teer, Schwefel, Petroleum, Besserung ein, bis man schließlich von einer Heilung reden kann. Hoffentlich sind die Heilungen von Dauer.

Tinea imbricata wird ebenso häufig und ebenso schwer beobachtet, und gilt hierfür das oben Gesagte.

Herpes zoster, Krätze, Schmutzekzeme kamen vereinzelt zur Beobachtung.

11. Geschlechtskrankheiten.

An Tripper wurden 13 Europäer, 17 Eingeborene behandelt. Es kommt jedenfalls nur ein ganz geringer Prozentsatz der wirklich an Tripper erkrankten Eingeborenen zum Arzt. Während Männer sich häufig mit Tripper an den Arzt wenden, kommen Weiber fast nie; sie also behandeln sich nach Eingeborenenart, um später mit chronischem gonorrhöischen Cervixkatarrh und anderen Katarrhen behaftet zu sein und für gründliche Weiterverbreitung des Leidens zu sorgen.

Während man bei vielen Eingeborenen tertiär syphilitische Erscheinungen feststellen kann, kommen Primärerscheinungen fast nie zur Beobachtung. Das ganze Inselvolk ist als durchseucht anzusehen, fast jeder hat von den Vätern sein Teilchen mit in die Wiege bekommen. Gummata, Kopfschmerzen, Knochenaffektionen und Geschwüre herrschen vor. Eine Freude ist es zu sehen, wie die üblichen Mittel schnellen und prompten Erfolg erzielen.

Vater und drei Töchter, welche zur Zeit wegen ausgedehnter Geschwüre in Behandlung sind, zeigten schon nach 30 bzw. 18 g grauer Salbe die schönsten Heilerfolge.

Ein erschöpfendes Bild der Gesundheitsverhältnisse auf Jaluit zu geben, ist nicht möglich, da nur ein geringer Prozentsatz der Erkrankungen bekannt wird.

12. Größere Operationen.

1. Drüsentuberkulose am Hals. 7. 1. 09 Ausräumung — Chloroform. 28. 1. 09 Heilung.
2. Fibrome am rechten Ellenbogen. 9. 1. Ausräumung — Schleich. 14. 1. Heilung.
3. Tuberkulose Kniegelenksentzündung und Lungentuberkulose. 5. 2. Resektion. 5. 3. Amputation, guter Wundverlauf. 10. 3. Tod an Lungentuberkulose.
4. Leistendrüsenvereiterung. 20. 2. Ausräumung — Schleich. 30. 3. Heilung.
5. Star beiderseits. 1. 3. Staroperation links — Cocain. 10. 3. Heilung mit gutem Sehvermögen.
6. Halsdrüsentuberkulose. 5. 3. Ausräumung. Verlauf günstig.
7. Staphyloma corneae. 9. 3. Enucleation. 29. 3. Heilung.
8. Quetschwunde am Finger. 13. 3. Exarticulation Endglied — Resektion Köpfchen der Mittelglieder, Schleich. Heilung 31. 3.
9. Hygrom am Unterarm. 30. 3. Exstirpation — Schleich. 7. 5. Heilung.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Jaluit.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben	Behandelt wurden in der Poliklinik
				geheilt	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen.							
1	Pocken	8	8	5	3	8	.	41
2	Ruhr	1	1	1	.	1	.	8
3	Maltafieber	4	4	4	.	4	.	263
	II. Krankheiten des Nervensystems							
4	Krankheiten im Gebiet einzelner Nervenbahnen	1	1	1	.	1	.	2
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.							
5	Luftröhrenkatarrh	2	2	2	.	2	.	8
6	Akuter Bronchialkatarrh	2	2	2	.	2	.	36
7	Chronischer Bronchialkatarrh	1	1	1	.	1	.	15
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und der blutbereitenden Organe.							
8	Herzvergrößerung	2	2	.	2	2	.	3
9	Herzklappenfehler	1	1	.	1	1	.	3
10	Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	1	.	1	1	.	2
11	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	1	1	.	1	.	13
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.							
12	Zahnkrankheiten	1	1	1	.	1	.	1
13	Mandelentzündung	3	3	3	.	3	.	28
14	Akuter Darmkatarrh	5	5	2	3	5	.	14
15	Brechdurchfall	2	2	2	.	2	.	8
16	Krankheiten der Leber	1	1	.	1	1	.	1
	Summe der Seite	36	36	25	11	36	.	446

Lfde. Nr.	Krankheit	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandelt wurden in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Übertrag	36	36	25	11	36	.	446
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.							
17	Urethritis	1	1	1	.	1	.	6
	VII. Venerische Krankheiten.							
18	Tripper	13	13	7	4	11	2	459
19	Weicher Schanker.	1	1	1	.	1	.	7
	IX. Ohrenkrankheiten.							
20	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	1	1	1	.	1	.	8
21	Krankheiten des Mittelohrs .	2	2	2	.	2	.	26
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.							
22	Krätze	1	1	1	.	1	.	11
23	Akute Hautkrankheiten . . .	5	5	2	3	5	.	61
24	Chronische Hautkrankheiten .	6	6	2	4	6	.	53
25	Zellgewebsentzündungen. . .	5	5	4	1	5	.	33
26	Furunkel	2	2	1	1	2	.	20
27	Knochenhautentzündungen . .	1	1	1	.	1	.	10
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.							
28	Schleimbeutelentzündungen .	2	2	2	.	2	.	21
	XII. Mechanische Verletzungen.							
29	Krankheiten der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	1	1	1	.	1	.	18
30	Riß- und Quetschwunden . .	1	1	1	.	1	.	6
31	Freier Gelenkkörper	1	1	.	1	1	.	12
	Gesamtsumme	79	79	52	25	77	2	1197

Nachweisung

über die kranken Eingeborenen der Station Jaluit.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt wurden in der Poliklinik
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	I. Infektionskrankkeiten und allgemeine Erkrankungen.									
1	Pocken	3	46	49	44	1	4	49	.	689
2	Tuberkulose der Gelenke	.	1	1	.	1	.	1	.	67
3	Tuberkulose anderer Organe	.	2	2	1	.	.	1	1	50
4	Ruhr	.	9	9	6	.	3	9	.	85
5	Akuter Gelenkrheumatismus	.	2	2	1	.	1	2	.	28
6	Blutarmut	.	1	1	1	.	.	1	.	5
7	Framboesie	.	18	18	4	.	6	10	8	344
8	Lepra	6	.	6	.	1	.	2	4	dauernd interniert
9	Polyneuritis infectiosa	.	3	3	1	.	1	3	.	158
10	Maltafieber	.	1	1	1	2	.	1	.	16
	II. Krankheiten des Nervensystems.									
11	Geisteskrankheit	.	4	4	3	.	1	4	.	17
12	Erkrankungen einzelner Nerven	2	.	2	.	.	2	2	.	2
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
13	Luftröhrenkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	24
14	Bronchialkatarrh	.	6	6	6	.	.	6	.	61
15	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	3	3	1	.	2	3	.	134
16	Brustfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	29
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
17	Lymphdrüsenerkrankungen	.	7	7	6	.	1	7	.	131
	Summe der Seite	11	108	119	80	5	21	106	13	1840

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt wurden in der Poliklinik
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Übertrag	11	108	119	80	5	21	106	13	1840
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
18	Zahnkrankheiten	.	4	4	3	.	1	4	.	4
19	Mandelentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	13
20	Rachen- und Mundkrankheiten	.	2	2	1	.	1	2	.	9
21	Akuter Magenkatarrh	.	5	5	5	.	.	5	.	20
22	Akuter Darmkatarrh	.	11	11	10	.	1	11	.	44
23	Blinddarmentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	4
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.									
24	Eingeklemmter Bruch	.	1	1	1	.	.	1	.	2
25	Fremdkörper in der Speiseröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	1
26	Nierenentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	5
27	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	1
28	Wasserbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	1
	VII. Venerische Krankheiten.									
29	Tripper	1	16	17	6	.	6	12	5	389
30	Nebenhodenentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	23
31	Weicher Schanker	.	1	1	1	.	.	1	.	15
32	Syphilis	1	11	12	4	.	4	8	4	341
	VIII. Augenkrankheiten.									
33	Erkrankungen der Lider	.	1	1	1	.	.	1	.	5
34	Erkrankungen der Bindehaut	.	2	2	2	.	.	2	.	14
35	Erkrankungen der Hornhaut	1	5	6	3	.	2	5	1	133
36	Erkrankungen der Regenbogenhaut	.	1	1	.	.	1	1	.	2
37	Erkrankungen der Linse	.	1	1	1	.	.	1	.	31
	IX. Ohrenkrankheiten.									
38	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	2	2	2	.	.	2	.	9
39	Krankheiten des Mittelohrs	.	2	2	2	.	.	2	.	14
	X. Krankheiten der äusseren Bedeckungen.									
40	Krätze	.	3	3	1	.	2	3	.	22
41	Akute Hautkrankheiten	.	14	14	4	.	10	14	.	45
42	Chronische Hautkrankheiten	.	22	22	7	.	13	20	2	442
43	Zellgewebsentzündungen	.	18	18	6	.	2	18	.	211
	Summe der Seite	14	239	253	156	5	67	228	25	3640

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandelt wurden in der Poliklinik
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Übertrag	14	239	253	156	5	67	228	25	3640
44	Furunkel	.	5	5	5	.	.	5	.	36
45	Gutartige Geschwülste	.	2	2	1	.	.	1	1	11
46	Knochenhautentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	17
47	Chronische Gelenkentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	1
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
48	Muskelrheumatismus	1	21	22	19	.	3	29	.	131
	XII. Mechanische Verletzungen.									
49	Quetschung der Weichteile	.	6	6	6	.	.	6	.	33
50	Alter Bruch des Unterschenkels	.	1	1	1	.	.	1	.	2
51	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	1	.	.	1	1	.	4
52	Hieb- und Schnittwunden	.	7	7	7	.	.	7	.	44
53	Stichwunde	.	1	1	1	.	.	1	.	3
54	Rißwunden	.	10	10	7	.	2	9	1	150
55	Verbrennung	.	1	1	1	.	.	1	.	19
56	**XIII. Andere Krankheiten**	.	1	1	.	.	1	1	.	5
57	**XIV. Zur Beobachtung**	.	3	3	1	.	2	3	.	27
	Gesamtsumme	15	301	316	207	5	77	289	27	4123

2. Nauru.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. A. Müller.)

I. Allgemeine hygienische Verhältnisse.

Das Berichtsjahr vom 1. April 1908 bis 31. März 1909 zeichnet sich durch anhaltende Dürre aus. Da daneben auch noch eine Erkrankung der Kokospalmen durch Schildläuse vorliegt, ist der Ertrag von Kokosnüssen natürlich gering. Weil jedoch die Eingeborenen durch die Anwesenheit der Pacific Phosphate Co. im Besitz genügender Geldmittel sind, ist ein eigentlicher Notstand kaum zu befürchten. Von üblem Einfluß ist der Regenmangel natürlich auf den Inhalt der Wasserlöcher, auf die die Eingeborenen zum Waschen und Trinken angewiesen sind, und die großenteils einen direkt fauligen Geruch verbreiten. Von den Europäern und Arbeitern der Company wurde lange Zeit aus Seewasser destilliertes Wasser gebraucht, das indessen ohne einen Zusatz nicht recht zu genießen ist. Der als solcher bisher meist benutzte australische Rotwein ist durch den neuen Zoll hierfür leider zu teuer geworden. Für Spül- und Badezwecke wurde in der Europäeransiedelung und dem Arbeiterviertel eine Seewasserleitung angelegt. Mit dem Bau der Kanalisation ist begonnen, außerdem elektrische Beleuchtung eingeführt. Der Arbeiterstand erfuhr einen Zuwachs durch 384 Leute von den Karolinen.

II. Krankenhausanlagen.

Für die Behandlung von Kranken stehen zur Verfügung das etwa 100 Betten fassende Arbeiterhospital der P. P. C. mit Apotheke und Operationsraum, außerdem zwei in Eingeborenenbauart errichtete Häuser für Eingeborene mit einem äußerst primitiven Verbandraum, der indessen in letzter Zeit wegen des absoluten Fehlens von Wasser nicht mehr benutzt wurde. Die Sprechstunden für Eingeborene wurden in dem Hospital der P. P. C. abgehalten. Für Europäer sind besondere Krankenhäuser nicht vorhanden.

III. Krankheitsbericht.

Der Gesundheitszustand wurde wesentlich beeinflußt namentlich durch das epidemische Auftreten von Influenza, Beriberi und Dysenterie, wogegen Typhus zurücktrat.

Bei den Europäern traten alle oben genannten Krankheiten mäßig auf. Immerhin waren 4 Fälle von Typhus zu verzeichnen, die ebenso wie die vorjährigen einen außerordentlich langwierigen, jedoch gutartigen Verlauf nahmen. Bei einem traten in der Rekonvaleszenz periostale Abszesse an beiden Schienbeinen auf. Der Fall von Beriberi betraf den 2. Offizier von einem norwegischen Dampfer, unter

dessen chinesischer Mannschaft die Krankheit stark vorherrschte. Er gab, als ich ihm die Diagnose mitteilte, an, daß sein Vorgänger, der dieselbe Kabine innehatte, wegen Beriberi abgemustert habe.

Die Behandlung der Eingeborenen muß häufig erfolglos bleiben, da sie bei einer geringen Besserung sich nie entschließen können, die Kur fortzusetzen. Ihre Gewohnheiten begünstigen außerdem die Verbreitung aller Krankheiten, da sie zur Beseitigung auch der ekelhaftesten Absonderungen ihrer Angehörigen ohne Bedenken ihre natürlich nachher nicht gewaschenen Hände oder auch die Haare benutzen, außerdem pflegen sie mit einem Erkrankten häufig die Wohnung zu wechseln, da sie dem „genius loci" einen Einfluß auf den Verlauf beimessen. In diesem Jahre hatten sie von Influenza und Dysenterie allerdings nicht in besonders hohem Maße zu leiden.

Nachdem die Ende vorigen Berichtsjahres herrschende Beriberiepidemie allmählich abgeklungen war, wurden im Juli 1908 neue chinesische Handwerker importiert. Bald erkrankte einer an einem Rezidiv von China her und hieran schloß sich die dritte Epidemie auf der Insel an, die ihren Höhepunkt im Oktober hatte und dann ebenso wie die früheren ohne irgendwelchen Wechsel in den äußeren Bedingungen allmählich zurückging. Die Fälle verliefen durchschnittlich viel milder als bei der vorjährigen Epidemie, nur natürlich recht langwierig. Die Krankheit wurde nur bei Chinesen beobachtet, ein einziger Fall bei einem Eingeborenen (kein Arbeiter der Company).

Bei den neu eingeführten Karolinenleuten trat bald Dysenterie epidemisch auf. Erschwert wurde die Behandlung durch die anfängliche Scheu der Leute vor dem Arzt, die sie auch veranlaßte, sich erst tagelang im Busch verborgen zu halten. Mit der allmählichen, jetzt deutlich erkennbaren Gewöhnung an größere Sauberkeit und überhaupt etwas mehr Kultur hat sich der Zustand wesentlich gebessert. Eine auffallende Erscheinung wurde zweimal bei langdauernder Dysenterie beobachtet. Es trat bei beiden ein fast den ganzen Oberkörper einnehmendes Hautemphysem auf. Die Sektion ergab außerdem Emphysem des Peritoneum parietale, aber keinerlei Anhaltspunkt für das Zustandekommen desselben. Geschwür im Darm schon verheilt. Bakteriologische Untersuchung wurde nicht angestellt. Besonders hinfällig erwiesen sich die Leute von der Mortlockgruppe, wohl infolge einer dort kürzlich überstandenen Hungersnot.

Die meisten Krankheiten veranlaßte die ganz plötzlich allgemein auftretende Influenza. Meist begann dieselbe mit hohem aber kurzdauerndem Fieber. Nachkrankheiten waren nicht häufig, doch kamen immerhin Pneumonien und Pleuritis vor, einmal Meningitis. Viermal kam es zu einer phlegmonösen Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Schon vor nachweislicher Lokalisation wiesen Delirien auf eine Komplikation hin. Trotz ausgiebiger Spaltung erlag einer mit doppelseitiger Affektion.

Von inneren Krankheiten mögen noch erwähnt werden 2 Fälle von Intermittens quartana bei von Jap importierten Arbeitern. Ein

ganz eigenartiges Krankheitsbild boten zwei Chinesen, die morgens zum Verbandwechsel ganz gesund das Hospital aufgesucht hatten und nachmittags mit einer ganz allgemeinen Parese und Gefühlsherabsetzung wiederkamen. Da ich schon gleiche Fälle von Beriberi gesehen hatte, dachte ich auch hieran zunächst. Doch verschwand die ganze Störung, ohne Spuren zu hinterlassen, in einigen Tagen.

Auffallend war das Zusammenfallen der 8 Fälle von Ikterus in der Zeit von etwa 14 Tagen, nachdem vorher 1½ Jahr kein Fall beobachtet war. Die Patienten standen in keiner Beziehung zu einander.

Bei einem Europäer, der wegen Nierensteinen vorher operiert, trotz der Warnung wieder die Tropen aufgesucht hatte, erfolgte auf 75 g Glyzerin der Abgang von mehreren Steinen.

Eine Grubengasvergiftung erlitt ein Chinese beim Arbeiten in einem Brunnen. Der weiße Aufseher konnte den Bewußtlosen noch rechtzeitig heraufholen, wo er sich bald erholte. Die auffallend hohe Zahl von Augenkrankheiten ist wohl auf den dauernd herrschenden grellen Sonnenschein und den bei der Trockenheit unvermeidlichen Staub zurückzuführen.

Von chirurgischen Krankheiten erwähne ich 2 Fälle von alter Osteomyelitis der Tibia. Eine heilte nach Auskratzung, die andere erst nach Abmeißelung des größeren Teils der kolossal verdickten, mit Fisteln durchsetzten Tibia. Von Verletzungen ist interessant durch ihr Zustandekommen eine Verletzung der Vena saphena. Der Betreffende hatte einen kleinen Furunkel am Oberschenkel und ließ sich von einem Kameraden durch Einstiche mit einem Haifischzahn behandeln, wobei dann gerade die Vene angestochen wurde. Ein Mann erlitt durch Auffallen eines schweren Balkengerüstes einen Bruch der Lendenwirbelsäule. Durch starken Zug konnte die rechtwinklige Kyphose beseitigt werden, worauf er auf eine Art Rauchfußsche Schwebe gelegt wurde. Derselbe ist ohne sichtbare Deformität völlig arbeitsfähig geworden. Ein anderer fiel von einem Dampfer in ein Boot und zog sich eine Luxation des linken Hüftgelenks, ebenso der rechten Schulter zu, außerdem mehrere Rippenbrüche und eine Fractur des Calcaneus. Auch dieser Fall verlief günstig.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Nauru.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Iststärke 81.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.							
1	Influenza	.	13	13	13	.	13	.
2	Angina	.	6	6	6	.	6	.
3	Typhus abdominalis	.	4	4	4	.	4	.
4	Dysenterie	.	13	13	10	.	10	3
5	Beri-Beri	.	1	1	.	1	1	.
6	Anaemie	.	1	1	1	.	1	.
	Summe I	.	38	38	34	1	35	3
	II. Krankheiten des Nervensystems.							
7	Kopfschmerzen	.	2	2	2	.	2	.
8	Migräne	.	5	5	5	.	5	.
9	Neuralgie	.	1	1	1	.	1	.
10	Ischias	.	3	3	3	.	3	.
11	Neuritis	.	1	1	1	.	1	.
12	Herpes zoster	.	1	1	1	.	1	.
13	Neurasthenie	.	1	1	.	1	1	.
	Summe II	.	14	14	13	1	14	.
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.							
14	Laryngitis acuta	.	1	1	1	.	1	.
15	Bronchitis	.	1	1	1	.	1	.
16	Pleuritis sicca	.	2	2	2	.	2	.
	Summe III	.	4	4	4	.	4	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.							
17	Vitium cordis	.	1	1	.	1	1	.
18	Neurosis cordis	.	1	1	1	.	1	.
19	Varicen	.	1	1	.	1	1	.
20	Lymphadenitis	.	2	2	2	.	2	.
	Summe IV	.	5	5	3	2	5	.
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.							
21	Caries dentium	.	12	12	12	.	12	.
22	Parulis	.	2	2	2	.	2	.
23	Tonsillitis abscedens	.	1	1	1	.	1	.
24	Fremdkörper im Pharynx	.	2	2	2	.	2	.
25	Dyspepsie	.	10	10	10	.	10	.
26	Gastralgie	.	4	4	4	.	4	.
27	Enteritis acuta	.	15	15	15	.	15	.
28	Diarrhöe	.	4	4	4	.	4	.
29	Kolik	.	2	2	2	.	2	.
30	Appendicitis	.	1	1	1	.	1	.
31	Entzündeter Haemorrhoidalknoten	.	1	1	1	.	1	.
	Summe V	.	54	54	54	.	54	.
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschließl. Venerische).							
32	Nephrolithiasis	.	1	1	1	.	1	.
33	Retentio urinae	.	1	1	1	.	1	.
34	Strictura urethrae	.	1	1	.	1	1	.
35	Oedema praeputii	.	1	1	1	.	1	.
	Summe VI	.	4	4	3	1	4	.
	II. Venerische Krankheiten.							
36	Tripper	1	2	3	3	.	3	.
	Summe VII	1	2	3	3	.	3	.
	VIII. Augenkrankheiten.							
37	Eisensplitter in der Cornea	.	1	1	1	.	1	.
38	Conjunctivitis	.	5	5	5	.	5	.
	Summe VIII	.	6	6	6	.	6	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben
					geheilt	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	IX. Ohrenkrankheiten.							
39	Otitis externa	.	5	5	5	.	5	.
40	Ceruminalpfropf	.	3	3	3	.	3	.
41	Haematom des Trommelfells	.	1	1	1	.	1	.
42	Otitis media acuta	.	1	1	1	.	1	.
	Summe IX	.	10	10	10	.	10	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.							
43	Urticaria	.	2	2	2	.	2	.
44	Hautgeschwüre	.	2	2	2	.	2	.
45	Furunkel	.	2	2	2	.	2	.
46	Furunkulosis	.	2	2	2	.	2	.
47	Abszesse und Phlegmonen	.	11	11	11	.	11	.
48	Panaritium	.	2	2	2	.	2	.
49	Ringwurm	.	3	3	3	.	3	.
50	Impetigo contagiosa	.	3	3	3	.	3	.
51	Ekzem	.	1	1	1	.	1	.
52	Roter Hund	.	2	2	2	.	2	.
53	Clavi	.	1	1	1	.	1	.
54	Eingewachsener Glassplitter in der Hand	.	1	1	1	.	1	.
	Summe X	.	32	32	32	.	32	.
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.							
55	Rheumatismus musculorum	.	3	3	3	.	3	.
56	Lumbago	.	2	2	2	.	2	.
57	Polyarthritis rheumatica	.	1	1	1	.	1	.
58	Arthritis chronic.	.	1	1	.	1	1	.
59	Polyarthritis gonorrhoica	.	1	1	.	1	1	.
60	Periostitis	.	2	2	2	.	2	.
	Summe XI	.	10	10	8	2	10	.
	XII. Mechanische Verletzungen.							
61	Weichteilwunden	.	34	34	34	.	34	.
62	Contusion	.	3	3	3	.	3	.
63	Distorsion	.	2	2	2	.	2	.
64	Verbrennung II. Grades	.	2	2	2	.	2	.
65	Infractio costae	.	1	1	1	.	1	.
	Summe XII	.	42	42	42	.	42	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand bleiben
					geheilt	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	XIII. Durch tierische Parasiten veranlasste Krankheiten.							
66	Phthiriasis	.	1	1	1	.	1	.
67	Helminthiasis	.	1	1	1	.	1	.
68	Malaria	.	2	2	2	.	2	.
	Summe XIII	.	4	4	4	.	4	.
	XIV. Frauenkrankheiten.							
69	Partus	.	2	2	2	.	.	.
70	Abortus	.	1	1	1	.	.	.
	Summe XIV	.	3	3	3	.	.	.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Nauru.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Iststärke 2295.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.								
1	Influenza	2	672	674	672	2	.	674	.
2	Typhus abdominalis	7	23	30	22	7	.	29	1
3	Beriberi	36	181	217	112	66	8	186	31
4	Dysenterie	5	191	196	164	23	.	187	9
5	Angina	.	17	17	17	.	.	17	.
6	Erysipelas	.	3	3	3	.	.	3	.
7	Framboesie	.	8	8	8	.	.	8	.
8	Tuberculosis pulmon.	.	10	10	.	1	8	9	1
9	Anaemie	.	1	1	.	.	1	1	.
10	Allgemeine Schwäche	.	4	4	4	.	.	4	.
11	Skorbut	.	1	1	1	.	.	1	.
12	Opiumentziehungsbeschwerden	.	8	8	8	.	.	8	.
13	Grubengasvergiftung	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe I	50	1120	1170	1012	99	17	1128	42
	II. Krankheiten des Nervensystems.								
14	Kopfschmerzen	.	225	225	225	.	.	225	.
15	Commotio cerebri	.	2	2	2	.	.	2	.
16	Meningitis	.	1	1	.	1	.	1	.
17	Hysterie	.	1	1	1	.	.	1	.
18	Akute allgemeine Parese	.	2	2	2	.	.	2	.
19	Akute Ataxie	.	1	1	.	.	.	.	1
20	Eclampsia infantum	.	1	1	.	1	.	1	.
21	Tabes dorsalis	.	1	1	.	.	1	1	.
22	Neuralgie	.	4	4	4	.	.	4	.
23	Neuritis	.	1	1	.	.	1	1	.
24	Herpes zoster	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe II	.	240	240	235	2	2	239	1

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.								
25	Rhinitis	.	1	1	1	.	.	1	.
26	Epistaxis (vic. Menses?)	.	1	1	1	.	.	1	.
27	Laryngitis acuta	.	8	8	8	.	.	8	.
28	Tracheitis	.	113	113	113	.	.	113	.
29	Bronchitis	.	38	38	38	.	.	38	.
30	Haemoptoe	.	1	1	1	.	.	1	.
31	Asthma bronchiale	1	6	7	7	.	.	7	.
32	Pneumonia crouposa	.	8	8	6	2	.	8	.
33	Pleuritis sicca	.	8	8	8	.	.	8	.
34	Pleuritis exsudativa	.	6	6	5	1	.	6	.
	Summe III	5	190	191	188	3	.	191	.
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und der blutbereitenden Organe.								
35	Vitium cordis	.	2	2	1	.	1	2	.
36	Herzschlag	.	1	1	.	1	.	1	.
37	Varicen	.	1	1	.	.	1	1	.
38	Lymphangitis	.	5	5	5	.	.	5	.
39	Lymphadenitis	.	36	36	35	.	.	35	1
40	Lymphadenitis mesenterialis	.	1	1	.	.	.	.	1
41	Lymphosarcomatosis	.	1	1	.	1	.	1	.
42	Tuberkulose, Halsdrüsentumoren	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe IV	.	48	48	42	2	2	46	2
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.								
43	Caries dentium	.	43	43	43	.	.	43	.
44	Zahnfistel	.	1	1	1	.	.	1	.
45	Parulis	.	3	3	3	.	.	3	.
46	Stomatitis	.	15	15	15	.	.	15	.
47	Gingivitis	.	3	3	3	.	.	3	.
48	Tonsillitis abscedens	.	1	1	1	.	.	1	.
49	Ptyaloadenitis sublingualis	.	1	1	1	.	.	1	.
50	Parotitis phlegmonosa	.	5	5	4	1	.	5	.
51	Haematemesis	.	3	3	3	.	.	3	.
52	Gastralgie	.	15	15	15	.	.	15	.
53	Dyspepsie	1	247	248	248	.	.	248	.
54	Leibschmerzen	.	150	150	150	.	.	150	.
55	Gastroenteritis acuta	1	46	47	44	1	.	452	.
56	Enteritis acuta	.	43	43	43	.	.	43	.
57	Fieberhafter Magen-Darmkatarrh	1	14	15	15	.	.	15	.
58	Diarrhöe	.	213	213	213	.	.	213	.
59	Obstipatio	.	57	57	57	.	.	57	.
60	Appendicitis	.	2	2	2	.	.	2	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61	Haemorrhoiden	.	5	5	5	.	.	5	.
62	Prolapsus recti	.	1	1	1	.	.	1	.
63	Fissura ani	.	1	1	1	.	.	1	.
64	Paraproctitis	.	3	3	3	.	.	3	.
65	Peritonitis tuberculosa	.	1	1	.	1	.	1	.
66	Icterus catarrhalis	.	8	8	8	.	.	8	.
67	Hepatitis	.	1	1	1	.	.	1	.
68	Leberabszeß	1	2	3	2	.	.	2	1
	Summe V	4	884	888	882	3	.	885	3
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
69	Phimosis	.	3	3	3	.	.	3	.
70	Hodenschwellung	.	1	1	.	.	1	1	.
71	Haematocele	.	1	1	1	.	.	1	.
72	Hodentumor	.	1	1	1	.	.	1	.
73	Hodentuberkulose	1	.	1	1	.	.	1	.
74	Cystitis	.	1	1	1	.	.	1	.
75	Incontinentia urinae	.	1	1	.	.	1	1	.
	Summe VI	1	8	9	7	.	2	9	.
	VII. Venerische Krankheiten.								
76	Tripper	1	9	10	10	.	.	10	.
77	Epididymitis gonorrh.	.	6	6	6	.	.	6	.
78	Eitrige Epididymitis	.	2	2	2	.	.	2	.
79	Endometritis cervicalis gonorrh.	.	2	2	2	.	.	2	.
80	Ulcus molle	.	2	2	2	.	.	2	.
81	Bubo inguinalis	.	1	1	1	.	.	1	.
82	Condylomata acuminata ani	.	1	1	1	.	.	1	.
83	Syphilis	.	11	11	10	.	.	10	1
	Summe VII	1	34	35	34	.	.	34	1
	VIII. Augenkrankheiten.								
84	Blepharitis	.	6	6	6	.	.	6	.
85	Hordeolum	.	17	17	17	.	.	17	.
86	Haematoma conjunctivae	.	1	1	1	.	.	1	.
87	Conjunctivitis	.	200	200	199	.	.	199	1
88	Papillom an Lidrand	.	1	1	1	.	.	1	.
89	Blennorrhoea neonatorum	.	1	1	1	.	.	1	.
90	Fremdkörper in Cornea	.	4	4	4	.	.	4	.
91	Cataracta traumatica	.	1	1	.	.	1	1	.
92	Ulcus corneae	.	14	14	13	.	.	13	1
93	Ulcus serpens corneae	.	2	2	2	.	.	2	.
94	Ceratitis	.	12	12	12	.	.	12	.
95	Durch Blendung bewirkte Beschwerden	.	85	85	85	.	.	85	.
96	Hemeralopie	.	81	81	81	.	.	81	.
97	Myopie	.	2	2	1	.	1	2	.
	Summe VIII	.	427	427	423	.	2	425	2

