

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

1905/06

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

1905/06

Der
Staatsbibliothek Bremen
geschenkt von
Der Notgemeinschaft
d. D. Wissenschaft.

IX. c. 6190.

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

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

für das Jahr 1905/06

Herausgegeben
vom
Reichskolonialamt

Mit 4 Skizzen im Text und 2 Plänen

Berlin 1907

Ernst Siegfried Mittler und Sohn
Königliche Hofbuchhandlung
Kochstrafse 68—71

FG 0600 – 1905106

STAATSBIBLIOTHEK * BREMEN *

IX.c. 6190 – 1905106

Inhaltsverzeichnis.

		Seite
I.	Deutsch-Ostafrika	1
II.	Kamerun	117
III.	Togo	196
IV.	Deutsch-Südwestafrika	240
V.	Deutsch-Neu-Guinea	252
VI.	Karolinen- und Marshall-Inseln	299
VII.	Samoa	311
VIII.	Arbeiten (Veröffentlichungen auf tropenmed. usw. Gebiete)	332

Anhang.

Generalsanitätsberichte über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für die Berichtsjahre 1902/03, 1903/04, 1904/05, 1905/06 . . 337

Generalsanitätsberichte über die Kaiserliche Schutztruppe für Kamerun für die Berichtsjahre 1901/02, 1902/03, 1903/04, 1905/06 385

I. Deutsch-Ostafrika.

(Berichterstatter Oberstabsarzt Hösemann.)

A. Ärztlicher Teil.

I. Verteilung des Sanitätspersonals.

Laut Etat standen in diesem Berichtsjahre für den Sanitätsdienst 26 Sanitätsoffiziere und 35 Sanitätsunteroffiziere zur Verfügung.

Als Verstärkung infolge der Unruhen trafen am 23. 9. 05 1 Sanitätsoffizier, 4 Sanitätsunteroffiziere, am 18. 11. 05 3 Sanitätsoffiziere, 3 Sanitätsunteroffiziere, am 1. 12. 05 3 Sanitätsoffiziere, 6 Sanitätsunteroffiziere und am 1. 2. 06 2 Sanitätsoffiziere und 2 Sanitätsunteroffiziere hier ein.

Von den Ärzten waren dauernd bzw. vorübergehend 4 bis 7 in Daressalam, und zwar ein Oberstabsarzt der Schutztruppe und Medizinalreferent, einer zur Leitung des Gouvernementskrankenhauses, einer als Stationsarzt und zur Leitung des Sewa-Hadji-Hospitals für Farbige, einer als Quarantänearzt, 1 bis 3 als Leiter der Malariabekämpfung bzw. als Hilfsärzte in den Krankenhäusern und zur Einarbeitung im Laboratorium tätig.

Je ein Arzt war bis zum Ausbruch der Unruhen zu Sonderaufträgen (Tsetse-Immunisierungsversuche bzw. Pestbekämpfung) zum Gouvernement abkommandiert.

Die übrigen waren auf Kriegsexpeditionen bzw. auf folgende Stationen des Schutzgebietes verteilt:

Tanga,
Pangani (April bis September 1905),
Bagamojo (November 1905 bis März 1906),
Kilwa,
Lindi (Oktober 1905),
Mahenge (März 1906),
Iringa (April und Mai 1905, Januar bis März 1906),
Morogoro (April bis September 1905, Februar, März 1906),
Mpapua,

Kilimatinde,
Tabora,
Udjidji (Dezember 1905 bis März 1906),
Usumbura,
Muansa,
Bukoba,
Bismarckburg (April bis November 1905),
Neu-Langenburg (April, Juni, November, Dezember 1905, Januar, März 1906),
Moschi.

Von den Sanitätsunteroffizieren waren beschäftigt:
als etatmäßige Schreiber 2,
als Rechnungsführer (Daressalam, Tanga, Wugiri) 3.

Außerdem waren zu Krankenhäusern abkommandiert 5 bis 8. Die übrigen waren auf Kriegsexpedition bzw. auf folgenden Stationen und Militärposten der Schutzgebiete (zum Teil in selbständiger Stellung) verteilt:

Pangani (Oktober 1905 bis März 1906),
Bagamojo (April bis Oktober 1905),
Mohoro,
Kilwa (Februar bis März 1906),
Lindi,
Ssongea,
Mahenge,
Iringa,
Morogoro (Oktober bis Dezember 1905, Januar 1906),
Mpapua (Dezember 1905 bis März 1906),
Kondoa-Irangi,
Mkalama,
Tabora,
Udjidji (April bis November 1905),
Schirati,
Muansa,
Bukoba,
Bismarckburg (Dezember 1905 bis März 1906),
Neu-Langenburg,
Wilhelmstal,
Aruscha.

Ein Sanitätsunteroffizier war bis Januar 1906 zur Grenzregulierungsexpedition und einer fast während des ganzen Berichtsjahres zu den Immunisierungsversuchen des Geheimen Medizinalrats Professor Dr. Koch abkommandiert.

II. Krankenbewegung.

Im ganzen Schutzgebiet ist während des Berichtsjahres 20 805 Personen ärztliche Behandlung zuteil geworden, und zwar:
2107 Europäern und 18 698 Farbigen.

Die Anlage I gibt eine Übersicht über den Krankenzugang auf den einzelnen Stationen zugleich unter besonderer Berücksichtigung der vorgekommenen Malaria- und Schwarzwasserfiebererkrankungen. Anlage I.

Der Krankendienst spielte sich ab in den Gouvernementskrankenhäusern zu Daressalam und Tanga, im Sewa-Hadji-Hospital für Farbige zu Daressalam, im Lienhardt-Sanatorium in Wugiri, in den Stationskrankenhäusern und den öffentlichen Polikliniken.

Über ihre Tätigkeit berichten die erstgenannten Anstalten wie folgt:

III. Berichte der Gouvernementsanstalten.

Gouvernementskrankenhaus Daressalam.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Exner.)

Im Krankenhause zu Daressalam wurden im Berichtsjahre einschließlich von 4 aus dem Vorjahre im Bestand gebliebenen Kranken 481 Kranke behandelt. Von diesen waren 472 Europäer, 9 Goanesen bzw. Leute asiatischer Abstammung.

459 waren männlichen, 22 weiblichen Geschlechts.

Es entfallen auf:	1905/06	1904/05
Schutztruppenangehörige	47	31
Beamte	128	101
Privatleute	259	83
Angehörige der Marine	47	24
Zusammen	481	239

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

			Übertrag 219
April 1905	22	Oktober 1905	26
Mai 1905	45	November 1905	31
Juni 1905	42	Dezember 1905	39
Juli 1905	40	Januar 1906	51
August 1905	32	Februar 1906	53
September 1905	38	März 1906	58
Übertrag	219	Zusammen	477

Geheilt bzw. dienstfähig entlassen wurden . . .	407
Gebessert	39
Ungeheilt	4
Anderweitig (dienstunfähig)	10
Gestorben sind	8
Im Bestand blieben	13
Zusammen	481

Die Zahl der Behandlungstage betrug 5752.

Die Durchschnittsdauer der Krankenhausbehandlung betrug somit 11,96 Tage, die durchschnittliche tägliche Belegungsziffer 15,76.

Die Zunahme der Zugänge von 239 im Vorjahre auf 477 entfällt hauptsächlich auf Privatleute (258 gegen 83) und erklärt sich aus der Zunahme der europäischen Bevölkerung der Stadt infolge des Eisenbahnbaues.

Die Zunahme durch Angehörige der Marine (47 gegen 24) fällt nicht wesentlich ins Gewicht.

Ferner suchten die poliklinische Hilfe auf, bzw. wurden in ihrer Wohnung behandelt: außer 4 noch am Beginn des Berichtsjahres in Behandlung stehenden Kranken 382. Davon waren 331 männliche und 55 weibliche, 378 waren Europäer, 8 Goanesen usw.

Dieselben verteilten sich folgendermaßen:

Schutztruppenangehörige	26
Beamte	165
Privatleute	195
Zusammen	386

Davon wurden geheilt bzw. dienstfähig aus der Behandlung entlassen	302
Gebessert	27
Ungeheilt	4
Es blieben von weiterer Behandlung weg .	6
Gestorben sind	2
Dem Krankenhaus überwiesen	29
Bestand blieben	16
Zusammen	386

Die Erkrankungen verteilen sich nach Gruppen wie folgt: *)

	Poliklinische Behandlung	Krankenhaus-Behandlung
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.		
Entzündung der Ohrspeicheldrüse	1	2
Septikämie	.	1
Rose	1	.
Rückfallfieber	1	5 (2)
Malariafieber, Malaria tropica	69	250 (9)
„ Malaria tertiana	1	6 (4)
„ Malaria quartana	.	3 (1)
„ unbestimmt	11	8
Schwarzwasserfieber	1	20
Grippe	1	1
Tuberkulose der Lungen	1	.
Ruhr	2	4
Chronischer Gelenkrheumatismus	1	2
Keuchhusten	1	.
Blutarmut	2	3
Chron. Alkoholismus	.	1
II. Krankheiten des Nervensystems.		
Spinale Kinderlähmung	1	.
Geistesstörung	.	1
Neurasthenie	1	2
Rückenmarkslähmung	.	2
Migräne	1	.
Kinderkrämpfe	1	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.		
Ozaena	2	.
Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum	1	.
Akuter Bronchialkatarrh	10	5
Chronischer Lungenkatarrh	4	.
Lungenerweiterung	1 (1)	(1)
Lungen-Infarkt	1	.
Empyem der Stirnbeinhöhle	.	1
Lungenentzündung	.	2
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.		
Nervöse Störung der Herztätigkeit	2	1
Summe der Seite	118 (1)	320 (17)

*) Die in Klammern beigefügten Zahlen bedeuten Komplikationen, sie sind in der Hauptzahl nicht mit enthalten.

	Poliklinische Behandlung	Krankenhaus-Behandlung
Übertrag . .	118 (1)	320 (17)
Venenentzündung	1	.
Lymphgefäßentzündung	2	} 3
Lymphdrüsenentzündung	1	
Hämorrhoiden	.	2
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.		
Zahnfistel	1	.
Zahnfleischentzündung	.	. (1)
Mandelentzündung	4	1
Mandelabsceß	1	.
Soor	1	.
Milztumor	.	1
Magendarmkatarrh	37	28
Mastdarmfistel	1	2
Magenkrampf	1	.
Lebertumor	.	1
Katarrhalische Gelbsucht	1	1
Leberschrumpfung	.	1
Gallensteinkolik	1	.
Leberabsceß	.	1
Leistenbruch	.	1
Verstopfung	1	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.		
Blasenkatarrh	1 (1)	.
Blasenneurose	.	1
Entzündung der Vorsteherdrüse	1	.
Eicheltripper	1	.
Phimose	.	1 (1)
Herpes genitalis	2	.
Verengerung der Harnröhre	2	1
Paraurethraler Absceß	.	1
Krampfaderbruch	1	.
Nierenblutung	.	1
VII. Venerische Krankheiten.		
Tripper	20 (3)	4 (4)
Nebenhodenentzündung	(1)	3 (2)
Weicher Schanker	15 (1)	5 (1)
Bubo	(1)	8 (3)
Syphilis	10	16 (3)
Summe der Seite . .	224 (8)	403 (32)

	Poliklinische Behandlung	Krankenhaus-Behandlung
Übertrag . .	224 (8)	403 (32)
VIII. Augenkrankheiten.		
Pterygium	.	. (1)
Bindehautkatarrh	3	. (1)
Hornhautentzündung	.	1
Fremdkörper in der Bindehaut	2	.
Regenbogenhautentzündung	.	3
IX. Ohrenkrankheiten.		
Furunkel im äußeren Gehörgang	7	.
Ekzem im äußeren Gehörgang	.	. (1)
Mittelohrkatarrh	8	1 (1)
Ohrschmalzanhäufung	3	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.		
Hautkrankheiten	.	1
Bartflechte	1	.
Roter Hund	3	.
Ekzem	14	.
Pemphigus	2	.
Nesselausschlag	1	.
Panaritium	3	.
Zellgewebsentzündung	9	7
Furunkel	37	4 (1)
Warze	1	.
Bluterguß	1	.
Unterschenkelgeschwür	2	.
Eingewachsener Nagel	1	.
Fistel am Bauch	1	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.		
Knochenhautentzündung	3	2
Chronische Gelenkentzündung	.	1
Muskelrheumatismus	11	2
Schleimbeutelentzündung	2	1
XII. Mechanische Verletzungen.		
Quetschung	4	1 (1)
Knochenbruch der Rippen	.	1
„ des Oberarms	. (1)	.
„ „ Oberschenkels	.	1 (1)
„ „ Unterschenkels . . .	1	2
„ „ Fußes	.	1
Verstauchung	7	1
Verrenkung	2	.
Summe der Seite . .	353 (9)	433 (39)

	Poliklinische Behandlung	Krankenhaus-Behandlung
Übertrag . .	353 (9)	433 (39)
Schußwunden	3	1
Schnittwunden	1	.
Riß-Quetschwunden	7	2 (1)
Bißwunden	1	.
Verbrennung	3	2
Fremdkörper (Nadelspitze in der Fußsohle)	1	.
XIV. Zur Beobachtung		
auf Malariafieber	2	23
„ Rückfallfieber	.	1
„ Ruhr	.	1
„ nervöse Herzstörung	.	1
„ Leberabsceß	.	2
„ Nierenentzündung	.	1
„ Tripper	.	1
XV. Durch tierische usw. Parasiten bedingte Erkrankungen.		
Fliegenmaden	1	.
Sandfloh	1	.
Ringwurm	3	.
Pityriasis versicolor	1	.
Bandwurm	5	4 (2)
Elephantiasis scroti	.	1
XVI. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.		
Zur Entbindung	.	4
Menorrhagie	1	.
Metrorrhagie	.	1
Metritis	2	1
Erbrechen in der Schwangerschaft . . .	.	2
Retroflexio uteri gravidi	1	.
Summe . .	386 (9)	481 (42)

Gouvernementskrankenhaus Tanga.

(Berichterstatter Stabsarzt Professor Ollwig.)

Europäer.

Bestand war 1, in Zugang kamen 342 Kranke, im ganzen wurden behandelt 343 an 2511 Behandlungstagen (137 Kranke mit 934 Behandlungstagen im Krankenhaus, 206 mit 1577 Behandlungstagen in der Poliklinik). Davon starben 10.

Von den 343 Kranken waren 55 Angehörige des Gouvernements, der Post oder Kommune und 288 Privatpersonen.

Farbige.

Im Bestand waren 10 Kranke (7 im Krankenhaus, 3 in der Poliklinik), in Zugang kamen 1462, im ganzen wurden behandelt 1472 Kranke an 21 234 Behandlungstagen (8065 im Krankenhause, 13 169 in der Poliklinik). Davon starben 23.

Die Verteilung der Zahlen auf die einzelnen Krankheiten ist folgende:

	Europäer		Farbige	
	Es wurden behandelt	davon starben	Es wurden behandelt	davon starben
1. Malariafieber	140	3	96	1
2. Schwarzwasserfieber	9	3	.	.
3. Pocken	.	.	3	.
4. Tuberkulose	1	.	2	1
5. Windpocken	.	.	25	.
6. Dysenterie	3	.	2	1
7. Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	.	111	.
8. Ak. Gelenkrheumatismus	1	.	8	.
9. Chr. Gelenkrheumatismus	1	.	.	.
10. Starrkrampf	.	.	1	1
11. Blutarmut	6	.	1	.
12. Vergiftung	.	.	1	1
13. Geisteskrankheit	.	.	1	.
14. Maltafieber	3	1	.	.
15. Frambösie	.	.	6	.
16. Ischias	2	.	1	.
17. Gehirnerschütterung	.	.	1	1
18. Hemikranie	2	.	.	.
19. Neurasthenie	7	.	.	.
20. Chr. Nasenkatarrh	.	.	1	.
21. Ak. Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	3	.	5	.
22. Ak. Bronchialkatarrh	4	.	161	.
23. Chr. Katarrh der Luftwege	1	.	5	.
24. Ak. Lungenentzündung	3	.	7	.
25. Idiopathische Herzvergrößerung	1	1	.	.
Summe der Seite	187	8	438	6

	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
Übertrag . .	187	8	438	6
26. Herzklappenfehler	2	.	.	.
27. Brustfellentzündung	3	.	.	.
28. Rippenfellentzündung	2	.	.	.
29. Nervöse Störung der Herztätigkeit . . .	1	.	.	.
30. Entzündung der Lymphgefäße	1	.	.	.
31. Krankheiten der Lymphdrüsen	6	1	.	.
32. Krankheiten der Kiefer und Zähne . . .	7	.	49	.
33. Mandelentzündung	2	.	3	.
34. Mund- und Rachenkrankheiten	2	.	7	.
35. Ak. Magenkatarrh	10	.	15	.
36. Ak. Darmkatarrh	6	.	94	.
37. Chr. Darmkatarrh	1	.	3	.
38. Katarrh. Gelbsucht	2	.	1	.
39. Leberschwellung	2	.	2	.
40. Bandwurm	5	.	.	.
41. Darmkolik	2	.	.	.
42. Nierenentzündung	2	1	3	1
43. Blasenkatarrh	3	.	.	.
44. Blasenstein	.	.	1	.
45. Krankheiten der Eichel und Vorhaut . .	2	.	.	.
46. Verengerung der Harnröhre	.	.	2	.
47. Wasserbruch	1	.	7	.
48. Tripper	10	.	27	.
49. Hodenentzündung	.	.	13	.
50. Weicher Schanker	1	.	15	.
51. Bubo	2	.	8	.
52. Syphilis	7	.	20	.
53. Augenlidentzündung	.	.	1	.
54. Bindehautkatarrh	2	.	87	.
55. Krankheiten der Hornhaut	1	.	18	.
56. Krankheiten der Regenbogenhaut . . .	1	.	.	.
57. Andere Augenkrankheiten	1	.	4	.
58. Krankheiten des äußeren Gehörgangs . .	2	.	2	.
59. Krankheiten des mittleren Ohres . . .	1	.	34	.
60. Verhärtung des Ohrenschmalzes	2	.	.	.
61. Krätze	.	.	14	.
62. Akute Hautkrankheiten	7	.	82	.
63. Chr. Hautausschlag	1	.	4	.
Summe der Seite . .	287	10	954	7

	Europäer		Farbige	
	es wurden behandelt	davon starben	es wurden behandelt	davon starben
Übertrag . .	287	10	954	7
64. Chr. Fußgeschwür	1	.	38	.
65. Panaritium	.	.	5	.
66. Zellgewebsentzündung	15	.	195	.
67. Furunkel	7	.	19	.
68. Andere Erkrankungen der äußeren Bedeckungen	1	.	.	.
69. Chr. Gelenkentzündung	1	.	2	.
70. Muskelrheumatismus	4	.	25	.
71. Gutartige Geschwülste	.	.	1	.
72. Knochenhautentzündung	.	.	2	.
73. Knochenentzündung	.	.	1	.
74. Ak. Gelenkentzündung	.	.	5	.
75. Fußgeschwulst	.	.	2	.
76. Krankheiten der Sehnen	.	.	7	.
77. Andere Krankheiten der Muskeln . . .	2	.	.	.
78. Quetschungen der Weichteile	2	.	5	.
79. Radiusepiphysenbruch links	1	.	.	.
80. Knochenbruch der Hand	.	.	1	.
81. Knochenbruch des Oberschenkels . . .	.	.	1	.
82. Kompl. Knochenbruch des Unterschenkels	.	.	1	1
83. Kompl. Knochenbruch des linken Fußes	.	.	2	.
84. Bruch des rechten Schlüsselbeins . . .	1	.	.	.
85. Gelenkverstauchung der oberen Gliedmaßen	2	.	4	.
86. Verstauchung des Fußgelenks	2	.	3	.
87. Verrenkung des Schlüsselbeins	1	.	.	.
88. Schußwunden	1	.	2	.
89. Schnittwunden	2	.	28	.
90. Stichwunden	.	.	2	.
91. Quetschwunden	2	.	50	.
92. Bißwunden	1	.	3	.
93. Brandwunden	1	.	7	.
94. Allgemeine Körperschwäche	.	.	1	1
95. Zur Beobachtung auf Pocken	.	.	6	.
96. Wurmkrankheiten, Sandflöhe usw. . . .	1	.	98	14
97. Frauenkrankheiten	8	.	2	.
Summe . .	343	10	1472	23

Allgemeines.

Unter den Europäern kamen keine Epidemien vor, unter den Farbigen, besonders in der Schule, brach eine Epidemie von epidemischer Ohrspeicheldrüsenentzündung aus; es kamen 111 Kranke zur Beobachtung. Der Verlauf war ein sehr gutartiger, es genasen alle. Komplikationen stellten sich nicht ein, bei einem abscedierte die ergriffene Drüse.