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	IX. Ohrenkrankheiten.								
98	Ceruminalpfropf	.	2	2	2	.	.	2	.
99	Otitis externa	.	10	10	9	.	.	9	1
100	Myringitis	.	1	1	1	.	.	1	.
101	Otitis media acuta	.	3	3	3	.	.	3	.
102	Otitis media chronica	.	4	4	4	.	.	4	.
103	Empyema processus mastoidei	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe IX	.	21	21	20	.	.	20	1
	X. Krankheiten der äusseren Bedeckungen.								
104	Ekzem	.	76	76	76	.	.	76	.
105	Urticaria	.	3	3	3	.	.	3	.
106	Hautgeschwüre	10	250	260	255	.	.	255	5
107	Abszesse, Phlegmonen usw.	3	187	190	180	4	.	184	6
108	Furunkel und Karbunkel	.	20	20	20	.	.	20	.
109	Panaritium	.	33	32	32	.	.	32	.
110	Ulcus cruris	.	3	3	3	.	.	3	.
111	Ringwurm	2	215	217	214	.	.	214	3
112	Tinea imbricata	.	27	27	26	.	.	26	1
113	Lupus	.	1	1	1	.	.	1	.
114	Hyperidrosis pedum	.	1	1	1	.	.	1	.
115	Atherom	.	2	2	2	.	.	2	.
116	Lipom	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe X	15	818	833	814	4	.	818	15
	VI. Krankheiten der Bewegungsorgane.								
117	Muskelrheumatismus	.	205	205	205	.	.	205	.
118	Lumbago	.	58	58	58	.	.	58	.
119	Polyarthritis rheumatica	.	3	3	3	.	.	3	.
120	Hydrops genu	.	5	5	3	.	.	3	2
121	Coxitis	.	1	1	1	.	.	1	.
122	Plattfußbeschwerden	.	1	1	1	.	.	1	.
123	Tendovaginitis	.	2	2	2	.	.	2	.
124	Periostitis	.	3	3	3	.	.	3	.
125	Osteomyelitis tibiae	.	2	2	2	.	.	2	.
126	Deformität der kleinen Zehe	.	1	1	1	.	.	1	.
127	Palmarfascien- und Metatarsuscontractur	.	1	1	.	.	1	1	.
128	Fingercontractur	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe XI	.	283	283	280	.	.	281	2
	XII. Mechanische Verletzungen.								
129	Weichteilverletzungen	4	417	481	489	.	.	469	12
130	Kontusion	1	91	92	91	.	.	91	1
131	Distorsion	.	24	24	24	.	.	24	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
132	Fractura claviculae	.	1	1	1	.	.	1	.
133	Fractura femoris	.	1	1	.	.	.	.	1
134	Fractura cruris supramalleol.	.	1	1	1	.	.	1	.
135	Fraktur der Wirbelsäule	.	1	1	1	.	.	1	.
136	Kompl. Fraktur von Fingern	.	2	2	2	.	.	2	.
137	Kompl. Fraktur von Tibia	1	.	1	1	.	.	1	.
138	Kompl. Fraktur der Mittelfußknochen	.	1	1	1	.	.	1	.
139	Luxatio coxae humeri, fract. costarum; calcanei	.	1	1	1	.	.	1	.
140	Quetschung des plexus cervicalis	.	1	1	1	.	.	1	.
141	Verbrennung II. Grades	.	14	14	14	.	.	14	.
142	Verätzung durch Karbol	.	2	2	2	.	.	2	.
143	Alte Kugel im Unterschenkel	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe XII	5	614	619	605	.	.	615	14
	XIII. Durch tierische Parasiten veranlasste Krankheiten.								
144	Malaria	.	6	6	5	.	.	5	1
145	Elephantiasis	.	8	8	3	.	3	6	2
146	Helminthiasis	.	1	1	1	.	.	1	.
147	Scabies	.	14	14	14	.	.	14	.
148	Skorpionstich	.	1	1	1	.	.	1	.
149	Spinnenbiß	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe XIII	.	31	31	25	.	3	28	3
	XIV. Frauenkrankheiten.								
150	Mastitis	.	3	3	3	.	.	3	.
151	Endometritis	.	1	1	1	.	.	1	.
152	Salpingitis	.	1	1	1	.	.	1	.
153	Myoma uteri	.	1	1	.	.	1	1	.
154	Placenta praevia	.	1	1	1	.	.	1	.
155	Retentio placentae	.	1	1	1	.	.	1	.
	Summe XIV	.	8	8	7	.	1	8	.
	XV. Verschiedenes.								
156	Simulation	.	12	12	12	.	.	12	.
157	Ermüdung	.	25	25	25	.	.	25	.
	Summe XV	.	37	37	37	.	.	37	.
	Gesamtsumme der Farbigen	77	4763	4840	4611	113	30	4754	86
	Gesamtsumme der Europäer	1	228	229	219	.	7	226	3
	Gesamtsumme der Behandelten	78	4991	5069	4830	113	37	4980	89

VII. Samoa.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Stabsarzt Dr. Poleck.)

I. Schutzpockenimpfung.

Vom 8. bis 16. 4., 8. bis 16. 5. Dienstreisen des Regierungsarztes Dr. Schwesinger behufs Schutzpockenimpfung auf Upolu, vom 4. 6. ab begab er sich zu gleichem Zwecke für 3 Monate nach Savai. Im September mußte er die beabsichtigte abschließende Durchimpfung der Gesamtbevölkerung nach Impfung der Angehörigen von 4 Dörfern im Distrikt Atna auf Upolu abbrechen, da die plötzliche, anscheinend schwere Erkrankung des zweiten Regierungsarztes ihn nach Apia zurückrief. Es sind während der gesamten Reise im ganzen 12 664 Samoaner und 6 Mischlinge geimpft worden. An 3000 Erstimpfungen sind noch vorzunehmen und für das Ende dieses Jahres 1909 in Aussicht genommen.

II. Ansteckende Krankheiten.

Im 2. Quartal des Berichtsjahres ist eine Windpocken-Epidemie in Dörfern der Ostküste Savais beobachtet worden.

Im 4. Quartal wird von dem Bezirksamtmann von Savai eine erhebliche Kindersterblichkeit, anscheinend katarrhalische Lungenentzündungen vereinigt mit infektiösen Darmkatarrhen, die ja auch in der Heimat in der Sommerzeit so verheerend unter Kindern auftreten, gemeldet.

Am 20. 11. 08 ist der leprakranke Deutsche gestorben. Somit sind nur noch 2 Lepraerkrankungen im Bereiche der Kolonie bekannt, 1. ein japanisches Half-castemädchen, isoliert in Vaimea bei Apia, 2. ein Melanesier, isoliert in Infulele bei Talna.

Durch den im Dezember 08 erfolgten Ärztewechsel erklären sich zum Teil Verschiebungen in der Statistik. Im 4. Quartal tritt Grippe ganz zurück. Syphilis III. Stad. wird häufig, da gewisse Erscheinungen nicht mehr zur Framboesie gerechnet werden. Das gehäufte Vorkommen der übertragbaren granulösen Bindehauterkrankung kann nicht mehr geleugnet werden und systematische mikroskopische Stuhluntersuchungen der chinesischen Kontraktarbeiter stellen unter diesen das stark verbreitete Vorhandensein von Anchylostomawürmern fest, eine durchaus nicht verwunderliche Tatsache.

III. Krankheitsstatistik und Bevölkerungsstatistik.

Übersicht

der durch die anliegenden Nachweisungen bekannt gewordenen Krankenbewegung unter den verschiedenen Schichten der Bevölkerung der Kolonie.

	Ungefähre Iststärke	Behandlungstage	
		Krankenhaus	Poliklinik
Europäer	468	846	1 059
Samoa und Halfcaste	33 500	541	4 685
Chinesische Kontraktarbeiter . . .	1 123	7 282	4 513
Summe . . .	34 581	8 669	10 167
		Summe	18 826

Die Berichterstattung der samoanischen Selbstverwaltung meldet für das Kalenderjahr 1908:

	Männlich	Weiblich	Summe
	Geburten		
Upolu, Mauona, Apolima	467	386	853
Savai.	300	245	545
			1398
	Todesfälle		
Upolu, Mauono, Apolima	313	255	568
Savai.	214	183	397
			965

Also ein Geburtenüberschuß von 433 (210 männlichen und 193 weiblichen) Köpfen.

Totenstatistik des Berichtsjahres.

1. Chinesische Kontraktarbeiter . . 22 = 1,9 %.
2. Melanesische „ . . 30 = 4,1 %.

Der D. H. P. G. (682 Männer, 50 Weiber).

Über die Krankenbewegung unter den melanesischen Kontraktarbeitern werden Nachweise von dem Gesellschaftsarzte nicht erstattet.

IV. Krankenanstalten für Eingeborene.

1. An die samoanische Poliklinik des Regierungs-Hospitals sind zur Ermöglichung der Krankenhaus-Aufnahme 4 der geräumigen,

kühlen und luftigen Samoahäuser mit einer gemeinschaftlichen Küchenanlage angegliedert. In der poliklinischen Sprechstunde erfolgt der Rat, sich aufnehmen zu lassen. Wird der Vorschlag angenommen, was immer erst nach eingehender Besprechung der zahlreich erschienenen Anverwandten geschieht, so siedelt der Schwerkranke, der auf mächtigen Tragbahren aus Bambusstäben und weichen Matten, oft von weither herbeigetragen oder zu Schiff herangefahren worden und ausnahmslos auf tadellos reiner Bettwäsche usw. gebettet ist, mit seiner ganzen Familie über. Weitere Matten, Decken und Ausrüstungsgegenstände werden herbeigeschafft; das Hospital leiht allenfalls diesen und jenen Eimer. Die Beköstigung ist Sache des Kranken oder seiner Familie; es werden aber diätetische Vorschriften gemacht, und gewissenhaft beobachtet, in Ausnahmefällen hilft die Küche des Europäer-Hospitals aus. Der Tagessatz für den Kranken beträgt 1 M., für operative Eingriffe wird als Höchstbetrag einschl. der folgenden Verbände 25 M. berechnet.

Für die der Krankenhausbehandlung bedürftigen chinesischen Kontraktarbeiter sind zwei geräumige, auf Betonblöcken frei über der Bodenfläche ruhende Holzbaracken mit Wellblechdach bestimmt. Zu beiden Seiten des Eingangs befindet sich zunächst rechts eine Wohnkammer für den chinesischen Krankenwärter, links ein Vorratsraum für Medikamente, Desinfektionsmittel und Krankenpflegegerätschaften. Dann folgen rechts und links je eine Zelle für unruhige Geisteskranke. Am Ende der Baracke liegt rechts ein Abort, dessen zwei Sitze sich in ein unterhalb des Hauses befindliches Tonnensystem entleeren, links das Brausebad mit dem Wasservorrat und Regenwasserzisterne. Die Vergitterung der Fenster und Türen hat sich als eine sehr wichtige Maßnahme herausgestellt, da selbst schwer behilfliche Fußkranke es liebten, sich zu nächtlichen Zusammenkünften aus dem Hospital zu stehlen. Vor den Fenstern sind verstellbare Holzjalousien angebracht; als Lagerungsstätten dienen Holz- und Drahtgitterpritschen.

Zu dieser Anlage gehört die Chinesenpoliklinik mit einer Veranda, Wartezimmer und Ordinationszimmer mit ausreichender Einrichtung.

Unter den Plantagengesellschaften haben die Deutsche Handels- und Plantagen-Gesellschaft und die Hauptadministration der Schwesterngesellschaft: Samoa-Kautschuk-Compagnie (S. K. C.) und Safata-Samoa-Gesellschaft (S. S. G.). Krankenhauseinrichtungen für ihre eingeborenen Arbeiter. Die große Krankenbaracke der D. H. P. G. auf dem weitläufigen Geschäftsgrundstück, Apia, bietet Raum für 30 bettlägerige Kranke. Doch soll die Zahl der Bettlägerigen noch nie mehr als 15 betragen haben, so daß der eine der zwei Krankenräume stets frei steht und gegebenenfalls als Isolierraum bei Epidemien benutzt werden könnte. Es kommen hinzu Ordinationszimmer und Nebenräume. Die Gesellschaft hat einen deutschen Heilgehilfen angestellt, der aber nur für Monate in Apia Dienst tut, da er die Anwerbe- und Ablösungstransporte nach Deutsch-Neu-Guinea usw. zu begleiten hat.

Nachweisung

über die kranken Europäer im Regierungshospital Apia.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Windpocken	.	2	2	2	.	.	2	.	.	3
2	Gastrisches Fieber	2	1	3	3	.	.	3	.	80	.
3	Malaria tropica	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
4	Grippe	.	6	6	5	.	1	6	.	.	15
5	Ruhr	.	2	2	1	.	1	2	.	6	4
6	Akuter Gelenkrheumatismus	.	1	1	1	.	.	1	.	.	25
7	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	2	2	.	.	2	2	.	.	41
8	Blutarmut	.	4	4	3	.	1	4	.	.	33
9	Bösartige Geschwülste	.	1	1	.	1	.	1	.	3	.
10	Framboesia tropica	1	1	2	.	.	2	2	.	.	129
	Summe der Gruppe I	3	21	24	15	1	8	24	.	89	251
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
11	Chronische Alkoholvergiftung	.	1	1	.	.	1	1	.	71	.
12	Geisteskrankheit	.	1	1	.	.	.	.	1	6	.
13	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nerven	.	2	2	2	.	.	2	.	.	10
14	Krankheiten des Gehirns	.	1	1	.	.	.	.	1	74	.
15	Neurasthenie	.	3	3	2	.	1	3	.	77	1
	Summe der Gruppe II	.	8	8	4	.	2	6	2	228	11
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
16	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
17	Akuter Kehlkopfkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
18	Akuter Bronchialkatarrh	.	3	3	3	.	.	3	.	.	7
	Summe der Gruppe III	.	5	5	5	.	.	5	.	.	15

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
19	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	6	6	5	.	1	6	.	3	13
20	Hämorrhoiden	.	1	1	1	.	.	1	.	12	.
21	Entzündung der Lymphgefäße	.	3	3	3	.	.	3	.	16	.
22	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	9	10	8	.	2	10	.	.	66
	Summe der Gruppe IV	1	19	20	17	.	3	20	.	31	79
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
23	Kiefer- und Zahnerkrankungen	.	6	6	5	.	1	6	.	.	6
24	Mandelentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	3	2
25	Akuter Magenkatarrh . . .	.	6	6	6	.	.	6	.	4	59
26	Chronischer Magenkatarrh .	.	6	6	6	.	.	6	.	2	7
27	Magenblutung und -geschwür	.	1	1	.	.	.	.	1	2	.
28	Akuter Darmkatarrh . . .	.	8	8	5	.	3	8	.	.	55
29	Chronischer Darmkatarrh . .	.	3	3	.	.	3	3	.	15	10
30	Unterleibsbrüche	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
31	Darm- und Blinddarmentzündung	.	2	2	1	.	.	1	1	72	.
	Summe der Gruppe V	.	35	35	26	.	7	33	2	98	140
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
32	Nierenentzündung	.	2	2	1	1	.	2	.	20	.
33	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
34	Krampfaderbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VI	.	4	7	2	1	1	4	.	20	3
	VIII. Augenkrankheiten.										
35	Krankheit. der Bindehäute .	.	7	7	7	.	.	7	.	.	63
36	Krankheit. der Hornhaut . .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
37	Krankheit. der Linse . . .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VIII	.	9	9	7	.	2	9	.	.	65
	IX. Ohrenkrankheiten.										
38	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	3	3	2	.	1	3	.	7	38
39	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	7	7	5	.	1	6	1	.	59
	Summe der Gruppe IX	.	10	10	7	.	2	9	1	7	97

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
40	Akute Hautkrankheiten . .	.	4	4	4	.	.	4	.	25	2
41	Chronische Hautkrankheiten .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	13
42	Chronische Unterschenkelgeschwüre	.	4	4	4	.	.	4	.	26	47
43	Zellgewebsentzündung . . .	.	10	10	9	.	1	10	.	3	60
44	Furunkel	.	8	8	8	.	.	8	.	44	50
	Summe der Gruppe X	.	28	28	27	.	1	28	.	98	172
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
45	Knochenhautentzündung . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	7
46	Akute Gelenkentzündung . .	.	1	1	1	.	.	1	.	15	2
47	Muskelrheumatismus . . .	.	7	7	6	.	1	7	.	44	72
48	Krankheiten der Sehnen . .	.	2	2	1	.	1	2	.	.	2
	Summe der Gruppe XI	.	12	12	10	.	2	12	.	59	83
	XII. Mechanische Verletzungen.										
49	Quetschung der Weichteile .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	11
50	Knochenbruch des Oberarms .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
51	Knochenbruch des Unterarms	.	1	1	.	.	1	1	.	.	36
52	Hieb- und Schnittwunden .	1	2	3	3	.	.	3	.	28	17
53	Riß- und Quetschwunden . .	.	4	4	4	.	.	4	.	25	58
	Summe der Gruppe XII	1	10	11	10	.	1	11	.	53	126
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
54	Filariakrankheit	.	3	3	3	.	.	3	.	31	2
55	Ringwurm	.	3	3	1	.	2	3	.	.	9
	Summe der Gruppe XIII	.	6	6	4	.	2	6	.	31	11
	XIV. Frauenkrankheiten.										
56	Entbindungen	.	5	5	5	.	.	5	.	121	.
57	Erkrankung der Gebärmutter	1	1	2	1	.	1	2	.	.	6
58	Fehlgeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	11	.
	Summe der Gruppe XIV	1	7	8	7	.	1	8	.	132	6
	Gesamtsumme	6	174	180	141	2	32	175	5	846	1059

Nachweisung

über die kranken Farbigen im Regierungs-Hospital Apia.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Windpocken	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
2	Fieberanfälle	.	6	6	4	.	2	6	.	2	6
3	Grippe	1	55	59	53	.	3	56	3	.	244
4	Lungentuberkulose	1	19	20	5	.	7	12	7	63	124
5	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	2	5	8	.	.	6	6	1	.	136
6	Tuberkulöse Abszesse	.	6	6	2	.	.	2	4	.	12
7	Ruhr	.	2	2	.	.	2	2	.	.	37
8	Akuter Gelenkrheumatismus	5	8	8	7	.	1	8	.	.	15
9	Chronischer Gelenkrheumatismus	1	17	18	5	.	11	16	1	.	80
10	Blutarmut	.	16	16	4	.	12	16	.	.	214
11	Fleischvergiftung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
12	Bösartige Geschwülste	1	6	8	1	.	6	7	1	70	7
13	Framboesia tropica	17	59	76	45	.	16	61	.	.	979
	Summe der Gruppe I	28	201	229	128	.	66	194	17	135	1856
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
14	Fallsucht	1	4	5	2	.	3	5	.	.	29
15	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nerven	.	33	33	14	.	18	32	1	.	47
16	Krankheiten des Gehirns	.	1	1	.	.	1	1	.	.	2
17	Tabes dorsualis	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
18	Neurasthenie	.	12	12	10	.	2	12	.	.	18
	Summe der Gruppe II	1	51	52	26	.	25	51	1	.	97
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
19	Nasenerkrankungen	.	4	4	2	.	.	2	2	.	10
20	Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	27	27	23	.	1	24	3	.	102
21	Erkrankungen der Luftwege und Stimmwerkzeuge	.	11	11	8	.	2	10	1	.	15

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
22	Akuter Bronchialkatarrh	1	31	32	26	.	5	31	1	.	85
23	Chronischer Bronchialkatarrh	2	31	33	14	.	17	31	2	.	95
24	Lungenentzündung	1	12	13	7	1	4	12	1	.	26
25	Lungenblutung	.	4	4	3	.	1	4	.	.	5
26	Brustfellentzündung	.	10	10	5	.	4	9	1	14	32
27	Asthma	.	3	3	2	.	1	3	.	.	4
28	Eitrige Exsudation in der Pleurahöhle	.	3	3	2	.	.	2	1	28	40
	Summe der Gruppe III	4	136	140	92	1	35	128	12	42	414
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
29	Hypertrophie des Herzmuskels	1	.	1	.	.	1	1	.	.	10
30	Erkrankungen der Herzklappen	1	5	6	1	.	5	6	.	.	54
31	Nervöse Störungen der Herztätigkeit	.	2	2	1	.	.	1	1	.	2
32	Arteriosclerosis	.	4	4	.	.	3	3	1	.	3
33	Entzündung der Lymphgefäße	1	11	12	8	.	3	11	1	26	122
34	Krankheiten der Lymphdrüsen	3	9	12	8	.	4	12	.	.	145
35	Kropf	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
36	Leukämie	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe IV	6	33	39	19	.	17	36	3	26	338
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
37	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	13	13	13	.	.	13	.	.	14
38	Mandelentzündung	1	5	6	5	.	.	5	1	.	18
39	Akuter Magenkatarrh	1	37	38	32	.	5	37	1	.	129
40	Chronischer Magenkatarrh	1	37	38	11	.	23	34	4	.	81
41	Akuter Darmkatarrh	.	45	45	43	.	2	45	.	.	80
42	Chronischer Darmkatarrh	.	21	21	8	.	10	18	3	.	29
43	Brechdurchfall	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
44	Unterleibsbrüche	.	4	4	.	.	4	4	.	.	5
45	Krankheiten der Leber	.	3	3	2	.	1	3	.	.	3
46	Mastdarmfistel	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
47	Fettleibigkeit	.	11	11	.	.	6	6	5	.	12
	Summe der Gruppe V	3	178	181	115	.	52	167	14	.	375
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
48	Blasenkatarrh	.	5	5	.	.	5	5	.	.	7
49	Hypospadie	.	1	1	.	.	1	1	.	.	2
50	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VI	.	7	7	.	.	7	7	.	.	10

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VII. Venerische Krankheiten.										
51	Tripper	.	5	5	2	.	3	5	.	21	13
52	Hoden- und Nebenhoden-Entzündung	1	5	6	4	.	1	5	1	10	19
53	Bubo	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
54	Syphilis	1	58	59	9	.	31	40	19	.	129
	Summe der Gruppe VII	2	70	72	15	.	37	52	20	31	163
	VIII. Augenkrankheiten.										
55	Granulöse (folliculäre) Bindehauterkrankung und Folgezustände	.	41	41	18	.	10	28	13	.	72
56	Akuter Blennorrhöe	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
57	Lidentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
58	Bindehautkatarrh	1	31	32	25	.	7	32	.	.	91
59	Hornhauterkrankung	.	2	2	.	.	1	1	1	.	2
60	Blindheit beiderseitig	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
61	Beginnender Star	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe VIII	1	78	79	44		21	65	14	.	169
	IX. Ohrenkrankheiten.										
62	Krankheiten des äußeren Gehörganges	1	2	3	2	.	1	3	.	.	8
63	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	1	31	32	25	.	1	26	6	.	131
	Summe der Gruppe IX	2	33	35	27	.	2	29	6	.	139
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
64	Akute Hautkrankheiten	.	28	28	25	.	2	27	1	59	59
65	Chronische Hautkrankheiten	2	19	21	9	.	11	20	1	30	205
66	Chronische Unterschenkelgeschwüre	4	14	18	7	.	7	14	1	.	217
67	Panaritium	.	2	2	2	.	.	2	.	.	15
68	Zellgewebsentzündung	1	14	15	13	.	2	15	.	71	55
69	Furunkel	.	11	11	11	.	.	11	.	.	33
70	Gutartige Geschwülste	.	6	6	3	.	3	6	.	10	8
71	Abszesse	.	5	5	4	.	.	4	1	8	12
	Summe der Gruppe X	7	99	106	74	.	28	102	4	178	604
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
72	Knochenentzündung	.	1	1	.	.	.	.	1	13	1
73	Gelenkentzündung	.	3	3	3	.	1	4	.	.	5
74	Muskelrheumatismus	1	20	21	14	.	6	20	1	3	38
	Summe der Gruppe XI	1	24	25	17	.	7	24	2	16	44

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XII. Mechanische Verletzungen.										
75	Wundlaufen	.	3	3	3	.	.	3	.	.	3
76	Quetschung der Weichteile	.	6	6	5	.	1	6	.	.	27
77	Zerschmetterung des Oberarms durch Dynamit	1	1	2	.	.	2	2	.	15	61
78	Schädelbruch	1	.	1	1	.	.	1	.	.	35
79	Schlüsselbeinbruch	.	3	3	2	.	.	2	1	.	64
80	Schußwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	6	.
81	Hieb- und Schnittwunden	1	12	13	9	.	2	11	2	17	77
82	Riß- und Quetschwunden	.	8	8	8	.	.	8	.	.	65
83	Bißwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	.	3
84	Verbrennung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
85	Atrophie der Muskeln nach Verletzung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe der Gruppe XII	3	38	41	31	.	7	38	3	38	337
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
86	Filariakrankheit	1	21	22	4	1	12	17	5	75	37
87	Eingeweidewürmer	.	2	2	2	.	.	2	.	.	2
88	Ringwurm	1	9	10	10	.	.	10	.	.	33
89	Krätze	.	1	1	.	.	1	1	.	.	2
	Summe der Gruppe XIII	2	33	35	16	1	13	30	5	75	74
	XIV. Frauenkrankheiten.										
90	Erkrankung der Gebärmutter	.	9	9	3	.	5	8	1	.	12
91	Verengerung der Scheide	.	2	2	2	.	.	2	.	.	2
92	Mastitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
93	Ovarialtumor	.	3	3	.	.	3	3	.	.	5
94	Menstruationsstörung	.	17	17	8	.	8	16	1	.	34
	Summe der Gruppe XIV	.	32	32	14	.	16	30	2	.	59
	XV. Andere Krankheiten.										
95	Allgemeine Körperschwäche	.	3	3	.	.	3	3	.	.	4
	Summe der Gruppe XV	.	3	3	.	.	3	3	.	.	4
96	**XVI. Zur Beobachtung**	.	2	2	.	.	.	2	.	.	2
	Summe der Gruppe XVI	.	2	2	.	.	.	2	.	.	2
	Gesamtsumme	60	1018	1078	616	2	358	976	102	541	4685

Nachweisung

über die kranken Chinesen im Regierungs-Hospital Apia.

Vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Rose	.	2	2	2	.	.	2	.	17	.
2	Pyämie	.	1	1	.	.	1	1	.	11	.
3	Unterleibstyphus	.	3	3	3	.	.	3	.	150	.
4	Rückfallfieber	.	1	1	1	.	.	1	.	46	.
5	Grippe	1	48	49	48	.	1	49	.	118	176
6	Akute Miliartuberkulose	1	.	1	.	.	1	1	.	59	.
7	Lungentuberkulose	.	4	4	.	.	4	4	.	143	6
8	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	3	.	3	.	.	3	3	.	236	.
9	Malariarückfall	.	3	3	.	.	2	2	1	19	1
10	Tuberkulöse Abszesse	.	1	1	.	.	1	1	.	8	4
11	Ruhr	.	3	3	3	.	.	3	.	38	.
12	Gelenkrheumatismus	.	3	3	1	.	2	3	.	4	2
13	Blutarmut	.	8	8	1	.	7	8	.	301	17
14	Framboesia tropica	.	5	5	4	.	1	5	.	56	45
15	Beri-Beri	2	31	33	16	7	7	30	3	1042	19
	Summe der Gruppe I	7	113	120	79	7	30	116	4	2248	270
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
16	Erkrankungen auf dem Gebiete einzelner Nerven	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
17	Neurasthenie	.	8	8	4	.	4	8	.	.	9
	Summe der Gruppe II	.	9	9	5	.	4	9	.	.	11
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
18	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	1	.	1	1	.	.	1	.	.	4
19	Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	35	35	34	.	1	35	.	80	148
20	Akuter Bronchialkatarrh	.	22	22	17	.	5	22	.	110	64
21	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	8	8	3	.	5	8	.	59	4
22	Lungenentzündung	.	3	3	.	1	2	3	.	23	1
23	Brustfellentzündung	.	7	7	4	.	2	6	1	53	16
	Summe der Gruppe III	1	75	76	59	1	15	75	1	325	237

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
24	Erkrankung der Herzklappen	.	7	7	1	.	6	7	.	35	9
25	Venenentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	16	.
26	Entzündung der Lymphgefäße	.	3	3	3	.	.	3	.	35	7
27	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	16	16	16	.	.	16	.	108	55
28	Herzberiberi	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
29	Perniziöse Anaemie	.	1	1	.	1	.	1	.	49	.
	Summe der Gruppe IV	.	29	29	20	2	7	29	.	245	71
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
30	Zahnerkrankungen	.	52	52	48	.	4	52	.	.	68
31	Mandelentzündung	.	5	5	5	.	.	5	.	.	13
32	Akuter Magenkatarrh	1	63	64	61	.	3	64	.	182	155
33	Akuter Darmkatarrh	.	94	94	70	2	20	92	2	311	280
34	Brechdurchfall	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
35	Blinddarmentzündung	.	2	2	.	.	2	2	.	10	.
36	Katarrhalische Gelbsucht	.	2	2	2	.	.	2	.	29	.
37	Mastdarmfistel	.	2	2	.	.	2	2	.	5	1
38	Darmkatarrh infolge Opiumentziehung	.	25	25	16	.	9	25	.	92	73
	Summe der Gruppe V	1	246	247	203	2	40	245	2	629	594
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
39	Akute Nierenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	131	.
40	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	1	.	.	1	1	.	47	.
41	Wasserbruch	.	2	2	2	.	.	2	.	31	.
	Summe der Gruppe VI	.	5	5	4	.	1	5	.	209	.
	VII. Venerische Krankheiten.										
42	Tripper	.	6	6	2	.	4	6	.	4	82
43	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	6	6	4	.	2	6	.	3	43
44	Weicher Schanker	.	1	1	1	.	.	1	.	.	7
45	Bubo	.	2	2	.	.	2	2	.	10	4
46	Lues	.	3	3	1	.	2	3	.	53	1
	Summe der Gruppe VII	.	18	18	8	.	10	18	.	70	137

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
47	Granulöse (follikuläre) Bindehauterkrankung und Folgezustände	.	1	1	.	.	.	.	1	4	.
48	Lidentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	3	6
49	Bindehautkatarrh	.	15	15	13	.	2	15	.	13	36
50	Krankheiten der Hornhaut	.	5	5	3	.	2	5	.	20	59
	Summe der Gruppe VIII	.	23	23	18	.	4	22	1	40	101
	IX. Ohrenerkrankungen.										
51	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	2	2	2	.	.	2	.	.	6
52	Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres	.	6	6	4	.	2	6	.	35	10
	Summe der Gruppe IX	.	8	8	6	.	2	8	.	35	16
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
53	Akute Hautkrankheiten	.	53	53	49	.	3	52	1	327	269
54	Chronische Hautkrankheiten	.	32	32	26	.	5	31	1	260	211
55	Chronische Unterschenkelgeschwüre	.	68	68	56	.	11	67	1	532	502
56	Panaritium	.	11	11	9	.	2	11	.	67	91
57	Zellgewebsentzündung	.	61	61	54	.	4	58	3	669	269
58	Furunkel	.	48	48	43	.	5	48	.	290	158
59	Gutartige Geschwülste	.	3	3	3	.	.	3	.	16	6
60	Abszeß	.	8	8	4	.	4	8	.	75	7
	Summe der Gruppe X	.	284	284	244	.	34	278	6	2236	1513
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
61	Knochenentzündung	.	2	2	1	.	1	2	.	7	.
62	Mißbildung der Gelenke	.	7	1	.	.	1	1	.	.	2
63	Fußgeschwulst	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
64	Muskelrheumatismus	.	24	24	24	.	2	24	.	19	89
65	Sehnenentzündung	.	4	4	3	.	1	4	.	.	13
	Summe der Gruppe XI	.	32	32	27	.	5	32	.	26	114
	XII. Mechanische Verletzungen.										
66	Quetschung der Weichteile	.	16	16	15	.	1	16	.	22	48
67	Bruch des Schädels	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
68	Rippenbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	10	.
69	Wirbelsäulebruch	.	1	1	.	.	1	1	.	59	.
70	Bruch des Zeigefingers	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
71	Bruch des Unterschenkels	.	1	1	1	.	.	1	.	23	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhaus	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
72	Abquetschung einer Zehe . .	.	1	1	.	.	1	1	.	50	.
73	Verstauchung einer Hand . .	.	3	3	3	.	.	3	.	.	19
74	Schußwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	34	.
75	Hieb- und Schnittwunden . .	2	25	27	25	.	2	27	.	154	128
76	Stichwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
77	Riß- und Quetschwunden . .	.	21	21	21	.	.	21	.	68	132
78	Verbrennung	.	2	2	2	.	.	2	.	13	10
79	Unterkieferbruch	.	2	2	2	.	.	2	.	128	.
	Summe der Gruppe XII	2	78	80	73	.	7	80	.	582	343
	XIII. Durch tierische Parasiten usw. hervorgerufene Krankheiten.										
80	Filariaerkrankung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
81	Anchylostomiasis	1	6	7	2	1	3	6	1	289	.
82	Ringwurm	.	20	20	17	.	3	20	.	48	55
83	Krätze	.	32	32	32	.	.	32	.	218	26
	Summe der Gruppe XIII	1	59	60	51	1	7	59	1	555	82
	XV. Andere Krankheiten.										
84	Allgemeine Schwäche . . .	.	2	2	.	1	1	2	.	8	.
	Summe der Gruppe XV	.	2	2	.	1	1	2	.	8	.
85	**XVI. Zur Beobachtung** . .	.	9	9	.	.	9	9	.	74	24
	Summe der Gruppe XVI	.	9	9	.	.	9	9	.	74	24
	Gesamtsumme	12	992	1004	799	14	176	989	15	7282	4513

VIII. Arbeiten

auf tropenmedizinischem und tierärztlichem Gebiete, welche im Jahre 1908/09 von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten usw. abgefaßt bzw. mit Unterstützung des Reichs-Kolonialamts entstanden sind.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Dempwolff, Stabsarzt	Totemismus in Deutsch-Ostafrika	Deutsches Kolonialblatt, 1909, Nr. 1
Derselbe	Beiträge zur Sprache des Bilibili	Mitteilungen des Seminars für orientalische Sprachen zu Berlin, Jahrgang XII, Abteilung 1, 1909
Dr. Eckard, Oberarzt	Über therapeutische Versuche gegen die Trypanosomiasis des Menschen	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909
Dr. Friedrichsen, Sansibar	Über Rekurrens	Desgl.
Prof. Dr. Fülleborn, und Oberarzt Dr. Rodenwaldt	„Filarien“	Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde, 4. Aufl. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin
G. Giemsa, Apotheker und Assistent am Inst. f. Sch. u. Tr. Kr. Hamburg	Über die Färbung von Feuchtpräparaten mit meiner Azur-Eosinmethode	Deutsche Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 40
Derselbe u. S. v. Prowazek	Weitere Untersuchungen über sogenannte ultramikroskopische Infektionserreger. Zur Filtration des Hühnerpestvirus	Münchener Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 29
Dr. Greisert, Stabsarzt	Die Besiedelungsfrage und die Malaria in Deutsch-Ostafrika	Deutsche Medizinische Presse 1909, Nr. 1
Derselbe	Gesundheitlicher Ratgeber für Deutsch-Ostafrika	Taschenbuch für Deutsch-Ostafrika. Verlag Wilhelm Weicher, Berlin W.
Dr. Grothusen Stabsarzt	Ein Beitrag zur Operation der Hodensackelephantiasis	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. v. d. Hellen, Regierungsarzt	Die Schlafkrankheit im Bezirk Misahöhe	Deutsches Kolonialblatt, 1909, Nr. 4
Dr. J. Jaffé	Bericht über Schutzimpfungen im Sokodé-Bezirke des Schutzgebietes Togo	Klinisches Jahrbuch, Band 20, 1909
Prof. Dr. Kleine, Stabsarzt	Positive Infektionsversuche mit Trypanosoma Brucei durch Glossina palpalis	Deutsche Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 11
Derselbe	Weitere wissenschaftliche Beobachtungen über die Entwicklung von Trypanosomen in Glossinen	Desgl. Nr. 21
Derselbe	Weitere Untersuchungen über die Aetiologie der Schlafkrankheit	Desgl. Nr. 29
Derselbe	Weitere Beobachtungen über Tsetsefliegen und Trypanosomen	Desgl. Nr. 45
Prof. Dr. R. Koch, Wirkl. Geheimer Rat	Über meine Schlafkrankheitsexpedition, Vortrag 1908	—
Derselbe und Regierungsrat Prof. Dr. Beck, sowie Stabsarzt Prof. Dr. Kleine	Bericht über die Tätigkeit der zur Erforschung der Schlafkrankheit im Jahre 1906/07 nach Ostafrika entsandten Kommission	Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, 31. Band, 1. Heft, Berlin 1909
Dr. Philal. Kuhn, Stabsarzt	Eine Methode gleichmäßiger Pulszählung nach Kniebeugen. Vortrag	Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 1909
Derselbe	Mitteilungen über bakteriologische Befunde bei Ruhrfällen	Desgl.
Derselbe	Über die Übertragung von Krankheiten durch einheimische Stechfliegen. Vortrag	Desgl.
Derselbe	Die Tuberkulose in den afrikanischen Kolonien und die Ansiedlung Schwindsüchtiger in Südwestafrika	Deutsche Kolonial-Zeitung, 1909, Nr. 35
Derselbe	Nachbehandlung und Prophylaxe der Malaria mit kleinen Chinindosen	Archiv für Schiffs- und Tropenhygieue, Band 13, 1909
Derselbe	Die Gesundheitsverhältnisse in unseren Kolonien	Dr. Schneiders Jahrbuch für die deutschen Kolonien, 2. Jahrgang
Derselbe	Die Verbreitung der Tuberkulose in der Kapkolonie und ihre Lehre für Südwestafrika	Klinisches Jahrbuch, 20. Band, 1909

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Philal. Kuhn Stabsarzt und Major Schwabe	Taschenbuch für Südwestafrika	1. und 2. Jahrgang
Dr. Külz, Regierungsarzt	Eine Theorie des Schwarzwasserfiebers auf Grund der Seitenkettenlehre und der Katalyse	Zeitschrift für Malaria, 1909, Heft 2
Derselbe	Zur Hygiene des Trinkens in den Tropen	Verlag von Deutschlands Großloge
Derselbe	Studien über Französisch-Guinea	Deutsches Kolonialblatt, 1909, Nr. 13
Derselbe	Moskitobekämpfung der Franzosen in Westafrika durch die Methode der „trous pièges“	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909
Dr. Lenz, Bagamojo	Über „das brandige Geschwür der unteren Extremitäten“ bei ostafrikanischen Eingeborenen	Münchener Medizin. Wochenschrift 1908, Nr. 39
Derselbe	Beitrag zur Kenntnis der tropischen Frambösie	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909
Derselbe	Bericht über die Behandlung Aussätziger mit Nastin und Chaulmoograöl	Desgl.
Dr. Marshall, Stabsarzt	Die Schlafkrankheit in Deutsch-Ostafrika, ihre Verbreitung und Bekämpfung (Ende 1908)	Desgl.
Dr. Mohn, Oberarzt	Über Befund von Spirochaetenerkrankungen der Hühner in Kamerun	Desgl.
Prof. Dr. Nocht, Med. Rat	Die Therapie der Malaria (Klinischer Vortrag)	Deutsche Medizin. Wochenschrift 1909, Nr. 12
Derselbe	Die Aufgaben des Arztes im Seeverkehr	Reiseberichte des deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen, Band 8
Dr. Peiper, Oberarzt	Ärztliche Beobachtungen aus Deutsch-Ostafrika: 1. Über Untersuchung von Malariamücken und -larven 2. Zur Behandlung tropischer phagedänischer Geschwüre 3. Myiasis dermatosa und Myiasis intestinalis 4. Trypanosoma lewisi	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Prof Dr. Plehn, Regierungsarzt a. D., Dirig. Arzt d. II. inner. Abteil. d. Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin	Familiäre Milz- und Lebervergrößerung mit Anämie und gutartigem Verlauf	Deutsche Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 40
Derselbe	Weitere Untersuchungen über die Schicksale des Chinins im Organismus	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 13, 1909
Dr. Raebiger, Regierungsarzt	Psychose und Induktionspsychose	Deutsche Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 25
Reinecke, Oberveterinär	Beiträge zur Kenntnis und Bekämpfung der südwestafrikanischen Pferdesterbe	Als Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde gedruckt. Jena
Prof. Dr. Schilling, Leiter d. Abtlg. f. Tropenkrkh. und Tropenhygiene beim Inst. f. Inf. Kr. Berlin	Die Schlafkrankheit, ihre Entstehung, Verhütung und Bekämpfung	Berlin 1909
Derselbe	Chemotherapeutische Versuche bei Trypanosomeninfektion	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1909, Band 13
Derselbe und Dr. Jos. Jaffé	Weitere desgl.	Desgl.
Prof. Dr. Schilling	Leprabekämpfung in den Tropen	Desgl.
Derselbe	Über den ärztlichen Dienst in den deutschen Schutzgebieten (Vortrag)	Desgl., Beiheft 6
Derselbe	Tropenhygiene	Verlag Georg Thieme, Leipzig 1909
Dr. Springefeldt, Tierarzt	Über Rindermalaria	Zeitschrift „Malaria“, 1909, Band I.
Pr. Dr. Steudel, Generaloberarzt b. Kdo. der Schutztr. u. Med. Ref. beim Reichs-Kol.-Amt	Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten (Vortrag)	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1909, Band 13, Beiheft 6
Dr. Waldow, Oberstabsarzt und Regierungsarzt	Zur Behandlung der wandernden Hautfilarie	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1909, Band 13

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Werner, Stabsarzt	Über Maltafieber in Deutsch-Südwestafrika	Desgl.
Derselbe	Die Maßregeln gegen Einschleppung der Pest auf dem Seewege	Desgl.
Derselbe	Erfahrungen über Chinintannat bei Malaria	Desgl., Beiheft 6
Derselbe	Über Befunde von Darm-Spirochaeten beim Menschen	Zentralblatt für Bakteriologie, 1. Abteilung, Orig., 52. Band, 1909
Prof. Dr. Ziemann, Oberstabsarzt	Über Malariaprophylaxe in unkultivierten Gegenden	Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1908, Nr. 5
Derselbe	Bericht über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Kamerun, Westafrika, mit Beitrag zur Nastintherapie	Zeitschrift Lepra. Bibliotheca internationalis, 1909, Band 9
Derselbe	Über die Errichtung von Tropeninstituten und die Gestaltung des ärztlichen Dienstes in den deutschen Schutzgebieten	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1909, Band 13, Beiheft 6
Derselbe	Einige in Duala gemachte Beobachtungen	Desgl.
Dr. Zupitza, Oberstabsarzt	Beitrag zur Kenntnis der Vogel- und Fischtrypanosomen Kameruns	Desgl., Beiheft 3
Derselbe	Bericht der Schlafkrankheitskommission in Togo zum 1. April 1909	Amtsblatt für das Schutzgebiet Togo, 1909, Nr. 32
Reichs-Kolonialamt, Med. Ref.	Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten	Deutsches Kolonialblatt, 1909, Nr. 19 und 20
Dasselbe	Die Schlafkrankheit in der Goldküstenkolonie 1905 bis 1909	Desgl. Nr. 23
Reichs-Kolonialamt, Kdo. d. Schutztr.	Sanitätsbericht über die Kaiserl. Schutztruppe für Südwestafrika während des Herero- und Hottentottenaufstandes für die Zeit vom 1. Januar 1904 bis 31. März 1907. I. Band, 1. Administrativer Teil.	Berlin 1909

Anhang.

A. Deutsch-Ostafrika.

Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für das Berichtsjahr 1907/08.

(Erstattet von Oberstabsarzt Dr. Meixner.)

A. Krankenzugang.

Allgemeines. Bei den deutschen Militärpersonen betrug:

	1906/07	1907/08
die durchschnittliche Iststärke	189	190,8
die Zahl der Zugänge	399	397
die Zahl der Behandlungstage	4563	4622
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke . . .	211,1 %	208,1 %.
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten:		
die allgemeinen und Infektionskrankheiten mit	221	203
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge . .	55,4 %	51,1 %.
Bei den farbigen Soldaten betrug:		
die durchschnittliche Iststärke	2691,8	2838,1
die Zahl der Zugänge	3330	3825
die Zahl der Behandlungstage	45292	58365
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke . . .	123,7 %	134,7 %.
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten:		
die venerischen Erkrankungen mit	778	770
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge . .	23,4 %	20,1 %.
Dann folgen mit Zugängen:		
Krankheiten der Ernährungsorgane	486	547
Krankheiten der Atmungsorgane	469	516
Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen	452	498

Daß die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Truppe im Vorjahre noch mit dem Aufstand zusammengehangen hat, erweisen die geringeren Zugangszahlen der im Aufstandsgebiet gelegenen Stationen in diesem Jahr. Auf allen diesen Orten ist ein teilweise recht erhebliches Zurückgehen des Zugangs zu bemerken; so

ist z. B. in Kilimatinde die Zahl der Erkrankungen auf die Hälfte gesunken. Auch in Liwale ist trotz der ungesunden Lage dieser Einfluß nicht unbemerkt geblieben. Eine Ausnahme allein machte die 8. Kompagnie, welche während des Berichtsjahres keinen festen Standort hatte und erst seit Anfang August 1908 Massoko als bleibende Garnison bezog. Bei den deutschen Militärpersonen beträgt hier die Zugangszahl das Dreifache der vorjährigen, bei den Farbigen ist sie um ⅓ gestiegen, wovon ein großer Teil allerdings auf Geschlechtskrankheiten entfällt.

Der Grund ist darin zu suchen, daß die Kompagnie im Vorjahre auf vier bis fünf Posten verteilt war und nicht jede Erkrankung zur Kenntnis der Sanitätsdienststelle und zur Rapportierung kam, während diesmal die Kompagnie zusammengezogen war und jeder Krankheitsfall eingetragen wurde.

Die Vermehrung des Krankenzugangs in Daressalam ist hauptsächlich durch Errichtung des Rekruten-Depots zu erklären, da die neu eingestellten Leute durch die ungewohnten Anstrengungen und Verhältnisse des Dienstes, z. B. Gehen in Stiefeln usw., erfahrungsgemäß leichter erkranken als ausgebildete.

Während in Tabora die Erkrankungen der deutschen Militärpersonen sich verdoppelt haben, sind sie bei den Farbigen um 130 Fälle zurückgegangen; dagegen hat sich in Bukoba bei den Farbigen die Zahl der Zugänge verdoppelt, während sich hier ein Rückgang in der Europäer-Erkrankungszahl bemerkbar gemacht hat.

Dasselbe ist in Mahenge der Fall gewesen; hier ist die große Erkrankungsziffer der farbigen Soldaten durch eine Ruhrepidemie und durch zahlreiche Erkrankungen der Atmungsorgane bedingt gewesen.

Die verhältnismäßig höchsten Krankheitsziffern weist Liwale auf; es folgt dann Mahenge. Den geringsten Zugang zeigen im Berichtsjahr Bukoba und Kilimatinde.

Epidemien. Die bereits zu Ende des Vorjahrs in Tabora unter der farbigen Zivilbevölkerung herrschende Windpockenepidemie erstreckte sich auch noch auf dieses Berichtsjahr. Von Askaris wurden nur 2 Mann ergriffen, worauf die Seuche erlosch.

In Lindi brach unter den Schulkindern eine Mumpsepidemie aus, die auch auf die Farbigen der Kompagnie übergriff.

Einige Stunden von Mahenge entfernt war unter den Eingeborenen Wapogoros Ruhr ausgebrochen; Askaris, die dorthin gesandt wurden, um Holz zu schlagen, infizierten sich ebenfalls; von ihnen starb einer, während die Seuche unter der Zivilbevölkerung viele Opfer forderte. Es gelang, die Krankheit auf ihren Herd zu beschränken.

Ferner trat in Mahenge unter den Askaris eine Epidemie von Erkrankungen der Atmungsorgane auf, die 4 Todesfälle zur Folge hatte; eine genaue Ursache ließ sich nicht feststellen; Influenzabazillen und Pneumokokken wurden nie gefunden.

In der Zeit von Oktober bis Ende Dezember kamen in Daressalam

unter der Zivilbevölkerung noch vereinzelte Pockenfälle vor; den Charakter einer Epidemie aber nahmen diese Erkrankungen nicht wieder an; Askari wurden davon nur 2 ergriffen.

Von Schlafkrankheit kamen unter den deutschen Militärpersonen 1 Fall, unter den Farbigen 2 Fälle zur Beobachtung, und zwar sämtlich in Usumbura.

Anderweitige Epidemien traten unter der Schutztruppe nicht auf; da sich die durch Infektionskrankheiten bedingten Zugänge, abgesehen von kleinen Schwankungen, fast gleichmäßig auf die einzelnen Monate verteilen.

Endemien. Die im Schutzgebiet herrschenden endemischen Krankheiten: Malaria, Ruhr, Rückfallfieber und Geschlechtskrankheiten weisen bei den deutschen Militärpersonen einen erheblichen Rückgang, bei den Farbigen dagegen eine geringe Steigerung gegen das Vorjahr auf.

Die Zahl der Zugänge und ihr Verhältnis zum Hundert der Iststärke betrug bei den deutschen Militärpersonen:

bei	1906/07 Zugang	1906/07 %	1907/08 Zugang	1907/08 %
Rückfallfieber	26	13,7	29	15,2
Malaria	158	83,6	153	80,2
Ruhr	9	4,7	7	3,6
Geschlechtskrankheiten	11	5,7	3	1,5
bei farbigen Soldaten:				
Rückfallfieber	27	1,0	31	1,1
Malaria	327	12,1	346	12,2
Ruhr	48	1,8	55	1,9
Geschlechtskrankheiten	778	28,9	770	27,1

Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß bei den deutschen Militärpersonen nur das Rückfallfieber an Zahl zugenommen hat, während die Abnahme bei den Geschlechtskrankheiten am auffälligsten ist. Hierin ist auch bei den Farbigen eine geringe Besserung nachweisbar, obwohl bei manchen Kompagnien ¼ bis ⅓ der Leute damit behaftet war.

Malaria und Ruhr sind unter den deutschen Militärpersonen nicht so häufig gewesen wie im Vorjahre. Dies ist wohl dadurch zu erklären, daß die sanitären Verhältnisse von Jahr zu Jahr besser werden und ferner wohl auch davon abhängig, daß auch den bisher im Aufstandsgebiet befindlichen Europäern bessere Unterkunft gewährt wird, als es früher möglich war.

Die Zunahme des Rückfallfiebers betrifft in erster Linie solche Stationen, die einen großen Durchgangsverkehr besitzen. Die meisten Zugänge hatte in diesem Jahr Mahenge, dann folgen Tabora, Daressalam und Bukoba. Die verseuchten Lagerplätze sind zumeist an der großen Karawanenstraße, und zwar in der Nähe von Kilossa gelegen, so daß etwa Infizierte mit dem ersten Fieberanfall oder nach

Überstehen desselben in Tabora oder in Daressalam zur Behandlung kommen. Für Bukoba kommt die Straße nach Usumbura in Betracht, auf der bereits im Vorjahre mehrfache Infektionen vorkamen. Für die Farbigen gelten dieselben Verhältnisse. Auch für sie kommt Mahenge mit der größten Erkrankungsziffer an erster Stelle, dann Daressalam und Kondoa-Irangi.

Zu erklären ist das Vorkommen des Rückfallfiebers damit, daß die Anweisungen, gedeckte Rastplätze zu vermeiden, immer noch nicht genügend beachtet werden.

Die Zahl der Malariaerkrankungen bei den deutschen Militärpersonen hat noch erheblich mehr abgenommen, als in der Zusammenstellung ersichtlich ist, wenn man in Betracht zieht, daß von den 153 Erkrankungen 33 durch Rückfälle bedingt wurden, während von 158 Fällen im Vorjahre nur 29 durch Rückfälle verursacht waren. Diese Rückfälle sind auf eine nicht genügend durchgeführte Chininnachkur zurückzuführen.

Bei den farbigen Soldaten ist die Gesamterkrankungsziffer für Malaria in Anbetracht der Verstärkung der Schutztruppe die gleiche geblieben.

Erheblich hat sich die Zahl der Neuerkrankungen an Malaria in Daressalam und Udjidji vermehrt. Für ersteres kommt die Neueinstellung von Manjemarekruten in Betracht, bei denen durch das ungewohnte Küstenklima, verbunden mit den Anstrengungen des Dienstes, zum Teil latente Malaria wieder akut wurde, ferner aber auch der Umstand, daß durch die im Berichtsjahr eingeführte Methode der Blutuntersuchung im Tropfenpräparat sich die Sicherheit des Parasitenfundes gegenüber dem Vorjahr bei der Ausstrichpräparat-Methode um 33 % erhöht hat.

In Udjidji war die Infektionsmöglichkeit durch die häufigen Expeditionen eine größere.

In Usumbura und Liwale sind die Malariaerkrankungen ganz bedeutend zurückgegangen; dies hat seinen Grund sowohl darin, daß weniger Expeditionen unternommen wurden, als auch darin, daß in Liwale durch Abholzen des Busches den Moskitos die Aufenthaltsbedingungen erschwert wurden.

Auch in Muansa hat sich der Gesundheitszustand der Truppe in dieser Beziehung erheblich gebessert.

Ersatz. Neueinstellungen haben selbständig nur die 1. und 15. Kompagnie vorgenommen, bei denen hauptsächlich Manjema, Wanjamwesi und Wasukuma angenommen wurden, die von jeher als gute tapfere und ausdauernde Soldaten bekannt gewesen sind. Der Ersatz der übrigen Kompagnien geschah durch Versetzung von Askaris der einen Kompagnie zur anderen oder vom Rekrutendepot aus. Auch hier wurde ein großer Teil des Ersatzes aus Manjemaleuten gewählt.

Ein auf den Gesundheitszustand der Truppe nachteiliger Einfluß ist weder durch Versetzung vom Rekrutendepot aus, noch durch Neueinstellung von Rekruten bei den Kompagnien selbst nachzuweisen gewesen.

Der Rest der Massaualeute, die noch in der Truppe sind, hat sich ebenfalls als willig und gut bewährt.

Beziehung zwischen Erkrankungen in der zivilen und militärischen Bevölkerung. Die in Daressalam beobachteten Erkrankungen an Typhus unter der Zivilbevölkerung sind, wie die häufiger in der Zivilbevölkerung auftretenden Ruhrerkrankungen, bisher auf den Gesundheitszustand der deutschen Schutztruppenangehörigen ohne Einfluß geblieben.

Die Orte, an denen Malaria bisher systematisch bekämpft wurde, sind so weit saniert, daß während der Trockenzeit von einer Chininprophylaxe vielfach Abstand genommen wird, wodurch natürlich die Arbeitskraft des einzelnen bedeutend gesteigert wird.

Militärische Unternehmungen. In dem alten Aufstandsgebiet im Süden hatte nur noch der Posten Mbegera der 8. Kompagnie gegen den Rebellen Ngozingozi Streifzüge unternommen. Die 3. Kompagnie von Lindi war den größten Teil des Jahres auf Expedition, da sich immer noch Aufständische im Lande umhertrieben.

Eine größere Machtentfaltung machten die durch Zauberer aufgehetzten Waturu im Bezirk Kilimatinde notwendig. Hierher traten Teile der 4., der 10. und der 13. Kompagnie von ihren Garnisonen den Vormarsch an. Das Operationsgebiet lag etwa 1600 m hoch, und daher ist es auch erklärlich, daß eine Reihe von Erkältungskrankheiten auftraten. Verwundungen kamen weder bei den Europäern noch bei den Farbigen vor. Der Gesundheitszustand war im allgemeinen ein ausgezeichneter.

Im Juni 1908 rückten von Usumbura gegen die aufständischen Watuale 8 deutsche und 144 farbige Militärpersonen der 9. und 11. Kompagnie zu einer Strafexpedition aus. Durch vorhergegangene Unterweisung in sachgemäßer Behandlung von Wunden und kleineren Verletzungen war es möglich, daß die eine von den beiden getrennt marschierenden Abteilungen, die keine Sanitätsperson bei sich führte, keinen allzugroßen Abgang an Kranken hatte. Verwundungen kamen drei vor, von denen zwei durch Speerstich, eine durch einen Pfeilschuß verursacht waren und Askaris betrafen. Der Gesundheitszustand der Truppe war, trotzdem die Expedition in der Regenzeit ausgeführt wurde, dennoch sehr gut.

Bei der 12. Kompagnie Mahenge kamen gelegentlich eines zehntägigen Übungsmarsches trotz regelmäßiger Chininprophylaxe doch zwei Erkrankungen an Malaria und, da die Kompagnie entgegen dem Rat des Sanitätsoffiziers, stets die Lagerplätze an der Karawanenstraße benutzte, auch ein Fall von Rückfallfiebererkrankung vor.

B. Sanitäre Maßnahmen.

Unterkunft. (Deutsche Militärpersonen.) In Iringa ist das Chefhaus, der Princesche Barackenbau, neu gedeckt worden, da das Dach völlig undicht geworden war. Die Fenster sämtlicher Europäerwohnungen wurden einer Revision unterzogen und, soweit notwendig, nachgedichtet.

In Lindi sind für den Kompagniechef und zwei Offiziere zwei neue massive Wohnhäuser gebaut worden, womit nunmehr günstige Unterkunftsverhältnisse geschaffen sind.

Für Unteroffiziere sind in Daressalam drei neue luftige Zimmer dadurch geschaffen worden, daß der rechts vom Eingangstor gelegene Flügel der Kaserne mit einem Aufbau versehen wurde. Die unteren Räumlichkeiten sind zu Geschäftszimmern ausgebaut worden.

In Udjidji ist in diesem Jahr das in der Südfront der Boma gelegene Stationschefhaus und das Haus der Messe II mit Wellblech neu gedeckt worden. Sämtliche in der Boma befindlichen Gebäude sind nunmehr mit einem derartigen Dach versehen.

Die Europäer der 8. Kompagnie in Massoko wohnen zur Zeit in Lehmhäusern, die mit Stroh gedeckt sind.

Zwecks besserer Unterbringung wurde in Tabora der Bau zweier Offizierhäuser und einer Messe in Angriff genommen; bis zum Schluß des Berichtsjahres sind sie jedoch noch nicht vollendet worden.

In Mahenge ist das Unteroffizierhaus und der Handwerkerschuppen in diesem Jahr mit Wellblech neu eingedeckt worden.

Bei der 13. Kompagnie in Kondoa-Irangi sind die deutschen Militärpersonen in den alten Postgebäuden, die massiv gebaut und mit Gras gedeckt sind, untergebracht.

In Liwale ist nunmehr auch ein Offizierhaus gebaut worden, das drei Wohnzimmer und einen Messeraum enthält. Es ist aus Luftziegeln errichtet und mit Wellblech gedeckt worden.

In Muansa sind Veränderungen insofern eingetreten, als der Kompagniechef das frühere Arzthaus bewohnt, das durch Einziehen von Decken und Einsetzen von Fenstern wohnlicher gemacht wurde. Für die Unteroffiziere ist ein neues Haus erbaut worden, das seiner Vollendung nahe ist; in ihm werden drei Unteroffiziere Unterkunft finden. Weitere Wohnungen für Europäer sind in dem neuen Fortbau vorgesehen.

Schlecht ist die Unterkunft des Sanitätsunteroffiziers in Wilhelmstal, der in einem als Magazin dienenden Schuppen wohnt.

(Farbige Soldaten.) Bei der 3. Kompagnie in Lindi ist die Askariküche in diesem Jahre umgebaut worden; das neue Wellblechdach ruht nunmehr auf Steinpfeilern; außerdem ist die ganze Kaserne mit sämtlichen Nebenräumen neu mit Kalk getüncht worden. Von der Kompagnie ist außerdem eine mit Stacheldraht umgebene Boma an der Einmündung des Sassawara in den Ruvuma erbaut worden.

In Kilimatinde sind baufällige Temben teils neu aufgeführt, teils auch nur ausgebessert worden.

In Bukoba mußte der Weiterbau der neuen Askariwohnungen aufgeschoben werden, da keine Mittel dazu zur Verfügung standen. Es wohnt also noch etwa ⅓ der Kompagnie in baufälligen Lehmhütten.

Auch bei der 8. Kompagnie in Massoko wohnen die Askari noch sämtlich in provisorischen Lehmhütten, die gewöhnlich in Blocks von 10 bis 15 zusammenliegen.

In Kondoa-Irangi ist eine neue Boma gebaut worden; jeder Askari erhält eine besondere Stube mit Fenster, das zugleich als Schießscharte dient. Der Fußboden besteht aus gestampftem Lehm, die Wände sind mit Kalk verputzt und das Dach ist mit Gras gedeckt. Die Ost- und Südseite bieten je 30, die Nordfront 37 Askari Unterkunft. Die in der Westfront gelegenen Räumlichkeiten werden als Kammern und Magazine Verwendung finden. In der Mitte des Kasernements befindet sich die Küche für die Askari. Bisher wohnt noch ein Teil der farbigen Soldaten in der alten Karawanserei.

Lazarette. In Tabora ist eine neue Lazarettbaracke, die dritte, gebaut worden. Sie ist auf einem 1 m hohen Sockel auf Luftziegeln errichtet und hat drei große Zimmer. Die Bedachung besteht aus Stroh, die Wände sind mit Kalk getüncht. Nunmehr können 70 Kranke Unterkunft finden.