Geimpft wurden 204 Personen mit Kälberlymphe aus Deutschland, darunter 57 mit Erfolg. Zur Nachschau kamen alle.

Es handelte sich um Askari, sowie um in Tanga gelandete Passagiere von Bombaydampfern, welche auf ihrer Reise Pockenkranke an Bord gehabt hatten. Da 2 Pockenkranke hier gelandet wurden, erfolgte Impfung des gesamten Krankenhauspersonals.

Das Erholungsheim Ulenge war im Berichtsjahre an einen Privatunternehmer verpachtet.

Infolge des Ausbruches der Pest in Zanzibar am 2. 9. 05 wurde eine scharfe sanitätspolizeiliche Kontrolle der von dort kommenden Dampfer ausgeübt, von Zanzibar kommenden Dhaus wurde das Einlaufen in den Hafen ganz untersagt. Sämtliche von dort kommenden Passagiere wurden einer 10 tägigen Kontrolle unterworfen; es wurden im ganzen 462 Personen beobachtet, ihr Gepäck, soweit es verdächtig war, Pestkeime zu enthalten, wurde desinfiziert. Falls es sich um bekannte Personen handelte, erhielten sie nach 2 tägiger Beobachtung im Krankenhause Erlaubnis, in die Stadt zu gehen, mit der Anweisung, 10 Tage lang sich morgens beim Arzte vorzustellen. Es waren hauptsächlich Inder. Alle erschienen pünktlich wie angewiesen.

160 Farbige wurden 10 Tage lang auf der Quarantäneinsel interniert.

Alle vom Norden kommenden Dampfer und sämtliche Dhaus unterlagen ebenfalls der sanitätspolizeilichen Kontrolle.

Bei 2 plötzlich unter verdächtigen Umständen gestorbenen Indern wurde von der Polizeibehörde Leibesöffnung angeordnet. In beiden Fällen wurde durch mikroskopische Untersuchung und durch Meerschweinchenversuch festgestellt, daß Pest nicht vorlag. Nach Möglichkeit wurde durch Aussetzen von Prämien, durch Legen von Gift und Aufstellen von Fallen den Ratten Abbruch getan.

Die Prostituierten der Stadt Tanga wurden einmal wöchentlich untersucht.

Das der Kommune gehörige Schwefelbad Amboni wurde von 22 Europäern, 1 Goanesen, 9 Indern und 55 Negern aufgesucht.

Die Wasserversorgung im Krankenhaus war eine recht mangelhafte, trotzdem infolge des regenreichen Jahres der Brunnen fast ständig genügend Wasser enthielt. Vielfach war der Brunnen reparaturbedürftig, auch genügten die Menschenkräfte nicht, um in allen Wassertanks genügend Wasser zu pumpen.

Fast das ganze Jahr mußten manche Bassins durch Kettengefangene mit Wasser gefüllt werden.

Die Assanierung und Kultivierung des Krankenhausgrundstücks wurde fortgesetzt.

Als Abschluß gegen eine am Krankenhaus vorbeiführende Straße wurden zwischen den nach Süden gelegenen Gebäuden — Poliklinik und 2 Krankenbaracken — Mauern gezogen.

Die Gebäude der Quarantänestation wurden mit Makutis gedeckt.

Sewa-Hadji-Hospital Daressalam.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Schörnich.)

Bevölkerungsziffer der Farbigen 31. 3. 06. im Bezirk Daressalam:

Araber	277	
Inder	920	
Banjanen	260	
Sudanesen . . .	151	
Somali	170	
Komoren . . .	49	
Abessinier . . .	10	
Eingeborene . . .	24 000	Daressalam Stadt
„ . .	24 000	„ Land (Wandengereko)
„ . .	82 000	„ „ (Wasaramo)
Zusammen	131 837	

Im Sewa-Hadji-Hospital kamen bei einem Bestande von 89 in der Zeit vom 1. 4. 05 bis 31. 3. 06 folgende Krankheitsfälle seitens der farbigen Bevölkerung in Zugang:

	Behandelt wurden	Davon starben
I. Infektionskrankheiten.		
1. Pocken	5	1
2. Windpocken	1	.
3. Mumps	8	.
4. Rose	1	.
5. Rückfallfieber	5	.
6. Malaria	146	3
7. Schwarzwasserfieber	3	.
8. Ruhr	71	6
9. Starrkrampf	1	.
10. Akuter Gelenkrheumatismus	12	1
11. Blutarmut	3	.
12. Bösartige Geschwülste	1	1
II. Krankheiten des Nervensystems.		
13. Nervenleiden	1	.
14. Hirnhautentzündung	2	2
15. Krankheiten des Gehirns	1	1
16. Tabes dorsalis	1	.
17. Hysterie	2	.
18. Andere Krankheiten des Nervensystems	2	1
III. Krankheiten der Atmungsorgane.		
19. Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	2	.
20. Akuter Luftröhrenkatarrh	3	.
21. Bronchialkatarrh	140	1
22. Chron. Bronchialkatarrh	6	2
23. Lungenentzündung	21	7
24. Brustfellentzündung	9	.
25. Asthma	1	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.		
26. Erkrankung der Herzklappen	1	.
27. Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.
28. Andere Herzkrankheiten	1	.
29. Hämorrhoiden	1	.
30. Entzündung der Lymphgefäße	1	.
31. Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	1	.
32. Krankheiten der Lymphdrüsen	16	.
33. Anämie	1	1
34. Andere Krankheiten der Gruppe IV	1	.
Summe der Seite	472	27

	Behandelt wurden	Davon starben
Übertrag . .	472	27
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.		
35. Krankheiten der Kiefer und Zähne	26	.
36. Zungenentzündung	4	.
37. Mandelentzündung	13	.
38. Akuter Magenkatarrh	29	.
39. Chronischer Magenkatarrh	4	.
40. Akuter Darmkatarrh	89	3
41. Chronischer Darmkatarrh	3	1
42. Unterleibsbrüche	5	.
43. Eingeklemmter Bruch	1	.
44. Blinddarmentzündung	2	.
45. Gelbsucht	2	.
46. Leberentzündung	2	1
47. Unterleibstyphus	1	1
48. Andere Krankheiten der Gruppe V	.	1
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.		
49. Nierenentzündung	7	3
50. Blasenkatarrh	4	.
51. Erkrankung der Eichel und Vorhaut	3	.
52. Wasserbruch	20	2
53. Andere Krankheiten der Harn- usw. Organe .	2	.
VII. Venerische Krankheiten.		
54. Tripper	123	.
55. Hodenentzündung	9	.
56. Spitze Feigwarzen	1	.
57. Schanker	89	.
58. Bubo	10	.
59. Syphilis	29	1
VIII. Augenkrankheiten.		
60. Tripperblennorhoe	4	.
61. Krankheiten der Lider	2	.
62. Krankheiten der Bindehaut	22	.
63. Krankheiten der Hornhaut	9	1
64. Krankheiten der Regenbogenhaut	2	.
65. Andere Augenkrankheiten	3	.
IX. Ohrenkrankheiten.		
66. Krankheiten der Ohrmuschel	2	.
67. Krankheiten des äußeren Gehörganges . . .	9	.
68. Mittelohrkatarrh	19	.
Summe der Seite . .	1022	41

	Behandelt wurden	Davon starben
Übertrag . .	1022	41
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.		
69. Krätze	9	.
70. Hautausschlag	39	.
71. Chron. Unterschenkelgeschwür	107	.
72. Panaritium	6	.
73. Zellgewebsentzündung	103	1
74. Furunkel	23	.
75. Gutartige Geschwülste	3	.
76. Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	1	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.		
77. Knochenhautentzündung	3	1
78. Knochenentzündung	3	.
79. Mißbildung der Knochen	1	.
80. Gelenkentzündung	16	.
81. Fußgeschwulst	5	.
82. Muskelrheumatismus	21	.
83. Andere Krankheiten der Muskeln	1	.
84. Krankheiten der Sehnen	2	.
XII. Mechanische Verletzungen.		
85. Quetschung der Weichteile	7	.
86. Quetschung innerer Organe	3	.
87. Knochenbruch des Oberarms	2	.
88. „ „ Unterarms	1	.
89. „ der Hand	1	.
90. „ des Unterschenkels	3	.
91. „ „ Kopfes	1	1
92. „ „ Schulterblatts	1	.
93. „ der Wirbelsäule	1	1
94. Verstauchung der oberen Gliedmaßen	4	.
95. „ „ unteren „	4	.
96. Verrenkung der oberen Gliedmaßen	1	.
97. „ „ unteren „	1	.
98. Schußwunden	7	1
99. Hieb- und Schnittwunden	20	1
100. Stichwunden	4	1
101. Riß- und Quetschwunden	101	3
102. Bißwunden	2	.
103. Verbrennung	9	.
104. Andere Wunden und Verletzungen	2	.
Summe der Seite . .	1540	51

	Behandelt wurden	Davon starben
Übertrag . .	1540	51
XIII. Andere Krankheiten.		
105. Allgemeine Körperschwäche	26	11
XIV. Zur Beobachtung.		
106. Zur Beobachtung	87	.
XV. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.		
107. Anchylostoma	40	14
108. Elephantiasis	13	.
109. Sandflohgeschwüre	15	.
110. Framboesie	17	.
XVI. Frauenkrankheiten.		
111. Entbindungen	3	.
112. Entzündung der Brustdrüsen	1	.
113. Scheidenkatarrh	1	.
114. Gebärmutterkatarrh	3	.
115. Gebärmutterschwellung	1	1
Summe . .	1747	77

Davon wurden geheilt	1647
Es kamen anderweitig zur Entlassung	30
Gestorben	77
Im Bestande blieben	82

Im Berichtsjahre sind 1032 farbige Zivilpersonen ins Sewa-Hadji-Hospital aufgenommen worden und mit einer Durchschnittszahl von 14 Tagen ärztlich behandelt worden. Es befanden sich täglich etwa 40 farbige Zivilpersonen in Lazarettbehandlung.

Jeden Sonnabend wurden die prostituierten Weiber, durchschnittlich 43, untersucht. Von diesen wurden 124 ins Hospital aufgenommen.

Geimpft wurden: 976 Erwachsene,
66 Kinder.

Lienhardt-Sanatorium Wugiri.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Philipps.)

Das Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906 war das erste Jahr, in dem das Sanatorium im vollen Betrieb war. Das Sanatorium war zu Beginn des Berichtsjahres fertig eingerichtet

und bot Platz für 12 Kurgäste, von denen 4 in zwei Einzelhäusern, 8 im Kurhause wohnen können.

Am 29. April 1905 übernahm für Stabsarzt Dr. Wittrock die Geschäfte als leitender Arzt Dr. Philipps.

Der Besuch des Sanatoriums ist als ein „guter Anfang" zu bezeichnen. Während in den 7 Monaten des ersten Berichtsjahres 1904/05 39 Personen mit 456 Verpflegungstagen Aufnahme fanden, stellte sich der Besuch im Jahre 1905/06 auf 150 Personen mit 1438 Verpflegungstagen; aufs Jahr umgerechnet ist das ein Verhältnis 67 : 150 Personen mit 797 : 1438 Verpflegungstagen. Die Frequenz ist also rund die doppelte des Vorjahres gewesen.

Die eigentlichen Kurgäste bleiben im Durchschnitt 18 bis 20 Tage. Daß der Jahresdurchschnitt (1438 : 150) nur etwa 9,6 Tage beträgt, liegt an den vielen Vergnügungsreisenden, die Wugiri nur 2 bis 6 Tage aufsuchten. Es ist dies nicht als Nachteil anzusehen, da das Sanatorium durch die Menge der Durchreisenden bekannt wird und die geringe Mehrarbeit reichlich aufgewogen wird durch Maultiermiete usw.

Unter den 150 Gästen waren nur 16 eigentliche Kurhausbewohner, von diesen waren 10 Angehörige der Kaiserlichen Marine.

Die Zimmer im Kurhause wurden vor denen in den Einzelhäusern bevorzugt wegen der Nähe des Kasinos.

Der am wenigsten besuchte Monat war der Mai mit 2 Gästen und 3 Verpflegungstagen, der stärkst besuchte Monat war Januar mit 20 Personen (17 Zugänge) und 232 Verpflegungstagen.

Die Zugänge verteilen sich auf die Monate wie folgt:

April	5 Zugänge,	Oktober . . .	20 Zugänge,
Mai	2 „	November . .	15 „
Juni	11 „	Dezember . .	12 „
Juli	16 „	Januar . . .	17 „
August . . .	12 „	Februar . . .	13 „
September . .	11 „	März	16 „

Der Gesundheitszustand der Gäste war im ganzen gut. Die meisten waren erholungsbedürftig nach Malaria und „nervös". Es wurde die Beobachtung gemacht, daß fast alle Gäste in den ersten Nächten im Sanatorium schlecht schliefen. Manche klagten auch in den ersten Tagen über Kopfschmerzen. Fast regelmäßig hörten diese Klagen am dritten Tage auf und die Gäste erholten sich sicht-

lich. Der Appetit wurde vorzüglich, der Schlaf gut, Gesichtsfarbe wurde frisch, das Allgemeinbefinden von Tag zu Tag besser.

Es ist ferner die Beobachtung gemacht worden, daß 2 Wochen kaum ausreichen, um volle Kräftigung des Körpers bei durch tropische Einflüsse geschwächten Personen zu erzielen. Erst in der dritten Woche pflegen die Gäste das Gefühl völliger Kraft wieder zu bekommen.

Wegen schwerer Malaria — an der Küste erworben — mußte ein Matrose dem Krankenhaus in Tanga überwiesen werden. Bei einer Dame kam ein bis dahin latentes Malariafieber zum Ausbruch, sie fuhr im Anschluß an den Aufenthalt im Sanatorium nach Deutschland. Ein Marineoffizier kam mit dysenterischen Erscheinungen hierher, es wurde ihm der Rat gegeben, ein Krankenhaus aufzusuchen. Im übrigen kamen unter den Kurgästen nur einige leichte Katarrhe der Luftwege infolge Erkältung vor.

Von den 150 Gästen gehörten 5 der Schutztruppe an, 40 waren Gouvernementsbeamte, 19 waren Angehörige der Marine und 86 waren Privatpersonen. Unter diesen Privatpersonen waren 35 Frauen und 7 Kinder sowie 15 Ausländer.

Es wurden von deutschen Müttern 2 Knaben geboren. Beide Geburten verliefen normal.

Die Wetterverhältnisse des Jahres wurden in der zweiten Hälfte genauer beobachtet, da am 1. Oktober 1905 die meteorologischen Instrumente aufgestellt wurden.

Eine Übersicht des Wetters ergibt folgendes:

1905.	April:	1. und 2. heftiger Sturm, darauf täglich Regenschauer. Am 10. setzt die Regenzeit voll ein. Am 21. fielen 81 mm Regen.
	Mai:	In der 1. Maiwoche viel Regen, vom 9. ab fast gar kein Regen mehr aber viel Morgennebel und kalte Luft.
	Juni:	Trocken, vom 15. bis 17. Regen, am 27. Regen und Nebel.
	Juli:	Trocken, am 7., 13. und 17. Regenwetter.
	August:	Häufige kleine Niederschläge, am 25. heftiger Regen.
	September:	Ziemlich trocken, am 19., 20., 21. und 23. Regen.
	Oktober:	Ziemlich trocken, dagegen am 30. 97 mm, am 31. 150 mm Regen.

1905. November: Trocken, am 8. bis 29. 6 mm Regen. Maxim. Temperatur am 27. 11. 29°, Minimum 1. 11. 15,5°.

Dezember: Erste Hälfte ganz trocken, nur am 12. Gewitter mit 168 mm Regen, zweite Hälfte wenig Regen; letztes Drittel fast täglich geringe Niederschläge. Höchste Temperatur am 17. 12. 30°, niedrigste 28. 12. 16,5°.

1906. Januar: Bis zum 17. fast täglich geringe Regenfälle, nachher trocken, höchste Temperatur 31. 1. 28,8°, niedrigste 21. 1. 16,6°.

Februar: Vereinzelte Niederschläge, höchste Temperatur 25. 2. 30,5°, niedrigste 1. 2. 17,3°.

März: Fast täglich Regen, eingesprengt schöne Tage. Am 29. Sturm aus N. und 29,6 mm Regen. Höchste Temperatur 1. 3. 28,4°, niedrigste Temperatur 29. 3. 17,2°.

Die Erfahrung lehrt, daß die 1000 m Höhe die richtige Lage für das Sanatorium ist. Die Küstenbewohner ertragen den Klimawechsel gut — bei einiger Vorsicht ohne Erkältung. Vielleicht ist in Erwägung zu ziehen, ob nicht in Zukunft in größerer Höhe (Schumewald 2000 m) ein oder zwei Häuschen zu erbauen wären für Gäste, die als Nachkur noch kühleres Höhenklima aufsuchen möchten.

IV. Gesundheitsdienst beim Bahnbau Daressalam—Morogoro.

Der Leiter des Gesundheitsdienstes der Bahngesellschaft Ph. Holzmann & Co., Herr Dr. med. Ö t k e r, hatte die Liebenswürdigkeit, einen ausführlichen Bericht über seine Tätigkeit und Beobachtungen zur Verfügung zu stellen; er schreibt:

„Am 7. April 1905 kam ich mit den beiden Arztgehilfen B e r g e r und R e i n h a r d t, einer Apothekenausrüstung und den erforderlichen ärztlichen Instrumenten, Apparaten sowie Hilfsmitteln zur Krankenpflege in Daressalam an, um meinen Auftrag:

„Die Organisation und Leitung des Gesundheitsdienstes beim Bahnbau Daressalam-Morogoro“

in Angriff zu nehmen und zur Durchführung zu bringen. Es war von vornherein gegeben, daß meine Tätigkeit sich eng an die

Arbeitsweise beim Bau der Bahn und der Hafenanlagen sowie der später noch hinzukommenden Hochbauten meiner Firma anzulehnen habe. Wenn auch verschiedene allgemeine hygienische Gesichtspunkte überall wiederkehrten, so entwickelte sich im großen und ganzen der Gesundheitsdienst Schritt für Schritt mit der Inangriffnahme und dem Fortschritt der verschiedenen Bauarbeiten in Daressalam und auf der Strecke.

Naturgemäß spielte sich im Anfang fast alles in Daressalam und dessen nächster Umgebung ab. Es war daher zunächst nur erforderlich, zwei Zimmer zu mieten, in denen die ambulante Behandlung der Erkrankten vorgenommen werden konnte und die zugleich als Bureau und Laboratorium dienten, in dem unter anderem zwei Mikroskope und ein Wasseruntersuchungskasten nach Giemsa zur Verfügung standen. Schwer erkrankte Europäer, deren Behandlung und Verpflegung in ihren Wohnungen nicht genügend gewährleistet werden konnte, wurden dem Gouvernementskrankenhause überwiesen, während schwer erkrankte Inder, Banyanen und Neger usw. dem Sewa-Hadji-Hospital überwiesen wurden.

Wie es bei Eisenbahnbauten außerhalb Deutschlands überall der Fall zu sein pflegt, ist auch das Personal, das sich an unsern Arbeiten beteiligt, außerordentlich bunt gemischt. Ich bekam außer den zahlreichen Deutschen Angehörige folgender Völker und Rassen in Behandlung:

Norweger, Dänen, Engländer, Franzosen, Spanier, Italiener, Schweizer, Österreicher, Ungarn, Russen, Bulgaren, Griechen, Türken, Syrer, Malteser, Ägypter, Araber, Inder, Banyanen, Goanesen, Buren und eine große Anzahl der verschiedenen Negerstämme der Kolonie. Die Zahlen der im ganzen Beschäftigten sind ungefähr folgende:

220 Weiße,
200 Goanesen, Araber, Banyanen, Inder und wechselnd
2000—6000 Neger.

Je weiter der Bahnbau fortschritt, desto mehr mußte in gesundheitlicher Beziehung auch die Strecke in Rücksicht gezogen werden. Zunächst wurden für einzelne Beamte, Kolonnen und Brigaden Medizin- und Verbandskästen mit den für hiesige Verhältnisse erforderlichen Arzneien und Verbandsmaterialien ausgerüstet, von denen im Laufe des Jahres etwa 15 in Gebrauch genommen wurden. Dies genügte jedoch bald den Anforderungen nicht mehr und

schon Anfang Juni wurde einer meiner Gehilfen in den Pugubergen km 28 stationiert und bald darauf daselbst eine Holzbaracke mit 6 Betten zur Aufnahme von Kranken errichtet, da in dieser Gegend wegen der Schwierigkeiten der Arbeiten eine größere Menschenansammlung erfolgte. Die nächste Schwierigkeit in den Arbeiten erschien am Kingani. Zu der Überbrückung dieses Flusses und seiner ausgedehnten Niederung wurden wieder viele Hände erforderlich. Außerdem wurden bald auch jenseits des Kingani bis Kinonko die Arbeiten in Angriff genommen. Dem Gesundheitsdienste stand daher nicht mehr genügend Personal zur Verfügung, da in Daressalam selbst eine große Anzahl von Kranken ärztliche Hilfe suchte und die Blutuntersuchungen, die Versorgung des zahlreichen Personals mit Arzneien, Verbandstoffen und Lebensmitteln, sowie die Durchführung der später zu erwähnenden hygienischen Aufgaben hier noch mindestens einen Gehilfen erforderlich erscheinen ließen. Am 23. August trafen daher ein dritter Arztgehilfe Bensmann und am 23. September ein zweiter Arzt Dr. Krauß hier ein. Dieser wurde im Oktober in Mpera km 84 stationiert, wo eine zweite Krankenbaracke mit 6 Betten errichtet wurde. Der Gehilfe Bensmann wurde in Daressalam beschäftigt.

Während das Personal bis zum 1. April d. Js. in dieser Weise verteilt blieb, vermehrte und änderte sich seine Aufgabe sehr wesentlich. Zunächst nahmen die Krankheitsfälle infolge der Vermehrung der Arbeitskräfte an Zahl nicht unerheblich zu, und die Versorgung der Strecke einen immer größeren Umfang an. Mittlerweile war auch die gesamte Lebensmittellieferung für die Strecke sowie eine Einrichtung zur Sterilisation des Trinkwassers und Bereitung einwandsfreien Sodawassers in Daressalam dem Gesundheitsdienst zum dauernden Betrieb übertragen worden. Anfang Januar wurden sodann das Bureau des Gesundheitsdienstes und die Poliklinik in das sogenannte Konsulhaus verlegt, das dem Besitzer für längere Zeit abgemietet wurde, um hier alle die genannten Einrichtungen noch mit einer Station zur Behandlung und Verpflegung erkrankter Europäer zu vereinigen.

Dies in großen Zügen die Entwicklung.

Das „Konsulhaus“, das nunmehr dem Gesundheitsdienst vollständig zur Verfügung steht, hat 14 bewohnbare Zimmer nebst 3 Küchen, sowie Hof- und Bodenraum. Fünf von den Zimmern dienen zu Krankenräumen, 2 für die Poliklinik, 1 ist Magazin,

1 Wartezimmer, 1 Medikamentenraum und 4 werden als Wohn- und Schlafräume für den Arzt und 2 Gehilfen verwendet. In den 5 Krankenräumen befinden sich 8 Betten.

Die Schaffung dieser Krankenstation wurde aus verschiedenen Gründen wünschenswert. Zunächst ist es für jemanden, der ohne Familie in Daressalam lebt, in Krankheitsfällen nicht allein oft sehr schwierig, sondern zuweilen sogar unmöglich, sich in seiner Wohnung geeignete Nahrung und Pflege zu verschaffen. Trifft er aber krank aus dem Innern hier ein, so kommt zu dieser Schwierigkeit noch die Wohnungsfrage, die im letzten Jahre hier so außerordentlich brennend wurde. Sodann hat die Behandlung der gewöhnlichen Erkrankungen durch verschiedene Ärzte, wie sie bei der Benutzung des Gouvernementskrankenhauses notwendig eintreten mußte, selbst bei den kollegialsten Gesinnungen aller Beteiligten etwas Mißliches, zumal unsere Beamten und Angestellten sich kontraktlich verpflichteten, sich den ärztlichen Anordnungen zu fügen. Ferner kam noch die Erwägung hinzu, ob das Gouvernementskrankenhaus während der nächsten großen Fieberzeit von April bis Juli bei dem außerordentlichen Zuwachs an Europäern in Daressalam und Umgegend dem zu erwartenden Andrang genügen würde. Und schließlich ist der jetzige Betrieb nicht unerheblich weniger kostspielig.

Was nun die hygienischen Aufgaben und Arbeiten sowie die Erkrankungsfälle betrifft, so mögen folgende Angaben und Bemerkungen hier Platz finden:

Je mehr Methoden bei der Bekämpfung einer „ansteckenden" Krankheit in Vorschlag gebracht und versucht werden, desto schwieriger pflegt ihre Eindämmung und Ausrottung zu sein. Von der Malaria, die hier in erster Linie in Betracht kommt, gilt dies ohne jede Einschränkung. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft sollte man a priori annehmen, daß man dieser Volkskrankheit Herr werden könnte. Jedoch so viele Maßnahmen bisher auch empfohlen und in Anwendung gebracht sind, — in der Praxis stößt ihre Durchführung auf so viele Schwierigkeiten, daß meines Erachtens bei den hiesigen Verhältnissen an eine völlige Ausrottung dieser Seuche auf lange Zeit hinaus gar nicht zu denken ist, daß man sich daher mit der mehr oder weniger erfolgreichen Eindämmung bescheiden muß. Ob allgemeine Maßregeln zur Verminderung des Überträgers, des Anopheles, in Daressalam durchführbar und von dem gewünschten Erfolge begleitet sein werden, ist eine Frage,

deren Beantwortung zur Zeit sehr schwierig sein dürfte. Für den Gesundheitsdienst bei einem zeitlich begrenzten Bahnbau konnten daher solche Maßnahmen überhaupt nicht in Frage kommen. Das Augenmerk mußte vielmehr von vornherein auf die persönliche Prophylaxe gerichtet werden. Die Mittel zu diesem Zweck haben sich in letzter Zeit so wenig geändert, daß die ausführliche Beschreibung ihrer Anwendung sich hier erübrigt. Nur in betreff der Chininprophylaxe mögen einige Bemerkungen hier Platz finden. Kurze Zeit bevor ich meine Tätigkeit in Afrika begann, waren im Institute für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg die Versuche beendet worden, Malariakranke mit Chinindosen zu 0,2 g 5mal täglich gegeben, zu behandeln. Das Ergebnis war ein durchaus günstiges. Ich beschloß daher, diese Behandlungsmethode auch hier in Anwendung zu bringen und zugleich auch die Prophylaxe in dieser Form zu versuchen. Bestärkt wurde ich zu diesem Versuch durch die gleich in den ersten Tagen meines Hierseins in Erfahrung gebrachte Tatsache, daß infolge der unangenehmen Chininerscheinungen verschiedene unserer bereits anwesenden Angestellten die Chininprophylaxe, die mit den üblichen großen Dosen zu 1 g betrieben wurde, nicht mehr durchführten und andere in bitteren Ausdrücken über die Belästigung klagten. Selbst von gänzlicher Arbeitsunfähigkeit, die sich am 2. Chinintage einstellte, wurde mir gemeldet.

Wenn es nun auch sehr schwer ist, sich unter den obwaltenden Verhältnissen ein richtiges Urteil über eine derartige Maßnahme, wie die Chininprophylaxe, zu bilden, vor allem, weil das Personal so verschiedenartig und im großen und ganzen sowohl als auch inbezug auf Wohnsitz oder Aufenthaltsort so stark dem Wechsel unterworfen ist, so kann doch ein günstiger Einfluß dieser Maßnahmen kaum verkannt werden. — Genaue Zahlen anzuführen ist, wie gesagt, unmöglich. Aber wenn man diejenigen Europäer, die lange genug beobachtet werden konnten und zu gleicher Zeit in diesen Dingen glaubwürdig sind, absondert, so ergibt sich ein weit besseres Ergebnis für die Prophylaktiker. Ich habe außerdem mehrere Dutzend Fälle in Behandlung gehabt, bei denen man mir eingestand, daß der letzte oder die letzten Chinintermine überschlagen worden seien und auch von dem Erkrankten die Schuld diesem Versäumnis zugeschrieben wurde, während anderseits die glaubwürdigen Angaben, daß trotz genau durchgeführter Prophylaxe Fieber aufgetreten sei, sich auf ein Minimum reduzieren

lassen. Alle die guten Ratschläge zum persönlichen Schutz gegen Ansteckung und Rückfall werden eben aus Gleichgültigkeit, Vergeßlichkeit, sowie infolge von einem dem Tropenleben eigenen leichten Sinn und durch allerlei fremde Gegensuggestionen nur teilweise in die Tat umgesetzt.

An mikroskopisch diagnostizierten Malariafällen kamen bis zum 1. April d. Js. 137 in meine Behandlung, von denen eine große Anzahl Rückfälle und wohl noch mehr Neuinfektionen betrafen. Die Behandlung dieser Kranken, soweit sie wegen der Schwere der Erkrankung oder aus sonstigen Gründen nicht dem Hospital übergeben werden mußten, wurde in fast allen Fällen mit kleinen Dosen (Chin. mur. 5 mal 0,2 g) innerlich durchgeführt. Der Erfolg war durchweg gut und ich kann alles das, was U f e r*) in seiner Dissertation für die Verhältnisse im Krankenhaus beschreibt, aus der allgemeinen Praxis heraus bestätigen. Die schweren Fälle, deren etwa 1 Dutzend im hiesigen Hospital Aufnahme fanden, betrafen entweder zu spät in Behandlung gekommene Erstinfektionen oder vernachlässigte chronische Erkrankungen, bei denen eine regelrechte Chininkur nicht durchgeführt worden war.

Von Schwarzwasserfieber kamen 4 Fälle in meine Behandlung, darunter ein zweijähriges Kind eines Syrers, das nach einer Dosis von 0,5 Euchinin, die ihm gegeben worden war, bereits nach 3 Stunden an Hämoglobinurie erkrankte. Die übrigen 3 Fälle betrafen alte Afrikaner, die schon öfters Schwarzwasserfieber durchgemacht hatten. Alle 4 Patienten genasen. In das Hospital wurden außerdem noch 2 Kranke geschickt, von denen einer genas und einer starb. Wie viele Erkrankungen bei den Unternehmern und Arbeitsuchenden vorkamen, die zum größten Teil direkt zum Hospital gebracht wurden oder aber auf der Strecke teilweise ohne ärztliche Hilfe genasen, ließ sich nicht genau feststellen. Todesfälle infolge dieser Erkrankungen kamen auf der Strecke nicht vor.

Von inneren Erkrankungen war die zweitwichtigste die D y s e n t e r i e, die besonders auf der Strecke erhöhtes Interesse in Anspruch nahm, wo bei Europäern und Goanesen die Krankheit in etwa 20 Fällen auftrat, von denen einer, 1 griechischer Unternehmer, im März ds. Js. verstarb. Ein Kranker wurde infolge von Dysenterie tropendienstunfähig. Die übrigen Fälle,

*) Ludwig Ufer: Über fraktionierte Dosierung des Chinins bei der Behandlung der Malaria. Inaugural-Dissertation. München 1905.

darunter 4 in Daressalam, kamen zur Heilung. Auch unter den Negern wurde die Krankheit verschiedentlich beobachtet und mehrere Todesfälle gemeldet.

Von anderen Magen-Darmerkrankungen kamen außerordentlich häufig Verstopfungen zur Behandlung, außerdem viele Fälle des tropischen Darmkatarrhes, 3 Fälle von Bandwurm, 4 Fälle von Hämorrhoiden und 1 Fall von Duodenalkatarrh mit Gelbsucht. An Herzschwäche infolge von Alkoholismus erkrankten 2 Europäer; beide wurden nach Deutschland zurückgeschickt. Von Lungenerkrankungen ist eine Epidemie zu erwähnen, die die schwarzen Arbeiter während des ausgiebigen Regens und der ungewöhnlichen Kälte im März ergriff. Es handelte sich um Bronchialkatarrhe, Pleuritiden und Pneumonien, denen etwa 12 Neger erlagen. Eine andere Epidemie unter den schwarzen Arbeitern in den Pugubergen entstand ebenfalls im März. — Innerhalb von 6 Tagen verstarben 11 Neger (meistens Wanjamwesileute) an denselben Erscheinungen, davon einer im Sewa-Hadji-Hospital zu Daressalam, bei dem auch die Sektion vorgenommen wurde. Die Kranken wurden in verschiedenen Fällen bewußtlos aufgefunden, andere wurden in schwer krankem Zustande nach der Baracke I eingeliefert. Sie waren fast stets mehr oder weniger benommen. Die Temperatur wechselte mehrmals am Tage von der Norm bis 40° und darüber, sie gaben durch Zeichen an, Schmerzen in der Herz- und Blasengegend zu haben. Puls meistens sehr klein, in der Zahl wechselnd. Urin spärlich, eiweißhaltig. Die Extremitäten boten das Bild der schlaffen Lähmung zum Teil mit geringem Anasarka dar. Häufig handelte es sich um offenbar abgemagerte Individuen. Von 12 Erkrankten starben, wie bereits erwähnt, 11. Der Genesene blieb noch längere Zeit bettlägerig, vor allem infolge der Schwäche der unteren Extremitäten. Die Sektion im Sewa-Hadji-Hospital ergab nach einer Mitteilung des damaligen Arztes dieser Anstalt Eiter in den Gehirnhöhlen, aber sonst keinerlei weitere Anhaltspunkte. Die Epidemie erlosch nach 6 Tagen; weitere einzelne Fälle konnten trotz eifriger Nachforschungen nicht entdeckt werden. Ob es sich hier in allen Fällen um Meningitis oder um eine stürmisch verlaufene Beri-Beri gehandelt hat, muß dahingestellt bleiben, zumal die genauere Beobachtung sehr erschwert war.

Von Nervenkrankheiten kam ein Fall von schwerer und rezidivierender Ischias zur Behandlung, die zur Tropendienstuntauglichkeit führte. Ebenfalls zurückbefördert werden mußte

1 Kranker, der mit nervöser Veranlagung bereits herauskam und bei dem sich im Anschluß an mehrere Malariaanfälle eine schwere Neurasthenie entwickelte. Eine zentrale Nervenerkrankung auf luetischer Basis wurde geheilt. Ein Fall von schwerem Morphinismus wurde in eine Anstalt geschickt.

Auf therapeutischem Gebiet lieferten die Haut- und Geschlechtskrankheiten ein großes Material. Die Zahl der letzteren betrug 41 behandelte frische Fälle, während die Hautkrankheiten sich etwa auf das Doppelte beliefen. Unter diesen waren Schweißekzeme, Furunkeln (Mangobeulen), Karbunkeln und Trichophytien (Dobikrankheit), wieder die weitaus häufigsten. Ferner kamen 4 Fälle einer Erkrankung der Palma manus (1) oder Planta pedis (3) zur Beobachtung, deren Hauptcharakteristikum darin bestand, daß sie, sich langsam verbreitend, die Haut dieser Gegenden zur Abschälung in kleineren oder größeren Fetzen brachte. Eine Behandlung mit einer Lösung von Teer, Ichthyol und Alkohol zu gleichen Teilen führte in kurzer Zeit Heilung herbei, während die Chrysarobinbehandlung im Stich ließ. Ferner kamen etwa ein Dutzend Fälle von Fliegenlarven in der Haut zur Beobachtung und Behandlung, ebenso viele Fälle von Sandfloh und seine Folgen.

Das größte Kontingent zur Behandlung lieferten jedoch die chirurgischen und äußeren Erkrankungen einschließlich der Augen-, Ohren- und Zahnkrankheiten. Hier war es geradezu eine ungeheure Zahl von kleineren Verletzungen und Beingeschwüren, die mir und meinen Mitarbeitern fortwährend zu schaffen machten. Die Farbigen stellten dabei die weitaus meisten Fälle. Von schweren sind zu nennen:

Ein Bruch beider Unterschenkelknochen,
Ein Rippenbruch,
Eine Radiusfraktur,
Ein komplizierter Bruch beider Unterschenkelknochen,
Eine Blutung in das Rückenmark nach schwerer Erschütterung der Wirbelsäule,
Verlust beider Unterschenkel durch Überfahren mit der Lokomotive,
Eine Schulterluxation,
Eine schwere Kontusion und Hautverletzung an der Schulter,
2 Fälle von Fremdkörpern im Auge,
Etwa ein halbes Dutzend Fälle von Abquetschungen von Fingern und Zehen,

Ferner eine Anzahl von Panaritien und Phlegmonen,
Entzündung der Hornhaut und Bindehäute der Augen,
Eine Mittelohrentzündung und mehrere Fälle von Katarrhen des äußeren Gehörganges, sowie etwa 2 Dutzend Zahnextraktionen.

Bei der Aufzählung dieser Krankheiten muß es auffallen, daß eine Anzahl anderer, die sonst als gelegentlich oder häufiger vorkommend bezeichnet werden, während eines ganzen Jahres und trotz des großen Materials niemals zur Beobachtung kamen. Ich nenne hier Pest, Pocken, Rückfallfieber, Typhus, Lepra, Wurmkrankheit, Beri-Beri, Schlangenbiß, Schlafkrankheit. Nur sehr wenig kann dabei entgangen sein, da ich alle meine Mitarbeiter angewiesen hatte, auf diese Krankheiten ihr Augenmerk zu richten, und mir schon bei Verdacht Bericht zu erstatten.

Von Tierkrankheiten ist die Pferdesterbe zu erwähnen, der im Laufe des Jahres in Daressalam und auf der Strecke etwa ein Dutzend Maultiere zum Opfer fielen. Mein eigenes Tier ging mir im Februar in Morogoro daran ein. Wenn man die Inkubationszeit dieser Krankheit mit 9 Tagen annimmt, so würde sich dieses Tier einige Tagereisen von Bagamojo entfernt, etwa in Msua, infiziert haben.

Außer der Malariaprophylaxe, die bereits erwähnt wurde, bestand auf hygienischem Gebiete in erster Linie noch die Aufgabe, die Trinkwasserfrage so gut wie möglich zu lösen. In Daressalam selbst bedurfte es im allgemeinen nur des Rates, das Trinkwasser vor dem Gebrauch zu kochen. Auf der Strecke dagegen waren eine Anzahl Filter erforderlich; und zwar wurden auf den größeren Stationen, wie Pugu Baracke I und Baracke II, Berkefeld — Pumpenfilter aufgestellt, während die einzelnen reisenden oder arbeitenden Beamten Seit'sche Asbestfilter erhielten. Vielfach wurde die Klärung des Wassers auch mittels des Alauns bewerkstelligt. Zugleich mit den Sodawasserapparaten wurde dann noch ein von Giemsa und Mayer verbesserter Kade'scher Trinkwassersterilisator in Daressalam aufgestellt. Trinkwasseruntersuchungen auf physikalische Beschaffenheit und chemische Zusammensetzung wurden im ganzen 15 vorgenommen.

Zur Verhütung des Rückfallfiebers, der Dysenterie, der Geschlechtskrankheiten sowie des Alkoholismus usw. wurden möglichst eingehend und oft die entsprechenden Ratschläge an die einzelnen Beamten erteilt.

Alles in allem genommen, war auch das Resultat in Anbetracht der Verhältnisse und des großen Wechsels und der bunten Zusammensetzung des Personals, kein schlechtes."

V. Statistik.

Das Auftreten der einzelnen im Schutzgebiet unter der Zivilbevölkerung beobachteten Erkrankungen sowie Zahl und Art der Todesfälle unter den Europäern erläutern die beigefügten Nachweisungen. Anlage II, III, IV.

VI. Kasuistik.

Die Kasuistik ist in diesem Jahre sehr mangelhaft, da beinahe alle Stationen mehr oder weniger durch den Aufstand in Mitleidenschaft gezogen wurden.

1. Pocken.

Die Pocken traten unter den Eingeborenen wieder etwas häufiger auf, doch ohne je den Umfang einer größeren Epidemie anzunehmen.

Die Impfungen unter der Bevölkerung wurden fortgesetzt und trotz des Aufstandes fast auf die gleiche Höhe wie im Vorjahr gebracht. Die Hauptschwierigkeit liegt noch immer darin, die Lymphe virulent bis auf die entfernten Innenstationen zu bringen; trotz der Vorsichtsmaßregeln kommt sie oft verdorben oder doch wesentlich abgeschwächt an. So ist das Verhältnis der mit Erfolg Geimpften bei Impfung von Arm zu Arm gegenüber der Europalymphe etwa wie 90 : 40%. Leider sind Versuche der Selbstgewinnung von Tierlymphe nur in sehr geringem Maße und mit ebensolchem Erfolge gemacht worden; es soll aber, sobald wieder Ruhe herrscht, erneut die Impfung von Kälbern in Angriff genommen werden und steht zu hoffen, daß sich künftighin die Hauptmenge der notwendigen Lymphe wird im Schutzgebiet herstellen lassen.

Über die ausgeführten Impfungen gibt die beiliegende Impfübersicht Aufschluß. Die Zahlen über die mit Erfolg Geimpften geben keinen Anhalt über den wirklichen Erfolg, da sehr häufig eine Nachschau überhaupt unmöglich war, oder nur ein Teil der Anlage V.

Geimpften sich wieder vorstellte. Die Europalymphe stammte aus dem Königlichen Impfinstitut in Dresden.