In Kondoa-Irangi ist ein Europäerkrankenhaus erbaut worden, das zwei Krankenzimmer, Klosett, Baderaum und eine Veranda erhält. Da es sich als zu groß herausgestellt hat, so soll es als Arztwohnung dienen, während nunmehr ein anderes, noch im Bau befindliches ebenso großes Haus als Europäerkrankenstube und Unterkunft für den Sanitätsunteroffizier dienen soll. Das Farbigen-Hospital besteht aus zwei Häusern, von denen eins für Askari und das andere zur Aufnahme von Eingeborenen bestimmt ist.

In Muansa ist das Lazarett neu angestrichen worden. Größere Reparaturen sind unterlassen worden, da das ganze Hospital verlegt werden soll.

Durch einen Anbau wurde das Lazarett in Mahenge vergrößert; dadurch kam ein großes helles Operationszimmer, ein Krankenraum und eine Gerätekammer hinzu. Der Operations- und Instrumententisch wurde von der Mission aus Dankbarkeit für ärztliche Hilfe unentgeltlich geliefert.

Verpflegung. Die Fleischverpflegung hat sich in Lindi in diesem Jahre etwas gebessert; es wurde mehr Vieh von Mafia und namentlich Ssongea eingeführt. Außerdem stand Schaf- und Ziegenfleisch zur Verfügung; europäisches Gemüse wird nicht mehr gebaut, es muß also der Bedarf durch Konserven gedeckt werden.

Für die Askari war des reichlichen Regens wegen die Verpflegung leicht und billig zu beschaffen.

In Kilimatinde und Mpapua war in diesem Jahr zum erstenmal der Anbau frischen Gemüses gelungen; da außerdem frisches Fleisch und Milch reichlich vorhanden waren, so konnten Klagen nicht laut werden. Für die farbigen Soldaten waren die Lebensmittel des trockenen Jahres wegen zeitweise sehr teuer. Für Kilimatinde mußte sogar Reis aus Tabora angekauft werden.

Die gleichen Zustände herrschten im Bezirk Bukoba. Der Posten Ussui war in besonderem Maße davon betroffen.

Bei der 8. Kompagnie war die Verpflegung, sowohl der Europäer wie der Farbigen, während des Aufenthalts in Gumbiro ungenügend

und schwer zu beschaffen. Jetzt in Massoko hingegen ist stets frisches Fleisch, Milch, Butter und Gemüse billig zu kaufen.

In Mahenge wird über Mangel an frischem Fleisch geklagt. Nur selten kommt Schlachtvieh aus dem Iringabezirk. Für die Askari ist die Teuerung der Lebensmittel behoben, da sie zum Teil selber Felder angelegt haben; anderseits haben auch die Eingeborenen mehr Getreide angebaut.

Dasselbe ist in Liwale der Fall, wo von seiten der Kompagnie gleich nach der Ernte größere Vorräte aufgekauft wurden und späterhin zu billigen Preisen an die Askari wieder abgegeben wurden. Fleisch war mehrmals wöchentlich zu kaufen, nur der Bedarf an Gemüse für Europäer mußte aus Konserven gedeckt werden, da der Garten in der Trockenzeit nur wenig Gemüse lieferte.

Auf den übrigen Stationen war die Verpflegung eine gute, abwechslungsreiche und billige.

Trinkwasser. In Iringa wurde das Wasser in dem Brunnen, der bis dahin den Bedarf der Europäer gedeckt hatte, plötzlich trübe und übelriechend, so daß der Genuß des Wassers untersagt werden mußte. Die Europäer beziehen jetzt ihr Wasser aus dem kleinen Ruaha.

In Lindi hat ein Inder eine Sodafabrik eingerichtet. Das Wasser hierfür bezieht er aus einer Quelle jenseits des Lukulesiflusses.

In Bukoba dagegen ist der Betrieb der Sodafabrik eingestellt worden.

In Daressalam ist im Hofe der Kaserne ein neuer Brunnen gebohrt worden, doch ist sein Wasser so wenig wohlschmeckend, daß es nur zum Spülen und Waschen benutzt wird.

Udjidji bezieht sein Wasser aus einer am Westabhange des Bomaberges hervorsprudelnden Quelle, die eingefaßt und vor unbefugtem Betreten geschützt ist.

Bei der 8. Kompagnie in Massoko wird das Wasser für die Europäer aus Quellen, die etwa 1 km vom Lager entfernt sind, geholt; für die Askari ist der aus den Quellen entstandene Bach bestimmt.

Der in Tabora auf dem Markt befindliche Brunnen ist neu gefaßt und mit Pumpwerk versehen worden; außerdem ist eine Sodafabrik eingerichtet worden, die ihr Wasser aus einem anerkannt guten Brunnen bezieht. Für ordnungsmäßige Herstellung bürgt ferner noch die Beaufsichtigung durch den Stationsarzt.

In Muansa sind weitere drei Brunnen im Bau befindlich. Nach wie vor bezieht ein großer Teil der Bevölkerung das Wasser aus dem See, ebenso wie in Schirati.

In Mpapua und Wilhelmstal sind neue Brunnen gebaut worden, die gutes Trinkwasser liefern.

Auf den übrigen Stationen sind Neueinrichtungen nicht getroffen worden.

Bekleidung. In Iringa wird die Verausgabung von wärmeren Bekleidungsstücken an die Unteroffiziere für notwendig erachtet; ebenso wird in Wilhelmstal der Wunsch geäußert, es möchte in der

kühlen Jahreszeit eine dritte wollene Decke an die Europäer verausgabt werden.

Bei der 8. Kompagnie, die in Massoko ein 1400 m hochgelegenes Standquartier hat, und in Aruscha erhält jeder Askari zwei wollene Decken, um die Zahl der Erkältungen herabzusetzen.

In Kondoa-Irangi war das nur im Monat Juli 1908 nötig.

Latrinen. Um die Askarilatrinen in Iringa ist eine Hecke gepflanzt worden, damit sie nicht allzusehr in das Auge fallen.

In Lindi bestehen noch die alten, unhygienischen Verhältnisse wie im Vorjahre.

Die neuen Unteroffizierwohnungen in der Kaserne in Daressalam haben ein Klosett mit Wasserspülung bekommen, das Anschluß an den Abflußkanal hat. Dieser ist in diesem Jahr noch ein Stück weiter in das Wasser des Hafens hineingebaut worden. Für Lüftung der Askarilatrine ist durch Aufbau eines Luftschachtes Sorge getragen worden.

Recht primitiv sind noch die Abortanlagen der 8. Kompagnie in Massoko; für die Europäer sind einfache Senkgruben angelegt; die Askari haben sie in ihren Höfen.

Die 13. Kompagnie in Kondoa-Irangi hat nördlich der Kaserne und der Karawanserei je eine große Senkgrube errichtet; in der Kaserne selbst ist nur ein kleiner Abort gebaut worden, der nur des Nachts benutzt werden darf; des Morgens werden dann die Kübel sofort gereinigt.

In Muansa sind ebenfalls neue Latrinen, die ein Anzahl von Einfallöffnungen haben, gebaut worden; leider hat aber der Boden nur eine geringe Aufsaugungsfähigkeit, so daß bald eine Neuanlage erforderlich sein wird.

Grund und Boden. In Iringa geschieht die Vernichtung des Unrats in der Weise, daß er getrocknet und dann verbrannt wird.

Den Creek zwischen Stadt und Schulberg in Lindi versucht man nunmehr, nachdem die Versuche mit der Anpflanzung von Kokospalmen nicht recht geglückt sind, durch Schuttablagerung zuzufüllen.

In Udjidji wird die Sanierung systematisch fortgeführt; es ist eine große Anzahl von Löchern zugeschüttet worden und außerdem ist es nun den Einwohnern nur an bestimmten, abgelegenen Plätzen erlaubt, Lehm zum Hüttenbau zu graben. Früher geschah dies dicht an der Baustelle, und so war eine große Zahl von Gruben entstanden, die in der Regenzeit Brutstätten für Moskitos bildeten.

Auch in Tabora sind viele derartige Löcher zugeschüttet worden. Der Platz um die Boma ist bis auf 500 m gerodet und eingeebnet worden; ferner wurde die Viehboma, die in der Nähe des Lazaretts und der Europäerwohnungen lag, um etwa 500 m zurückverlegt.

In Muansa ist der Muansabach reguliert worden, um die Tümpelbildung in der Nähe der Stadt zu verhindern. Die hier vielfach noch in der Stadt selbst vorhandenen baufälligen Hütten, die Ratten und sonstigem Ungeziefer einen guten Unterschlupf boten, werden abge-

brochen und mit dem Schutt die zahlreich vorhandenen Baulöcher und Gruben aufgefüllt.

Sonstige sanitäre Maßnahmen. Im Juni wurde in Lindi auf Antrag die Kontrolle über die Prostituierten aufgegeben, weil das Vertrauen der Leute dem Arzt gegenüber dadurch gesunken sei. Jetzt ist sie wieder eingeführt worden.

Da auf der Straße Udjidji—Tabora die Schlafkrankheit bereits bis zum Rudschuggiposten verschleppt war, so wurden vom Mai an alle Karawanen, die auf dem Karawanenschein keinen Vermerk über bereits erfolgte ärztliche Untersuchung hatten, in Tabora untersucht. Trypanosomen wurden niemals gefunden, nur einmal Rückfallfieberspirillen. Ende Juli wurde die Untersuchung wieder aufgegeben.

Der Schutzimpfung wurden drei deutsche Militärpersonen, davon zwei mit Erfolg unterzogen. Von Askari wurden 518 Mann geimpft, davon hatten 188 Narben früherer Impfungen. In 199 Fällen war die Impfung beim erstenmal von Erfolg. Von Wiederimpfungen wurde Abstand genommen, da es sehr schwer ist, bei den vielfachen Reisen, Expeditionen und Versetzungen der Askari die betreffenden Leute zurückzuholen. Außerdem werden alle zwei Jahre sämtliche Askari durchgeimpft, so daß dem Ausbruch einer Pockenepidemie dadurch stets vorgebeugt ist.

C. Erläuterungen wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Pocken. (Farbige Soldaten.) Im Januar 1908 kamen zwei Pockenerkrankungen unter Askari vor, von denen der eine vor 12 Tagen mit Erfolg geimpft war. Daher war wohl auch der Verlauf der Pocken ein immerhin leichter, so daß sie nach etwa einmonatiger Behandlung schon wieder dienstfähig wurden.

Windpocken. (Farbige Soldaten.) Vom Februar 1908 bis zum Schluß des Berichtsjahres kamen in Mahenge neun Fälle von Windpocken unter den Askaris vor. Eine Häufung der Fälle trat besonders im September auf, wo allein fünf Leute erkrankt waren. Nach durchschnittlich 20tägiger Behandlungsdauer konnten sämtliche Leute geheilt entlassen werden.

Von der in Tabora herrschenden Windpockenepidemie wurden nur zwei Askari ergriffen; der Krankheitsverlauf war regelrecht.

Mumps. (Farbige Soldaten.) Von der in Lindi aufgetretenen Mumpsepidemie unter den Schulkindern wurde die Krankheit auch auf vier Askari übertragen; sämtliche Fälle verliefen ohne Komplikationen; rasche Heilung unter Ölverbänden.

Rückfallfieber. (Deutsche Militärpersonen.) Die in Udjidji aufgetretene Erkrankung an Rückfallfieber ist auf der großen Karawanenstraße zwischen Kilimatinde und Tabora erworben worden, denn bereits einen Tag vor der Ankunft in Tabora kam es zum ersten Anfall. Zwei weitere Anfälle wurden auf dem Wege Tabora—Udjidji durchgemacht und in dem letzteren Orte selbst kam es noch

zu vier weiteren Anfällen, die allerdings an Heftigkeit den ersten drei gegenüber bedeutend nachgelassen hatten. Die hervorstechendsten Symptome waren in diesem Fall äußerst heftiger Stirnkopfschmerz und Brechreiz. Acht Tage nach dem letzten Anfall trat plötzlich Nystagmus auf. Die Erkrankung betraf den Stationsarzt selbst.

Die sechs in Daressalam zur Behandlung gekommenen Fälle sind teils auf dem Marsche Iringa—Kilossa, teils auf der großen Karawanenstraße erworben worden. Die Kranken hatten sich alle teils während des Tages, zum Teil aber auch sogar während der Nacht in den Rasthäusern aufgehalten, so daß die Infektionen nicht wunderlich erscheinen; durch völliges Meiden der Rasthäuser und Aufschlagen des Zeltes in einiger Entfernung vom Lagerplatz dagegen ist eine Ansteckung mit Rückfallfieber wohl zu vermeiden.

Die Möglichkeit, daß Zecken aus den Häusern und Hütten mit den Matten der Träger verschleppt werden und sich während des Marsches in das Zelt oder Bett des Europäers verkriechen, ist sehr gering, wenn auch ein derartiger Fall in Neu-Langenburg einmal beobachtet wurde, wo die Zecken mindestens drei Tage lang (etwa 60 km) mitgeschleppt sein mußten.

Bei allen Fällen kam es zu Rezidiven; die Höchstzahl betrug sieben. Bei einer Erkrankung kam es zu einer Lähmung des rechten Nervus facialis, die sich nur sehr langsam behob. Noch nach Wochen war eine geringe Parese zu bemerken.

Der in Tabora beobachtete Fall hatte sechs Rückfälle, blieb aber ohne Komplikation; auch hier war als Infektionsquelle die Straße zwischen Kilimatinde und Tabora nachweisbar.

Sehr interessant ist ein Fall aus Mahenge, bei dem es sich um eine Selbstbeobachtung handelt, wegen der Anzahl der Rezidive, der Länge der zwischen einzelnen Anfällen liegenden Zeit und der Komplikationen. Der Kranke hatte bereits vor zwei Jahren ein Rückfallfieber mit sechs Anfällen überstanden. Nun mußte er sich Anfang April 1908 wieder infiziert haben; Schutzstoffe hatte er also nicht mehr im Blut gehabt. Der eine Anfall war mit linksseitigem Schnupfen verbunden; beim dritten Anfall bestand daneben Malaria tropica. Den vierten Anfall begleitete eine Angina und Herpes labialis rechts. Nach 21 Tagen trat der fünfte Anfall mit Herpes labialis auf. Zwei Wochen später erfolgte der sechste Anfall, der mit Furunkelbildung im rechten äußeren Gehörgang verknüpft war. Das nunmehr nach zehn Tagen einsetzende Rezidiv begleitete eine rechtsseitige Mittelohrentzündung. Es folgte nun eine Pause von etwas über zwei Monaten; da der Kranke keine Gelegenheit zur Neuinfektion hatte, so mußte das Anfang September einsetzende Fieber, obwohl Spirillen nicht nachgewiesen werden konnten, als Rückfall angesprochen werden, da der Patient monatelang Chinin prophylaktisch genommen hatte. Der letzte, neunte Anfall erfolgte am 11. Oktober 1908. Dieser Fall beweist, daß sich die Schutzstoffe im Körper

des Europäers sehr langsam bilden und teilweise wieder sehr schnell daraus verschwinden.

Von den sechs in Muansa beobachteten Fällen kam es bei einem Fall zu einer schweren Regenbogenhautentzündung.

(Farbige Soldaten.) In Daressalam wurden insgesamt sieben Fälle von Rückfallfieber behandelt; auffällig war jedesmal der schwerkranke Eindruck, den die Leute machten. Sie klagten gewöhnlich über Stirnkopfschmerzen und Brustschmerzen. Im Gegensatz zum Europäer erholten sich die Leute aber sehr schnell, sobald die Temperatursteigerung endgültig vorüber war.

In Daressalam wurden im November und Dezember 1907 und Januar 1908 Heilversuche mit Atoxylinjektionen bei vier Askaris gemacht. Zunächst wurden alle zwei Tage 0,5 Atoxyl auch während des Fiebers injiziert. Da dies keinen Erfolg hatte, so wurde zuletzt nach dem Anfall fünf Tage hintereinander jeden Tag 0,5 Atoxyl intramuskulär gegeben, darauf wieder jeden zweiten Tag 0,5 bis zu 15 Spritzen. In keinem Fall ist Erblindung oder eine sonstige Schädigung eingetreten. Eine Heilung ist dadurch nicht erzielt worden.

Bei einem von diesen Fällen trat nach dem ersten Anfall Gelbsucht hinzu, sonst wurden bei den erkrankten Askaris Komplikationen nicht beobachtet.

In Kondoa-Irangi und Udjidji wurden je 3, in Mahenge und Iringa je 2 Fälle beobachtet. Die in Udjidji zur Behandlung gekommenen Leute hatten sich ebenfalls auf dem Marsch zwischen Kilimatinde und Tabora infiziert; sie erlitten drei typische Anfälle.

Malaria. Wissenschaftlich beobachtet wurden bei

in	deutschen Militärpersonen			Farbigen		
	Tert.	Quart.	Trop.	Tert.	Quart.	Trop.
Iringa	2	—	1	2	—	7
Lindi	—	—	5	—	—	9
Kilimatinde	—	—	6	—	—	9
Daressalam	1	—	26	—	—	97
Udjidji	—	—	3	—	—	12
Bukoba	—	—	4	—	—	—
Usumbura	—	—	6	—	—	7
Tabora	2	—	4	1	—	—
Mahenge	—	—	2	1	—	11
Kondoa-Irangi	—	—	5	—	—	4
Liwale	—	—	7	—	—	5
Muansa	1	—	7	—	—	6
Tanga	—	1	4	—	—	—
Mpapua	—	—	3	—	—	—
Summe:	6	1	83	4	—	167

Resultatlos war die mikroskopische Untersuchung bei deutschen Militärpersonen in 5, bei Farbigen in 65 Fällen. Dabei ist in Betracht

zu ziehen, daß bei letzteren das Auffinden von Parasiten in vielen Fällen erst nach mehrfachen Untersuchungen möglich ist.

Der Stationsarzt in Kilimatinde erkrankte trotz regelmäßiger Chininprophylaxe zweimal an frischer Malaria, während er auf Station anwesend war.

Auffallend groß ist die Zahl der Rückfälle gegenüber den Zugängen in Muansa; unter 14 Fällen traten 9 Rückfälle auf. Sie betrafen sämtlich Unteroffiziere; einer erkrankte mit 5, ein anderer mit 3 Rückfällen. Allerdings muß hierbei bemerkt werden, daß die Diagnosen zum Teil durch einen Sanitätsunteroffizier gestellt sind; außerdem befanden sich die beiden Unteroffiziere fast ständig auf Expeditionen, so daß eine Aufsicht über die Chininnachkur durch das Sanitätspersonal nicht möglich war.

Eine Malariaerkrankung komplizierte sich mit doppelseitiger Lungenentzündung und verlief tödlich.

(Farbige Soldaten.) Von den 22 Malariaerkrankungen der Askaris in Muansa wurden überwiegend Abessinier und Sudanesen betroffen. Einer von ihnen mußte wegen chronischer Malariakachexie als dienstunbrauchbar entlassen werden.

Schwarzwasserfieber. (Deutsche Militärpersonen.) Von den sechs in Zugang gekommenen Schwarzwasserfieber-Erkrankungen wurde nur eine Neuerkrankung in Usumbura wissenschaftlich beobachtet. Sämtliche Erkrankungen betrafen Unteroffiziere, welche nur unregelmäßig Chinin genommen hatten und nach mehreren Malariaanfällen plötzlich nach einer Chinindosis der Schwarzwasserfieberanfall auftrat. In dem beobachteten Falle trat trotz zunächst reichlicher Diurese und mehrfacher Kochsalzinfusionen und Kampferinjektionen am dritten Tage der Tod infolge Herzschwäche ein. Bei den anderen Fällen wurde zum Teil eine Chiningewöhnungskur mit gutem Erfolge angewandt.

Grippe. (Farbige Soldaten.) Aus Liwale wird über zwei an demselben Tage aufgetretene Fälle von Influenza berichtet. Bei beiden bestand starke Druckempfindlichkeit der Nerv. supraorbitales, geringer Bronchialkatarrh und Gefühl von großer Mattigkeit. Beide wurden nach kurzer Zeit unter Anwendung von Antipyreticis dienstfähig entlassen. Weitere Fälle sind nicht vorgekommen.

Tuberkulose der Lunge. (Farbige Soldaten.) Auf einer Expedition im Lindibezirk trat bei einem Askari der 3. Kompagnie eine heftige Erkältung auf. Seit der Zeit klagte der Mann über Stiche in der linken Lungenspitze. Auffallend war im Verlauf die schnelle Abnahme des Körpergewichts und die Zunahme und Verbreiterung der Schalldämpfung. Nach einmonatiger Behandlung wurden trotz mehrfacher früherer Untersuchungen zuerst spärliche Tuberkelbazillen gefunden. Er wurde dienstunfähig entlassen.

(Deutsche Militärpersonen.) Einer von den drei behandelten Fällen von Ruhr verlief tödlich. Die Infektion hatte in Schirati stattgefunden; anfangs war das Allgemeinbefinden wenig gestört, da nur ganz geringer Durchfall bestand. Erst nach einmonatigem

Bestehen der Erkrankung wurde eine Entamoeba histolytica gefunden. Von nun an häuften sich die Stuhlentleerungen, sie bestanden zuletzt nur aus Blut und Schleim, in dem massenhaft Amoeben vorhanden waren. Dabei bestand Erbrechen, so daß Nahrung nicht aufgenommen werden konnte. Alle Versuche, das Erbrechen zu verhindern und den Darm ruhig zu stellen, scheiterten. Nach zweimonatigem Krankenlager trat der Tod durch Erschöpfung ein.

Bei dem zweiten in Tabora behandelten Fall wurde zwar die Ruhr geheilt, es trat aber, wahrscheinlich durch Narbenkontraktion, eine Darmstenose ein, so daß Patient zwecks Vornahme einer Operation nach Deutschland zurückgeschickt werden mußte.

Der dritte Fall ging in Heilung aus. In den letzten beiden Fällen sind Dysenterieamoeben nicht nachgewiesen.

(Farbige Soldaten.) Wie bereits erwähnt, herrschte in Mahenge eine Ruhrepidemie. Es kamen im ganzen 20 Erkrankungen vor, von denen 1 tödlich verlief.

In Tabora erkrankten 5 Leute; bei keinem wurden Amoeben gefunden. Die Infektion hatte anscheinend in Tabora selbst stattgefunden.

Bei einem von den zwei Ruhrfällen, die in Daressalam behandelt wurden, wurden viele Amoeben gefunden; beide wurden dienstfähig entlassen.

In Liwale kam es zu vier Erkrankungen, die sämtlich in Heilung ausgingen.

Gelenkrheumatismus. (Farbige Soldaten.) Der in Daressalam behandelte Fall von Gelenkrheumatismus war mit einer Lungen- und Brustfellentzündung verbunden; er kam zur Heilung, ohne daß das Herz erkrankt wäre.

In Liwale erkrankte ein Askari im Dezember, der, nachdem er etwa 8 Tage Dienst getan hatte, mit einem Rückfall wieder in Lazarettbehandlung genommen werden mußte; normale endgültige Heilung.

Die an der Küste vorkommenden Erkrankungen fallen stets in die heiße Zeit, da sich zu dieser Zeit die Leute leichter Erkältungen aussetzen.

Wurstvergiftung. (Deutsche Militärpersonen.) Der Fall betraf einen Unteroffizier in Iringa, der von einer Wurst gegessen hatte, die vor einigen Tagen dortselbst gemacht worden war. Drei Stunden später traten heftige Kolikanfälle und Erbrechen auf. Durch Getränke hatte er sich Erleichterung schaffen wollen; da sich sein Zustand nicht besserte, wurde allerdings erst nach weiteren drei Stunden der Stationsarzt gerufen, der nun einen völlig verfallenen Patienten vorfand. Nur Äther und Kampfer waren hier indiziert. Durch halbstündliche Darreichungen gelang es nach mehreren Stunden, den bis dahin fadenförmigen Puls zu bessern; damit trat ein fast kritischer Umschlag ein. Das Gesicht rötete sich und unter starkem Schweißausbruch verfiel der Patient in ruhigen Schlaf. Ein mit einer

Bouillonlösung dieser Wurst intraperitoneal geimpftes Meerschweinchen ging nach drei Stunden ein!

Lepra. (Farbige Soldaten.) In Bukoba wurde ein Fall von Lepra beobachtet; der Mann hatte früher mehrfach an Geschwüren gelitten, seit Anfang 1907 sich aber nicht mehr krank gemeldet. Weil ihn aber seine Kameraden ständig mieden, wurde er in das Lazarett geschickt. Hier ergab die mikroskopische Untersuchung des Nasenschleims massenhaft Leprabazillen. Der Kranke wurde einem Leproheime überwiesen.

Der wegen Lepra in Mahenge entlassene Askari hatte am Rumpf, an den Oberarmen und Oberschenkeln bis 8 cm große helle Flecke, die absolut unempfindlich gegen Stiche waren. Die Empfindlichkeit der unveränderten Haut war regelrecht. Weitere Zeichen seiner Erkrankung waren nicht vorhanden.

Trypanosomiasis. (Deutsche Militärpersonen.) Der seit Anfang Oktober in Usumbura stationierte Sanitätsunteroffizier hatte an einer Expedition am Ostufer des Tanganyka-Sees teilgenommen; hier war er öfter abends auf Jagd gegangen und häufig von Insekten gestochen worden. Ende Oktober bekam er einen Malariaanfall. In den nächsten Monaten hatte er öfter Fieber, besonders klagte er über heftige Kopf- und Nackenschmerzen, die ihm den Schlaf raubten. Sein Appetit war aber trotz des Fiebers sehr gut. Auf Chiningebrauch kein Rückgang des Fiebers; Verdacht auf Schlafkrankheit durch Drüsenschwellung bestätigt. Punktionsflüssigkeit der Drüsen und des Blutes zuerst negativ. Erst im 31. Blutpräparate wurde ein Trypanosoma gefunden. Nun am 2. Tage je 0,5 Atoxyl; Chinin wird noch weiter verabreicht. Wohlbefinden. Seit 3. 3. fieberfrei; es stellt sich unregelmäßige Herztätigkeit ein. Am 14. und 15. März wieder je 0,5 Atoxyl. Kräftezustand ist ein guter. Schwellung der Drüsen zurückgegangen. Der Mann wurde am 20. März dienstunfähig zur Weiterbehandlung zur Schlafkrankheitsbekämpfung am Tanganyka-See (Stabsarzt Dr. Feldmann in Niansa) und am 8. 9. 08 gebessert zur Schlafkrankheitsexpedition Schirati überwiesen; Ende des Berichtsjahres war derselbe in Schirati noch nicht eingetroffen.

(Farbige Soldaten.) Auch einer der farbigen Soldaten hat sich aller Wahrscheinlichkeit nach bei jener Expedition an der Urundiküste des Tanganyka-Sees, auf der sich der Sanitätsunteroffizier infizierte, die Erkrankung geholt.

Der zweite in Usumbura behandelte Fall hat die Krankheit wahrscheinlich aus dem englischen Gebiet eingeschleppt. Dieser war mit Malaria, jener mit Lungenentzündung kompliziert. Nach Überstehen der Komplikationen trat nach Atoxyl sehr bald soweit Besserung ein, daß sie ins Revier entlassen werden konnten.

Filaria. (Farbige Soldaten.) Der in Liwale beobachtete Fall kam mit Fieber und Klagen über Kopf- und Brustschmerzen in die Behandlung. Die Blutuntersuchung ergab nur Filaria perstans. In einigen Tagen Abfall der Temperatur. Dienstfähig entlassen.

Wie schon mehrfach anderseits, so wurde auch in Liwale fest-

gestellt, daß häufig obige Beschwerden lediglich durch Filaria bedingt sind.

Geisteskrankheit. (Farbige Soldaten.) Ein Askari in Iringa bekam einen Anfall von Amentia, die er bereits früher mehrfach gehabt hatte. Die Pupillen waren starr, ungleich groß, die Reflexe nicht auszulösen. Die Sprache war stotternd. Es bestand Zittern der Glieder und der herausgestreckten Zunge; Wahnideen hatte er nicht. Er tobte ab und zu. Nach drei Wochen Heilung. Bei der Entlassung sollen die körperlichen Symptome noch bestanden haben.

Hirnhautreizung. (Deutsche Militärpersonen.) In Bukoba hatte sich ein Unteroffizier den Sonnenstrahlen zu sehr ausgesetzt; es bestand Gedunsensein des Gesichts, Rötung der Haut des Halses, Kopfschmerz, Neigung zum Erbrechen und Pulsverlangsamung. Die Temperatur war leicht erhöht; nach drei Tagen der Ruhe Heilung.

Bilharzia. (Farbige Soldaten.) Drei Fälle kamen im ganzen zur Behandlung. In Lindi wurde ein Mann zur Untersuchung gebracht, der seinen Penis in der Front plötzlich hervorzog und urinieren wollte. Es wurden im Urin zahlreiche Bilharziaeier gefunden; der Mann wurde dienstfähig entlassen.

Der Fall in Daressalam kam wegen Schmerzen im rechten Hoden ins Lazarett. Im Urin fanden sich Bilharziaeier. Er bekam täglich etwa 3 Wochen 1,0 Extr. filicis; danach Besserung, so daß er dienstfähig zur Truppe entlassen wurde.

In Tabora kam ein Askari mit dysenterischen Erscheinungen in Lazarettbehandlung; bei der Stuhluntersuchung wurden nicht Amoeben, sondern zahlreiche Bilharziaeier im Stuhl gefunden. Der Urin war auch bei mehrfacher Untersuchung stets frei davon. Unter Darreichung von anfänglich Calomel, dann zweimal 4,0 Thymol und Darmspülungen wurde der Mann soweit gebessert, daß nach einmonatiger Behandlung Eier im Stuhl nicht mehr gefunden wurden und er dienstfähig entlassen werden konnte.

Bandwurm. (Deutsche Militärpersonen.) Bei zwei Unteroffizieren in Udjidji wurden Taenia saginata nachgewiesen; Abtreibung durch Abkochung von frischer Granatwurzel.

Wurmkrankheit. (Farbige Soldaten.) In Lindi wurden im Berichtsjahr 10 Fälle von Anchylostomiasis unter den Askaris beobachtet, von denen 4 dienstunfähig wurden. 2 von diesen waren außerdem noch mit Bilharzia infiziert. Es wurde zum Teil Extractum filicic., zum Teil Thymol verabfolgt, doch mußten die Kuren teilweise sechsmal wiederholt worden, ehe die Würmer verschwunden waren.

In Daressalam wurden 6 wurmkranke Askaris behandelt; von ihnen wurden 3 als dienstunfähig entlassen. In einem Falle waren 11 Kuren nötig, um die Eier im Stuhl verschwinden zu lassen.

Der in Usumbura beobachtete Fall von Wurmkrankheit hatte außerdem noch Eier von Ascaris lumbricoides, Trichocephalus dispar, Larven von Anguillula intestinalis und litt noch an Amoebenruhr. Trotz alledem wurde er wieder dienstfähig.

Trippergelenkentzündung. (Deutsche Militärpersonen.) In Daressalam kam im November ein Unteroffizier mit Fieber und Schmerzen in der rechten Schulter in Zugang, der seit Mai 1908 an Tripper litt. Obwohl er sich seitdem selbst behandelt hatte, bestand doch noch starker Ausfluß. Einige Tage später erkrankte auch das Ellbogengelenk. Nach mehr als einmonatiger Behandlung erst konnte der Kranke dienstfähig das Lazarett verlassen. Die Beweglichkeit der Gelenke war nur sehr wenig beeinträchtigt.

Linsenluxation. (Farbige Soldaten.) In Daressalam erhielt ein Mann einen Schlag gegen das linke Auge; bei der kurze Zeit danach vorgenommenen Untersuchung zeigte sich die Regenbogenhaut unten innen teilweise vom Ciliarkörper abgerissen. In der vorderen Augenkammer, dieser Stelle entsprechend, zeigte sich die noch durchsichtige Linse.

Der in Muansa behandelte Fall hatte sich beim Fallen mit dem Gewehr in das linke Auge gestoßen. Bei der Entlassung wurde durch einen Arzt festgestellt, daß die Regenbogenhaut außen einen 10 mm breiten Riß zeigte, dahinter die getrübte Linse. Zentrales Sehvermögen aufgehoben, dagegen seitlich beiderseits Wahrnehmen von Licht.

Framboesie. (Farbige Soldaten.) In Lindi, Iringa und Usumbura kam je 1 Fall von Framboesie zur Behandlung, in Daressalam 3 Fälle; von letzteren wurden 2 im Dezember 1907 mit Injektionen von Atoxyl jeden 2. Tag bis zu 15 Spritzen in die Glutaeen behandelt. Die Papillome verschwanden schnell, besonders wenn sie noch mit etwa 50prozentiger Lösung von Atoxyl gepinselt wurden. Rückfälle, wie sie häufig nach nur äußerlicher Behandlung vorkommen, sind nicht beobachtet worden. Vergiftungserscheinungen sind nie aufgetreten.

Jodoformexanthem. (Farbige Soldaten.) In Muansa wurden zwei Mann wegen kleiner Sandflohgeschwüre mit Jodoform behandelt; danach trat ein heftig juckender, bläschenförmiger Ausschlag, verbunden mit Schwellungen des ganzen Fußes, auf. Sofort wurde Jodoform ausgesetzt, und trotzdem dauerte es noch einen Monat, ehe Heilung eintrat.

Schußverletzung. (Farbige Soldaten.) Durch unvorsichtiges Umgehen mit dem Dienstgewehr erlitt in Kondoa-Irangi ein Askari einen Streifschuß am unteren rechten Augenlid; es erfolgte Heilung der flachen Wunde in etwa 10 Tagen.

Schlangenbiß. (Farbige Soldaten.) Beim Holzschlagen wurde in Liwale ein Askari von einer Schlange gebissen, nach etwa 2½ Stunden kam er erst in ärztliche Behandlung. Da das Bein nicht abgeschnürt war, so war bei dem schon bedenklichen Zustande an Hilfe kaum noch zu denken. Es wurden Incisionen in die Bißwunden, die sich handbreit unter dem Kniegelenk befanden, gemacht mit Sol. Kal. permang. verbunden, außerdem erhielt er mehrere Spritzen Kampfer. Es erfolgte aber trotz Anwendung der künstlichen Atmung nach weiteren 2 Stunden der Tod.

D. Krankenabgang.

Von Offizieren der Schutztruppe wurden 3 als dauernd tropendienstunfähig, teils wegen Nerven- und Geisteskrankheiten, teils wegen Folgekrankheiten nach Ruhr nach Deutschland zurückgesandt. Zeitig tropendienstunfähig als Folge nach Malaria und Rückfallfieber waren ebenfalls 3 Offiziere. Von den Unteroffizieren wurde nur 1 nach fast 11jähriger Dienstzeit in der Schutztruppe als tropendienstunfähig nach Deutschland entlassen.

Unter den farbigen Soldaten auf Tabora starb ein Schausch auf einer Expedition ohne nachweisbare Ursache, wahrscheinlich an Herzschlag infolge von Schreck. Ebenda erhängte sich ein Askari, weil er eine schwere Strafe zu gewärtigen hatte.

In Udjidji wurde im Askaridorf aus ganz geringer Entfernung auf einen Askari ein Schuß mit einem Dienstgewehr 71 abgegeben. Der Einschuß saß dicht an der rechten Brustwarze, der Ausschuß im dritten linken Zwischenrippenraum in der vorderen Achselhöhlenlinie.

Die Ausschußöffnung war etwa 3 cm weit und stark zerfetzt. Durch den Schuß trat sofort der Tod ein.

B. Kamerun.

Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für das Berichtsjahr 1907/08.

(Erstattet von Oberstabsarzt Professor Dr. Ziemann.)

I. Allgemeines.

Größere militärische Unternehmungen.

Im Berichtsjahr waren folgende größere Expeditionen zu verzeichnen:

1. Alkassim—Muntschi—Bascho-Expedition. Vormarsch am 28. 10. 07 mit der 6. Kompagnie über Bamenda—Banjo nach Gaschaka behufs Freimachung des Weges an der englischen Grenze für die Jola—Croßschnellen—Grenz-Expedition. Teile der 2. Kompagnie in Bamenda, 4. Kompagnie in Banjo und Besatzung von Bascho wurden im Verlaufe der Expedition zur Unterstützung herangezogen. Ende: im Mai 08. Dieser Expedition waren 2 Ärzte beigegeben.
2. Betschoa-Expedition (Juni bis September 08).
3. Jola—Croßschnellen—Grenz-Expedition vom November 07 bis Mai 08.

Dieser Expedition war 1 Oberarzt beigegeben.

Sanitätsdienst.

1. Personal. Für den Sanitätsdienst standen der Kaiserlichen Schutztruppe 16 Ärzte, einschließlich des zur Jola—Croßschnellen—Grenz-Expedition kommandierten Oberarztes, zur Verfügung. Nicht einbegriffen ist darin ein Stabsarzt, welcher sich bis Mai 08 auf Urlaub befand und Juni 08 ausschied.

Von den 21 Sanitätsunteroffizieren der verschiedenen Dienstgrade waren nur 13 für mindestens ½ Jahr im Dienste der Stationen. Am Schluß des Berichtsjahres waren 17 im Schutzgebiet anwesend, 3 beurlaubt.

Betreffs der farbigen Heilgehilfen der Truppe war die angestrebte Ausbildung je eines Sanitätssoldaten auf 20 Mann der Truppe auf keiner Hinterlandsstation, Dschang ausgenommen, von Erfolg gekrönt; das ist erst im folgenden Jahre erreicht worden. Dabei ist klar, wie wichtig für die Truppe ein möglichst vollzähliges und durchgebildetes Sanitätspersonal ist. Wenn auch die farbigen Sanitätssoldaten wohl kaum je auf eine gleiche Höhe ihrer Leistungen gebracht werden können wie die Sanitätssoldaten der Armee, so sind sie doch ein unentbehrlicher Faktor für eine genügende Ausübung des Sanitätsdienstes in der Truppe.

2. Dienstbetrieb. Der in Duala stationierte Oberstabsarzt leitet den gesamten ärztlichen Dienst des Schutzgebietes. Er versieht ferner den Dienst als leitender Arzt des Regierungshospitals für Europäer und Farbige in Duala. Die zum Hospital Duala kommandierten Sanitätsoffiziere und Unteroffiziere erhalten hier noch spezielle Ausbildung, bevor sie auf die Innenstationen kommen.

Die Tätigkeit der Militärärzte war im Frieden auf den Stationen eine doppelte. Es fiel ihnen die Abhaltung des Revierdienstes für die erkrankten weißen und farbigen Truppenangehörigen und außerdem die Tätigkeit eines Regierungsarztes für den betreffenden Verwaltungsbezirk in vollem Umfange zu. Aus dem Revierdienst entwickelte sich die Abhaltung einer Poliklinik für Eingeborene des Bezirks. Die aus den Berichten zu berechnenden Ziffern schwanken erheblich. Die Erklärung dafür liegt wohl hauptsächlich in der verschiedenen Bevölkerungsdichte der Bezirke, der mehr oder weniger nahen und für die Hilfesuchenden bequemen Lage der Station und der ungleichen Zeit ihrer Entstehung und der damit verbundenen Gewöhnung der Eingeborenen an den Verkehr mit den Weißen. Schließlich ist für die poliklinische Frequenz von ausschlaggebender Bedeutung sicher auch die Einrichtung der Polikliniken, in der bisher große Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirkshauptorten bestanden.

Unterkunft. Die Unterkunftsverhältnisse sind großenteils noch recht mangelhafte, trotz der eifrigen Bestrebungen nach Besserung. Bei den fast überall geplanten, zum Teil schon in Angriff genommenen Neubauten ist indessen für das folgende Jahr ein weiterer wesentlicher Fortschritt zu erhoffen.

Verpflegung. Die Verpflegung richtet sich ganz nach den einzelnen Stationen. Eine wesentliche Änderung gegen das Vorjahr ist nicht zu verzeichnen. An der Küste ist die Verpflegung zwar teuer, aber naturgemäß ausreichend zu beschaffen. Aus Dschang und Ebolova wird gemeldet, daß dort die Verpflegung reichlich und vielseitig ist, da sowohl frisches Fleisch als auch frisches europäisches Gemüse aus den angelegten Gemüsegärten gewonnen wird.

Große Klagen kommen aber aus Lomie und Dume, wo nichts von alledem vorhanden ist, und außerdem Jagd und Fischfang so wenig ergiebig sind, daß frisches Fleisch so gut wie gar nicht zu haben ist.

Wasserversorgung. In Garua waren am Schluß des Berichtsjahres 3 Brunnen vorhanden, von denen einer außer Gebrauch war, einer für Europäer und einer für Farbige bestimmt ist. Aber auch alle anderen Stationen sind bestrebt, je nach den örtlichen Bedingungen die Wasserversorgung so einwandfrei wie wöglich zu gestalten.

Besondere hygienische Maßnahmen (Lazarettanlagen). Gänzlich unzulänglich für eine ersprießliche ärztliche Tätigkeit sind die Lazarettanlagen. Außer in Duala und Soppo gab es nur 3 einigermaßen genügende derartige Bauten: in Dume, Ebolova und Dschang. In letzterem war das Lazarett aus Wellblech ausgeführt. Die beabsichtigte Holzverschalung war vorläufig durch aus Palmrippen geflochtene Matten ersetzt. Das neue Lazarett in Ebolova ist ein Ziegelbau mit Wellblechdach, 19 × 8 m groß und hat

eine vor der Frontseite längsverlaufende, 2 m breite Veranda und enthält die erforderliche Anzahl von Räumen einschließlich Apotheke und Vorratsraum und gute Klosettanlagen. Auf allen anderen Stationen aber müssen sich die Ärzte mit mehr oder weniger ungenügenden Einrichtungen behelfen. Am schlimmsten steht es in Kusseri, wo der letzte ärztliche Bericht damit schließt, daß zur Zeit weder für Weiße, noch für Farbige Krankenräume bestehen. Mehr als traurig sind auch die Lazarettanlagen in Bamenda.

II. Spezieller Teil.

a. Europäer.

Krankenbewegung.

1. Zugang. Bei einem Bestande von 1 Krankheitsfall aus dem Vorjahr belief sich der Krankenzugang im Berichtsjahr 1907/08 auf 193 Fälle, d. i. 199,0 % der Iststärke (gegen 265,9 % im Vorjahr).

Von den 193 Zugängen wurden im Lazarett behandelt 98 = 101,0 %, im Revier 86 = 88,7 %, im Lazarett und Revier 9 = 0,9 %. Alle 194 Krankheitsfälle zusammen (einschließlich des 1 Bestandes) erforderten eine Behandlungsdauer von 2285 Tagen (gegen 2390), und zwar 1345 gegen 1251 im Lazarett und 940 gegen 1139 im Revier, was eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 11,8 (gegen 10,4) Tagen überhaupt, bzw. 13,7 (gegen 12,3) Tagen im Lazarett und 10,0 (gegen 9,9) Tagen im Revier ergibt.

Von der Iststärke von 97 Köpfen waren somit täglich krank 6,2 (gegen 6,5), und zwar 3,7 (gegen 3,4) im Lazarett und 2,6 (gegen 3,2) im Revier. Es entfallen auf jeden Kopf der Iststärke 23,6 Behandlungstage (gegen 28,1), davon 13,8 (gegen 14,7) im Lazarett und 9,7 (gegen 13,4) im Revier. Es ist demnach die relative Zahl der Zugänge um 66,9 % gegen das Vorjahr zurückgegangen, und ebenso hat die durchschnittliche Behandlungsdauer eine wesentliche Abnahme erfahren.

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Zugänge folgendermaßen:

Gruppe	Zugang	Zugang im Vorjahr
I	120	138
II	3	4
III	3	8
IV	8	4
V	18	33
VI	2	3
VII	4	2
VIII	3	1
IX	1	1
X	18	16
XI	3	6
XII	10	10
XIII	.	.
XIV	.	.
Zusammen . . .	193	266

Über die Zugänge an einzelnen Krankheiten ist zu erwähnen:

Malaria. Unter allen Krankheiten der europäischen Schutztruppenpersonen weist, wie alljährlich, auch diesmal die Malaria die höchste Ziffer mit 99 Zugängen auf; es bedeutet das 51,8 % des Gesamtzuganges (gegen 48,7 %) und 102,0 % der Iststärke (gegen 129,4 %). Auf jeden Europäer der Truppe entfallen sonach 1,0 Malariaerkrankungen (gegen 1,2). Die Behandlungsdauer aller dieser Fälle insgesamt beträgt 616 (gegen 637) Tage oder durchschnittlich 6,22 Tage (gegen 5,79) im Einzelfall. Es ist also ein Rückgang der Krankheitsfälle um 27,4 % zu verzeichnen, vor allem wohl eine Folge der weiter systematisch durchgeführten 4 tägigen Chininprophylaxe mit 1,0 g. Die Höchsterhebung der Erkrankungsziffer in diesem Jahre fällt etwa mitten in die Regenzeit und nicht, wie im Vorjahre, in den Beginn der Trockenzeit.

Leider war bei Beginn des Berichtsjahres noch nicht die später befohlene strenge Trennung zwischen Malaria-Neuerkrankungen und Rezidiven durchgeführt, so daß eine epidemiologische Kurve mit beweisender Kraft nicht aufgestellt werden kann.

Von den 99 Erkrankten wurden 97 wieder dienstfähig, 1 in das Seesanatorium Suellaba entlassen und 1 als tropendienstunfähig nach Deutschland gesandt. Letzterer Fall war auch noch kompliziert mit Schanker und Bubo.

Schwarzwasserfieber. Im Berichtsjahr 1907/08 erkrankten an Schwarzwasserfieber im ganzen 9 Angehörige der Schutztruppe; in 2 Fällen trat ein Rezidiv auf; die Erkrankung endete einmal tödlich; ein Sergeant wurde tropendienstunfähig in die Heimat entlassen; die übrigen 7 Mann wurden dienstfähig und machten durchweg mit Erfolg eine Chiningewöhnungskur durch. Bis auf einen nicht ganz sicher festgestellten Fall, in dem ein Unteroffizier erst 10 Monate in Kamerun war und sich mehrere Tage unwohl gefühlt hatte, gingen den Schwarzwassererkrankungen Malariaanfälle voran. Sämtliche Genesenen hatten angeblich regelmäßig 1,0 Chinin am 4. oder 5. Tage genommen, was aber nicht von allen Fällen angenommen werden konnte.

Der tödlich verlaufene Fall betrifft einen Sergeanten, der auf einem Außenposten erkrankte und besinnungslos dem Truppenarzt überliefert wurde. In seiner letzten Verpflichtung hatte er dreimal an Malaria gelitten und nach Aussagen seiner Umgebung sehr unregelmäßig, wenn überhaupt, Chinin genommen. Der Urin war nur in den ersten Tagen dunkel und enthielt Blutfarbstoff; Eiweiß konnte nicht festgestellt werden. Die Urinausscheidung war stets reichlich; auch konnte die Chinin-Gewöhnungskur bereits eingeleitet werden. Der Kranke setzte der Behandlung andauernd Widerstand entgegen und verfiel täglich mehr, trotz angewendeter Herzstärkemittel und Kochsalzeinläufe, so daß er am 14. Tage seiner Behandlung ohne Todeskampf starb. Zwar nicht tödlich, jedoch mit Aufhebung der Tropendienstfähigkeit endete ein anderer Fall von Schwarzwasserfieber mit Rezidiv. Sergeant F. war strenger Prophylaktiker und er-

krankte trotzdem in seiner zweiten Dienstverpflichtung in Kamerun zweimal an Malaria, weil seine ersten Fieber nicht energisch genug behandelt waren. Vom ersten Schwarzwasserfieber erholte er sich derartig, daß er völlig dienstfähig zur Truppe zurückgesandt werden konnte. Auch das zweite Fieber nahm einen normalen leichten Verlauf, doch wurde der Kranke während der Behandlung sehr nervös, und es stellten sich Anzeichen geringer Herzschwäche ein, die seine Rücksendung in die Heimat nötig machten.

Übersicht der prozentualen Malaria- und Schwarzwassererkrankungen vom Jahre 1900 bis 1908.

(Europäer der Schutztruppe.)

Jahr	Zugang in Prozenten der Iststärke	Verstorben	Malariaerkrankungen in Prozenten der Iststärke	Schwarzwasserfiebererkrankungen in Prozenten der Iststärke	An Malaria und Schwarzwasserfieber gestorben
1900/01	516,9	4	371,4	25,9	3
1901/02	274,1	3	177,6	21,1	2
1902/03	298,6	4	161,9	29,6	3
1903/04	253,5	5	119,7	27,3	4
1904/05	282,1	2	155,9	9,5	.
1905/06	270,6	3	142,4	14,1	1
1906/07	265,8	2	129,4	10,5	1
1907/08	188,6	3	102,0	13,4	1

Andere allgemeine Erkrankungen. Hier fanden 2 Zugänge der Garnison Duala Aufnahme mit Maltafieber. Der eine Fall (Feldwebel, seit 1900 im Schutzgebiet) ging am 11. November 1907 zu. Das Ergebnis der wiederholten Blut- und Urinuntersuchung ließ anfangs auch eine septische Erkrankung vermuten. Indes wurde der Micrococcus melitensis in der angelegten Blutkultur nachgewiesen. Am 4. 3. als tropendienstunfähig nach 111 Behandlungstagen mit Antrag auf sofortige Heimsendung entlassen.

Der andere Fall ist als Komplikation zu 145 und 70 (Phlegmone am linken Fuß und Hämorrhoiden) geführt. Der Patient (ein Sanitätsfeldwebel, 6 Monate im Schutzgebiet) erkrankte am 5. 2. 08 mit hohem, remittierendem Fieber. Leber und Milz vergrößert. Micrococcus melitensis konnte aus dem Blut gezüchtet werden. Über dem linken Fußrücken bildete sich eine Entzündung, die 7 Inzisionen nötig machte. Da dem Fieber kein Einhalt getan werden konnte, wurde der Kranke als tropendienstunfähig nach 63 Behandlungstagen am 8. 4. 08 in die Heimat gesandt. In der Heimat entwickelte sich ein weiterer Abszeß im linken Oberarm. Die Felddienstfähigkeit wurde in der Heimat wieder hergestellt.

Eine Schußverletzung vor dem Feinde. Letztere betrifft einen Leutnant, der in einem Patrouillengefechte bei Belissole (Bertua-Bezirk) einen Schuß aus einem Vorderlader (Buschgewehr) in die Magengegend erhielt. Die neunte linke Rippe wurde zweimal durchschlagen, starker Bluterguß im Brustfellsack. Bleibt Bestand.

2. Abgang.

Es gingen ab:

dienstfähig	178 = 9,2 %	(96,5 %)
mit Tod	1 = 0,5 %	(0,9 %)
anderweitig	14 = 7,3 %	(2,2 %)

Bestand bleibt: 1.

Außerhalb militärärztlicher Behandlung kamen in Abgang:

1. durch Tod: 1 Feldwebel im Hafen-Krankenhaus in Hamburg an multiplen Leberabszessen; 1 Offizier vor dem Feinde gefallen durch Kopfschuß;

2. als Ganzinvalide: 11 Unteroffiziere (im Vorjahre dieselbe Anzahl) = 11,3 % (12,9) der Iststärke bzw. 12,6 % der Etatsstärke der Unteroffiziere.

Von den während des Berichtsjahres in Zugang gekommenen 193 Kranken waren 51 Offiziere, 5 Militärbeamte und 137 Unteroffiziere.

b. Farbige.

Krankenbewegung.

1. Zugang. Zu einem Krankenbestande von 34 Köpfen aus dem Vorjahre kamen im Laufe des Berichtsjahres 1592 Zugänge bei einer Durchschnittsstärke von 1316 Köpfen, d. i. 1209,7 ‰ der Iststärke gegen 1408,2 ‰ im Vorjahre und 1499,3 ‰ im Jahre 1905/06.

Im ganzen wurden behandelt 1626, davon im Lazarett 1046, im Revier 542, im Lazarett und Revier 38.

Es war eine Behandlungsdauer von 18 786 Tagen erforderlich, davon 12 584 im Lazarett und 6202 im Revier. Das Vorjahr wies 20 477 Tage auf, davon 14 596 im Lazarett und 5881 im Revier, das Jahr 1905/06 im ganzen 26 514 Tage.

Auf den einzelnen Krankheitsfall kommt somit eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 11,5 (11,9) Tagen bzw. 11,8 (13,9) im Lazarett und 11,0 (9,0) im Revier.

Auf den Kopf der Iststärke entfallen durchschnittlich 14,2 (1906/07: 17,2; 1905/06: 18,3) Behandlungstage, davon im Lazarett 9,5 (12,2), im Revier 4,7 (4,9).

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Zugänge folgendermaßen:

Gruppe	Zugänge 1907/08	Zugänge im Vorjahre
I	313	397
II	3	5
III	138	137
IV	25	33
V	246	186
VI	5	16
Seite . . .	730	774

Gruppe	Zugänge 1907/08	Zugänge im Vorjahre
Übertrag . . .	730	774
VII	333	367
VIII	30	18
IX	14	13
X	183	173
XI	100	100
XII	196	217
XIII	1	1
XIV	5	2
Summe . . .	1592	1665

Der Rückgang der Erkrankungen in diesem Jahre um 19,8 % und die Abnahme des Dienstausfalls pro Kopf um 3 Tage gegen das Vorjahr ist somit bei den Gruppen I (Infektionskrankheiten), V (Krankheiten der Ernährungsorgane) und VII (Venerische Krankheiten) zu suchen.

Über die Zugänge bei den einzelnen Krankheiten ist zu bemerken:

Pocken. Unter den farbigen Soldaten traten in diesem Jahre 5 Pockenfälle, und zwar sämtliche in Garua, auf — 4 zu gleicher Zeit im Februar 08 — gegen 2 Fälle im Vorjahre. Die Zugänge gingen mit nur 14 Behandlungstagen dienstfähig ab. Trotz der andauernden Pockenepidemie in der Zivilbevölkerung des Südbezirks blieben die Mannschaften der 9. und 10. Kompagnie von einer Ansteckung völlig verschont.

Mit der aus Deutschland eingeführten Lymphe wurden in diesem Jahre bessere Erfolge erzielt als im Vorjahre, zum Teil schlechten Erfolg hatte der Versuch mit Lanolin-Lymphe. Auf dem Gebiete der Lymphebereitung im Schutzgebiete sind die Versuche der Sanitätsoffiziere im Hinterlande leider zum Teil resultatlos verlaufen; es ist aber zu hoffen, daß sie im kommenden Jahre auf Grund der genauen Anweisungen zur Lymphebereitung und auf Grund der Erfahrungen einzelner Stationen, vor allem Dschang, diese schwierige Aufgabe lösen werden. Nach Schluß des Berichtsjahres hat sich diese Hoffnung bereits erfüllt.

Pyämie (Septicämie). 1 Zugang der 5. Komp. Abtlg. Lolodorf an Sepsis-Urämie nach 4 Behandlungstagen gestorben.

Typhus. Die Stationen Duala und Bamenda haben je 1 Zugang an Typhus zu verzeichnen; 1 wurde nach 21 Behandlungstagen wieder dienstfähig, während der in B. erkrankte nach 9 Tagen mit Tod abging. Das Vorjahr weist keinen Typhuskranken auf.

Malaria. Mit Malaria kamen in Zugang 243 Fälle, die 184,7 ‰ (270,2) der Iststärke oder 152,6 ‰ (185,8) des Gesamtzugangs entsprechen. Davon wurden 241 wieder dienstfähig, während 2 mit Tod abgingen. Beide letale Fälle waren kompliziert, und zwar einer mit Herzfehler, der andere mit Brustfellentzündung. In

den Rapporten der Stationen war durchweg nur von Malaria perniciosa die Rede. Nur ein Fall mit M. quartana wird aus Lomie berichtet, der 17 Anfälle mit wenigen Ausnahmen jeden 4. Tag hatte. Die Sanitätsdienststelle Kusseri berichtet über den mikroskopischen Blutbefund, daß bei 111 Erkrankten (einschl. Zivilbevölkerung) in 27 Fällen kleine Ringe und nur bei einem Falle Halbmonde nachzuweisen waren. Banyo hat bei 6 Erkrankungen dreimal Ringe nachgewiesen. Soppo berichtet, daß daselbst nur M. tropica vorkommt, während in dem etwas höher gelegenen Buea vom Chefarzt auch oft quartana bei Negerkindern beobachtet wurde.

Die Behandlung der Malaria erforderte im ganzen 1167 (1704) Tage = 4,8 (5,2) Tage für den Einzelfall.

Über Schwarzwasserfiebererscheinungen bei den farbigen Soldaten wurde auch in diesem Jahre nichts berichtet.

Der Zugang an Malaria auf den einzelnen Stationen nach Prozenten der Iststärke zeigt folgende Ziffern:

Urwald- und Küstenstationen	Lomie	4,8 %	Hochland	Banyo	7,9 %
	Soppo	13,7 „		Bamenda	8,6 „
	Dume	14,2 „		Yoko	15,8 „
	Ebolova	17,5 „		Dschang	39,7 „
	Duala	25,1 „	Savanne	Garua	18,8 „
	Bascho	38,0 „		Kusseri	28,2 „

Expeditionen 21,0 %

Daraus geht hervor, daß die geographische und klimatisch günstige Lage der einzelnen Stationen auf die Malariaerkrankung der Farbigen keinen Einfluß ausgeübt hat. Im Gegenteil ist es besonders auffällig, daß die Station Dschang mit ihrem fast europäischen Klima die höchste Zugangsziffer an Malaria, die Station Lomie, die mitten im Urwald gelegen, die kleinste Ziffer aufzuweisen hat. Die Ursache liegt in dem schnellen Temperaturwechsel der Hochländer, welcher leicht Rezidive auslöst.

Der Zeit nach verteilen sich die Malariaerkrankungen auf die einzelnen Monate wie nebenstehende Kurve zeigt, wobei aber bemerkt wird, daß Unterschiede zwischen Neuerkrankungen und Rezidive leider von den Dienststellen nicht gemacht wurden.

Demnach hat auch die Jahreszeit wenig Einfluß auf den Zugang gehabt, da z. B. der regenreichste Monat August 17, der trockenste Monat Februar 24 und der Übergangsmonat November (Auftrocknungsperiode) 22 Zugänge aufweisen. Auch die beiden Vorjahre zeigten ein ähnliches Bild.

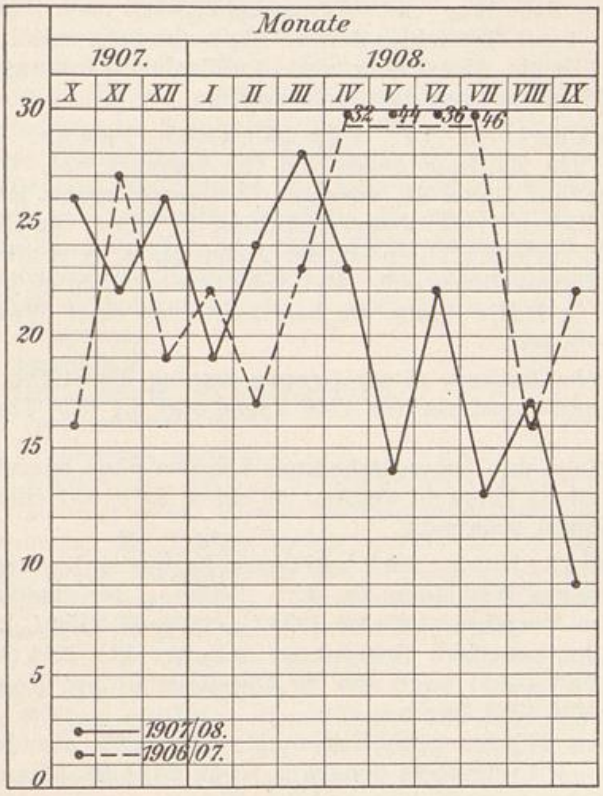
Ruhr. 21 Zugänge (gegen 30 im Vorjahre) mit 275 Behandlungstagen oder 15,0 (15,9) Tage für den Einzelfall; sämtliche wurden dienstfähig. Zeit und Ort beeinflußten auch in diesem Jahre die Zugangsziffer nicht, dagegen hatte die Expeditionstruppe allein die Hälfte der Zugänge zu verzeichnen. Epidemisches Auftreten von Ruhr wurde nirgends gemeldet. Ob es sich bei den einzelnen Zu-

gängen um Bazillen- oder Amöbenruhr handelt, geht aus den Berichten nicht hervor.

Andere allgemeine Erkrankungen. Zugang 1 (1) mit Beri-Beri, auf Expedition erkrankt; nach 17 Behandlungstagen behufs Entlassung zur Küste gesandt. Aufzeichnungen über den Verlauf der Krankheit liegen nicht vor.

Krankheiten der Atmungsorgane. Zugang 138 (137) Kranke = 8,6 % (8,1 %) des Gesamtzugangs. Die Behandlung

Malariaerkrankungen nach den Monaten. (Zu Seite 508.)



erforderte insgesamt 1225 Tage. Der Rapport weist 6 Kehlkopf- und 87 Bronchialkatarrhe auf, von welch letzteren 1 chronisch verlief; dieser und noch 1 mit fieberhaftem Bronchialkatarrh führten zum Tode, nähere Angaben fehlen; alle anderen wurden dienstfähig. Ferner sind vorgekommen 39 Lungenentzündungen — 32 dienstfähig, 5 gestorben, 2 anderweitig ab —, 5 Brustfellentzündungen und 1 solche als Komplikation, mit Ausnahme der letzteren (dienstunbrauchbar) sämtliche dienstfähig ab. Außerdem 1 Mann mit Brustschmerzen ohne objektiven Befund — nach 4 Tagen dienstfähig —. Über den Verlauf der Lungenentzündungen liegen keine Berichte vor, nur bei

einem Falle ist gemeldet, daß der Tod durch Hinzutritt einer eitrigen Hirnhautentzündung erfolgte. Das Vorjahr wies 31 Lungenentzündungen auf, wovon 6 starben = 16,1 % der Erkrankten gegen 12,8 % in diesem Jahre.