Das Verhalten der Bevölkerung zu den Impfungen war in der Hauptsache ein freundliches; in einigen entfernten Teilen der Bezirke natürlich noch teilweise zurückhaltend und ängstlich, aber nirgends feindlich.

Impfkrankheiten wurden außer sehr vereinzelten harmlosen Zellgewebsentzündungen nirgends beobachtet.

2. Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung.

Von den 137 Fällen betrafen 111 eine Epidemie in Tanga, über die Stabsarzt Professor Ollwig berichtet:

Es handelte sich um eine Endemie von 111 Fällen in der Schule. In einem Falle kam es zur Absceßbildung der Drüsen, so daß eine Incision gemacht werden mußte. Komplikationen kamen nicht vor. Eine besondere Behandlung fand nicht statt, die Kranken wurden isoliert, um eine Weiterverbreitung möglichst zu verhindern. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 12 Tage.

3. Rose.

3 Fälle von Erysipeloid beschreibt Stabsarzt Dr. Exner:

Während ausgesprochene Erysipele selten zu sein scheinen, kamen 3 Erysipel-ähnliche Erkrankungen zur Beobachtung. Zwei davon waren am Bein, eine am Arm lokalisiert. Nach schnell eintretender hoher Temperatursteigerung (bis 40,4) fiel das Fieber nach wenigen Tagen, jedoch allmählich, ab. Malariaparasiten waren trotz wiederholter Untersuchungen nicht gefunden worden.

In einem Falle (Arzt) war die Infektionsquelle wahrscheinlich ein zugereister Inder, bei welchem die Operation der Elephantiasis scroti vorgenommen worden war und der vorher an einer mit hohem Fieber einhergehenden abscedierenden Entzündung am Hodensack gelitten hatte.

4. Pyämie.

Einen tödlich verlaufenden Fall schildert Stabsarzt Dr. Exner aus dem Krankenhaus Daressalam:

Ein Kranker wurde mit hohem Fieber, an dem er plötzlich erkrankt war, von auswärts nach Daressalam ins Krankenhaus transportiert. Es bestanden Schwellungen in der Gegend des

rechten Schultergelenks und des rechten Fußgelenks. Es stellte sich bald Benommenheit des Sensoriums ein. Malariaparasiten waren im Blut nicht zu finden. Dagegen wurde im Blut, welches aus der Armvene entnommen war, kulturell der Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen. Der Tod trat unter hohem Fieber im Zustande vollkommener Bewußtlosigkeit ein.

Die Obduktion ergab tiefliegende Eiterherde in der rechten Schultergegend außerhalb des Gelenks, in der Muskulatur der linken Wade und mehrfache, offenbar schon länger bestehende Abscesse in der Prostata. Im Eiter der letzteren wurden neben Gonokokken Staphylokokken gefunden.

5. Rückfallfieber.

Diese im Schutzgebiet erst seit kurzem bekannt gewordene Krankheit hat sich gegen das Vorjahr wesentlich häufiger gezeigt, was aber wohl weniger einer größeren Weiterverbreitung als vielmehr einer genaueren Beobachtung zuzuschreiben ist. Neu sind die bisher nur bei Europäern beobachteten Nachkrankheiten, Regenbogenhautentzündung und Nervenlähmungen, über die Stabsarzt Dr. Exner berichtet:

„Zu Beginn des Berichtsjahres befanden sich im Krankenhaus wegen Rückfallfieber noch 2 Kranke, welche ihrer Nachkrankheiten wegen hier nochmals erwähnt werden müssen.

Der eine derselben hatte 4, der andere 5 Anfälle zu überstehen gehabt, und der letztere hatte an Augenmuskellähmung am linken Auge gelitten. Im April 1905 traten bei beiden weder Fieber noch sonstige Krankheitserscheinungen mehr auf, so daß die Kranken entlassen werden konnten. Der eine erkrankte kurz darauf in Wugiri an Regenbogenhautentzündung. Der andere Kranke kam Ende April wegen Iritis am linken Auge wieder ins Krankenhaus. Fieber trat bei ihm nicht wieder auf. Die Behandlung bestand in Atropineinträufelungen und innerlicher Darreichung von Jodkali. Es blieben 3 strichförmige Verwachsungen der Iris (hintere Synechien), von welchen eine nach Eserineinträufelungen durchriß und eine Glaskörpertrübung zurückließ. Die Behandlung nahm 46 Tage in Anspruch.

Neu kamen wegen Rückfallfieber 5 Kranke ins Krankenhaus.

In einem Falle handelte es sich um Rückfallfieber ohne Komplikation. 3 andere Kranke litten gleichzeitig an Malaria. Ein Kranker (Unteroffizier vom II. Seebataillon) hatte Rückfallfieber

und Malaria, sowie eine rechtsseitige Facialislähmung in Muansa überstanden. Er wurde bis zum Antritt der Heimreise dem Krankenhause überwiesen, bot in dieser Zeit aber keine Krankheitserscheinungen dar.

Von den übrigen 4 Kranken gehörten 3 der Marine an. Dieselben hatten sich in Mohoro und Samanga, bzw. im Hinterlande, infiziert. Ein Kranker war als Eisenbahnarbeiter bei km 75 der im Bau begriffenen Strecke Daressalam — Morogoro beschäftigt gewesen.

Sämtliche Kranke hatten vor ihrer Aufnahme ins Hospital einen oder mehrere Fieberanfälle durchgemacht.

Die bei sonstigen fieberhaften Infektionskrankheiten mit Erfolg angewandten Heilmittel waren bei Rückfallfieber gänzlich wirkungslos gewesen. Nun schlug der Medizinalreferent, Oberstabsarzt Meixner, vor, das anerkannte Heilmittel gegen die ebenfalls durch eine Spirochaetenart hervorgerufene Syphilis, das Quecksilber, in Form von Einspritzungen bezüglich seiner Wirksamkeit bei Rückfallfieber zu versuchen. Es wurden bei den Rückfallfieberkranken täglich intramuskuläre Injektionen von 0,01 Sublimat bis zu 30 Dosen gemacht, bzw. einigen Kranken jeden 2. Tag 0,02 Sublimat gegeben.

Die in dieser Weise behandelten Kranken hatten, als sie der Quecksilberkur unterzogen wurden, schon einen oder mehrere Anfälle ihres Rückfallfiebers überstanden, und die Zahl der Beobachtungen ist noch zu gering, als daß man daraus Schlüsse ziehen könnte. Vorläufig sind folgende Tatsachen zu verzeichnen, welche zu weiteren Versuchen ermuntern. In einem Falle trat nach Einleitung der Quecksilberbehandlung kein weiterer Anfall auf. Bei zwei weiteren Kranken kamen wesentlich schwächere Anfälle zur Beobachtung, meist nur von geringer Temperatursteigerung begleitet. Bei einem Rückfall am 4. Oktober blieb das Fieber wesentlich niedriger als beim vorhergehenden. Der Anfall war von kürzerer Dauer und die Spirillen im Blut sehr spärlich (es wurde nur eine gefunden), während dieselben am 10. September sehr zahlreich gewesen waren. In einem anderen Falle traten noch zwei Anfälle auf, von denen der erste ganz atypisch ist und der zweite nur von kurzer Dauer. Bei beiden Anfällen wurden im Gegensatz zum vorhergehenden nur wenig Spirillen gefunden. Bei diesem Kranken war das Sublimat, nachdem die gebräuchliche Menge von etwa 0,35 injiziert worden war, ausgesetzt worden.

Nach 1 Monat Pause kam noch einmal ein Fieberanstieg bis 39,4 vor, welcher nur kurze Zeit anhielt und bei dem keine Spirillen im Blut gefunden wurden.

Ferner sind bei diesen vier Kranken, soweit es sich durch Erkundigung später feststellen ließ, keine Nachkrankheiten, Iritis oder Gesichtsnervenlähmung, vorgekommen, von den 7 Recurrenskranken des vorigen Berichtsjahres erkrankten schon während derselben 4 an Regenbogenhautentzündung und 3 zugleich an Nervenlähmungen. Die 2 aus dem vorigen Berichtsjahre übernommenen Kranken erkrankten nachträglich auch noch an Iritis. Es blieben von 7 also nur 1 frei."

Alle Beobachtungen stimmen überein in den Parasitenfunden: bei kleinen Kindern sehr zahlreich, bei Erwachsenen meist nur spärlich; ebenso verhält es sich mit den Rückfällen, wobei die zum ersten Mal an Rückfallfieber erkrankten Nichteingeborenen sich wie die Kinder verhalten. Es scheint also das Überstehen der Krankheit eine gewisse geringe Immunität zu verleihen.

So berichtet Oberarzt Dr. Grothusen von Tabora:

„Was die Parasitenbefunde anbetrifft, so waren sie bei dem älteren, zweijährigen und wenig kranken Kinde außerordentlich spärlich, bei den beiden ganz jungen, schwer kranken Kindern dagegen sehr zahlreich, bei dem Mschirombokinde sogar massenhaft, bis zu 30 und 40 im Gesichtsfelde.

Zum Schluß bemerke ich noch, daß mir die katholische Mission Uschirombo, der ich das Präparat von dem obenerwähnten 3 Monate alten Kinde verdanke, mitteilte, daß dies Kind an der von den dortigen Eingeborenen »Ntandara« benannten Krankheit leide. Diese Krankheit äußere sich in Fieber, die Kleinen haben heftige Zuckungen, verdrehen die Augen, schäumen und entrinnen nur selten dem Tode. Die Krankheit soll häufig sein bei Kindern im Alter zwischen 1 und 2 Jahren. Vermutlich handelt es sich in diesen Fällen also um eine durch Spirochaeten verursachte Erkrankung."

Stabsarzt Dr. Ahlbory von Muanza:

„Der Verlauf der Krankheit bei den Eingeborenen ist in der Regel verhältnismäßig leicht, Fieber besteht meistens nur wenige Tage, die Klagen erstrecken sich in der Regel auf Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Der Temperaturabfall ist in der Regel ein allmählicher, aber häufig auch ein kritischer mit einem plötzlichen Abfall von ziemlicher Höhe, etwa 40,0° C. bis zur

Norm, aber ähnlich wie bei der Pneumonie. In der Regel erfolgt nur ein Anfall. In weniger häufigen Fällen folgen jedoch mehrere Anfälle einander. Die folgenden Anfälle werden dann immer weniger häufig. In der Zwischenzeit besteht kein Fieber, jedoch tritt kein vollständiges Wohlbefinden ein, es bestehen meistens Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen.

Ein Fall verlief tödlich, es war ein alter weißköpfiger Greis, den ich auf über 70 Jahre schätzte. Der Tod erfolgte nach den ersten 24 Stunden nach der Krankmeldung ohne Komplikationen unter den Zeichen einer trotz Kampfer- und Ätherinjektionen stets zunehmenden Herzschwäche. Der Parasitenbefund war hierbei ein enormer, wie ich ihn sonst nie auch nur annähernd gefunden hatte, eine Zählung der Spirillen war unmöglich, da sie sich häufig zu großen unentwirrbaren Knäueln zusammengeballt hatten.

In allen anderen Fällen war die Zahl der Spirillen auch bei den schwerer Erkrankten eine geringe, nur in ganz wenigen Fällen war es möglich, die Spirillen nach kurzem Suchen sozusagen auf den ersten Blick zu finden, mehr als 2 Spirillen in einem Gesichtsfelde fand ich jedoch auch dann nicht.

Komplikationen fehlten meistens, abgesehen von einigen leichten Katarrhen der Atmungsorgane."

Über Sektionsbefunde schreibt Stabsarzt Dr. Feldmann aus Bukoba:

„Die Inder pflegen gewöhnlich sehr schwer zu erkranken und mehrere Anfälle durchzumachen, im Gegensatz zu den Eingeborenen, die meistens mit einem Anfall immun werden.

Spirochaeten waren in den drei in Genesung ausgehenden Fällen nur sehr spärlich im Blute zu finden, während in dem tödlich endenden Falle und bei einem Kranken, der außerhalb der Behandlung verstarb, ganze Haufen dichtverschlungener und verfilzter Parasiten im peripheren Blute vorhanden waren.

Erwähnenswert ist, daß die Sektion in beiden Fällen außer parenchymatöser Entzündung der inneren Organe eine seröse Durchtränkung der verdickten Pia mater bei starker Füllung ihrer Gefäße ergab, wie sie ähnlich bei Trypanosomiasisleichen gefunden wird."

6. Malaria.

Über Malaria, die wie immer den ersten Platz unter den Infektionskrankheiten einnimmt, sind wesentlich neue Erfahrungen nicht gemacht worden.

Die geringe Zunahme der Malariafälle unter den Europäern um 4,8% gegenüber dem Vorjahre, bei einer Bevölkerungszunahme von 33,2%, ist trotz der ungünstigen, durch den Aufstand sowie durch den Eisenbahnbau Daressalam—Morogoro gegebenen Verhältnisse ein recht gutes Resultat zu nennen. Eine stärkere Zunahme zeigt Daressalam, wo sich die Malariaerkrankungen um 17,7% bei einer Bevölkerungszunahme von allerdings 72,8% vermehrt haben; hier dürfte der Eisenbahnbau wohl etwas mit in Rechnung zu ziehen sein, mehr aber die noch sehr mangelhaften sanitären Verhältnisse des Ortes selbst. In Ssongea und Neu-Langenburg ist die starke Zunahme wohl allein auf den Aufstand zurückzuführen und wird mit dessen Beendigung wieder schwinden. In Wilhelmstal und Moschi endlich sind es Durchreisende, die das hohe Anwachsen der Malariafälle bedingen, während der Prozentsatz unter den Bezirkseingesessenen gleich geblieben ist resp. sich vermindert hat; so kamen allein in Wilhelmstal z. B. von einem nach Aruscha weitergehenden Burenzug 102 Malariakranke in Zugang, die natürlich den Prozentsatz wesentlich verschlechtern. Endlich sind all die Prozentzahlen nur relative Werte, da einerseits nicht alle Malariafälle zur ärztlichen Kenntnis kommen, anderenteils die Iststärken der Europäer nur annähernd sind, weil ein Meldezwang bzw. Kontrolle nicht besteht.

Über die Erkrankungen in Daressalam geben die Mitteilungen der Ärzte der Krankenhäuser Auskunft.

Stabsarzt Dr. Exner schreibt über die Fälle unter den Europäern:

„Es entfielen auf:

	Krankenhaus	Poliklinik
Malaria tropica	259	69
Malaria tertiana	10	1
Malaria quartana	4	—
Nicht mikroskopisch festgestellt	8	11

Von den meisten der Befallenen war keine Chininprophylaxe geübt worden. Die Angaben der übrigen sind nicht zuverlässig genug, um in Berechnung gezogen zu werden.

Die Kranken, welche nach Ablauf des ersten Anfalles ins Hospital kamen, hatten gewöhnlich noch einen Anfall zu überstehen, die meisten anderen zwei. Drei Anfälle oder mehr wurden selten beobachtet.

Besondere Störungen oder Komplikationen wurden im Verlauf nicht beobachtet. Die Behandlung bestand anfangs noch wie

im Vorjahre, in Darreichung von 1 g Dosen Chinin in Tablettenform beim Auftreten großer Ringe und Temperaturabfall.

Vom Juni an wurden gewöhnlich nicht mehr Dosen von 1 g auf einmal, sondern täglich viermal 0,25 Chinin gegeben in drei- bis vierstündigen Intervallen, so drei bis vier Tage lang nach vollständigem Fieberabfall. Dann wurde gewöhnlich nach zwei oder drei Tagen Pause nochmals zwei Tage lang Chinin gegeben und hierauf zur Nachkur viermal 0,25 Chinin am 8. und 9. Tage, bzw. 7. und 8. Tage für die Dauer von zwei Monaten übergegangen.

In Fällen, wo das Fieber keine Neigung zeigte, abzufallen, oder wo Brechreiz auch nach dem Temperaturabfall noch fortbestand, wurden täglich bis 2 Injektionen von Chinin. bimuriaticum in die Gesäßmuskulatur gemacht. Schädliche Folgen, wie Abscesse, wurden nach diesen Einspritzungen nicht beobachtet. Doch traten nach sechs bis acht Injektionen Schmerzen auf, so daß von weiteren Injektionen Abstand genommen oder andere Körperstellen gewählt werden mußten.

Bei der Nachkur erwies sich für die Bewohner der Stadt 1 g am 8. und 9. Tage als ausreichend, nicht aber für die Bewohner von Kurasini oder der sogenannten Müllerschamba. Diesen wurden ebenso wie den an der Bahnstrecke wohnenden Europäern als Chinintage der 7. und 8. Tag angeraten.

Während die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen Malaria tropica war, kam Malaria tertiana und quartana nur bei Leuten vor, welche sich außerhalb infiziert hatten, zumeist beim Eisenbahnbau zwischen Daressalam und Morogoro, ferner im Sachsenwald und in Pugu. Bei einem kam das Hinterland von Samanga gelegentlich einer Expedition in Frage, zwei Kranke waren vor kurzem aus Kleinasien eingetroffen, wo sie Fieber gehabt hatten, einer aus Portugiesisch-Ostafrika.

Malaria tertiana kam in 8 Fällen allein vor (darunter einmal Malaria tertiana duplex), Malaria quartana in 3 Fällen allein.

In 2 Fällen war Malaria tertiana mit tropica vergesellschaftet, in einem Falle Malaria quartana mit tropica.

Der Verlauf dieser Erkrankungen bot keine Besonderheiten. Die Kranken wurden sämtlich geheilt. Durch verteilte Dosen, täglich viermal 0,25 Chinin, ließ sich der zweite Anfall stets verhüten."

Stabsarzt Dr. Schörnich von dem Sewa-Hadji-Hospital berichtet:

„Die Anzahl der Malariafälle hat sich gegen das Vorjahr ver-

doppelt, 146 gegenüber 75. Mit verschwindenden Ausnahmen waren die Malariaerkrankungen am Orte selbst und in der Umgegend, wo Malaria endemisch herrscht, erworben. 95% davon waren Malaria tropica und 10 % Rückfälle.

Chininnachkuren konnten nur in etwa 5% der Fälle angewandt werden, welche sich hauptsächlich aus den Arbeitern der Flottille rekrutierten. Die Vermehrung der Malariafälle erklärt sich wohl zum Teil aus dem regen Bahnbaubetrieb zwischen hier und Morogoro, zum Teil daraus, daß im letzten Jahre intensivere und länger anhaltende Niederschläge stattgefunden haben."

Aus Tanga berichtet Stabsarzt Prof. Ollwig:

„Die Diagnose wurde stets durch das Mikroskop festgestellt. Die Färbung geschah durchweg mit Azur (Giemsa).

Von den 141 in Behandlung gekommenen Malariakrankheiten waren sichere Neuinfektionen 70, darunter wieder hatten sich 36 in Tanga infiziert, bei 34 hatte die Infektion außerhalb Tangas stattgefunden. Selbstverständlich machen die Zahlen auf absolute Genauigkeit nicht Anspruch; auch unter den 73 Recidiven wird voraussichtlich noch manche frische Infektion sich befinden.

Malaria quartana wurde in keinem Falle gefunden, tertiana siebenmal; in den übrigen Fällen handelt es sich um Malaria tropica. In drei Fällen von tropischer Malaria trat der Tod ein, alle übrigen kamen zur Genesung. Der Tod wurde durch Herzschwäche infolge massenhaften Auftretens von Malariaparasiten verursacht. 2 von den Gestorbenen kamen bereits sterbend ins Krankenhaus.

Erwähnenswert ist eine Malaria comatosa. Es handelte sich um einen Europäer, der von außerhalb nach Tanga, nachdem er bereits zwei Tage bewußtlos gewesen war, ins Krankenhaus gebracht wurde. In seinem Blute wurden zahlreiche kleine, mittlere und große, vielfach pigmentierte Ringe, auch Teilungsformen der tropischen Malaria vorgefunden. Er wurde mit Chinininjektionen behandelt und zwar erhielt er alle zwei Stunden 0,25 g. Nach zwölfstündigem Aufenthalte im Krankenhause kehrte das Bewußtsein wieder und es trat schnell Heilung ein.

Die Behandlung mittels Chinin geschah in der Weise, daß in der Regel viermal täglich 0,25 gegeben wurde ohne Rücksicht auf die Höhe der Temperatur. Falls jedoch die Temperatur kritisch abfiel, wurde 0,5 und eine Stunde darauf wieder 0,5 verordnet. Bei Kranken, die verdächtig schienen, an Disposition zu Schwarzwasserfieber zu leiden, wurde mit noch kleineren Dosen vorgegan-

gen und wurden sorgfältige Eiweißuntersuchungen des Urins vorgenommen. Ziemlich häufig wurden intramuskuläre Chininjektionen gemacht und zwar vornehmlich dann, wenn anzunehmen war, daß infolge starker Alkalescenz der Magenflüssigkeit das per os genommene Chinin nicht genügend resorbiert wurde. Den aus dem Krankenhause Entlassenen wurde anempfohlen, 3 Monate lang an zwei aufeinanderfolgenden Wochentagen je 1,0 Chinin als Nachkur zu nehmen. Wenn trotzdem Recidive nicht ausblieben, so lag es daran, daß die Betreffenden die Verordnung nicht befolgt hatten oder in unzweckmäßiger Weise (z. B. während des Essens) sich das Chinin einverleibt hatten.