Krankheiten der Kreislaufs- und der blutbereitenden Organe. Diese Gruppe weist 25 Zugänge auf gegen 33 im Vorjahre. 601 (326) Behandlungstage. 16 der Zugänge wurden mit Lymphdrüsenentzündungen behandelt als Folge der häufigen Verletzung der nackten Füße und der mannigfaltigen Hauterkrankungen (klimatische Bubonen). 1 Zugang mit Herzschwäche nach Nierenentzündung und Wassersucht starb nach 157 Behandlungstagen. 1 mit Herzfehler durch Ankylostomiasis und 1 mit Herzinsuffizienz, beide dienstfähig ab. 2 Filariaerkrankungen, deren Heilung 163 Behandlungstage erforderte.

Krankheiten der Ernährungsorgane. Diese Rubrik führt 246 Zugänge gegen 186 im Vorjahre auf, davon entfallen allein auf Duala 81, darunter 73 Darmkatarrhe, was auf die äußerst mißlichen Trinkwasserverhältnisse in Duala, vor allem in der Trockenzeit, zurückzuführen ist; der Monat März weist allein 34 Zugänge mit Darmkatarrh auf. Als nächste, sehr wichtige hygienische Maßnahme in Duala dürfte die baldige Anlage einer Wasserleitung zu betrachten sein.

Sämtliche Zugänge dieser Gruppe wurden dienstfähig bei einer Gesamtbehandlungsdauer von 1149 Tagen oder 4,7 (6,9) Tage für den Einzelfall.

5 Zugänge mit Leberentzündung konnten ohne operativen Eingriff zur Heilung gebracht werden; bei einem Falle war eine Punktion der Gallenblase notwendig.

Venerische Krankheiten. Zu einem Bestande von 19 Kranken gingen 333 Mann zu, d. i. 253,0 $^0/_{00}$ der Iststärke gegen 308,9 $^0/_{00}$ im Vorjahre (1905/06 193 $^0/_{00}$, 1904/05 215 $^0/_{00}$). Die Behandlung der venerisch Erkrankten beanspruchte 7214 Tage = für Einzelfall 21,6 (18,1) Tage und im Dienstausfall pro Kopf der Iststärke von 5,4 (5,6) Tagen.

Von den 333 venerisch Erkrankten litten 203, also beinahe ⅓, an Tripper, 50 an weichem Schanker, 36 an Syphilis, 28 an Bubonen, 14 an Nebenhodenentzündung und 2 an Feigwarzen.

Abgang: Außer 11, die anderweitig entlassen wurden, gingen sämtliche dienstfähig aus der Behandlung. Bestand bleiben 7.

Neben den Komplikationen Tripper mit Nebenhodenentzündung und Schanker mit Bubo ist noch eine Trippererkrankung mit Kniegelenksentzündung nennenswert, die eine dreimonatige Behandlung erforderte.

Die höchste Erkrankungsziffer hat in diesem Jahre die Station Ebolova zu verzeichnen (72 Zugänge bei einer Iststärke von 120 Köpfen). Im Vorjahre Duala mit 111 Zugängen (86,7 %). Letztere Station hat in diesem Jahr nur 28 venerische Erkrankungen aufzuweisen, ein sehr günstiger Erfolg, der durch die fleißigen Unter-

suchungen der Soldaten und ihres Anhangs, sowie der zwangsweisen Behandlung der Prostituierten durch den Regierungsarzt in Duala erzielt wurde.

Die Infektion im Innern geschieht bei den Soldaten hauptsächlich auf Patrouillengängen; daran anschließend wird die Infektion immer wieder auf die Besatzung der Station übertragen, da die Weiber der Soldaten fast durchweg sich der Prostitution hingeben, was auch ihre Unfruchtbarkeit zur Folge hat.

Über die Behandlung und ihre Erfolge wurde nichts berichtet, nur eine Station will mit intramuskulären Hg.-Injektionen bei Syphilis sehr gute Erfolge gehabt haben.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen. 183 Erkrankungen = 139,0 ‰ der Iststärke (145,6 ‰ im Vorjahre und 203 ‰ im Jahre 05/06), mithin eine stete Abnahme, die erzielt wurde durch fortwährende Belehrung über Reinlichkeit, Gebrauch von Seife, Baden, Waschungen mit heißem Wasser pp. Eine Bade-Einrichtung (Douche) für Farbige, wie sie in Soppo besteht, müßte bei jeder Kompagnie geschaffen werden. An erster Stelle stehen Zellgewebsentzündungen (82), dann akute Hauterkrankungen (42), Furunkel (20) und andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen (20). Letztere sind wie folgt erläutert:

1 mit Ringwurm,
1 „ Granulom,
9 „ Guineawurm (16 im Vorjahre),
5 „ Tropenschwellung,
4 „ Framboesia tropica.

Krankheiten der Bewegungsorgane. Es sind 100 Fälle, darunter allein 62 mit Muskelrheumatismus zur Behandlung gekommen. Mit Fußgeschwulst wurden 10 (12) Mann behandelt = 7,6 ‰, im Verhältnis zu den Erkrankungen in der Heimat sehr gering, dort bis zu 40 ‰. Die Dienstfähigkeit wurde bei sämtlichen Erkrankten dieser Gruppe wiederhergestellt.

Mechanische Verletzungen. Knochenbrüche sind 5 aufzuzeichnen, 1 des Unterarms, 2 der Hand, 1 des Schlüsselbeins und 1 der Rippen, sämtliche dienstfähig — 90 Behandlungstage. —

Schußverletzungen. Zu einem Bestande von drei Kranken kamen 26 Fälle (45) in Zugang; ihre Behandlung erforderte 192 Tage (2026) = 35,0 (39,7) Tage für den Einzelfall.

Einschließlich des Bestandes wurden dienstfähig 22, gestorben sind 2 (= 6,8 % des Zugangs, 5,8 % im Vorjahre, 6,9 % im Jahre 1905/06), anderweitig gingen ab 3, Bestand bleiben 2.

Außerhalb der militärärztlichen Behandlung durch Schußwaffen gefallen: 12 Mann, somit Gesamtverlust an Toten: 14 Mann = 34,1 % (11,7 %) der Getroffenen oder 10,6 ‰ der Iststärke (5, ‰, 23,5 %).

Von den tödlich verlaufenen Schußverletzungen waren 2 durch vergiftete Pfeile und 12 durch Gewehre (Vorderlader) herbeigeführt.

33 Hieb- und Schnittwunden, 15 Stich-, 47 Riß- und Quetschwunden und 1 Bißwunde, sämtliche dienstfähig entlassen mit 1096 Behandlungstagen oder 11,4 (11,1) für den Einzelfall.

Andere Krankheiten. Ein Selbstmordversuch eines farbigen Sanitätssoldaten durch Trinken von Sublimat; nach zwei Tagen wieder dienstfähig.

Zur Beobachtung. Beobachtet wurden 5 Mann, und zwar 1 auf Schlafkrankheit, 1 auf Herzfehler, 2 auf Malaria und 1 auf Gelenkrheumatismus. 39 Behandlungstage.

2. Abgang. Von den 1626 Behandelten gingen ab:

dienstfähig	1550	= 95,3 %	(94,7 %),
tot	14	= 0,9 %	(1,2 %),
anderweit	33	= 2,0 %	(1,8 %),
Bestand bleiben	29	= 1,8 %	(1,8 %).

Von den anderweitig in Abgang gebrachten Leuten wurden 2 den Zivilbehörden überwiesen, 1 in die Heimat nach Ablauf seiner Dienstverpflichtung entlassen, 2 als dienstunbrauchbar und 5 nach Einleitung des D. U. V. zur Kompagnie entlassen, 23 anderen Stationen überwiesen.

Außerhalb militärärztlicher Behandlung: Ein Mann wurde wegen allgemeiner Körperschwäche dienstunfähig entlassen, 3 sind durch Krankheit gestorben, und zwar 1 an unbekannter Krankheit in Dikoa während der Abwesenheit des Postenführers, 1 auf Patrouille mutmaßlich an Gelenkrheumatismus und 1 an chronischer Nierenentzündung und Blasenkatarrh auf dem Marsch zur Küste, 1 beim Flußübergang ertrunken und 12 im Gefecht geblieben.

Sachverzeichnis.

A.

Abessynischer Brunnen 230.
Abholzungen zur Bekämpfung der Glossinen 25 ff., 86.
Abortanlagen 16 ff., 223 ff., 353, 368, 401, 436.
Absceß, auffallender bakteriologischer Befund 35.
— bei Filariosis 82.
— multiple 217.
Abtreibung bei Eingeborenen 395.
Ainhum 82, 218, 318, 333.
Akarusräude 92.
Albinismus 56.
Alkoholismus 57, 164, 228 ff., 329.
Altersschwäche 159, 175, 249, 327, 342, 351, 355, 363, 417.
Altersstar 178, 267, 282.
Amani 16, 124.
Amoeben 39, 43, 63, 213.
Amphistoma conicum 93.
Amyloidreaktion 62.
Anaemie, perniciöse — 173, 242, 246, 475.
Anatomische Eigentümlichkeiten der Eingeborenen 62, 228.
Anchylostomiasis 3, 15 ff., 60, 64, 76 ff., 95, 96, 137, 159, 167, 280, 324, 334, 464.
Anchylostomum duodenale 64, 77, 213 ff., 263.
Anecho 271.
Aneurysma 30.
Anopheles 135, 223.
Ansiedelung von Europäern 14.
Antirattin 275.
Apoplektische Lähmung 208.
Apotheke, Duala 183, 184.
—, Lome 256.
Arbeiten, tropenmedizinische und tierärztliche — 478.
Arsacetin bei Schlafkrankheit 310.
Arsenophenylglycin 310.
Arsenpräparate 28.
Aruscha 123.
Ascaris lumbricoides 75, 213, 263, 334.
Asthma 149, 155, 265, 318, 325, 331.
Atherom 218.
Atmungsorgane, Erkrankungen der — 29, 39, 149, 155, 161, 163, 164, 166, 168, 173, 177, 181, 209, 241, 246, 265, 280, 314, 318, 322, 324, 329, 331, 344, 349, 355, 357, 361, 372, 378, 379, 391, 402, 416, 420, 425, 430, 432, 436, 437, 439, 447, 449, 455, 460, 467, 470, 474, 483, 509.
Atoxyl 28, 86, 207, 224, 309.
— bei Framboesie 71.
— bei Rückfallfieber 494.
Augenbindehautkatarrh, granulöser — 151, 157.
Augenkrankheiten 66 ff., 151, 157, 165, 166, 174, 178, 243, 248, 267, 282, 316, 320, 323, 326, 330, 333, 346, 350, 358, 362, 374, 378, 380, 382, 402, 417, 427, 430, 433, 436, 438, 444, 450, 456, 461, 468, 472, 476.
Auripigment bei Schlafkrankheit 309.
Ausschwefelung von Fahrzeugen 6.
Autosuggestion bei Eingeborenen 412.

B.

Bagamoyo 19, 105.
Bagail 413.
Bagida 278.
Bahnbau Morogoro—Tabora 32, 95, 164 ff.
— Kamerun 171, 189, 202.
Bamenda 184, 229, 236.
Banyo 184, 228, 239.
Barlowsche Krankheit 343.
Bascho 185.
Basler Mission, Farbigen-Hospital der — 189.
Baumschlange, grüne — 47.
Bazillus, milzbrandähnlicher — 35.
— Danysz 275.

Bekleidung der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 490.
Beliao 385, 394, 407.
Bergländer Ostafrikas 14.
Beriberi 31, 54, 154, 180, 207, 246, 314, 352, 355, 356, 361, 379, 382, 397, 407, 411, 417, 452, 453, 455, 459, 474, 475, 509.
Berkefeldfilter 233.
Bernegausches Togo-Simaruba-Extrakt 260.
Bettnässen 327.
Bevölkerungsabnahme in Neu-Mecklenburg 418.
Bewegungsorgane, Krankheiten der — 151, 158, 175, 178, 181, 243, 248, 283, 323, 327, 330, 346, 351, 359, 363, 380, 382, 417, 428, 434, 437, 438, 448, 451, 457, 462, 469, 472, 476, 511.
Bewußtlosigkeit bei Malaria 39.
Bibliothek in Duala 183.
Bilharzia 30, 76 ff., 159, 214, 263, 334, 498.
Bismarckburg 118.
Bitalobo, Krankenhaus in — 353.
Blennorrhöe 66, 243, 248.
Blutaderentzündung 173.
Blutuntersuchungen bei Filaria 81.
— bei Malaria 131, 134.
Bogadjim 394.
Bogia 400.
Brunnenanlagen 20 ff., 230 ff.
Buea 188.
Bukoba 115.

C.

Calmettesches Schlangengiftserum 46, 47, 220, 290.
Carcinom 48 ff., 205, 264, 291.
Carcinomatose 51.
Charcot-Leydensche Kristalle im Stuhl 64.
Chaulmoogra-Öl 206, 261.
Chinin bei Schwangeren 386.
Chinin-Einspritzungen 9, 36, 39, 195ff.
Chiningaben, kleine — nach Nocht 38, 39, 277, 386, 397.
Chiningewöhnungskuren 10, 38, 42, 200, 290.
Chininhaltige Patentmedizin, englische — 41.
Chininklystiere 44.
Chininkuren 9.
Chininprophylaxe 11, 98, 195 ff., 198 ff., 223, 231, 277, 290, 372, 504.
Chininphytin, Schwarzwasserfieber nach — 389.
Chinin. tannic. bei Schwarzwasserfieber 389.
Chloralhydrat bei Malaria convulsiva 40.
Chondro-Adenom 54.
Chylurie 80.
Claytonapparat 6.
Colporrhaphia anterior 82.
Credéscher Handgriff 169.
Crotonöl, Pseudodysenterie nach — 260.
Cysticercus 92.

D.

Dammnaht 169.
Daressalam 1, 2, 8, 32 ff., 131, 169.
—, Gouvernements-Krankenhaus 1, 2, 32 ff.
—, Sewa-Hadji-Hospital 1, 34, 99.
Darmblutungen bei Darmkatarrhen 29.
Darmerkrankung durch Fliegenmaden 75.
Delebpalmen 184.
Demenz 208.
Dendrapis angusticeps 47.
Dermatitis trophoneurotica 217.
Desinfektionsapparat 190.
Deutsch-Ostafrika 1.
—, Sanitätsbericht der Schutztruppe von — 483.
Deutsch-Neu-Guinea 352.
Deutsch-Südwestafrika 336 ff.
Dibanga 204.
Dichapetalum Stuhlmannii 93, 94.
Dioskorin 204.
Distoma haematobium 77 ff., 214.
Diverticulum vesicae 266.
Diphtherie 339, 343.
Dracunculus medinensis 262, 279, 334.
Drahtgaze 277.
Dschang 185, 230.
Duala 189, 222.
—, Regierungshospital 170, 183.
Dume 185.
Durchfall bei Malaria 39.
Dyspepsie-Enterokatarrhe 29.

E.

Ebolova 187, 230, 239.
Edea 227.
Eingeborenenernährung 202.
Eingeborenenmedizin 4, 57, 58.
Eingeweidewürmer, Übersicht über das Vorkommen in Maneromango 145.
— der Tiere 93, 214.
Eklampsie 176, 182, 221, 250, 265, 292, 318.

Elephantiasis 30, 78 ff., 81, 159, 167, 177, 182, 222, 250, 263, 282, 317, 438, 463.
Empyem 210.
— nach Speerstich 354.
Enchondrom 53.
— der Glandula sublingualis 70.
Entamoeba histolytica 64.
Entseuchung durch Weidewechsel bei Küstenfieber 85.
Eosinophilie bei Bilharzia 30.
Epilepsie 155, 246, 265, 269, 314, 318, 331, 343, 417, 470.
Epulis 52.
Erblindungen bei Arsenbehandlung 28.
Erfrierung 159.
Erima 394.
Erimahafen 394.
Ernährung Eingeborener (K.) 202, 203.
— (T.) 268.
Ernährung der Europäer (K.) 225 ff.
— (T.) 286.
Ernährungsorgane, Krankheiten der — 8, 15, 29, 30, 48, 60, 61, 64, 75, 76, 95, 96, 137, 145, 150, 152, 156, 159 161, 164, 166, 167, 168, 173, 174, 177, 181, 210, 211, 213, 242, 247, 263, 266, 280, 291, 314, 315, 318, 319, 322, 324, 325, 329, 330, 332, 334, 344, 349, 355, 358, 361, 378, 379, 382, 416, 426, 430, 433, 436, 437, 443, 447, 450, 456, 460, 464, 468, 471, 475, 483, 498, 510.
Erysipelas bullosum 34.
Esanophelespillen 10.
Euphorbiensaft 204.
Europäerhospital in Kaiser-Wilhelmsland 385.
Europäerkinder 34, 268.

F.

Fetischschlange 275.
Fibrom 70, 218, 264, 321.
Fickersches Reagens 55.
Fieber, syphilitisches — 66.
Filaria 30, 78 ff., 160, 182, 218, 222, 244, 249, 262 ff., 279 ff., 314, 317, 322, 324, 334, 409, 497.
Finnen 258.
Finnenkrankheit der Rinder 92.
Finschhafen 385.
Fische als Vertilger von Mückenlarven 198, 274.
Fischverletzung 434.
Fistula auris congenita 268.
Fleischbeschau 225.
Fliegenlarve 222.
Fliegenlarvenkrankheit 354.
Fliegenmaden 75, 153, 160.
Fluorescin-Natrium 195.
Framboesie 71, 158, 166, 168, 187, 208 ff., 223, 262, 279, 314, 317, 324, 359, 362, 373, 382, 400, 403, 407, 416, 420, 425, 427, 433, 444, 449, 459, 467, 470, 474, 499, 511.
Frauenkrankheiten 82, 153, 160, 168, 175, 221 ff., 267, 282, 315, 319, 326, 334, 347, 351, 360, 363, 374, 380, 382, 409, 429, 431, 434, 439, 458, 463, 469, 473.
Friedrich-Wilhelmshafen 385, 419.
Fusiforme Stäbchen 217.
Fußgeschwulst 158, 175, 248.

G.

Ganglion 218.
Garua 183, 230, 234.
Gastrisches Fieber 148, 154, 245.
Gaumenspalte 268.
Gebärmuttervorfall 82.
Geburt, Verlauf bei Eingeborenen 402.
Geflügelcholera 239, 240.
Geflügelkrankheiten 92, 236, 240.
Geflügelpocken 92.
Gehirnblutung 162.
Gehirnentzündung 355.
Gehirnerscheinungen bei Syphilis 261.
Gehirnschlag 251.
Gehirntumor 214.
Geistesstörungen bei Malaria 39.
Gelbfieber 275.
Gelbsucht 150, 156, 174, 280, 319, 322, 329.
— bei Rückfallfieber 37.
Gelenkentzündung 151, 158, 175, 178, 218, 243, 248, 275, 316, 327.
—, gonorrhoische — 66.
—, primäre — 218.
Gelenkrheumatismus 148, 154, 164, 166, 173, 177, 180, 204, 241, 245, 290, 314, 317, 324, 331, 343, 348, 357, 361, 424, 432, 449, 467, 470, 496, 512.
Genickstarre, epidemische — 275.
Geschlechtskrankheiten 31, 65, 97, 150, 157, 161, 165, 166, 171, 174, 178, 181, 186, 187, 199, 214, 215, 233, 242, 247, 261, 269, 281, 282, 315, 320, 322, 323, 325, 326, 330, 332, 345, 350, 358, 362, 373, 378, 380, 382, 401, 407, 412, 416, 420, 424, 425, 427, 430, 433, 436, 438, 445, 448, 450, 456, 461, 472, 475, 483, 485, 499, 510.
Geschlechtskrankheiten, Untersuchung der Eingeborenen auf — 394.

Geschwülste, bösartige — 48, 49, 154, 173, 204 ff., 245, 264, 291, 331, 337, 340, 347, 348, 357, 379, 382, 424, 430, 432, 467, 470.
Geschwüre nach Verletzungen 97.
Gesundheitsdienst (DOA.) 2 ff.
— beim Bahnbau (DOA.) 97.
— (T.) 250.
Gesundheitskommission (T.) 258.
Gibeon, Krankenstatistik 336, 339.
Gicht 148, 154, 314.
Giftpflanzen, Vergiftung von Tieren durch — 93.
Gift, sympathetisches — bei Eingeborenen 412.
Glatzflechte 92.
Glaukom 333.
Glossinen 26 ff., 86, 141, 224, 232, 296 ff., 307.
Glottisödem 69.
Gobabis, Krankenstatistik 336, 338.
Gori 27.
Gouvernementsapotheker (DOA.) 1, 2.
Gouvernementsbeamte, kranke — (K.) 171, 180.
— (T.) 268.
Grippe 148, 154, 168, 245, 343, 348, 356, 357, 361, 378, 379, 452, 455, 459, 467, 470, 474, 495.
Grootfontein, Krankenstatistik 336, 337.
Guha 375.
Guineawurm 250.

H.

Haematochylurie 263, 317.
Haemoglobinurie 12, 38, 41, 269.
Haemorrhoiden 155, 173, 177, 242, 246, 318, 325, 332.
Hafenarzt 6.
Halbseitenlähmung 208.
Handelsmarine 171.
Harn- und Geschlechtsorgane, Krankheiten der —, außer den venerischen, 150, 156, 165, 174, 178, 181, 202, 214, 242, 247, 267, 281, 315, 319, 322, 325, 328, 332, 345, 349, 358, 362, 378, 380, 382, 391, 394, 402, 416, 427, 433, 438, 448, 450, 456, 461, 468, 471, 475.
Harnröhrenfistel 261, 281, 319, 322, 326, 328, 332.
Hautchondrome, multiple — 218.
Hautkrankheiten 35, 67, 151, 153, 158, 159, 165, 167 ff., 174, 178, 181, 216, 218, 243, 248, 263, 267, 282 ff., 292, 316, 320, 323, 326, 330, 333, 346, 350, 359, 362, 378, 380, 382, 400, 402, 407, 416, 417, 420, 427, 431, 433, 436, 438, 444, 448, 450, 457, 462, 469, 472, 476, 511.
Hautkrankheiten der Haustiere 92.
Hebammenschwestern 83, 169, 221.
Herbertshöhe 352, 419.
Herpes zoster ophthalmicus 67.
Hirnhautentzündung 57, 58, 155, 209, 246, 318.
—, tuberkulöse — 57.
Hitzschlag 48, 154.
Hodensackgeschwülste, Blutuntersuchungen bei — 81.
Hornhautgeschwür 374.
Hospitalbrand 154.
Hühnererkrankung (K.) 236.
Hunde als Wirte des Trypanosoma gambiense 301.
Hydrocele 30, 78, 81, 150, 157, 174, 178, 211, 214, 247, 267, 280, 281, 319, 326, 328, 332.
Hydrosalpinx 265.

I.

Hembula, Missionsstation — 168.
Impotenz 318, 326.
Infantiler Wuchs 209.
Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen 343, 348, 357, 361, 379, 382, 416, 423, 430, 432, 436, 437, 447, 449, 455, 459, 467, 470, 474, 483.
— der Tiere 84.
Infulele 464.
Insektenstich 153, 160, 166.
Invaginatio ileocoecalis 61.
Inzucht 209, 418.
Irido-Chorioiditis tuberculosa 375.
Iringa 120.
Ischias 208, 322, 357, 439, 455.

J.

Jabob 394.
Jaluit 440.
Jap 421.
Jaunde 227.
Joko 240.
Jomba 394, 396.

K.

Kadesche Antidysenterieessenz 202.
Käfer, Erkrankung nach Bespritzung mit dem Saft eines — 34.
Kaiser-Wilhelmsland 384, 409.
Kala-azar 31.

Kal. permangan. bei Schlangenbiß 46.
Kamerun 170.
—, Sanitätsbericht der Schutztruppe in — 501.
Kamerunschwellung 80.
Kanzleigehilfen 1.
Kapok-Schnupfen 392.
Karbunkel 317.
Karolinen 421.
Kaskas, Behandlung von — 402.
Katarrhalfieber, bösartiges — der Rinder 87.
Käwieng 409, 418.
Kehlkopfaffektion, tertiäre — 65.
Keloid 71.
Keuchhusten 261, 317, 339, 344, 356, 357, 361, 420.
Kiefernekrose 61.
Kigarama 26.
Kilimatinde 110.
Kilwa 12, 20, 106.
Kinderernährung und -Sterblichkeit 29, 34, 230, 268.
Kinderlähmung, spinale — 58.
Kirugu 27.
Kishanje 26.
Kleidung, europäische — bei Eingeborenen 412, 420, 444.
Klima (K.) 227 ff.
— (T.) 297.
Knochennekrose bei Unterschenkelgeschwür 68.
Kochsche Expedition 25.
— Kugel 84.
Kondoa-Irangi 108.
Königin-Charlotte-Krankenhaus 255, 268.
Konstantinhafen 394.
Konzentrationslager 28.
Körperschwäche, allgemeine — 152, 159, 175, 249.
Krampfaderbruch 157, 247, 319, 326.
Krämpfe 163, 177.
Krankendienst 31.
Krankenhausanlagen in Deutsch-Ostafrika 1, 32, 33, 99, 169.
— in Kamerun 170, 176, 179, 183, 194, 225.
— in Togo 255, 256, 272, 284.
— — Herbertshöhe 353.
— — Simpsonhafen 366.
— — Friedrich-Wilhelmshafen und Stefansort 407.
— — Käwieng 413.
— — Jap 421.
— — Ponape 435.
— — Nauru 452.
— — Samoa 465.
Krankenstatistik, Europäer, in Deutsch-Ostafrika 7, 32, 146, 148, 161, 164.
— in Kamerun 172, 176, 179, 241, 251.
— — Togo 268, 275, 289, 314, 322, 329.
— — Südwestafrika 336, 343.
— — Herbertshöhe 357.
— — Simpsonhafen 378.
— — Kaiser-Wilhelmsland 393.
— — Jap 430.
— — Jaluit 447.
— — Nauru 455.
— — Samoa 465, 467.
Krankenstatistik, Farbige, in Deutsch-Ostafrika 132, 146, 154, 164.
— in Kamerun 166, 172, 176, 180, 245.
— — Togo 269, 270, 272, 276, 289, 314, 317, 324, 331.
— — Südwestafrika 336, 348.
— — Herbertshöhe 361.
— — Simpsonhafen 379.
— — Kaiser-Wilhelmsland 395, 404.
— — Käwieng 416.
— — Jap 432.
— — Jaluit 449.
— — Nauru 459.
— — Samoa 465, 474.
Kreislaufs- und blutbereitende Organe, Krankheiten der — 60, 149, 155, 156, 161, 163, 164, 173, 177, 181, 204, 213, 214, 242, 246, 265, 280, 314, 318, 322, 325, 329, 332, 344, 349, 358, 361, 378, 379, 382, 416, 426, 430, 432, 436, 437, 447, 449, 456, 460, 468, 471, 475, 510.
Kretinismus 209.
Kribi 179, 188, 226.
Krokro 217.
Kropf 60, 156, 173, 209, 246, 265, 318, 325.
Kusain 439.
Kusseri 183, 231.
Küstenfieber 84 ff.

L.

Laboratorium, chemisches — (DOA.) 2.
— bakteriolog. — (K.) 183.
— patholog.-anatom. — (K.) 183.
Latrinen der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 491.
Läuse 320.
Lazarette der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 488.
— der Schutztruppe in Kamerun 502.
Lazarettinspektor 170.
Lebensschwäche, allgemeine — 163.
Leberabszeß 63 ff., 162 ff., 171 ff., 203, 212, 251, 260, 266, 269, 281, 315, 319, 355.

Leberatrophie, akute — 211.
Lebercirrhose 162.
Leberegel 239.
Leberkrankheiten 150, 156, 174, 177, 212, 242, 247, 266, 281, 315, 319, 325.
Leberschwellung, syphilitische — 66.
Lehmessen 21.
Leopard, tödliche Verletzung durch — 162, 163.
Lepra 3, 23 ff., 54, 139, 154, 177, 206, 223, 245, 261, 278, 287, 317, 324, 361, 398, 407, 424, 432, 443, 449, 464, 497.
—, Therapeutische Versuche 25, 206, 261.
Lepraheim 23 ff., 139, 206, 255, 257, 261, 278.
Leukaemie 149, 156.
Lienhardt-Sanatorium 33.
Lindi 107.
Lipom 218, 264.
Liwale 120.
Löfflers Arseniklösung 86.
Lome 255.
Lomie 186, 228.
Lungen - Brustfellentzündung der Ziegen 87.
—, ansteckende — 239.
Lungenlähmung 171.
Lungenseuche 233, 236.
Lungenthrombose 210.
Lues congenita 66.
Lymphangiom 251.
Lymphe 4, 128, 193, 287.
—, Lanolin- 507.
Lymphgewinnungsbesteck 193.
Lymphsarkom 52.
Lymphscrotum 80, 160, 317.

M.

Madurafuß 160.
Mahenge 120.
Malaria 3, 7, 12, 31, 38, 95, 131, 135, 146, 148, 154, 161, 194, 225, 231, 252, 258, 259, 274, 276, 287, 314, 317, 322, 324, 329, 331, 335, 337, 340, 343, 348, 357, 361, 364, 367, 369, 371, 378, 379, 382, 384, 385, 386, 393, 394, 396, 401, 403, 407, 409, 416, 420, 423, 432, 440, 458, 463, 467, 474, 485, 486, 494, 500, 504, 507.
— convulsiva 40.
— -Exanthem 197.
— haemorrh. pernic. 268.
— -Kachexie 197.
— traumatica 194.
—, Dysenterieähnliche Erscheinungen 39.
—, Geistesstörungen 39.
Malaria, Nervenerkrankungen 265.
—, Verhältnis zu Lufttemperatur und Regenmenge in Simpsonhafen 371.
— -Bekämpfung 2.
— in Daressalam 8 ff., 131 ff.
— — Tanga 11 ff.
— — Togo 278, 288.
— — Simpsonhafen 367.
—, Tabelle der Blutuntersuchungen 131 ff., 134, 135 ff.
— der Rinder 240.
Male 399.
Maltafieber 31, 55 ff., 154, 343, 410, 441, 447, 449, 505.
Mamanula 365.
Mandelentzündung 150, 164, 173, 247.
Maneromange 145.
Mara 27.
Marineangehörige, kranke — (K.) 171.
Marshall-Inseln 421, 440.
Masern 29, 148, 154, 343.
Mastdarmfisteln 177, 267, 328, 332, 334.
Mastdarmvorfall 291, 332.
Matupi, Dysenterie in — 356.
Matussi 84.
Mauono 465.
Merkblätter über Geschlechtskrankheiten 98.
— über Wurmkrankheit 15, 98.
Militärpersonen, kranke — (K.) 146 ff.
Milzbrand 88, 260.
Milzbrandähnliche Erkrankung 35.
Milztumor 266, 281, 318.
Mißbildung 158, 175, 248, 268, 321.
Missilipik 422.
Missionsmitglieder, kranke — 171, 180, 268, 275.
Mission, katholische —, Krankenhaus und Apotheke in Vuna-Pope 353.
Missionsstation Ilembula 31, 168.
Modillon 394, 396.
Mohoro 105.
Mondoleh-Insel 193.
Mori 26, 27.
Morogoro 108, 164.
Moschi 122.
Moskitobrigaden 10.
Mpapua 108.
Muansa 113.
Mückenbekämpfung 10, 12, 195, 198, 226, 232, 255, 258, 273.
Mückenlöcher 274.
Multiple Sclerose 59.
Mumps 194, 484, 492.
Mundfäule 168, 355.
Muskelkrankheiten 151, 158, 165, 175, 181, 218, 243, 249, 316, 321, 323, 327, 330, 333, 391, 394.
Muskelabszeß, primärer — 218.

Mutassi 84.
Myelitis transversa 209.
Myom des Uterus 176, 264.

N.

Nachtigal-Krankenhaus 271 ff.
Namatanai 418, 420.
Namaune 411.
Namutoni, Krankenstatistik 336.
Narbengeschwür 283.
Nastin 206, 223.
Natriumquellen 237, 239.
Nauru 439, 452.
Nervensystem, Krankheiten des — 56, 148 ff., 155, 173, 177, 180, 208, 241, 246, 265, 280, 314, 318, 322, 324, 329, 331, 335, 343, 348, 357, 361, 378, 425, 430, 432, 436, 437, 447, 449, 455, 459, 467, 470, 474, 498, 500.
Neu-Langenburg 118.
Neu-Mecklenburg 409.
—, Bevölkerungsabnahme in — 418.
Neupommern 409.
Neurasthenie 56, 149, 155, 173, 180, 208, 241, 314, 318, 322, 324, 344, 357, 385, 391, 393, 394, 455, 467, 470, 474.
Neuritis, retrobulbäre —, bei Rückfallfieber 38.
Niansa 27.
Nierenkapsel, Spaltung der — 199.
Nierenkolik 267.
Nierensteine 214.
Nikotiana-Seife 218.
Nusa 411.
Nochtsche Methode der Chinindarreichung 38, 39, 277, 386, 397.
Novocainanästhesie 52.

O.

Ochromyia anthropophaga 222.
Ohrenkrankheiten 50, 58, 151, 157, 165, 167, 174, 178, 181, 243, 248, 316, 320, 323, 326, 330, 333, 346, 350, 359, 362, 380, 382, 402, 417, 427, 431, 433, 438, 448, 450, 457, 462, 468, 472, 476.
Ohrspeicheldrüsenentzündung, epidemische — 148, 154, 194, 245.
Operationsübersicht (T.) 269, 270.
Ostkarolinen 435.
Ovarialcyste 221, 265.
Oxyuris 263.

P.

Palime 284.
Pangani 19.
Papaya 413.
Papillom 218.
Paralyse 209.
Paranoia hallucinatoria 56 ff.
Pemphigus syphiliticus 66.
Perforationsperitonitis bei Ruhr 43.
Perichondritis laryngea 69.
Perisygmoiditis bei Ruhr 44.
Periurethral-Abszeß 215.
— -Fistel 65.
Pest (DOA.) 2 ff.
— (T.) 262, 275, 287.
— -Laboratorium, fliegendes — 5.
— -Untersuchungsstation 4 ff.
Pes varus congenitus 72.
Pfeilschuß 401, 487.
Pferdesterbe 87.
Phagedänismus tropicus 67.
Phimosen 401.
Phosphorlatwerge 6.
Piroplasma bigeminum 86.
— des Küstenfiebers 84.
— des Hundes 86.
Plattfuß 158, 178, 248, 323.
Pneumothorax 219.
Pocken 3 ff., 125, 154, 166, 170, 172, 180, 191 ff., 241, 245, 260, 269, 275, 287, 348, 368, 447, 449, 485, 492, 507.
—, Inoculation echter Variola- — 3.
— -Krankenräume 180, 183, 186.
— —, rote Farbe der — 100.
Pockenlymphe 4, 128, 193, 287.
—, Lanolin- — 507.
Polpeuritis gallinarum 240.
Ponape 435.
Potsdamhafen 400.
Prostatitis 35, 215.
Prostituierte, Kontrolle über, — in Lindi 492.
Pseudoruhr 29, 39, 260.
Puerperalfieber 339, 341, 347, 354, 409.
Pulsadergeschwulst 155, 173, 246, 280, 325.
Pyaemie 148, 154, 217, 317, 324, 474, 507.
Pyrosoma bigemina 240.

R.

Radialislähmung 209.
Ragetta 394.
Rattenpest 5 ff.
Rattenvertilgung 4, 130, 275.
Räude 92, 240.
Rauschbrand 89.
Regentabelle Togo 297.
Regierungsärzte 1, 170, 255.
Reiseärzte 295, 307.
Rhabdonema 160.

Rhipicephalus 240.
Rizinusöl bei Dysenterie 398.
Rindermalaria 240.
Rinderpest 87.
Rinderruhr 87.
Rinderseuche in Garua 235.
Ringwurm 152, 159, 181, 218, 267, 412, 420, 445, 469, 473, 477, 511.
Rose 34, 148, 154, 172, 245, 343, 432, 459, 474.
Roter Hund 267.
Rotz 92, 240.
Rückenschwimmer 10.
Rückfallfieber 31, 36 ff., 45, 97, 148, 154, 162, 474, 485, 492 500.
Ruhr 29, 39, 43, 44, 63, 64, 96, 148, 154, 161, 164, 166, 170, 173, 177, 180, 186, 188, 201, 202, 203, 227, 241, 245, 260, 279, 288, 314, 317, 322, 324, 329, 331, 337, 338, 341, 342, 343, 348, 357, 372, 378, 379, 382, 397, 407, 410, 411, 416, 420, 423, 430, 432, 436, 439, 441, 443, 447, 449, 452, 453, 455, 459, 467, 470, 474, 484, 485, 495, 500, 508.
—, arzneiliche Behandlung der — 44, 202 ff.
—, Verhütung der Ausbreitung der — 420.
Ruo 394, 400.
Russissi 27.

S.

Safrit 423.
Samoa 464.
Sanatorium Suellaba 170, 182.
Sandfloh 152, 159, 166, 167, 263, 314, 317, 334.
Sanitätsdienst bei der Schutztruppe in Kamerun 503.
Sanitätskolonne 170, 196, 274.
Sanitätsoffizier der Armee 1.
Sanitätspersonal (DOA.) 1 ff.
— (K.) 170, 501.
— (T.) 255.
—, farbiges — 16, 170, 255, 271, 284, 367.
Saprol 10.
Sarkom 50 ff., 264.
Sarkoptesräude 93.
Säuglings-Ernährung 29, 34.
Savai 464, 465.
Scharlach 29, 148, 339, 343.
Schirati 113.
Schistosomum haematobium 77, 263.
Schlachthaus 258.
Schlafkrankheit 1, 25, 141, 144, 159, 207, 224, 245, 288, 289, 292, 311, 485.
—, Bericht der Schlafkrankheitskommission in Togo 292 ff.
Schlaganfall 208, 251, 291, 329, 331.
Schlangenbiß 46 ff., 160, 180, 220 ff., 263, 290, 314, 331, 401, 499.
Schlangengiftserum Calmettes 46 ff., 220, 290.
Schlundlähmung bei Rückfallfieber 38.
Schußwunden 73 ff., 152, 159, 162, 163, 175, 219 ff., 243, 249, 251, 321, 327, 334, 338, 339, 340, 347, 351, 360, 363, 364, 473, 477, 499, 500, 505, 511.
Schutzpockenimpfung 127, 192, 368, 394, 464, 492.
Schwarzwasserfieber 8, 9, 31, 38, 40, 147, 148, 154, 161, 164, 171, 172, 177, 180, 195, 199, 241, 245, 251, 260, 290, 314, 317, 322, 329, 335, 343, 355, 357, 364, 384, 385, 386, 394, 495, 504.
Schwestern 1 ff., 11, 26, 83, 169, 170, 183, 255, 271.
Seborrhoe 217.
Seebrise, Einfluß auf Stoffwechsel 182.
Seeleute 171.
Sehnenscheidenentzündung, eitrige — 355.
Selbstmord 74, 159, 175, 249, 251.
Seleo 385.
Septicaemie 35, 154, 162, 331.
Septicopyaemie 412.
Seuchenbekämpfung (DOA.) 3.
Sewa-Hadji-Hospital 1, 34, 99.
S-Geschoß 220.
Shigasches Antidysenterieserum 203.
Siar 394.
Simpsonhafen 365.
Sklerose multiple 59.
Skorbut 45, 154, 173, 245, 343, 348, 459.
Skorpionsstich 160, 163, 263, 324.
Sonnenstich 314, 329, 440.
Soppo 187.
Speerstich, Verwundung durch — 354, 392, 394, 487.
Spinale Kinderlähmung 58.
Spinnenbiß 463.
Spirillen des Rückfallfiebers 45.
Spirillosis der Tiere 87.
Spirochaeten 36, 214, 217.
Ssongea 119.
Stauungsbehandlung 283.
Stephansort 393, 394, 404, 407, 408.
Stoffwechsel 182.
Stomoxys 229.
Strongyloides stercoralis 30 ff, 64.
Strongyloidosis 64.
Strongylus 213.
— subtilis 44.
Sublimateinspritzungen bei Rückfallfieber 37.
Suellaba 170, 182.
Surrah 233.
Sympathische Entzündung des Auges 67.

T.

Tabelau 421.
Tabes dorsalis 58, 155.
Tabora 110.
Taenia 263.
— saginata 78.
Talua 464.
Tanga 1, 11, 16, 33, 102, 134.
Tanganyika 2, 27.
Temperatursteigerung über 42° 387.
Tetanus 45, 154, 262, 279, 317 324.
Texasfieber 86.
Thrombose der Arteria basilaris cerebri 291.
Thymol 16, 17, 20, 44.
Thymolvergiftung 76.
Tierarzt 84, 234.
Tierkrankheiten 234 ff.
Tobera, Krankenhaus in — 353.
Togo 255.
Togo-Simaruba-Extrakt 260.
Totemismus 418.
Tracheotomie 69, 280, 328.
Trachom 374.
Transplantation nach Thiersch 64, 70.
Trichinen 258.
Trichocephalus dispar 213, 263.
— trichinosis 64.
Tripper blenorrhöe 157, 166.
Tropfenmethode bei Malaria 9.
Trypanosomen der Tiere 86 ff., 225. 232, 254.
Trypanosomiasis 497.
Tschole 105.
Tsetse 86 ff., 229, 231 ff., 235, 238 ff., 303 ff.
Tuberkulose 31, 57, 148, 154, 161, 177. 180, 200 ff., 211, 213, 241, 245, 260. 269, 278, 288, 314, 317, 324, 331, 338. 341, 342, 343, 348, 355, 357, 364, 369. 379, 382, 385, 398, 407, 412, 416, 422. 423, 425, 427, 430, 432, 433, 439, 443, 446, 449, 459, 460, 461, 462, 470, 474, 495.
— der Haustiere 91.
Tuberkulöse, ungeeignet für die Tropen 391, 398.
Tumleo 385.
Typhus 31, 35, 36, 43, 55, 95, 97, 148. 162, 164, 171 ff., 177, 194, 226, 241. 245, 251, 260, 262, 314, 317, 335, 339. 341, 343, 348, 355, 357, 389, 394, 441. 452, 455, 459, 474, 507.

U.

Udjidji 25.
Ukerewe 27, 30.
Ulcus tropicum 67 ff., 217, 292, 327, 333.
Unterkunft der Schutztruppe in Kamerun 502.
— der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 488.
Upolu 464, 465.
Usumbura 25, 115.
Utegi 27.

V.

Veitstanz 318.
Vergiftung 46, 148, 154, 173, 177, 180, 204, 241, 245, 263, 317.
— durch Alkohol 148, 154, 173, 241, 245, 267, 290, 331, 343, 467.
— durch Essigessenz 338.
— — Fisch 48.
— — Fleisch 264, 314, 470.
— — Grubengas 459.
— — Morphium 162.
— — Nikotin 343.
— — Opium 357, 364.
— — Seemuscheln 412.
— — Sublimat 357.
— — Thymol 76.
— — Wurst 180, 204, 496.
— bei Haustieren 93.
Verkrüppelung 72.
Verletzungen, mechanische — 67, 72. 73, 74, 97, 152, 158, 159, 165, 167. 175, 177, 179, 182, 219 ff., 243, 249. 292, 316, 321, 323, 327, 330, 333, 346. 351, 359, 363, 380, 382, 407, 428, 431. 434, 437, 438, 448, 451, 457, 462, 469. 473, 476, 511.
Verpflegung der Schutztruppe in Kamerun 502.
— der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 489.
Veterinärärztlicher Bericht (DOA.) 84 ff.
— — (K.) 234 ff.
Veterinär - Seuchenpolizeiliche Verordnungen 84.
Victoria 176, 189, 225 ff., 240.
Victoriasee 1, 26.
Viehseuchen 409.
Viehzucht 91, 182, 225, 304.
Vielmännerei 418.
Vorgetäuschte Krankheit 175.
Vuna-Pope, Missionskrankenhaus in — 353.

W.

Wasserversorgung in Victoria 226.
— — Palime 285.
— — Simpsonhafen 367.

Wasserversorgung der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika 490.
— der Schutztruppe in Kamerun 502.
Waturu 4.
Weidewechsel der Rinder bei Küstenfieber 86.
Wellblechbaracke 185, 187, 190.
Wellblechdach 184, 189, 230.
Westkarolinen 421.
Widerstandskraft der Eingeborenen gegen Krankheiten 412.
Wilhelmsthal 122.
Wugiri 33.
Wurmfortsatz, angeborenes Fehlen des — 62.

Z.

Zahnarzt, Missionsbruder als — 353.
Zecken 239, 240.
Zementhaus 189.
Zentralkomitee für Krebsforschung 50 ff.
Ziegenseuche 87, 239.
Ziemannsche Chinin-Prophylaxe 195, 223.
Zimmersche Chininkapsel 41.
Zivilärzte (DOA.) 1.
Zivilsanitätswesen (K.) 170.
Zuckerruhr 241, 317, 324, 343.
Zwillingsgeburt 82 ff.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

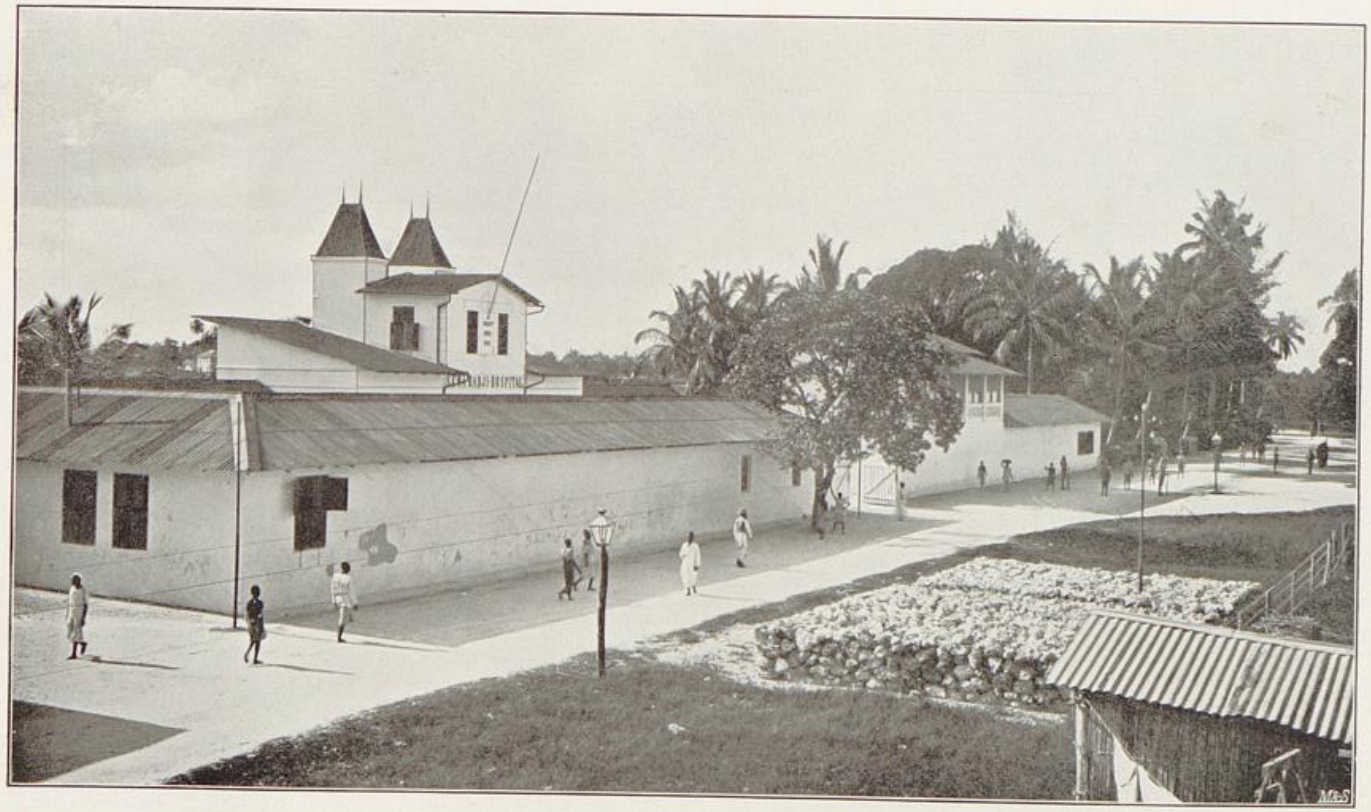


Bild 1. **Gesamtansicht des Sewa-Hadji-Hospitals mit Eingang.**

(Zu Seite 99/102)



Bild 1. **Gesamtansicht des Sewa-Hadji-Hospitals mit Eingang.**
(Zu Seite 99/102)



Bild 2. **Hauptgebäude des Sewa-Hadji-Hospitals.**

(Zu Seite 99/102)



Bild 2. **Hauptgebäude des Sewa-Hadji-Hospitals.**

(Zu Seite 99/102)

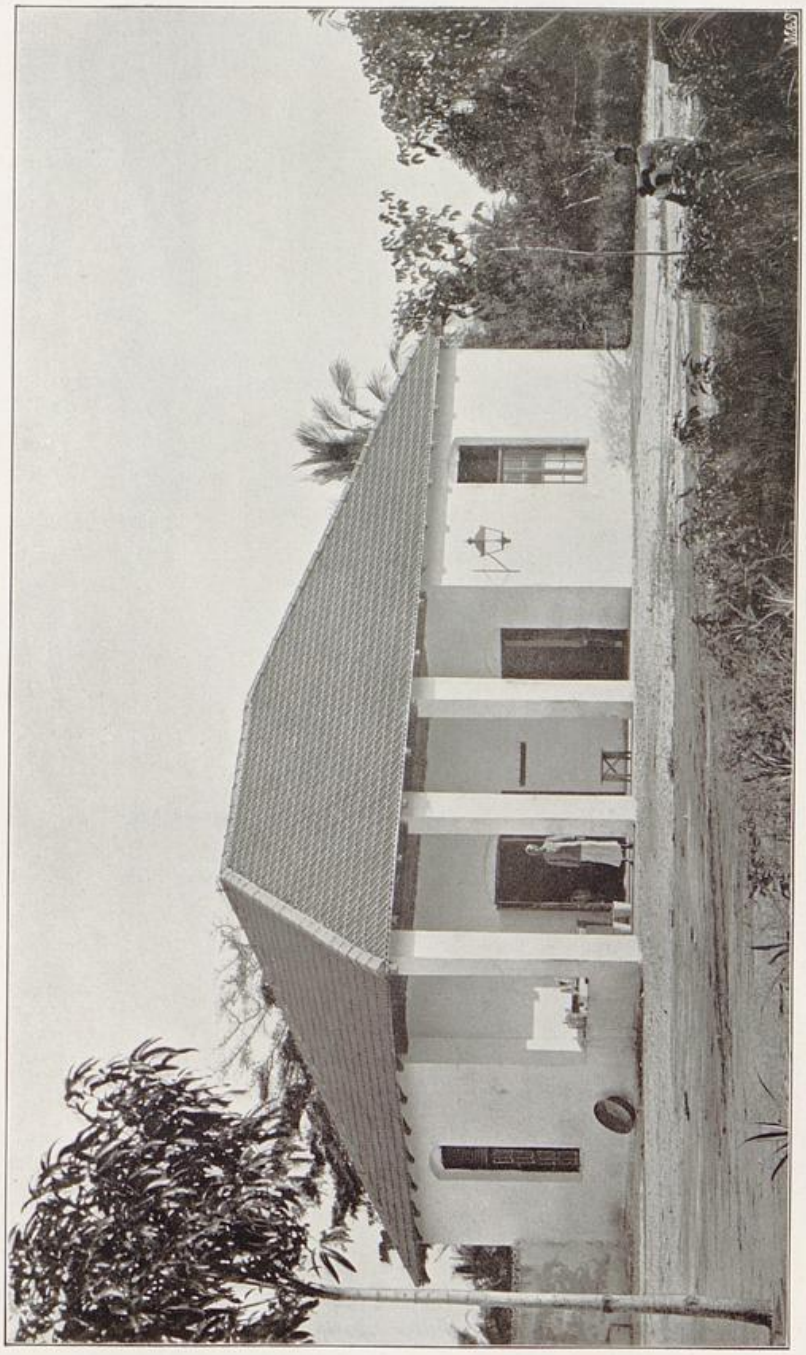


Bild 3. Poliklinikhaus in Tanga.

(Zu Seite 102)



Bild 3. **Poliklinikhaus in Tanga.**

(Zu Seite 102)



Bild 4. 3 Krankenbaracken und Hof in Tanga.

(Zu Seite 102)



Bild 4. **3 Krankenbaracken und Hof in Tanga.**

(Zu Seite 102)

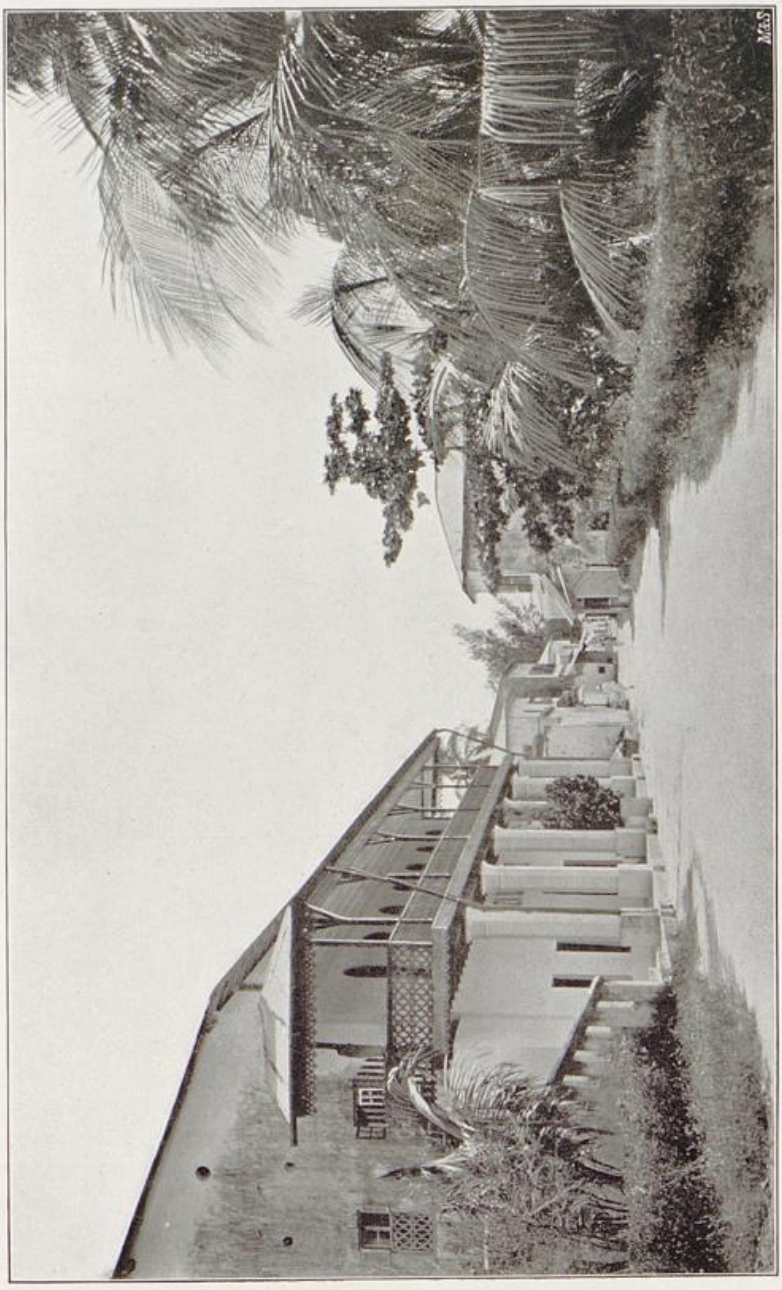


Bild 5. **Bagamojo.**
(Zu Seite 105)



Bild 5. **Bagamojo.**
(Zu Seite 105)



Bild 6.
Farbigen-Hospital in Pangani.
(Zu Seite 103)



Bild 7.
Mohoro.
(Zu Seite 105)

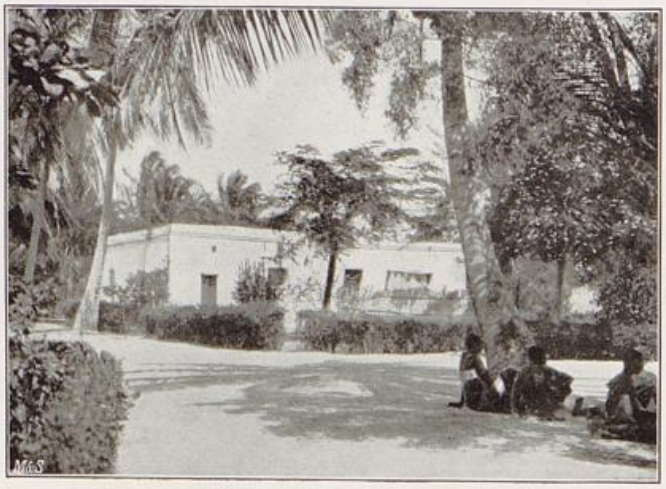


Bild 8.
Farbigen-Hospital Kilwa von der Boma aus gesehen.
(Zu Seite 106)

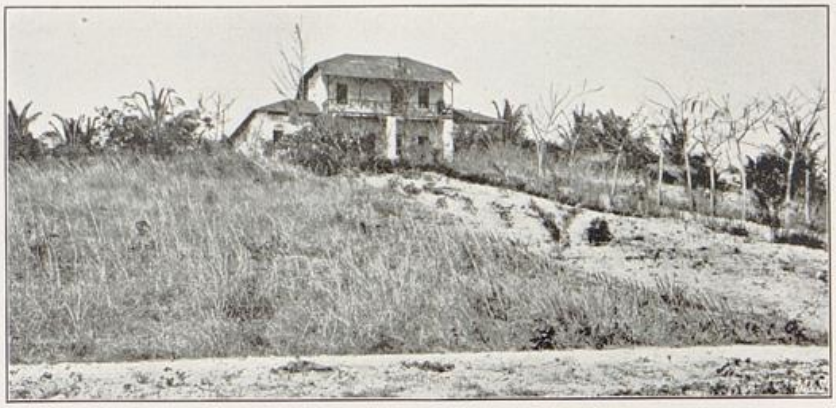


Bild 9. **Lindi. Gesamtansicht vom Strande aus.** (Zu Seite 107/108)



Bild 10. **Lindi. Farbigen-Krankenräume.** (Zu Seite 107/108)

S



Bild 11. **Lindi. Hof zwischen Europäer- und Farbigen-Hospital.** (Zu Seite 107/108)

N



Bild 12. **Farbigen-Hospital Morogoro.**
(Zu Seite 108)



Bild 13. **Eingeborenen-Hospital in Mpapua.**
(Zu Seite 108)

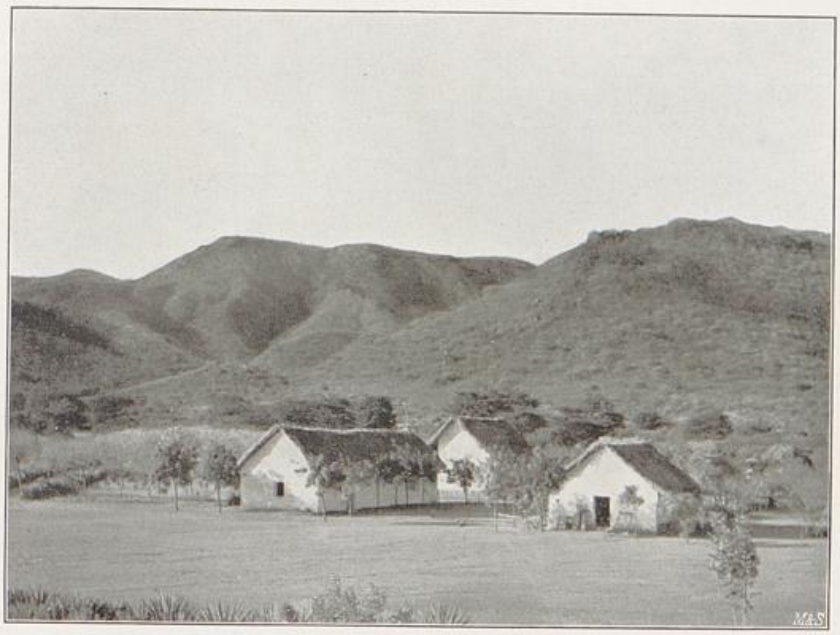


Bild 14. **Hospital für Farbige in Mpapua. Hospital mit Umgebung.**
(Zu Seite 108)



Bild 15. **Farbigen-Hospital im Kondoa-Irangi.**
(Zu Seite 108)