Es bedurfte oft wiederholter und eingehender Fragen, um aus den mit Recidiven ankommenden Patienten das Geständnis herauszubringen, daß sie das Chinin nicht nach Vorschrift genommen. Jeder behauptete anfangs, ganz vorschriftsmäßig verfahren zu sein.

Chininprophylaxe wird in Tanga unter den Europäern verhältnismäßig viel ausgenützt, und zwar kann man unter den Prophylaktikern im allgemeinen zwei Gruppen unterscheiden, die eine nimmt ständig Chinin, die andere nur in den Regenmonaten und der ersten Zeit nach denselben. Was die Chininmenge anbelangt, so nehmen die meisten nach Koch'scher Vorschrift an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1,0 g mit 5 bis 7 tägigen Zwischenräumen. Diese Methode hat viel Anklang gefunden, seitdem es möglich ist, die betreffende Tagesdosis von 1,0 g nicht auf einmal, sondern in beliebige Portionen verteilt zu nehmen, die unangenehmen Nebenerscheinungen werden auf diese Weise auf ein Minimum beschränkt. Manche, besonders kleine und schwächliche Frauen, begnügten sich mit 0,5 g an drei aufeinanderfolgenden Wochentagen. Es hat sich gezeigt, daß diese Art der Prophylaxe auch sehr wirksam ist, wenn sie auch der Koch'schen Methode nicht gleichkommt.

Es hat sich nun herausgestellt, daß in dem Berichtsjahre alle Prophylaktiker mit ganz verschwindenden Ausnahmen, bei denen nicht genügend resorbiert worden war, von Malaria verschont blieben, während dagegen alle Nichtprophylaktiker fast ausnahmslos erkrankten.

Recht schwierig lagen die Verhältnisse in Gegenden außerhalb Tangas, in denen Jahr aus Jahr ein die Infektionsmöglichkeit eine gleichmäßig dauernde ist. An solchen Orten versagt die Koch'sche Methode mit den langen chininfreien Zwischenräumen öfter und es

fragt sich, ob sich in solchen verseuchten Gegenden nicht eine tägliche kleine Chinindosis (etwa 0,4) mehr empfehlen würde als große Chinindosen mit größeren Zwischenräumen.

Sehr viel genützt hat mir auf einer schwer infizierten Plantage das Verordnen von 0,75 an drei aufeinanderfolgenden Wochentagen. In solchen schwer infizierten Gegenden darf meiner Ansicht nach nicht schematisiert werden, sondern es muß individualisiert werden.

Das Empfehlenswerteste in solchen Gegenden ist natürlich ein gut angelegter und richtig angewandter Drahtschutz."

6a. Schwarzwasserfieber.

Einen erfreulichen Rückgang gegen das Vorjahr zeigt diese immer die meisten Todesfälle fordernde Krankheit, besonders erfreulich bei der wesentlichen Zunahme der Malariaerkrankungen. Hoffentlich beruht diese Abnahme in dem vermehrten Verständnis der Europäer für die Notwendigkeit einer zweckmäßigen Behandlung der Malaria, durch die dem Schwarzwasserfieber der Boden entzogen wird. Von den 11 Fällen unter Farbigen betreffen 10 Nichteingeborene, wie Inder usw., und nur ein Fall einen Eingeborenen, über den leider nicht näher berichtet ist. Einen wesentlichen Einfluß auf die Verminderung spreche ich auch den jetzt wohl überall an jedes Schwarzwasserfieber angeschlossenen Chinin-Gewöhnungskuren zu, wo durch die sonst so häufigen Rückfälle verhindert werden und erst wirkliche Heilung, Aufhebung auch der Disposition dazu, erzielt wird. Anlage VI.

Einige Einzelfälle bzw. interessante Beobachtungen schildert Stabsarzt Professor Ollwig:

„Alle Erkrankten mit Ausnahme eines, der erst 6 Monate im Lande lebte, hielten sich jahrelang in Ostafrika auf und hatten viel an Malariafieber gelitten. Infolge ihres Berufes waren sie größtenteils gezwungen, in schwer infizierten Malariagegenden zu leben. Regelmäßige Chininprophylaxe hatte keiner von ihnen durchgeführt, auch hatten sie nach Überstehen eines Malariafiebers eine regelrechte Chininkur zur Nachbehandlung nicht durchgemacht. Alle Erkrankungen stellten sich einige Stunden ein, nachdem Chinin genommen war, und zwar in der Regel 1,0 g. Nur in zwei Fällen waren kleinere Dosen die Ursache. Der eine betraf den oben erwähnten jüngsten Afrikaner. Während seines sechsmonatigen Aufenthalts war er fast ununterbrochen auf Expedition

gewesen, hatte häufig Malaria gehabt, Chinin aber nie genommen. In Mombo, wo er sich zuletzt aufhielt, nahm er zwei Pillen Esanopheles (jede Pille enthaltend 0,15 Chinin und 0,001 acid. arsenicos.), einige Stunden darauf erkrankte er unter Schüttelfrost an Schwarzwasserfieber. Trotzdem nahm er auf Rat eines Freundes nochmals drei Pillen Esanopheles. Am Tage darauf wurde er per Bahn nach Tanga ins Krankenhaus gesandt, wo er in sehr hinfälligem Zustande erschien und bald nach seinem Eintreffen besinnungslos wurde. Die Urinmenge war von Anfang an reichlich, enthielt aber ununterbrochen Haemoglobin. Der Haemoglobingehalt des Blutes sank in zwei Tagen von 70% auf 20% (nach Fl.). Kurz vor seinem Tode, der unter Herzschwäche eintrat, verschwand der Haemoglobingehalt, im Urin dagegen trat Eiweiß auf.

Ebenfalls tödlich endete der zweite Fall, in welchem Chinin-Arsenikpillen den Anfall ausgelöst hatten. Der Kranke war bereits 20 Jahre in Ostafrika, seit einigen Wochen in Tanga. Da er sich sehr elend fühlte, konsultierte er den Arzt. Es wurde erhebliche Milz- und Lebervergrößerung festgestellt. Nach Vorschrift nahm er an zwei Tagen hintereinander morgens und abends je eine Pille Esanopheles; am 3. Tage morgens heftiger Schüttelfrost, Erbrechen und hohe Temperatur. Urin, der von vornherein spärlich gelassen wurde, war schwarz. Nachmittags wurde er besinnungslos ins Krankenhaus gebracht, wo er nach kaum 24 stündigem Aufenthalte unter Zeichen von Herzschwäche starb.

Est ist wohl möglich, daß in diesen beiden Fällen sowohl Chinin als Arsenik die Anfälle ausgelöst hatten.

In dem dritten tödlich verlaufenen Falle handelte es sich um einen starken Potator. In stark angetrunkenem Zustande nahm er 1 Gramm Chinin, da er sich nicht wohl fühlte, und betrank sich an demselben Abend noch sinnlos. Als er am nächsten Morgen seinen Rausch ausgeschlafen hatte, bemerkte er an seinem Urin, daß er an Schwarzwasserfieber litt, den Beginn desselben hatte er verschlafen. Mittags suchte er Aufnahme ins Krankenhaus. Die Milz war zweifingerbreit unter dem Rippenbogen fühlbar. Lebervergrößerung war nicht festzustellen. Haemoglobinurie hielt bis kurz vor seinem Tode, der nach 48 stündigem Aufenthalt im Krankenhause an Herzschwäche eintrat, an. Schüttelfröste und Erbrechen fehlten völlig. Unaufhaltsam wurde mit dem reichlichen Urin der Blutfarbstoff ausgeschieden, mikroskopisch konnte man verfolgen, wie die roten Blutkörperchen von Tag zu Tag haemoglobinärmer wurden und ihre Zahl abnahm.

Einen günstigen Ausgang nahm ein schweres Schwarzwasserfieber eines Wirtschaftsinspektors. Schon längere Zeit vor Ausbruch der Erkrankung hat er sich elend gefühlt und ist auch vielfach von Bekannten auf sein schlechtes Aussehen aufmerksam gemacht worden. Am Tage nach einem sehr anstrengenden Jagdausfluge, auf dem er sich schwer unwohl fühlte, kam ein Fieber bei ihm zum Ausbruch, das 2 Stunden anhielt. Am darauffolgenden Tage, 3½ Stunden nachdem er 1,0 g Chinin genommen hatte, Ausbruch eines Schwarzwasserfiebers ohne Schüttelfrost und Erbrechen. Er reiste sofort nach Tanga und wurde am nächsten Tage im Krankenhause aufgenommen. Die Haemoglobinurie, welche mit kurzen Unterbrechungen 6 Tage anhielt, schwächte den Patienten derartig, daß häufig Anfälle von Herzschwäche sich einstellten. Am 7. Tage wurde der Urin unter Sinken der Temperatur klar. Interessant war, wie außerordentlich schnell das Blut regeneriert wurde. Am letzten Tage der Erkrankung sah das Blut blaß und dünnflüssig aus, mikroskopisch konnte eine sehr erhebliche Abnahme der roten Blutkörperchen und ihres Haemoglobingehaltes festgestellt werden. Einen Tag nach der Beendigung der Haemoglobinurie war das Bild ein wesentlich anderes. Das Blut sah erheblich dunkler aus und ließ sich leicht auf den Objektträger streichen. Im mikroskopischen Bilde überwogen zahlreiche Megalocyten, Mikrocyten, Normoblasten und Megaloblasten bei weitem die Erythrocyten. Es handelte sich um eine äußerst schnelle Regeneration des Blutes. Dementsprechend erholte sich der Patient auffallend schnell.

Die übrigen drei zur Beobachtung gekommenen Schwarzwasserfieber boten nichts Besonderes. Während Schüttelfröste und Erbrechen sehr häufig fehlten, stellte sich in allen Fällen ein mehr oder weniger starker Icterus ein, Milzschwellung konnte nur zweimal, Leberschwellung einmal festgestellt werden, dagegen war die Lebergegend auf Druck fast immer empfindlich.

Malariaparasiten, und zwar Tertianaformen, wurden in einem leichten Falle nach Beendigung des Anfalles spärlich gefunden, dieselben waren am nächsten Tage aber wieder spontan verschwunden.

Mit der Chiningewöhnungskur wurde, sobald der Icterus beseitigt und im Urin kein Eiweiß war, in der Weise begonnen, daß mit 0,1 g Chinin angefangen und allmählich bis auf 1 g oder, falls aus äußeren Gründen eine längere Krankenhausbehandlung nicht mehr angängig war, bis nahezu auf 1 g gestiegen wurde. Es

wurde jedoch die Tagesdosis niemals auf einmal, sondern verteilt über den Tag gegeben.

Auf diese Weise wurden alle wieder tropendienstfähig, und es hat sich bis jetzt bei keinem wieder Schwarzwasserfieber eingestellt. Nur ein Beamter, der auf Heimatsurlaub ging, wurde als vorläufig tropendienstunfähig erklärt, jedoch mit der sicheren Erwartung, daß er nach Ablauf seines Urlaubs als tropendienstfähig wieder hinausgesandt wird."

Und Stabsarzt Dr. Exner:

„Zu Beginn des Berichtsjahres befand sich noch ein Schwarzwasserfieberkranker im Hospital in Behandlung, 18 kamen im Laufe des Jahres dazu. Eine kranke Missionsschwester wurde auf ihrer Mission behandelt.

Die letztere starb an Herzschwäche. Von den übrigen 19 Kranken starben 3, und zwar 2 an Nierenverstopfung, 1 an Herzschwäche.

13 Kranke wurden geheilt entlassen, so daß sie nach einer Chiningewöhnungskur wieder Chinin in ausreichenden Mengen vertrugen, 2 wurden gebessert entlassen, da sie zu kurze Zeit im Krankenhaus blieben, um wieder vollständig an Chinin gewöhnt werden zu können. Ein Kranker wurde ungeheilt entlassen. Er vertrug zur Zeit auch sehr kleine Dosen Chinin nicht mehr und reiste nach seiner Heimat zurück.

Unter den 18 Zugängen hatten 7 Kranke schon früher an Schwarzwasserfieber gelitten, 11 waren zum erstenmal daran erkrankt. 12 der Kranken befanden sich bereits mehrere Jahre in den Tropen, 6 kurze Zeit, und zwar:

1 Kranker 2 Monate,
2 Kranke 3 Monate,
2 Kranke 4 Monate,
1 Kranker 9 Monate,
3 Kranke gehörten der Marine an.

Dieselben hatten angeblich prophylaktisch Chinin am 7. und 8. Tage je 1 g, bzw. 6. und 7. Tage je 1 g genommen.

5 der Kranken wurden von der Bahnstrecke Daressalam—Morogoro ins Krankenhaus nach Daressalam transportiert.

10 hatten das Schwarzwasserfieber in Daressalam bekommen.

Ausgelöst wurde die Haemoglobinurie bei sämtlichen Kranken durch Chinin. Die Dosen waren verschieden groß, die kleinste war

0,05 intramuskulär injiziert, die größte waren 6 Kapseln zu 0,2, also 1,2 Chinin.

Bezüglich der toxisch wirkenden Dosis ist ein Fall von Interesse.

Dieser Kranke hatte schon zweimal Schwarzwasserfieber durchgemacht, zuletzt im Jahre 1902, und dann wieder Chinin in Dosen von 1,0 g gut vertragen. Nach einem Tropica-Anfall im Jahre 1905 hatte er bis zum Mai am 9. und 10. Tage je ein Gramm Chinin genommen. Anfang Juli bekam er wieder Fieber und ließ mehreremal sein Blut untersuchen. Doch wurden keine Parasiten gefunden. Er kam dann mit Fieber von 39,4° ins Krankenhaus, wo Tropicaparasiten nachgewiesen wurden. Beim Fieberabfall und großen Ringen im Blut erhielt er zweimal 0,25 Chinin mit dreistündiger Zwischenpause, dann setzte ein neuer Anfall ein. Am dritten Tage wurde ihm auf seinen persönlichen Wunsch, und da er angab, Dosen von 1 g immer gut vertragen zu haben, 1 g Chinin auf einmal gegeben. Diese Dosis löste Fieber bis 40,2° und eine Haemoglobinurie aus, welche 20 Stunden anhielt. Bei der Chiningewöhnungskur konnte in diesem Falle schnell vorwärts gegangen werden. Nach 15 Tagen vertrug der Kranke schon Dosen von viermal 0,25 Chinin an zwei aufeinanderfolgenden Tagen.

Im allgemeinen wurde bei der Chiningewöhnungskur wie im vorigen Jahre verfahren, mit 0,1 begonnen, auf 0,2 gestiegen, bei dieser Dosis am nächsten Tage geblieben und nach 3 Tagen einen Tag das Chinin ausgesetzt, um der kumulierenden Wirkung vorzubeugen. Die Dosen bis 0,5 wurden gewöhnlich intramuskulär eingespritzt, um der Resorption sicher zu sein. Bei 3 Kranken traten während der Gewöhnungskur Rückfälle der Haemoglobinurie auf, welche jedoch leicht verliefen. Einen in sehr dürftigem Zustande befindlichen Kranken, welcher nach dem Schwarzwasserfieber nur noch 22,0% Blutfarbstoff und Malariaparasiten im Blut hatte, gelang es in zwei Monaten an Dosen von 0,25 zu gewöhnen und seinen Haemoglobingehalt auf 73% zu bessern. Es wurde bei ihm mit Injektionen von 0,05 Chinin begonnen. 0,1 rief noch einmal eine Haemoglobinurie von 8 Stunden Dauer hervor.

Der Verlauf der Krankheit bei dem ungeheilt Entlassenen war folgender:

Derselbe, Grieche, Mann von dürftiger Körperbechaffenheit, hatte früher während eines 2½ jährigen Aufenthalts in Deutsch-

Ostafrika schon mehrfach Schwarzwasserfieber gehabt, hatte dann die Tropen für einige Monate verlassen, ohne von seiner Malaria befreit zu werden, und war vor einem Monat in die Kolonie zurückgekehrt. Als er den dritten Teil einer Chinintablette zu 0,5 nahm, bekam er nach vier Stunden eine von Schüttelfrost eingeleitete Haemoglobinurie, welche 19 Stunden anhielt. Der Blutfarbstoffgehalt betrug 50%. Am 6. Tage wurde mit einer Injektion von 0,05 Chinin begonnen, welche eine 8 Stunden anhaltende Haemoglobinurie hervorrief. Der Blutfarbstoffgehalt betrug noch 40%. Einige Tage später fanden sich im Blut Tropicaparasiten verschiedenen Alters und es trat Fieber bis zu 38,6 ° auf. Es wurde darauf 4 Tage lang je 0,01 Chinin eingespritzt und nach einem Tage Pause zweimal 0,01 ohne Störung vertragen. Der Kranke wurde dann auf seinen dringenden Wunsch entlassen, da er die Heimreise nach Griechenland antreten wollte. Er beherbergte noch Parasiten in seinem Blute.

Bezüglich der drei im Krankenhause verstorbenen Schwarzwasserfieberkranken ist zu bemerken:

Der erste dieser Kranken war seit vier Monaten in der Kolonie beim Bahnbau beschäftigt, hatte mehrfach Fieber gehabt und nie regelmäßig Chinin genommen. Er erkrankte vier Stunden nach einer Chinindosis von 0,5 an Schwarzwasserfieber. Das Fieber stieg bis 41,2. Auch am zweiten Tage nach der Haemoglobinurie, welche 24 Stunden anhielt, fanden sich im Blut noch Tropicaparasiten. Nach Aufhören der Haemoglobinurie versiegte die Harnabsonderung, betrug am ersten 15 ccm, am zweiten stockte die Sekretion völlig. Sofort am ersten Tage nach Aufhören der Haemoglobinurie war mit Kochsalz-Infusionen begonnen worden, am ersten Tage wurden 550 und 750 ccm, am zweiten Tage 450 und 400 ccm, am dritten Tage 750 ccm infundiert. Es wurden in den nächsten Tagen wieder 75, 30, 150 und 120 ccm Urin entleert. An den beiden letzten Tagen war derselbe eiweißfrei. Eine Nephritis bestand also nicht. Am Morgen des fünften Tages stellte sich wieder Anurie ein. Abends erfolgte der Tod.

Der zweite Kranke war 9 Monate in der Kolonie, hatte vorher an Malaria gelitten und auf 1,2 g Chinin Haemoglobinurie bekommen. Das Fieber betrug 40,0°. Am zweiten und dritten Tage der Erkrankung fanden sich Tropicaparasiten im Blut. Am Morgen des dritten Tages hörte die Harnabsonderung auf, am Morgen des vierten Tages starb der Kranke.

Der dritte Kranke (Goanese) befand sich seit 6 Jahren in der Kolonie und hatte schon mehrfach an Schwarzwasserfieber, zuletzt vor zwei Jahren, gelitten. Er wurde in vollkommen benommenem Zustande ins Krankenhaus gebracht. Er war angeblich Tags vorher an Schwarzwasserfieber erkrankt, nachdem er drei Gelatine-Kapseln mit je 0,2 Chinin genommen hatte. Die Körperwärme betrug 40,5. Im Blut fanden sich wenig mittlere Tropenringe. Der Puls war schwach, zeigte 96 Schläge in der Minute. Es wurde Coffeïn 0,2 injiziert. Der Kranke starb bereits 3¼ Stunden nach der Aufnahme unter den Zeichen der Herzschwäche."

6b. Malariabekämpfung.

I. Tanga.

Anlage VII.

Bald nach Eintreffen der für diesen Zweck hier stationierten Schwester — im Mai 1905 — wurde mit der Malariabekämpfung begonnen. Es nahmen außerdem an den Arbeiten dauernd die Frauen-Schwester, da dieselbe für ihre eigentliche Tätigkeit nur wenig in Anspruch genommen wurde, und soweit es ihre Zeit erlaubte, die beiden für die Krankenpflege und als Vorsteherin der Küche bestimmten Schwestern teil.

Es wurde in diesem Jahre nur die eigentliche Stadt, begrenzt durch den Bahndamm, in Arbeit genommen. Zu dem Behufe wurde die Stadt in drei Bezirke eingeteilt, welche die Malariaschwester bearbeitete; die Schule, die evangelische Mission und einen kleinen Stadtteil, den sogenannten Bananenwald, untersuchte die Hebammenschwester.