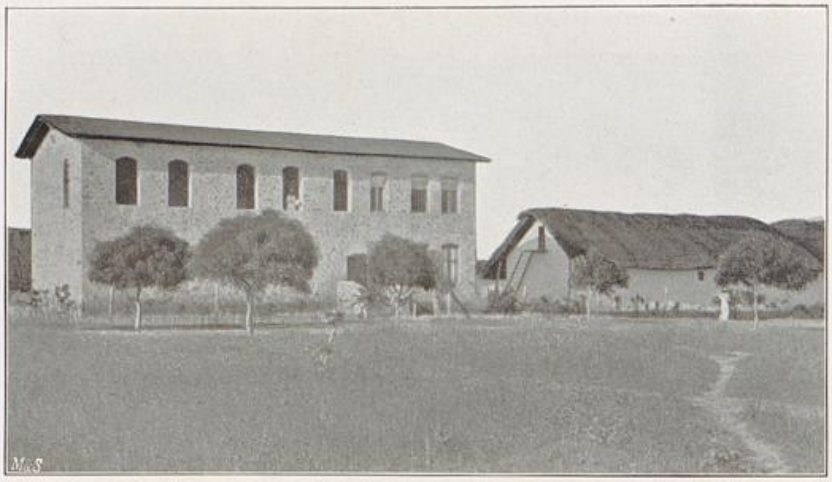


Bild 16.
Hauptgebäude der Krankenhausanlagen in Tabora.
(Zu Seite 111)

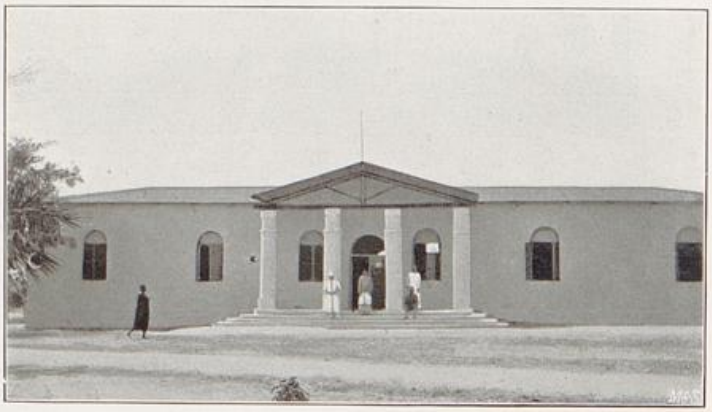


Bild 17.
Vorderansicht des Hospitals zu Muansa.
(Zu Seite 113)



Bild 18.
Verandas an der Hofseite des Hospitals.
(Zu Seite 113)

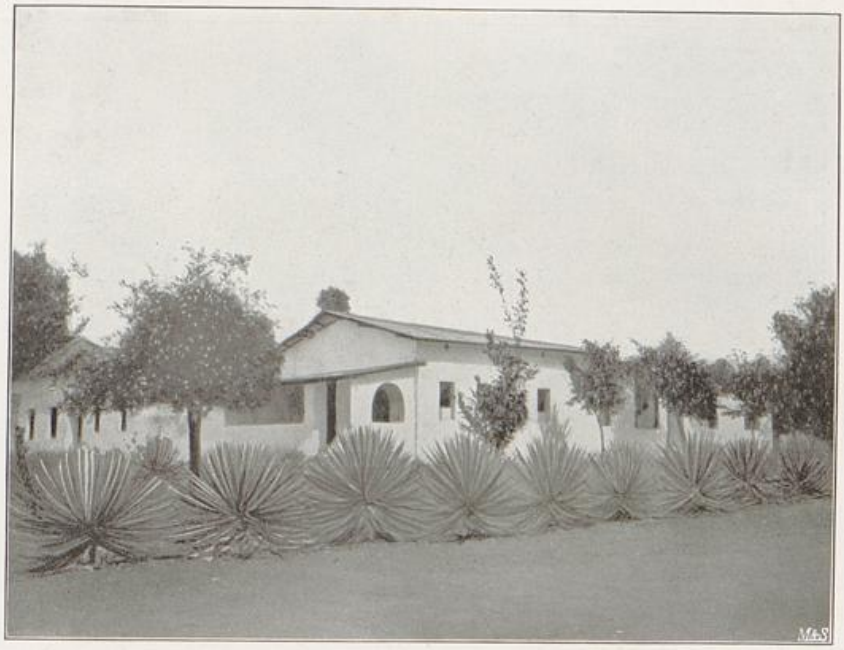


Bild 19. **Usumbura. Lazarettanlage von Westen gesehen.**
(Zu Seite 113)

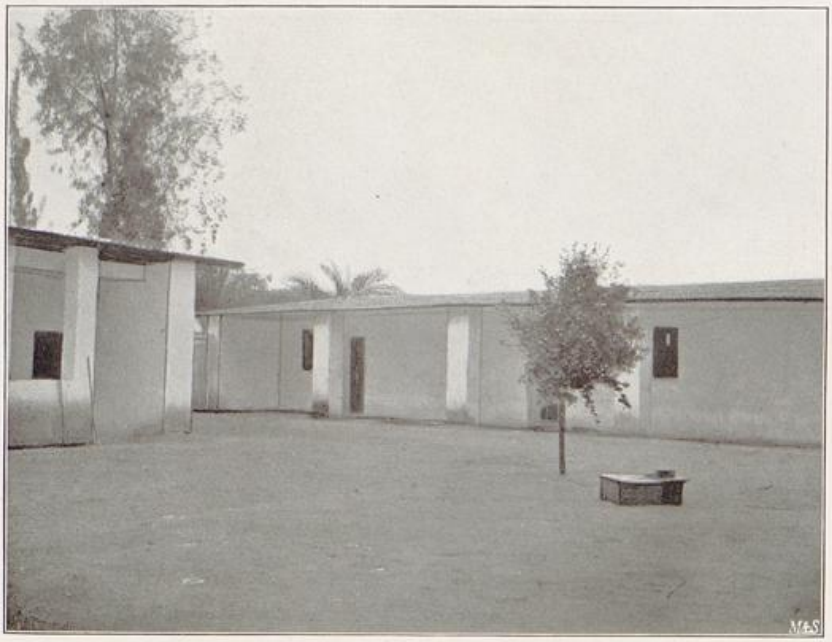


Bild 20. **Usumbura. Ostfront des Lazaretts vom Hofe aus.**
(Zu Seite 113)



Bild 21. **Farbigen-Hospital Udjidji. Westfront und Südseite mit Eingang.**
(Zu Seite 116/118)



Bild 22. **Gesamtansicht des Farbigen-Hospitals in Neu-Langenburg.**
(Zu Seite 119)

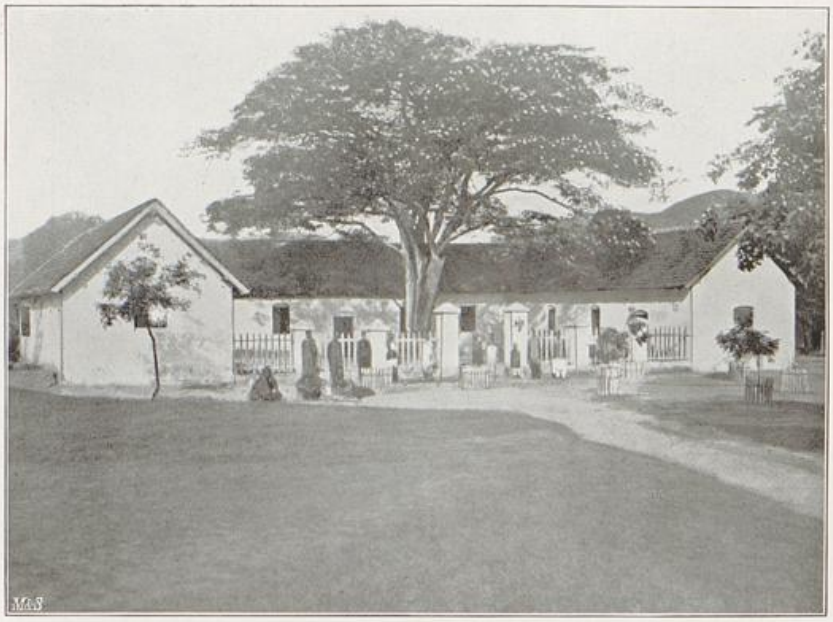


Bild 23. **Iringa.**
(Zu Seite 120/121)



Bild 24. **Farbigen-Hospital Aruscha.**
(Zu Seite 123/124)



Bild 25. **Farbigen-Hospital zu Duala.**

(Zu Seite 189)



Bild 25. **Farbigen-Hospital zu Duala.**

(Zu Seite 189)

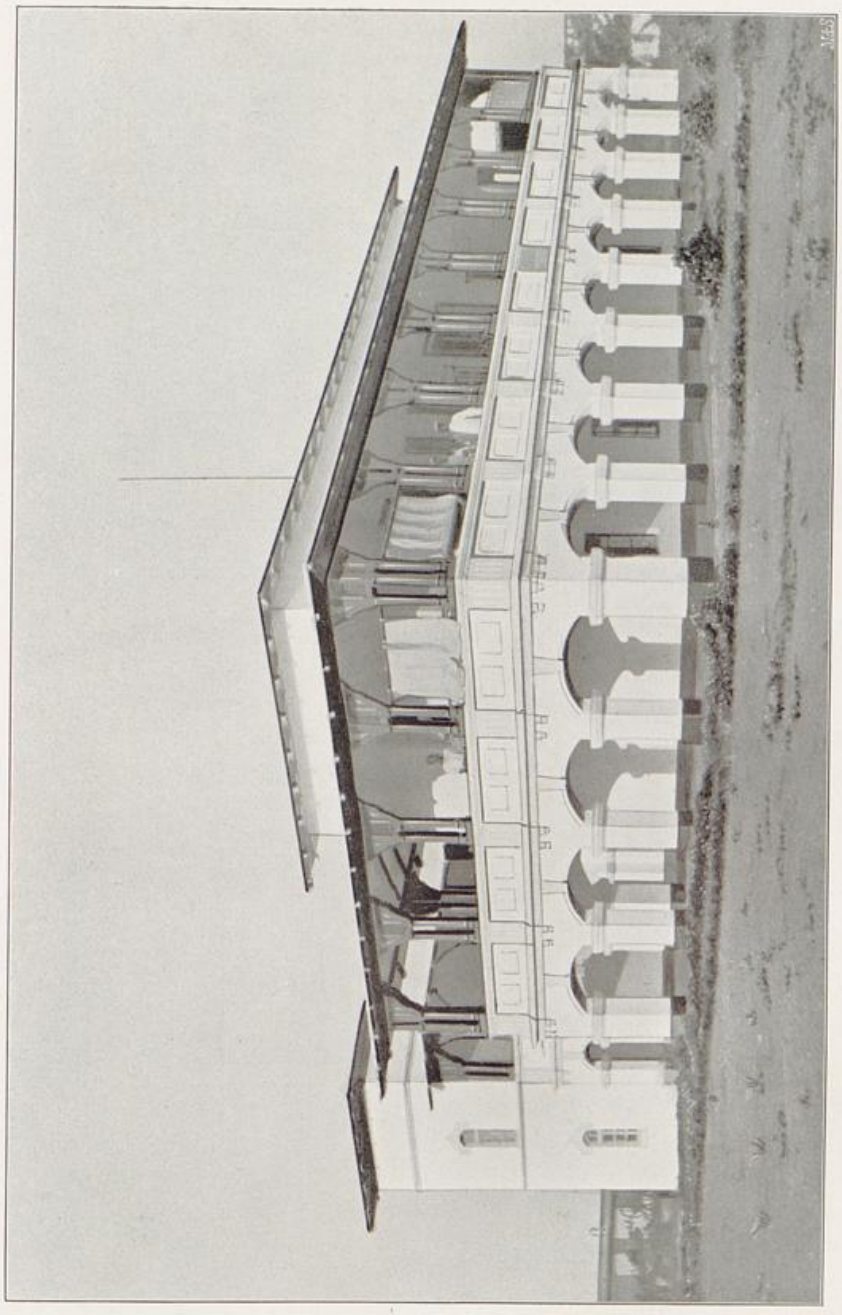


Bild 26. Königin-Charlotte-Krankenhaus in Lome.

(Zu Seite 256)

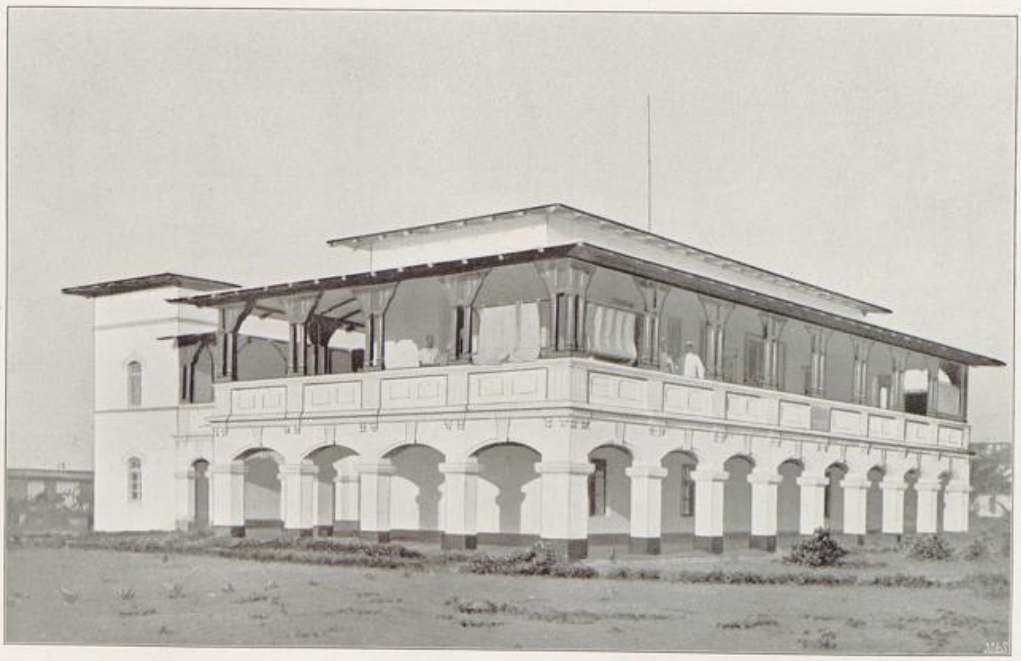


Bild 26. Königin-Charlotte-Krankenhaus in Lome.

(Zu Seite 256)



Bild 27. **Alte Holzbaracke für Eingeborenen-Kranke in Lome.**
(Zu Seite 256)

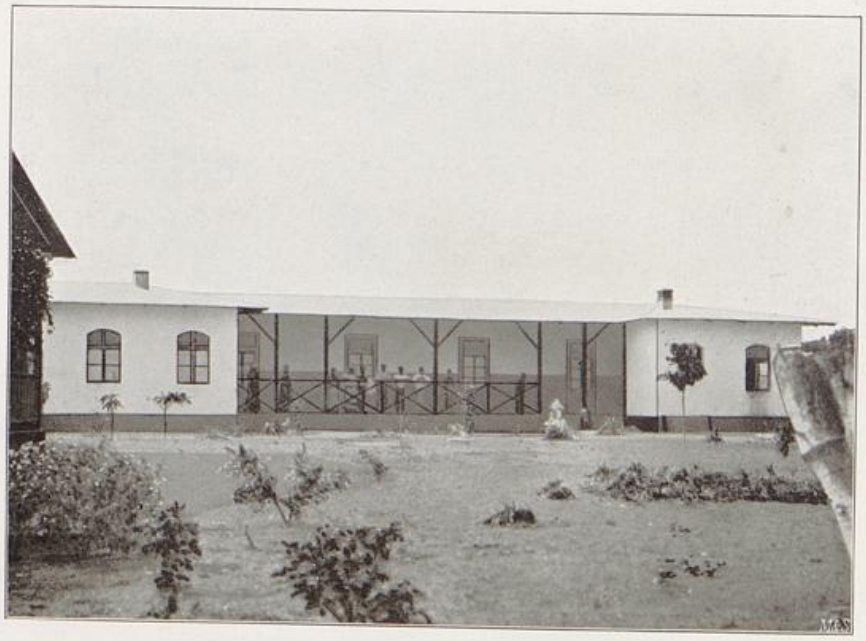


Bild 28. **Krankenhaus für Eingeborene in Lome.**
(Zu Seite 256)



Bild 29. **Nachtigal-Krankenhaus in Anecho, von der Seeseite aus.**
(Zu Seite 272)



Bild 30. **Eingeborenen-Krankenhaus, von der Nordseite aus.**
(Zu Seite 272)

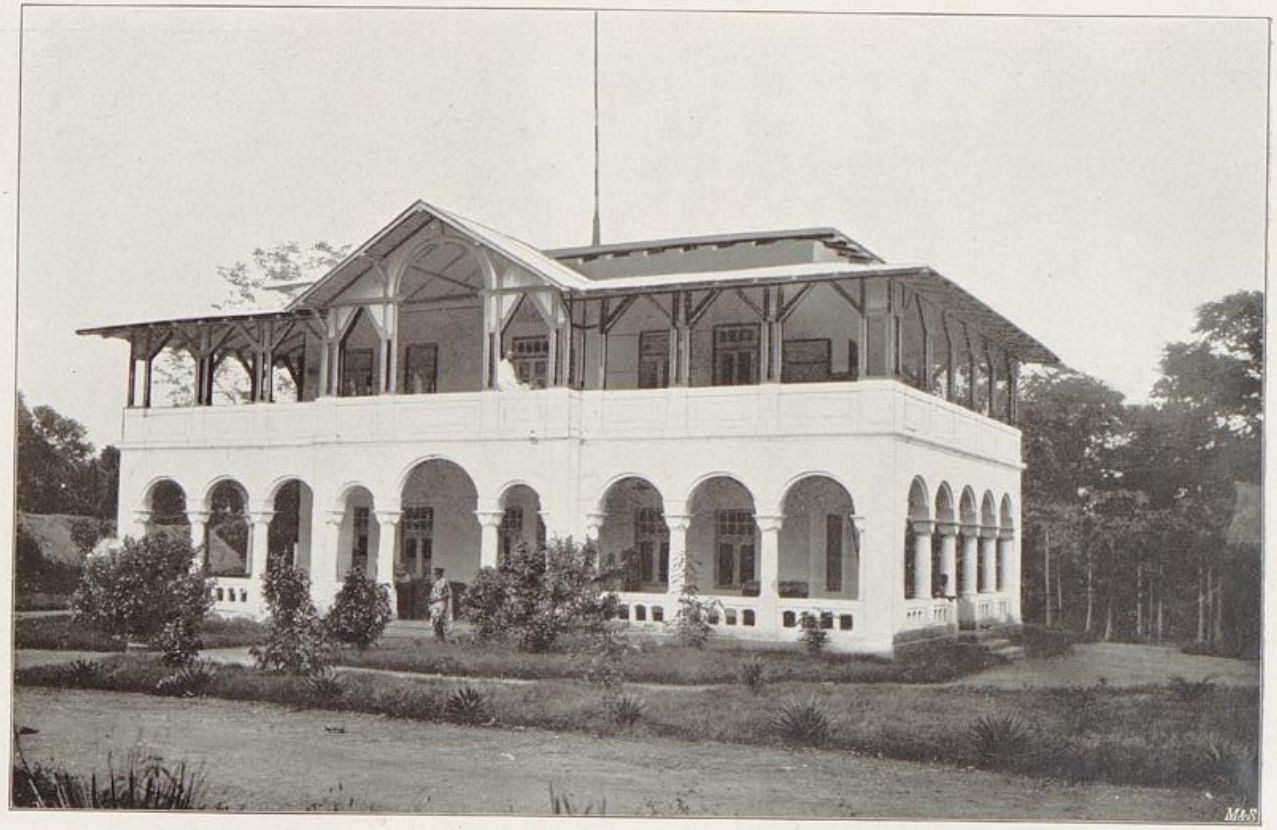


Bild 31. **Palime, Arzthaus.**

(Zu Seite 284)



Bild 31. **Palime, Arzthaus.**

(Zu Seite 284)

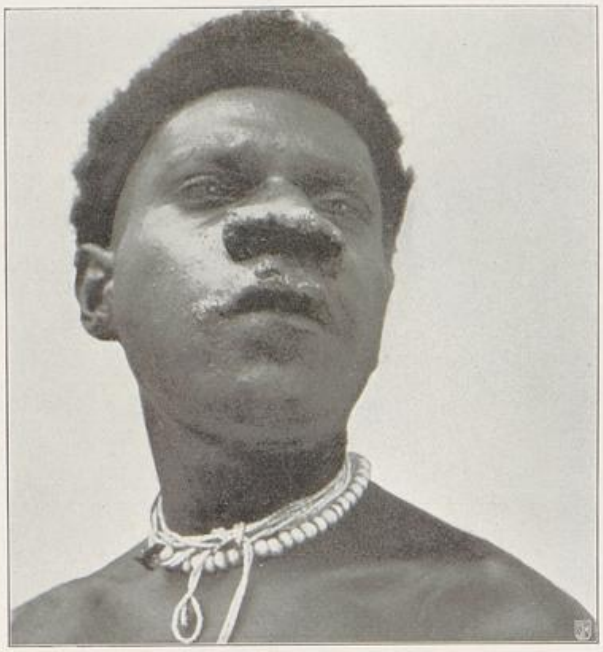


Bild 32. **Fall von Framboesia bei einem etwa 20jährigen Mann am Rugetta bei Friedrich-Wilhelm-Hafen.**
(Zu Seite 400)



Bild 33. **Arbeiterhospital auf Beliao.**
(Zu Seite 407)



Bild 34. **Verband- und Apothekenhaus, Verbindungsgang und Anfangsteil des Hospitals auf Beliao.**
(Zu Seite 408)

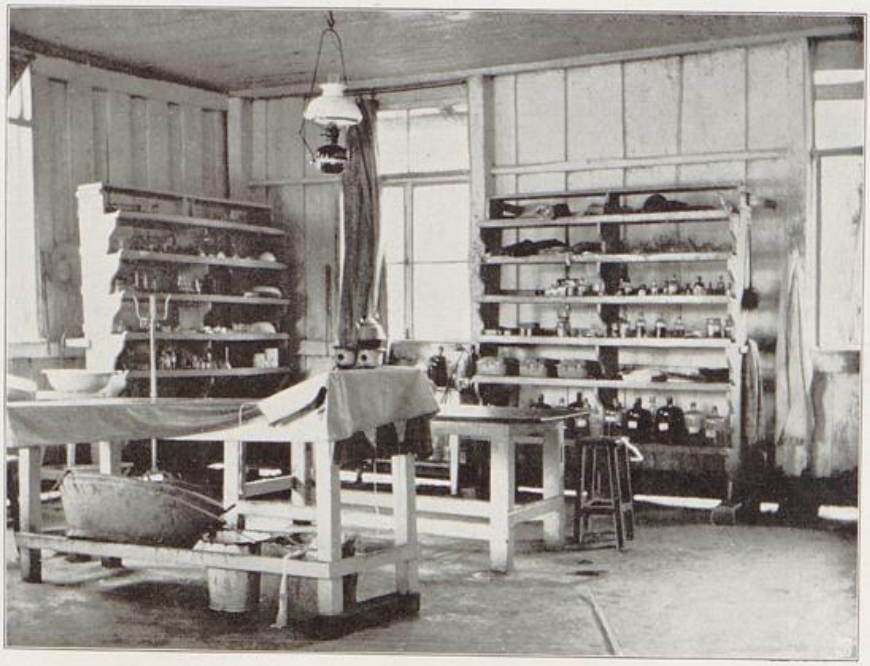


Bild 35. **Teil vom Inneren des Verbandraums auf Beliao.**
(Zu Seite 408)



Bild 36. **Dysenterie-Baracke auf Beliao.**
(Zu Seite 408)



Bild 37. **Beri-Beri-Baracke auf der Kutterinsel.**
(Zu Seite 408)

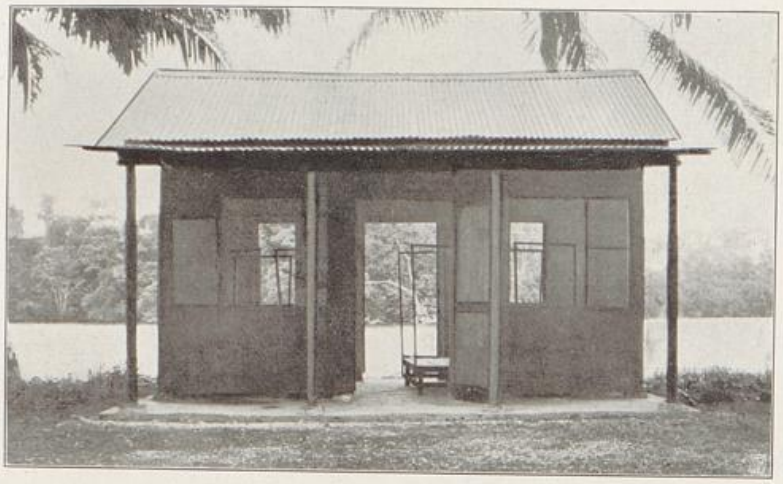


Bild 38. **Lepra-Isolierhaus auf der Kutterinsel.**

(Zu Seite 408)

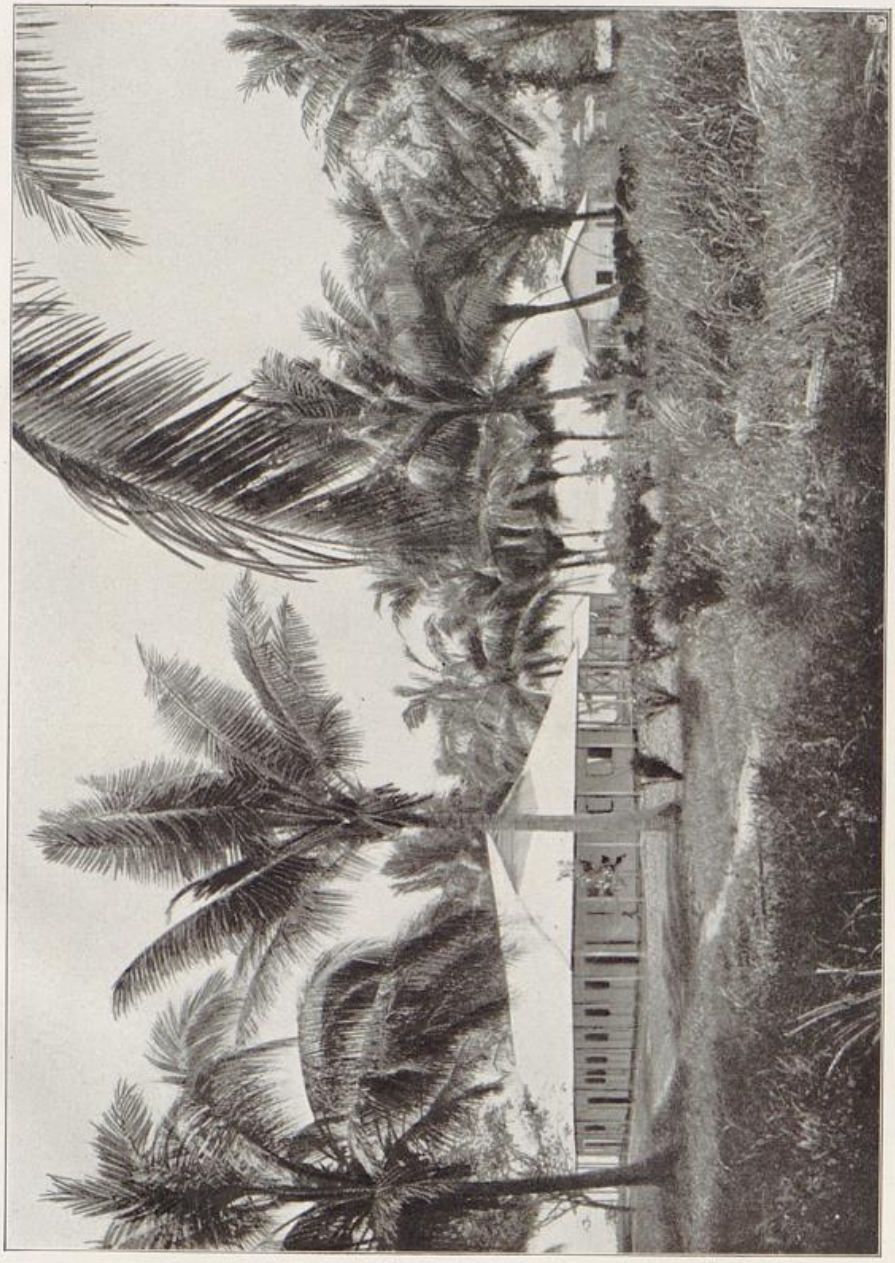


Bild 39. Arbeitshospital in Stephansort.

(Zu Seite 408)

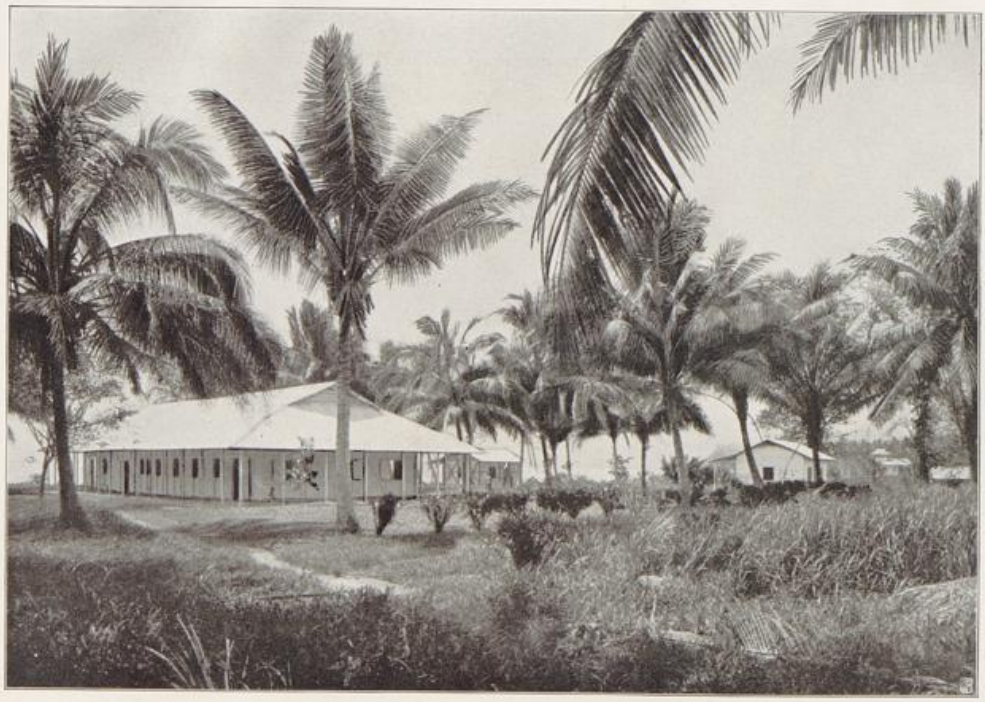


Bild 39. **Arbeitshospital in Stephansort.**

(Zu Seite 408)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

G. HURRELMEYER
BUCHBINDEREI
PAPIERHANDLUNG
SCHILLERSTR. 21

IX.c.6190

Medizinal-
Berichte
über die
Deutschen
Schutzgebiete

1908.09.

FG
0600
-1908/
1909