Es wurden von jeder Person je zwei Präparate gemacht, die Färbung geschah mittels Giemsalösung. Außerdem wurden bei den Kindern Untersuchungen auf Milzschwellungen vorgenommen. Alle, bei denen Malariaparasiten gefunden wurden oder die Milzschwellung aufzuweisen hatten, wurden 3 Monate lang mit Chinin behandelt, und zwar erhielten sie die Medizin an zwei aufeinanderfolgenden Wochentagen. Die oft recht enormen Milztumoren mit dreimonatlicher Chininbehandlung zu beseitigen, ist unmöglich; es wurde daher nach einer einmonatlichen Kur eine zweite und wenn nötig eine dritte Chininkur angeschlossen. Aber selbst dann gelang es nicht immer, normal große Milz wieder zu schaffen, wenn auch in allen Fällen ein erhebliches Zurückgehen der Tumoren und eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens zu konstatieren war.

Oft überraschend schnell verschwinden unter Chininbehandlung die sich weich anfühlenden Milztumoren, langsam verkleinern sich dagegen die brettharten Geschwülste, bei denen sicherlich schon infolge langdauernder Entzündungsprozesse organische Veränderungen des Parenchyms und der Bindegewebesubstanz eingetreten sind. Daß solche Milzen nicht mehr zur Norm zurückkehren können, liegt auf der Hand.

Nach dreimonatlicher Behandlung wurden von allen, die früher Parasiten aufgewiesen hatten, Präparate gemacht. Es stellte sich heraus, daß in einzelnen, wenn auch sehr vereinzelten Fällen, die Art der Chininbehandlung nicht genügt hatte, um die Parasiten zum Verschwinden zu bringen. Meiner Ansicht nach würde man in solchen Fällen zum Ziele kommen, wenn man täglich eine kleinere Chinindosis geben würde. Aus Mangel an Zeit und Personal war es nicht möglich, diese Art des Chiningebens praktisch zu erproben.

Bei der Bevölkerung stießen die Blutuntersuchungen und das Chiningeben auf wenig Schwierigkeiten. Es war ein augenscheinlicher Unterschied zwischen der hiesigen und Daressalamer Bevölkerung bemerkbar. Die Gründe scheinen nur darin zu liegen, daß in Tanga eine an Grundbesitz gebundene, lange angesessene Bevölkerung ist, während Daressalam, das in kurzer Zeit aus einem einfachen Fischerdorf zu einer großen Stadt sich entwickelt hat, aus einem Völkergemisch von allen möglichen Volksstämmen besteht, aus einer Bevölkerung, die im großen ganzen noch nicht fest angesessen ist, sondern zum großen Teil noch stark fluktuiert.

Auch ist in Rücksicht zu ziehen, daß in Tanga infolge langjähriger vorzüglicher Verwaltung das Ansehen und der Einfluß der Behörden auf die Eingeborenen ein sehr großer ist; wenn das Bezirksamt eine sanitäre Maßregel anordnet, wird ohne Murren dieselbe ausgeführt. Die Hauptschwierigkeit einer Malariabekämpfung durch Ausrotten der Parasiten liegt darin, daß die Bevölkerung vielfach außerhalb Tangas ihre Schamben hat, in denen sie sich während der Beackerung und Ernte oft längere Zeit, auch während der Nachtzeit, aufhält und bei dieser Gelegenheit sich immer wieder infiziert. Auch strömen immer wieder neue Menschen nach Tanga, von denen wieder Malariaparasiten eingeschleppt werden.

An eine Ausrottung der Malaria ist auf diese Weise natürlich nicht zu denken; es kann sich nur darum handeln, die Morbidität

und Mortalität an Malaria herabzusetzen und die Bevölkerung leistungsfähiger zu machen. Daß dieser Zweck erreicht wird, kann jeder ohne Zahlenstatistik bemerken. Man muß nur eine Reihe von an Malariakachexie Leidenden beobachtet haben, wie schnell sie sich nach einer Chininkur von einigen Monaten erholen.

Auch zahlenmäßig läßt sich eine zum Teil recht erhebliche Abnahme der Malaria konstatieren, wie folgende Tabelle zeigt:

Bezirk I.

Monat	Neger				Inder			
	Erwachsene	%	Kinder	%	Erwachsene	%	Kinder	%
Juni . . .								
Juli . . .	— 405	8,7	— 33	52,1	— 146	14,6	— 37	55,9
August . .	+ 39		+ 36		+ 24		+ 47	
1905								
Januar . .								
Februar .	— 302	4,4	— 42	36,3	— 140	9	— 56	37
März . .	+ 14		+ 24		+ 14		+ 53	
1906								

Bezirk II.

Juli								
August . .	— 378	11	— 16	52,9	— 119	9,8	— 32	47,5
1905	+ 47		+ 18		+ 13		+ 29	
Januar . .								
Februar .	— 281	2,7	— 24	25	— 102	2,8	— 21	38,2
1906	+ 8		+ 8		+ 3		+ 13	

Bezirk III.

Oktober .								
November	— 165	1,7	— 22	31,2	— 34	17	— 12	58,6
1905	+ 3		+ 10		+ 7		+ 17	
Januar	— 151	3,8	— 17	10,5	— 38	0	— 13	13,3
1906	+ 6		+ 2		+ —		+ 2	

Gouvernementsschule.

1. Kleinere Schüler.

Monat	Anzahl	davon +	= %
Mai 1905	230	106	46
Januar 1906	230	41	17,8

2. Erwachsene Schüler.

Mai 1905	95	19	20
Juli 1905	77	15	19,4
März 1906	82	6	7,3

Stadtteil Bananenwald.

Neger.

Monat	Erwachsene	%	Kinder	%
August 1905	— 59 + 9	13,2	— 13 + 18	58
März 1906	— 66 + 4	5,7	— 16 + 4	20,0

Evangelische Mission.

Monat	Erwachsene	%	Kinder	%
Mai 1905	— 43 + 15	25,8	— 11 + 13	54,1
September 1905	— 46 + 6	11,5	— 15 + 7	31,8
März 1906	— 36 + 4	10,0	— 11 + 5	31,2

Die zwischen den angeführten Zeiträumen vorgenommenen Untersuchungen sind in der Statistik fortgelassen worden, da es

sich größtenteils um Neueingewanderte handelte und die Zahlen zum Vergleich zu klein werden würden.

Wenn neben diesen Arbeiten eine planmäßige Entwässerung Tangas vorgenommen und zu gleicher Zeit mit larventötenden Mitteln und Drahtschutz vorgegangen wird, muß es meiner Ansicht nach gelingen, innerhalb einiger Jahre Tanga in bezug auf Malaria zu einem verhältnismäßig gesunden Platze zu machen; die Malaria ganz auszurotten, ist vorläufig ausgeschlossen.

II. Bekämpfung der Malaria unter den Eingeborenen und Farbigen in Daressalam im Berichtsjahre 1905/06.

(Bearbeitet von Stabsarzt Professor Ollwig.)

Auch in diesem Berichtsjahre war die Regenmenge eine außerordentlich große, es fielen 1690 mm, während der Jahresdurchschnitt für Daressalam 1140 mm beträgt. Bei den in früheren Berichten geschilderten ungünstigen geologischen Verhältnissen Daressalams waren für die Anopheles die günstigsten Bedingungen zur Vermehrung vorhanden, umsomehr, als mit der im vorigen Berichtsjahre angesagten Zuschüttung der überflüssigen Gräben und des Geresani-Krieks am Schlusse des Jahres noch nicht begonnen war. Ohne somit die Fortpflanzungsbedingungen für die Anopheles zu verringern, sind ihnen vielmehr neue günstige Brutstätten geschaffen worden.

Infolge des Aufstandes und Eisenbahnbaues sowie des dadurch bedingten Arbeitermangels konnte die geplante und in Angriff genommene Entwässerung der zwischen der eigentlichen Stadt und dem Meer gelegenen umfangreichen Bodensenkung nicht durchgeführt werden, der zur Aufnahme der Kanalisationsrohre gezogene tiefe Graben bildete in seiner Sohle durch das seitwärts einsickernde Wasser eine ununterbrochene Quelle zur Anophelesvermehrung. Auch am Geresani-Kriek haben sich die Verhältnisse zur Verminderung der Anopheles eher verschlechtert als verbessert. Während früher dem Meerwasser freier Zutritt in den Kriek gelassen war und der in ihn mündende Süßwasserbach ungehinderten Abfluß nach dem Meere fand, ist durch den Bau eines nach Kurrassini geführten als Verbindungsweg dienenden Dammes dieser Strom unterbrochen worden. Zwar ist ein Durchlaß angelegt worden, um dem Bache Ableitung nach dem Hafen zu verschaffen, der Durchmesser desselben ist aber zu gering, um alles

Wasser bei Ebbe abfließen zu lassen; infolgedessen staut sich das Wasser auf und bildet einen ständigen Teich.

Eine Besserung ist erst zu erwarten, wenn die projektierte Aufschüttung vollendet und das Bett des Baches eingefaßt und in den Durchlaß geleitet ist.

Diesen zahlreichen Gelegenheiten für die Anopheles, sich fortzupflanzen, entsprechend soll auch in der ausgedehnten Regenzeit die Zahl derselben eine außergewöhnlich große gewesen sein, selbst in Stadtteilen, in denen sie sonst nur vereinzelt gefunden wurden.

Während schon durch diese Verhältnisse die Malariabekämpfung wesentlich gegen früher erschwert wurde, gestaltete sich dieselbe noch ungünstiger durch das Anwachsen der Bevölkerung infolge des Bahnbaues und des Aufstandes.

Zwar wurde das Personal durch eine zweite Schwester vermehrt, da dieselbe aber in der ersten Zeit wegen mangelnder Ausbildung im Mikroskopieren für den Dienst ausfiel und in der zweiten Hälfte des Berichtsjahres der Laboratoriumsgehilfe wegen der von Zanzibar her drohenden Einschleppung der Pest zu Abwehrmaßregeln verwendet werden mußte, kam trotz der schwierigen Verhältnisse keine Vermehrung des Personals praktisch in Betracht.

Dazu kam vor allem noch, daß der die Malariabekämpfung leitende Arzt Oberarzt Dr. Kudicke etwa 6 Monate im Berichtsjahre außerhalb Daressalams tätig war.

Da es bei dem großen Personalbestande der Bevölkerung unmöglich erschien, mit dem geringen Arbeitspersonal die erforderlichen Blutuntersuchungen zu machen, wurde versucht, sämtlichen Europäerboys in der Regenzeit prophylaktisch Chinin zu geben, wodurch die zeitraubenden Blutuntersuchungen erspart werden sollten. Zu diesem Zwecke wurde das erforderliche Chinin unter den Europäern verteilt und es denselben überlassen, ihren Boys das Medikament zu geben. Leider hat diese Maßregel sich nicht bewährt, da nur ein geringer Teil der Europäer sich dazu entschließen konnte, die Prophylaxis regelmäßig durchzuführen. Die Zunahme der Malaria unter den Europäern ist zum Teil diesem Umstande zuzuschreiben, da die Infektion des Europäers größtenteils durch die farbige Dienerschaft stattfindet.

Trotzdem ist die Malaria unter den Eingeborenen und Farbigen als nicht ungünstig zu bezeichnen. In den Monaten nach der Regenzeit (August und September) wurden von 610 Kindern 106

mit Malariaparasiten behaftet gefunden. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß in der Regenzeit allen Kindern der Eingeborenen und Farbigen prophylaktisch Chinin gegeben wurde.

In der trockenen Jahreszeit nahm die Malaria naturgemäß sehr ab, so daß am Ende der Trockenzeit (November und Dezember) unter 519 Kindern nur 51 = 9,8% infiziert gefunden wurden.

Es ist zu hoffen, daß in dem neuen Berichtsjahre die Assanierungsarbeiten beschleunigt werden und damit dem angeführten Mißstande ein Ende bereitet wird.

7. Influenza.

Diese Krankheit scheint, nach der großen Zahl der Fälle zu urteilen, am Kilimandscharo unter den Eingeborenen endemisch zu herrschen. Der Verlauf ist auffallend leicht, nach wenigen Gramm Phenacetin oder Antipyrin gingen die Erscheinungen in einigen Tagen zurück. Nachkrankheiten oder Todesfälle wurden nicht beobachtet, doch sollen nach Aussage der Eingeborenen hin und wieder einzelne Fälle auch einen tödlichen Ausgang nehmen.

8. Ruhr.

Diese im ganzen Schutzgebiet endemische Krankheit ist in diesem Jahre infolge der durch den Aufstand bedingten großen Menschenanhäufungen an einzelnen Orten und z. T. ungünstigen Lebensbedingungen in sehr hohem Maße unter Europäern wie Farbigen aufgetreten. Wo Untersuchungen gemacht worden sind, ist immer nur die Amöben-Ruhr festgestellt worden. Bei vier in Daressalam unter Europäern vorgekommenen Erkrankungen fanden sich keine Amöben. In zwei von diesen Fällen wurde das Schiga'sche Antidysenterie-Serum versucht, ohne daß sich jedoch ein Einfluß auf die Krankheit bemerken ließ. Am besten bewährte sich die Behandlung mit Calomel und Wismuth oder Calomel und Ipecacuanha bei entsprechender Diät. Die Bekämpfung unter den Eingeborenen stößt auf große Schwierigkeiten, da diese sehr zähe an ihrer unzweckmäßigen Ernährung und ihren alten unhygienischen Gewohnheiten festhalten.

Einen mit Darmverschluß komplizierten Fall beschreibt Stabsarzt Dr. Ahlbory von Muansa:

„Ein Mann aus Ruanda war an Bord des englischen Dampfers gestorben. Ich machte die Sektion behufs Feststellung der Todesursache. Die Schleimhaut des Dickdarms war geschwollen und stark hyperae-

misch, einzelne flache Geschwüre waren vorhanden, ferner bestand eine Invagination im unteren Teile des Ileum, ein oberes, etwa 20 cm langes Ende war in das untere hineingeschoben und dadurch ein Darmverschluß herbeigeführt, in welchem ich die Todesursache erblickte. Weiterhin fand ich im Dünndarm noch eine Taenia mediocanellata, so daß ich im Zweifel bin, ob ich die Schuld an der Invagination dem Bandwurm oder der Dysenterie beimessen soll, da beide Umstände eine die Invagination begünstigende ungewöhnliche Peristaltik hervorrufen können. Möglicherweise haben beide Umstände zusammengewirkt."

9. Bösartige Geschwülste.

Diese kommen verhältnismäßig selten zur Beobachtung. Einen Fall von Carcinom der äußeren Geschlechtsteile und deren Umgebung beschreibt Oberarzt Dr. Grothusen aus Tabora:

„Die Kranke hatte angeblich zwei gesunde Kinder geboren und will früher stets gesund gewesen sein. Ihre jetzigen Beschwerden bestehen angeblich erst seit zwei Monaten (?). Damals soll eine Schwellung der Scheide eingetreten sein, während gleichzeitig Husten, Brustschmerz und Durchfall einsetzte. Beim Husten soll seitdem oft Stuhl unwillkürlich abgegangen sein. Seit einigen Tagen geht der Stuhl auch sonst unwillkürlich ab. Sie ist in letzter Zeit sehr schwach geworden.

Befund: 23. 5. 05. Sehr magere, schwache Frau mit normaler Temperatur. Beide große Schamlippen sind enorm vergrößert, bilden große, zum Teil knollige Lappen, die am unteren Ende mit zahlreichen Papillen besetzt sind. Die seitlichen Anheftungen der großen Labien an die Scheide sind teilweise papierdünn, mehrfach durchlöchert. Scheideneingangsschleimhaut wulstig verdickt und hart. Geringer Vorfall der hinteren Scheidenwand, darauf ein pfennigstückgroßes, tropides Geschwür. An Stelle des Afters befindet sich ein kraterförmiges Loch. Dessen Umgebung, der Damm, die innere anliegende Peripherie der Gesäßbacken sind in ein hartes, trockenes, mit Knoten besetztes Gewebe verwandelt. Vom Damm ist nur noch eine dünne, harte Hautbrücke vorhanden, die aus abgestorbenem Gewebe besteht, aus demselben, aus dem die ganze Umgebung des Afters zusammengesetzt ist. Unter dieser Brücke stehen Scheideneingang und Mastdarm in breiter Verbindung. Erweitert man den Afterkrater mit dem Finger, so gelangt man und sieht man in eine von mißfarbigen, geschwürig zerfallenen und harten Wänden umgebene Höhle, den Mastdarm. Die Veränderung reicht soweit der Finger eindringen kann, also bis zum Ende der Ampulle. Der Mastdarm ist fest mit dem umgebenden Bindegewebe verwachsen, das ebenfalls stark induriert ist. Die geschwürigen Flächen an der Scheide und am Mastdarm sondern ein jauchiges, aashaft stinkendes Sekret ab.

Die Gebärmutter und die oberen Scheidenteile scheinen relativ unverändert zu sein.

Der Stuhl geht unwillkürlich ab, ist dünn, gelb gefärbt und nur mit der Jauche des Afters vermengt.

Über der rechten Lunge rechts oben und hinten leichte Dämpfung und knackende Geräusche, sonst über beiden Oberlappen lautes,

knackendes Exspirium. Der Auswurf ist schleimig-eitrig, weißgelblich und münzenförmig, er enthält keine Tuberkelbazillen.

Behandlung: Lazarettaufnahme. Dreimal täglich 2 Doversche Tabletten. Jodkali. 24,5. Operation in Narkose: Abtragung der großen, nekrotischen Labien; Auskratzung aller Geschwüre und dann Ätzung mit 50 % Chromsäurelösung.

Verlauf: Da die Jauchung ziemlich unverändert besteht und die Kranke sehr herunterbringt, nochmalige Operation in Narkose: Abtragung aller indurierten, nekrotischen Partien, also des Dammes, der anderen Hälfte der hinteren Scheidewand, des Afters und des Mastdarms sowie der anliegenden, inneren Flächen der Gesäßbacken. Diese Partien lassen sich fast ohne jede Blutung entfernen. Sodann energisches Cürettement und Ätzung mit 50 % Chromsäure des Mastdarmkraters sowie aller anderen Wundflächen.

3. 6. Die Kranke wird auf Wunsch entlassen. Die Wundhöhle ist völlig trocken, jaucht und stinkt nicht mehr. Der Stuhl geht wie früher unwillkürlich ab. Allgemeinbefinden nur wenig gebessert."

10. Pest.

Eine große Gefahr der Einschleppung der Pest in die Küstenorte des Schutzgebietes drohte, als im August 1905 diese Seuche in Zanzibar auftrat, das durch den Dhauverkehr in einer beinahe ununterbrochenen Verbindung mit Deutsch-Ostafrika steht. Dank den sofort ergriffenen energischen Maßnahmen ist nur ein einziger Pestfall auf der Quarantänestation von Daressalam vorgekommen. Da die Hauptgefahr aber weniger an pestkranken Menschen als an den pestkranken Ratten, von denen die Dhaus meist wimmeln, liegt, so mußten nach dem Erlöschen der Menschenpest in Zanzibar im November 1905 doch die Absperrmaßregeln noch weiter durchgeführt werden, bis auch die Rattenpest daselbst als erloschen anzusehen ist.

In den Pestherden im Innern des Schutzgebietes haben sich nur in Uhehe einige Pestfälle gezeigt, während in Kisiba und bei Mpapua neue Erkrankungen nicht bekannt geworden sind. Aus Uhehe berichtet darüber Oberstabsarzt Dr. Zupitza:

„Der große Aufstand, welcher auch die östlichen und südlichen Grenzgebiete des Bezirks Iringa mit ergriff und die politische Lage des Bezirks für längere Zeit höchst kritisch erscheinen ließ, legte die Pestbekämpfung während der ganzen Regen- und Pestzeit 1905/06 völlig lahm. Nicht einmal ausreichende Feststellungen über den Gang der Pest waren möglich gewesen, sei es, daß die Eingeborenen ihre Aufmerksamkeit völlig auf die Kriegsereignisse lenkten und für die endemischen Pestfälle nur wenig Inter-

esse hatten, sei es, daß sie bei der Ermangelung jeglicher Kontrolle seitens der Station die etwa vorkommenden Pestfälle verschweigen bzw., wie in einem Falle bestimmt anzunehmen ist, verschleiern wollten.

Aus dem Pestherde in Südubena war nur zu erfahren, daß zu Kembula auffallend viele gutartige Erkrankungen an Drüsenschwellungen der Hals-, Achsel- und Leistengegend vorgekommen sein sollen (Impfwirkung aus dem Vorjahre).

In und bei Machibisi in Nordubena wurden nachträglich einige Todesfälle an Pest zugestanden.

Leider trat die Pest auch in Uhehe, das im vorigen Jahrraum verschont geblieben war, von neuem wieder auf, und zwar in Lohota südöstlich Iringa.

Hier waren innerhalb weniger Tage um den 10. Februar ca. fünf Personen unter den Erscheinungen der Drüsenpest gestorben und zwar sämtlich in ein und derselben Tembengruppe.

An einer dorther stammenden, am 5. März cr. sterbend aus den Dachsparren zu Boden gefallenen Ratte ließ sich die Diagnose „Pest“ makroskopisch, mikroskopisch, kulturell wie durch doppelten Tierversuch (Einreibung wie Einimpfung von Meerschweinchen) einwandsfrei feststellen.

Zwei für Lungenpest verdächtige Todesfälle, bei Vater und Tochter innerhalb eines Zeitraums von etwa 8 Tagen, sollen sich ca. 1 Stunde nördlich von Altiringa am linken Ufer des kleinen Ruaha zugetragen haben.

Als begünstigend für den Wiederausbruch der Pest in Uhehe ist wohl der außergewöhnlich starke Ausfall der Regenzeit anzusehen (wie sie seit 1893/94 nicht wieder in ähnlicher Stärke beobachtet worden ist), vielleicht wohl auch die Zunahme der Ratten in den Wohnungen, mögen nun die Ratten durch die starken Niederschläge in vermehrtem Maße nach den Hütten getrieben worden sein, oder mögen sie sich nun, nach Einstellung der Prämie für ihre Vernichtung, von neuem wieder stärker vermehrt haben; dazu der Mangel jeglicher Kontrolle, jeden Druckes auf die Eingeborenen seitens der Station, sowie die — ebenfalls durch die Sachlage aufgedrängte — Unterlassung irgendwelcher Maßnahmen seitens der Pestexpedition.“

Über die längere Aussetzung bzw. die Möglichkeit eines Wiederauftretens der Pest äußert sich Stabsarzt Dr. Feldmann:

„Die Tatsache, daß die Pest in Kisiba nunmehr 4 Jahre nicht

aufgetreten ist, drängt zu den Fragen, ob diese lange pestfreie Zeit als eine Latenzperiode aufzufassen, oder ob die Pest in Kisiba vielleicht ganz erloschen ist. Gegen die letztere Möglichkeit spricht neben den Erfahrungen in anderen Pestländern das Verhalten der Pest in den übrigen Teilen des zentralafrikanischen Pestherdes, in denen seit der Eröffnung der Ugandabahn und dem Verkehr der Seedampfer günstigere Bedingungen für ein Wiederaufleben der Pest gegeben sind.

Wie die Ratten bei der Verbreitung der Pest eine hervorragende Rolle spielen, so weist auch eine Reihe Beobachtungen darauf hin, daß sie auch an der Erhaltung der Pestkeime in den endemischen Pestherden wesentlich beteiligt sind (Deutsche Pestkommission). Gestützt wird diese Ansicht durch die Beobachtungen von chronischen Pestformen bei Ratten (K o l l e u. M a r t i n i) und die Angaben russischer Ärzte über die Tarbaganenpest in der Mongolei.

Um diese Fragen zu beantworten, habe ich, einer Anregung des Herrn Geheimrats K o c h folgend, eine Anzahl Ratten aus Kisiba auf die Anwesenheit von entwicklungsfähigen Pestkeimen untersucht.

Aus Untersuchungen ergeben sich folgende Resultate:

1. Unter den Ratten Kisibas, eines Teils des zentralafrikanischen Pestherdes, besteht eine chronische Form der Pest, die bei der Erhaltung des Pestkeims in den sogenannten Latenzperioden eine hervorragende Rolle spielt, möglicherweise diese Erhaltung allein übernimmt.

2. Aus den veränderten Pestbazillenformen lassen sich durch direkte Übertragung auf Ratten und durch Züchtung in Nährmedien typische Pestbazillen entwickeln, die für Ratten eine abgeschwächte Virulenz besitzen. Die wenigen Versuche zur Virulenzsteigerung lassen Schlüsse allgemeiner Natur nicht zu.

3. Die veränderten Pestbazillenformen der Kisibaratten und die daraus gezüchteten Pestbazillen sind für Meerschweinchen ganz gut virulent.

Diese Tatsachen beweisen, daß wir mit dem Wiederauftreten der Pest in Kisiba immer rechnen müssen, auch wenn lange Latenzperioden, wie die gegenwärtige, ein Erlöschen der Pest vortäuschen.

Die systematische Ausrottung der Ratten in größerem Maßstabe bietet die einzige Möglichkeit, die Pestgefahr in unserem endemischen Pestherde Kisiba zu beseitigen."

11. Schlafkrankheit.

Die zunächst am Victoria-Nyanza aufgetretene Krankheit hat sich dort auch weiterhin gezeigt und ist außerdem noch am Tanganyika nachgewiesen worden, wo sie vom Westen, vom Kongostaat her, eingeschleppt worden ist. Leider sind überall im Schutzgebiet durch das Vorhandensein der Überträgerinnen, der Glossinen, die Verbreitungsmöglichkeiten im weitesten Maße gegeben. Bei der ungeheuren Gefahr für das Schutzgebiet ist vom Reich eine Expedition unter Geh. Rat Prof. Koch entsandt worden, der es hoffentlich gelingt, Mittel und Wege zur Bekämpfung der Seuche zu finden.

Über die in Bukoba beobachteten Fälle von Schlafkrankheit berichtet Stabsarzt Dr. Feldmann:

a. Bei Europäern.

„Ein hiesiger Kaufmann, Agent einer Fellfirma, litt seit seiner Anwesenheit in Bukoba an häufigen Fieberanfällen, die zirka alle 14 Tage auftraten. Erst während des letzten Fiebers am 27. März 1905 gelang es Berichterstatter zahlreiche Trypanosomen im peripheren Blute nachzuweisen und damit die Diagnose zu stellen.

Die Infektion ist wahrscheinlich vor 3 Jahren auf den Seseinseln erfolgt, wo sich der Mann aufhielt, um Gummi zu sammeln.

Die Fieberanfälle waren stets sehr heftig und von starken Kopfschmerzen begleitet; das Schweißstadium war protrahiert. Der Kranke klagte über unbestimmte Schmerzen in der Brust, in der Herzgegend und im Epigastrium; Schwäche der Beine und Schmerzen in den Kniegelenken, im Kopf und Nacken. Nackendrüsen waren fühlbar. Es bestand geringer Tremor der Extremitäten, zuweilen Nystagmus, spärlicher furunkelartiger Ausschlag, oft große Unruhe und Schlaflosigkeit.

Der Puls war sehr beschleunigt und leicht erregbar bis 160 Schläge in der Minute.

Der Kranke verlor in 6 Monaten 25 Pfund an Gewicht.

Der Berichterstatter behandelte den Kranken mit subkutanen Injektionen von arseniger Säure in der Form des Liquor arsenicalis Fowleri in steigender Dosis bis 0,03 acid. arsenic. pro die.

Die Wochen durchgeführte Behandlung hatte den Erfolg, daß die Fieberanfälle ausblieben und der Zustand des Kranken sich bedeutend besserte.

Nach abgeschlossener Behandlung konnten Parasiten im Blute nicht mehr nachgewiesen werden; zu dieser Zeit versuchte Überimpfungen auf Ratten und Meerschweinchen blieben erfolglos.

Bei leidlichem Befinden trat der Mann im Mai dieses Jahres auf ärztlichen Rat die Rückreise in seine Heimat, Italien, an."

b. Bei Farbigen.

Am 1. April 1905 waren 7 Fälle von Trypanosomiasis im Bestand geblieben. Im Laufe des Jahres kamen weitere 18 Fälle in Zugang. Von den 25 Fällen endeten bisher 17 Fälle tödlich. 8 Fälle blieben am Schlusse des Jahres im Bestand.

Von den Kranken hatte sich einer auf der Insel Kome, 2 auf der Insel Bumbide, die übrigen im englischen Gebiet infiziert.

Über den Krankheitsverlauf, Parasiten und Sektionsbefund erübrigt es sich, die im letzten Jahresberichte enthaltenden Mitteilungen zu wiederholen.

Die bisher geübte Behandlungsmethode mit subkutanen Injektionen von arseniger Säure war zwar in allen Fällen von frappanter Wirkung, aber nur vorübergehend; nur in einem Falle konnte sie eine stets zunehmende, jetzt fast ein ganzes Jahr andauernde Besserung herbeiführen."

Derselbe Sanitätsoffizier hat im Auftrag des Gouvernements den deutschen Teil des Viktoriasees zur Feststellung der Schlafkrankheit und der Verbreitung der Glossinen bereist und schildert die Verhältnisse an der Hand der beiliegenden Karte folgendermaßen: Anlage VIII.

Lebensbedingungen und Lebensweise der Glossina palpalis.

„Die Glossina palpalis hat auf den Küsten des Festlandes und der Insel eine große Verbreitung. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die Glossina palpalis auf allen Küsten, die nach ihrer Beschaffenheit und Bewachsung geeignet sind, die Fliege zu beherbergen, vorhanden ist."

Meine früher ausgesprochene Ansicht, daß sich die Glossina palpalis an den Küsten des Sees möglicherweise weiterverbreitet, muß ich dementsprechend fallen lassen. Wie Herr Geheimrat Koch sagt, hat die Fliege immer auf diesen Küsten gelebt. Der geringe Bootsverkehr an den deutschen Küsten kann die große Verbreitung der Glossina palpalis nicht vermittelt haben.

Die Glossina palpalis lebt auf festen, steinigen oder sandigen Küsten, die unmittelbar bis ans Wasser mit dichtem schattengebenden, stellenweise auch mit Schilfrohr durchsetztem Busch bestanden sind. An solchen Küsten stehen häufig niedrige Büsche von Ambatsch, einem Korkholz, das von den Eingeborenen Mrindi genannt wird. Doch ist Ambatsch durchaus nicht Bedingung für das Fortkommen der Glossina palpalis. Wo Ambatsch sich nicht an niedrigen Busch anlehnt, bildet er meist sehr hohes und starkes, oft sehr undurchdringliches Dickicht, das festem oder versumpftem Strande vorgelagert ist. In solchem Ambatschdickicht, wie es viel an der Ostküste des Spekegolfs und im Baumanngolf vorkommt, findet sich nie Glossina palpalis. Desgleichen lebt die Glossina palpalis nie an Küsten, denen Papyrus vorgelagert ist, einerlei, ob vor dem Papyrusstreifen noch Ambatschbüsche stehen, oder ob letztere den Papyrusstreifen vom Lande trennen, auch nicht wo sich dichter Busch an den Papyrus anschließt.

Der sonndurchglühte Papyrusstreifen bietet der Fliege weder kühle schattige Ruheplätze, noch die Flugfreiheit, deren sie bedarf, um ihr Opfer zu überfallen.

Wo einzelne Papyrusbüsche zwischen Busch und Schilf an dem sonst klaren Strande stehen, hindern sie nicht die Anwesenheit der Glossina palpalis.

Die Glossina palpalis lebt unmittelbar am Strande und wird selten weiter als 100 m vom Strande entfernt angetroffen. Allerdings findet man zuweilen wohl verirrte Tiere in größerem Abstand vom Strande; so fing ich eine Glossina palpalis etwa 1200 m vom See in dem Strohhause eines weißen Ansiedlers.

Daß die Tsetsefliege menschliche Wohnungen meidet, scheint nicht absolut der Fall zu sein. Auch Glossina morsitans konnte ich im Bezirke Bukoba einige Male in den Lagerhütten fangen.

Gern verfolgt die Glossina palpalis die Boote der Eingeborenen und hält sich stundenlang auf ihnen auf. Mir selbst ist es häufig passiert, daß mich in meinem von der Küstenbesichtigung zurückkehrenden Boot Fliegen bis zur Dampfpinasse begleiteten, auf der sie dann noch mehrere Stunden später gefangen werden konnten. Schon früher habe ich berichtet, daß sich eine Glossina palpalis sogar bis in das Moskitonetz eines Europäers auf einem englischen Dampfer verirrt hatte.

An den von der Glossina palpalis bewohnten Küsten sind die Fliegen in sehr verschiedener Anzahl vorhanden. An gewissen

Küsten, besonders an der Mara- und Moribucht, waren die Fliegen so zahlreich, daß sie das Landen erschwerten. An einem Küstenplatz der Marabucht, den ich von der Landseite betrat, umschwärmten mich im Augenblick so viele Fliegen, daß ich schleunigst den Rückzug antreten mußte, ohne verhindern zu können, daß ich gestochen wurde.

Dagegen waren andere Küsten so spärlich von Fliegen bewohnt, daß man sich eine Weile am Strande aufhalten mußte, ehe sich die Fliegen bemerkbar machten.

Am liebsten schwärmen die Fliegen an Sonnenscheintagen vormittags und nachmittags. Bei hochstehender Sonne trifft man nur wenig Fliegen an; zu dieser Zeit sieht man sie manchmal auf dicht am Wasser liegenden, von Büschen überschatteten Steinen sitzen. Bei Regenwetter kommen sie überhaupt nicht aus ihren Schlupfwinkeln hervor, nach dem Regen erst dann, wenn die Sonne durchbricht. Selten bekommt man vor ½8 Uhr morgens und nach ½5 Uhr abends eine Glossina palpalis zu Gesicht.

Die Hauptvermehrung der Glossina palpalis fällt in den Beginn der kleinen Regenzeit, Ende September und Oktober. Vor dieser Zeit fand ich viel larventragende Tiere unter den gefangenen Weibchen.

Verbreitung der Glossina palpalis.

Die Anwesenheit der Glossina palpalis wurde festgestellt: (cf. Karte, in Anlage VIII).

A. Im Bezirk Bukoba.

1. Auf den Küsten folgender Inseln und Inselgruppen.
   a) Makibwa;
   b) Makondo;
   c) Bumbideinseln (Bumbide und 4 Nachbarinseln);
   d) Masingainseln (8 Inseln);
   e) Mirambi.
2. Auf den Küsten des Festlandes:
   a) auf 2 Stellen der den Masingainseln gegenüberliegenden Halbinsel des Sultanats Kimoni;
   b) an mehreren Stellen zwischen Kisiramiaga (Residenz des Sultans Lubunienge) und Nyamagotso;
   c) an mehreren Stellen der Halbinsel Bwera;
   d) an der Südbucht der Landschaft und an den Nord- und Ostküsten der Halbinsel Buina.

B. Im Bezirk Muansa.

1. auf den Küsten folgender Inseln und Inselgruppen:
   a) Ikusainseln (Ikusa und 4 Nachbarinseln);
   b) Luwondoinseln (Luwondo und 4 Nachbarinseln);
   c) Maissomeinseln (Maissome und 4 Nachbarinseln);
   d) Sosweinseln (Soswe und 3 Nachbarinseln);
   e) Kascherasiinseln (4 Inseln);
   f) Komeinseln (Kome und 4 Nachbarinseln);
   g) Jumainseln (Juma und 3 Nachbarinseln);
   h) Muansainseln (3 Inseln im Hafeneingang von Muansa);
   i) Nafuba und Augustainseln;
   k) Ukerewe (die Süd- und Westküsten), Biru und Kamasi;
   l) Ikera und Igari (im Eingang des Baumanngolfs).
2. Auf den Küsten des Festlandes:
   a) auf den nicht mit Papyrus bestandenen Küsten der Landschaft Butundwe (Usindja, Emin-Pascha-Golf);
   b) auf den Südküsten der Landschaft Bugando (Usindja);
   c) Landschaft Buhindi (Usindja);
   d) auf einer Stelle der der Kome gegenüberliegenden Küste (Usindja);
   e) auf einem Teil der Westküste der Halbinsel Buhingo (Usindja);
   f) Landschaft Karumu (Usindja);
   g) an den Westküsten des Golfs von Muansa bis zur Maschorobucht, und zwar nur auf den Landvorsprüngen, in den Buchten steht Papyrus;
   h) an den Ostküsten des Golfs von Muansa bis zur Luansabucht, und zwar nur auf den Landvorsprüngen, in den Buchten ist klarer Strand ohne Busch oder Papyrusstrand;
   i) am Hafen von Muansa. An beiden Spitzen (Nord- und Südspitze) der den Hafen umschließenden Landzungen. Außerdem, wie oben erwähnt, auf den 3 im Hafeneingang liegenden Inseln;
   k) Landschaft Muansa;
   l) auf der zwischen der Irambi- und der Susibucht gelegenen Landzunge.

C. Im Bezirk Schirati.

1. Auf den Küsten folgender Inseln und Inselgruppen:
   a) kleine Insel gegenüber der Landschaft Usamba;

b) Lukubainseln (Lukuba und 4 Nachbarinseln);
c) Matenge (am Eingang der Moribucht);
d) Quarantäneinsel vor Schirati.

2. Auf dem Festlande.

Von der Nordküste der Landschaft Ukwaia bis zur englischen Grenze; auch am Strande der Station Schirati.

Vorkommen der Trypanosomiasis.

Das Vorkommen der Trypanosomiasis wurde festgestellt für:

1. Bumbideinseln (früher festgestellt), wo die Sterblichkeit im Zunehmen ist;

2. Maissome. Außer dem früher im hiesigen Lazarett beobachteten Fall ist mir auf der letzten Reise ein Todesfall an Trypanosomiasis im Norden Maissomes bekannt geworden;

3. Kome (früher festgestellt);

4. Ukerewe. Vor kurzem ist im Nordwesten der Insel ein Mann an nach Beschreibung des Paters Conrads unzweifelhafter Trypanosomiasis gestorben. Möglicherweise ist die Infektion jener Küsten durch Vermittlung der englischen Dampfer erfolgt, die dort ihren Holzplatz haben und regelmäßig anlaufen.

Ich selbst habe auf Ukerewe 3 Fälle von Trypanosomiasis, einen im Südosten der Insel und 2 bei der Mission, festgestellt. Der Fall im Südosten der Insel betrifft einen christlichen Katikiro, der sich die Infektion wohl an den Küsten Muansas erworben hat, wo er Fischfang zu betreiben pflegte.

Ob eine zur Zeit auf dem Festland Ukerewe vorkommende chronische Krankheit, die mit Bauchwassersucht einhergehen soll, auf Trypanosomainfektion beruht, konnte ich nicht ermitteln, da ich einen Kranken nicht zu Gesicht bekam. Ein Pater der Missionsstation Neuwied, der seinen Wirkungskreis auf dem Festlande hat, hatte sich zur Behandlung dieser Krankheit mit einem Troicart bewaffnet.

5. Stadt Muansa. In Muansa sind im letzten Jahre sehr viele Menschen außerhalb der ärztlichen Behandlung gestorben — man spricht von 1500 bis 2000 Todesfällen —, ohne daß die Ursachen dafür bisher festgestellt werden konnten.

Während meiner Anwesenheit in Muansa kamen zufällig

wenig Todesfälle vor, ich mußte daher einige Tage warten, bis ich eine Leichenöffnung vornehmen konnte. Gleich die erste Sektion ergab als Todesursache Trypanosomiasis und brachte außerdem den Beweis, daß die Infektion an den Küsten Muansas selbst zu erwerben ist. Die Verstorbene, ein Manjemaweib, war seit 8 Jahren in Muansa ansässig gewesen und hatte während dieser Zeit den Ort nie verlassen.

Ich bin der Meinung, daß die hohe Sterblichkeit in Muansa wenigstens zum Teil, auf Rechnung der Trypanosomiasis zu setzen ist.

Das Vorkommen der Trypanosomiasis ist wahrscheinlich:

1. An den Küsten Kimoanis, Bweras und Buinas.

Bei den im hiesigen Lazarett an Trypanosomiasis verstorbenen Leuten aus Ussuwi, die nie in Uganda oder im Bezirk Muansa gewesen waren, konnte bisher die Infektionsquelle nicht festgestellt werden. Für diese Fälle kann nur die von der Glossina palpalis bewohnte Bukobaküste in Betracht kommen.

2. In den Sultanaten Buhindi und Bugando der Landschaft Usindja.

Wie ich schon früher berichtet habe, hat im Jahre 1903 in diesen Landschaften eine große Sterblichkeit geherrscht. Jetzt habe ich die Bestätigung dessen in den Akten des Lazaretts Muansa gefunden, und zwar in 2 Meldungen des damaligen Stationsarztes vom 21. VII. 03 J. Nr. 168 und vom 25. 7. 03 J. Nr. 169. Der Stationsarzt ist damals einen Tag an der Bogandoküste gewesen, hat an jenem Tage zwei Leichen gesehen, eine Sektion nicht vorgenommen, auch einen Kranken nicht beobachtet. Er nahm als Todesursache Lungenentzündung an, deren epidemischem Auftreten in 6 Wochen 150 Menschen zum Opfer gefallen sein sollten. Nach allen Nachrichten, die ich über jene Krankheit erlangen konnte, hat die große Sterblichkeit damals bis zum Ende des Jahres gedauert. Derartige Epidemien habe ich am Viktoria Nyanza nie gesehen. Schlafkranke Eingeborene geben auf Befragen häufig an, brustkrank zu sein (kifua), und an Lungenentzündung gehen Schlafkranke häufig zugrunde.

Ich glaube, daß es sich damals schon an jenen reichbevölkerten Küsten, die durchweg von der Glossina palpalis bewohnt sind, um Trypanosomiasis gehandelt hat.

Nachrichten über Trypanosomiasis in der Vergangenheit.

Im Anschluß hieran möchte ich über folgende Erzählungen der Eingeborenen der Insel Ukerewe und der Landschaft Ikoma berichten:

Auf Ukerewe soll in vergangener Zeit, der sich alte Leute noch erinnern, eine chronische Krankheit geherrscht haben, die viele Opfer gefordert hat. Die mir von den Eingeborenen geschilderten Symptome erwecken den Verdacht, daß es sich damals um Trypanosomiasis gehandelt hat. Diese Krankheit, Ruti oder Msiro genannt, soll zu jener Zeit auch auf dem Festlande, besonders auf der Halbinsel Majita verbreitet gewesen sein.

Interessanter noch sind die Erzählungen der Ikomaleute, die mir von Leutnant von Wiese und Feldwebel Schmidt mitgeteilt worden sind:

Vor etwa 100 Jahren soll in Ikoma, besonders in der Landschaft Ikussu des Sultans Katutu, eine Seuche geherrscht haben, der so viele Menschen zum Opfer gefallen sind, daß seitdem Ikoma entvölkert ist. Die Krankheit soll einen chronischen, stets zum Tode führenden Verlauf genommen, die Erscheinungen sollen in großer Eßlust und Schlafsucht bestanden haben. Die Krankheit sei durch den Stich einer Fliege, die zu einer Zeit, als die beiden großen in den Spekegolf mündenden Flüsse Ruwana und Mbelegeti stark angeschwollen gewesen sind, mit Büffeln ins Land gekommen sein, hervorgerufen worden. Die Büffel seien nicht erkrankt, und nach dem Wegzug der Büffel habe das Sterben wieder aufgehört.

Nach diesen Erzählungen der Ukerewe- und Ikomaleute hat die Trypanosomiasis vielleicht schon einmal vor etwa 100 Jahren am Viktoria Nyanza geherrscht.

Die Ufer des Ruwana und Mbelegeti sind nur bis 1½ Marschstunden von der Mündung mit Papyrus eingefaßt, weiter aufwärts aber klar und mit Busch bestanden.

Ich habe 2 Fliegensammler der Karawane des Oberleutnants Baumstark beigegeben, um die Flußufer nach Tsetsefliegen absuchen zu lassen.

Schwierigkeit der Ermittlung von Trypanosomiasisfällen.

Daß auf den übrigen Küsten, die mit der Glossina palpalis behaftet sind, auf denen aber über das Vorkommen der Trypanosomiasis Auskunft nicht zu erlangen war, Trypanosomaerkrankungen vorkommen, halte ich für zweifellos. Die Leute kennen alle die

Krankheit, setzen aber, besonders in den Landschaften Usindjas und den zugehörigen Inseln, sobald sie vom Europäer nur den Namen der Krankheit hören, jeder Frage einen passiven Widerstand entgegen. Für den Neger verknüpfen sich mit der Schlafkrankheit abergläubische Vorstellungen, über die er nicht gern spricht, besonders nicht einem Europäer gegenüber. Außerdem fürchten sie auch, daß ihre kranken Angehörigen isoliert und so von ihnen entfernt werden könnten, wie sie das von Uganda und Bukoba gehört haben.

In Bukoba, wo die Sultane mit ihrer absoluten Autorität eine Stütze der Verwaltung bilden, macht die Ermittlung von Trypanosomiasis keine besonderen Schwierigkeiten. In den Bezirken Muansa und Schirati hingegen, in denen die Bevölkerung in viele kleine Jumbenschaften zerfällt, und größere Sultanate, auch nur dem Namen nach bestehen, ist dies zur Zeit fast ganz unmöglich, wo nicht die Missionen hilfreiche Hand bieten. Den Missionsstationen Ukerewe und Kome bin ich in dieser Beziehung zu Dank verpflichtet. Auf Maissome erhielt ich nur durch eine List Kenntnis vom Vorkommen der Trypanosomiasis, indem ich vorgab, von einem derartigen Krankheitsfalle im Norden der Insel zu wissen. Augenscheinlich überrascht antworteten die Leute, daß dort allerdings ein Mann an Schlafkrankheit gelitten habe, aber kürzlich gestorben sei.

Prognose der Trypanosomiasis am Victoria Nyanza.

Wenn man demnach annehmen kann, daß die menschliche Trypanosomiasis wohl schon überall an den Küsten des Sees vorkommt, so ist ein vermehrtes Auftreten nur eine Frage der Zeit. Allerdings glaube ich nicht, daß wir mit einem derartigen an allen Küsten gleichzeitigen epidemischen Auftreten der Trypanosomiasis zu rechnen haben, wie es in den außerordentlich hohen Erkrankungsziffern des englischen Gebietes zum Ausdruck kommt.

An den deutschen Küsten beschäftigt sich nur ein Bruchteil der Bevölkerung mit Seefahrt und Fischerei. Diese Leute werden natürlich zunächst der Infektion unterliegen und entsprechend ihrer geringen Zahl den Keim der Infektion nur langsam verbreiten. So werden die Fischerfamilien allmählich ganz aussterben. Unter der übrigen Bevölkerung am Seeufer, die ja auch beim Baden, Waschen und Wasserschöpfen der Infektion zugänglich ist, wird die Trypanosomiasis dauernd einige Opfer fordern. Hie und da an

stark bevölkerten Küsten wird es zu einem Anschwellen der Krankheitsziffer, zu Trypanosomiasisepidemien kommen, wie sie wohl schon in den Sultanaten Buhindi, Bugando und Muansa bestanden haben." —

Vom Nordende des Tanganjika berichtet Oberarzt Dr. Leupolt über seine von hier aus befohlene Reise zur Feststellung der Trypanosomiasis und der Glossina usw.:

„Ich begab mich mit der Stationsdhau nach Niansa, Sultanat Bjuko, der Südgrenze des Bezirks Usumbura und folgte von da der Küste des Sees, das zwischen diesem und den Randbergen liegende Gebiet absuchend, bis Usumbura, wo ich am 24. 1. 06 wieder eintraf.

Schon früher hatte ich mich bei Berührung des betreffenden Gebietes gelegentlich meiner Reisen von und nach Udjidji nach dem Vorkommen der Schlafkrankheit, „ugonjwa ya usingizi", wie sie mir von Eingeborenen in Udjidji bezeichnet worden war, erkundigt, doch hatte ich nie etwas darüber in Erfahrung bringen können. Ebenso hat Herr Hauptmann von Grawert, der im August bis September vorigen Jahres diesen Teil des Bezirks bereiste, vergeblich danach geforscht. Auf dieser Reise nun teilte mir der Sultan Bjuko, der Mtuale des Grenzgebietes, mit, daß ihm die „Ugonjwa ya usingizi" vom Hörensagen bekannt sei und daß sie von den Wabwari, d. i. den Waungwana der deutschen Tanganjikaküste „Malali" genannt und sehr gefürchtet würde. Daß sie in seinem Gebiete sei, leugnete er, und gab auch keine weitere Auskunft darüber. Die Bezeichnung „Malali", auch „Malale", „Marare" gesprochen, wurde mir später von allen Waungwana und anderen, denen sie bekannt war, für „ugonjwa ya usingizi", die Schlafkrankheit, bestätigt. Das Wort sollte aus Manjema stammen, wo die Krankheit hergekommen sei. Später wurde mir aber sehr glaubwürdig erklärt (Askari Ludwig Pariser, Mbwari) „Malali" heiße an der kongolesischen Tanganjikaküste einfach „krank", „ugonjwa" und sei von den Europäern aus „maladie" übernommen. Die Schlafkrankheit werde drüben vielfach mit „malali (maladie) ya usingizi" bezeichnet.

Erst die hiesigen Wabwari hätten aus Unkenntnis der Herkunft des Wortes diese allgemeine Bezeichnung für die bestimmte ihnen neue Krankheit gebraucht. Ein Araber, der lange Jahre in Manjema gelebt hat, sagt, die Malali sei bei seinem Weggange vor etwa 10 Jahren dort noch unbekannt gewesen, das Wort stamme

nicht aus Manjema, es sei vielleicht eine Verstümmelung von „marathi“ — Seuche. Letzteres nehmen auch mehrere hiesige Wasuahelis an. Wie auch der Ursprung des Wortes sein mag, die Schlafkrankheit ist unter der Bevölkerung unseres Küstengebietes als „Malali“ bekannt und gefürchtet.

Betreffs der Herkunft der Krankheit wird übereinstimmend angegeben, daß sie vom Kongostaat bei uns eingeschleppt sei, und zwar werden da verschiedene Wege angegeben. Die einen (Bilali-Rumonge) behaupten, sie sei von der Rumonge gegenüberliegenden Halbinsel Ubwari nach Komonge und von da südlich nach Niansa gekommen, (Langhans'sche Karte: Das jetzige „Rumonge“ liegt in der scharfen Einbuchtung nördlich des Murembeie-Flusses), die anderen wollen wissen, daß sie von Kalamba südlich Ubwari, fast gleichzeitig nordwärts nach Ubwari und ostwärts nach Niansa am Mschalabach und von da erst nach Rumonge gebracht worden sei.

Über ihren Weg im Kongostaat wird allgemein folgendes berichtet: vor zirka 3 Jahren sei die Malali von Manjema aus langsam ostwärts fortschreitend nach Kawambale, Rubanda, Kalamba (auf meinen Karten leider nicht aufzufinden), Ubwari, Massanse (Mssansi) und Rumonge-Niansa, oder also Kalamba, Ubwari-Massansa, Niansa-Rumonge gekommen. D. h. sie ist von Westen am Kongo, den Luwumba und Lukuga aufwärts nach der mittleren Westküste des Tanganjika und diesen überschreitend nach der Ostküste gekommen.

Seit 3 Jahren sei sie in Manjema bekannt, vor zirka 2 Jahren sei sie in Ubwari aufgetreten und seit 1 bis 1½ Jahren kenne man sie in Rumonge und Niansa.

An der kongolesischen Küste wütet sie z. Z. von Rubereii (Mtoa) bis zum Sansa-Bach, zirka 3 Stunden nördlich der Mission Lusenta in Mssanse. Sie soll nur den Tälern, Flüssen und dem Ufer des Sees folgen, aber niemals auf den Bergen vorkommen, in Ubwari und Massanse habe sie besonders zahlreiche Opfer gefordert, der größte Teil der Bevölkerung sei dort gestorben, alle Altersklassen, besonders die Männer; denn es seien dort jetzt Gehöfte anzutreffen, wo „20 Frauen und nur 1 Mann“ sei. Diese Angaben der Eingeborenen wurden auch von einem hier durchreisenden Missionar aus Lusenta, was Ubwari anlangt, bestätigt. In Massanse und der Mission Lusenta selbst waren nach ihm bisher nur vereinzelte Fälle vorgekommen. Die Beamten unseres deutschen Dampfers, der in Uvira und auch in Massanse anlegt, konnten

leider darüber nichts in Erfahrung bringen. Der Stationsarzt von Uvira Dr. Mariondo, soll geäußert haben, die Schlafkrankheit komme bei ihnen nicht vor. Daß es aber doch der Fall ist, ist durch den Missionar und soundsoviele Eingeborene hinreichend bewiesen.

Über Vorkommen in unserem Gebiete leugneten anfangs die Warundihäuptlinge sowohl wie die Wabwari, so daß ich die erste Zeit Haus für Haus absuchen mußte. Erst als ich mehrere Kranke gefunden hatte, legten sie ihre Zurückhaltung ab und brachten mir selbst Kranke heran. Nach den Angaben der Eingeborenen sollte sie nur in Niansa und Rumonge, den Hauptwohnorten der Wabwaribevölkerung aufgetreten sein. Ich fand jedoch in Niansa 1, in Kiquena 2, in Rumonge 7 und im Sultanat Ruwangu zirka 1 Tagemarsch nördlich von Rumonge 2 Fälle von Malali. Es sollen auch viele Leute daran gestorben sein. Sämtliche Fälle betrafen Waungwana; und es wurde geradezu behauptet, daß Malali nur unter diesen vorkäme, niemals unter den Warundis. Die Krankheit wurde auch nur unmittelbar an der von Wabwaris bewohnten Küste bis zu 1 km einwärts beobachtet, nie auf den nahen Höhen des Randgebirges, die ausschließlich von Warundis bewohnt werden. Die Schlafkrankheit kommt also, zwar nicht in zahlreichen, so doch in vereinzelten Fällen an der Küste vom Mschalabach bis 3 Stunden nördlich Rumonge vor.

Auffallend ist das Erkranken mehrerer Mitglieder einer Familie, und daß andere Kranke sich nachweisbar bei solchen Familien längere Zeit aufgehalten haben. So erkrankten und starben in dem Hause des Singurrugurru er selbst, sein Weib, 2 seiner Kinder und seine in Rumonge verheiratete Schwester, die mehrere Wochen in seinem Haus gelebt hatte. In Kiquena erlagen Mann und Frau, in Rumonge Vater und Sohn und die beiden Frauen eines Händlers. Von 3 Leuten steht fest, daß sie bis vor kurzem viel in Ubwari verkehrten, einer hielt sich viel in Niansa auf und einer beherbergte oft Leute aus Ubwari und Niansa. Von den anderen Kranken konnte ein Zusammenhang mit derartigen Infektionsquellen nicht nachgewiesen werden.

Was Alter und Geschlecht anlangt, so halten sich die Fälle in den Grenzen zwischen 8 bis 40 Jahren und betreffen 12 das männliche und 6 das weibliche Geschlecht. Ein besonderer Beruf tritt bei den Befallenen nicht hervor, sie lebten alle von Handel, Fischfang und der Bewirtschaftung ihrer Felder.

Von der Art der Übertragung konnten sich die Leute kein Bild

machen. Alle aber hielten die Malali für ansteckend und setzten deshalb die Kranken meist aus in kleine weit von den Wohnungen errichtete Schilfhütten, wie ich deren bei Rumonge etliche gesehen habe.

Tsetsefliegen habe ich, wie weiter unten gezeigt werden soll, von Kiquena bis kurz vor Usumbura an der ganzen Küste mit Ausnahme der Bucht von Rumonge gefunden. Nach Vergleich mit den mir von Dr. Feldmann-Bukoba übersandten Exemplaren hielt ich sie zunächst für Glossina palpalis, meine aber jetzt nach den Beschreibungen von Dr. Sander (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene), daß es durchweg Glossina morsitans ist.

Die Krankheitszeichen der Malali beschreiben mir die Leute übereinstimmend etwa folgendermaßen: Die Kranken klagen über Schmerzen am ganzen Körper, besonders in den Knien und im Nacken, die Beine werden schwach, sie haben anfangs einen Gang wie Betrunkene, können aber bald gar nicht mehr laufen. In der ersten Zeit essen sie auffallend viel. Sie schlafen viel und in allen möglichen Stellungen. Später lassen sie auch das Essen, sie schlafen dann beständig, bis man sie tot findet. Auch die von mir beobachteten Kranken bieten in der Hauptsache diese Erscheinungen. Der Gang ist unsicher, taumelnd, die Beine versagen den Dienst. Die Sprache ist langsam und leise, der Blick stier und ausdruckslos. Trotz der reichlichen Nahrungsaufnahme sind sie sehr abgemagert. Die meisten haben einen heftig juckenden, kleinblasigen, nässenden Hautausschlag. Vor allem tritt die rasch zunehmende, unüberwindliche Schlafsucht hervor, die wenige Tage vor dem Tode stets in einen dauernden, sehr festen Schlaf überging. Temperatursteigerung habe ich bei keinem beobachtet, wohl aber wiederholt bei den Schwerkranken subnormale Temperaturen. Schwellung der Hals- und Nackendrüsen wurden bei allen festgestellt, Milzschwellung nur in zwei Fällen. Der übrige Organbefund bot nichts besonderes. Maniakalische Zustände habe ich bisher nicht gesehen.

Ich habe von sämtlichen Kranken mehrmals Blutpräparate und von einzelnen Schwerkranken — die anderen verweigerten die Operation — auch Präparate aus der durch Lumbalpunktion gewonnenen Rückenmarksflüssigkeit gemacht, aber niemals Trypanosomen gefunden. Trotzdem ist die Diagnose ohne allen Zweifel.

Die Krankheitsdauer, d. i. vom Erkennen der Krankheit bis zum Tode, rechnen die Eingeborenen zwei bis sechs Monate. In

meinen Fällen schwankt sie bis jetzt zwischen 1½ und 4 Monaten; nur ein Weib soll 1½ Jahre krank gewesen sein. Die meisten starben im vierten Monat.

Über die Inkubationszeit ließ sich in keinem Falle ein Anhaltspunkt gewinnen.

Die Prognose ist absolut ungünstig. Ich habe von keiner Heilung eines Malalifalles erzählen hören. Von den von mir gesehenen Kranken sind bisher 7 gestorben; ferner wurden mir von den Eingeborenen weitere 6 bestimmte Todesfälle mitgeteilt.

Ein Heilmittel ist den Leuten nicht bekannt.

Ich hatte die von mir gefundenen Kranken zunächst in Rumonge gesammelt und sie dann nach Usumbura übergeführt. Eine Stunde östlich der Station wurde in mittlerer Höhe der Randberge (12 bis 15 m hoch), 200 m südlich der Victoria-Niansa-Straße, auf einem unbewohnten Hügel eine Isolierstation mit drei Hütten errichtet. Dort wurden 10 Kranke untergebracht. Zwei sind in Rumonge gestorben. Die Leute bekommen Verpflegung und Unterhalt von der Station und werden durch einen in der Nähe postierten Askari bewacht und versorgt. Öfters gehe ich hinauf, um nach den Leuten zu sehen. 5 sind bereits davon gestorben.

Unterwegs habe ich die Wabwari- und Warundihäuptlinge belehrt und ermahnt, den Verkehr mit dem Kongostaat zu meiden, die von drüben kommenden Leute nicht hier zu dulden und jeden Krankheitsfall sofort nach Usumbura zu melden resp. den Kranken sogleich hinzubringen. Andere Maßnahmen lassen sich m. E. vorläufig nicht treffen; den Verkehr mit dem Kongostaat ganz verbieten zu wollen, wäre aussichtslos, es sei denn, die ganze Küste würde mit Posten besetzt oder ein Dampfboot eigens zur Bewachung beordert. Da in unserem Gebiet die Krankheit bereits seit 1½ Jahr sein soll und doch nur in vereinzelten Fällen vorkommt und unter den von mir gefundenen Tsetsefliegen die Glossina palpalis anscheinend nicht ist (nach der später erfolgten Feststellung des Geheimrats Professor Dr. Koch sind die eingesandten Tsetsefliegen alle Glossina palpalis) glaube ich nicht, daß dieselbe größere Ausbreitung bei uns gewinnen wird, und hoffe, daß die strenge Isolierung aller erkrankten und verdächtigen Fälle in getrennten Stationen genügen wird. Für letztere würde vielleicht eine Isolierung bis zu vier Monaten, falls sich keinerlei weitere Anzeichen einstellen, hinreichend sein.

Die Tsetsefliege trat zum ersten Male am Kiguenabach, und

zwar in sehr großer Anzahl auf. Von da ab fand sie sich vereinzelt bis zum Murembuefluß. Von dort bis zum Damabach, also in der ganzen Bucht von Rumonge, wurde keine gefunden. Vom Dama, ca. 2 Stunden nördlich Rumonge, zeigt sie sich bis zum Kanigibach, ca. 1 Stunde südlich Usumbura. Auf letzter Strecke aber auch nie in großer Anzahl, sondern immer nur vereinzelt. Die Warundi nennen die Tsetse „Kibutu" und fürchten sie wegen ihres schmerzhaften Stiches. Sie wurde nie weiter landeinwärts als 2 km vom See, und auch da nur an Wasserläufen gefunden. Vom Strande folgte sie dem Boote etwa 20 m seewärts; hielt sich das Boot außerhalb dieser Entfernung, so konnte keine Fliege beobachtet werden. Das Gelände und die Vegetation ist auf dieser ganzen Strecke ziemlich einförmig. Es ist ein flacher, bis zum ca. 2 bis 3 km entfernten Fuße der steil aufsteigenden Randberge nur wenig sich erhebender Küstenstrich. Am ganzen Strande zieht sich bis auf wenige Stellen ein breiter Schilfsaum hin, der seine Ausläufer an den Bächen aufwärts bis in die Berge vorschiebt. Wald befindet sich an der ganzen Küste von Kiguena an nicht mehr. Ebensowenig sind große, kahle Sandflächen vorhanden. Die Tsetse wurde zu allen Tageszeiten und bei jedem Wetter mit Ausnahme bei Regen gefangen. Sie attackiert Menschen und Tiere und ist sehr scheu und flink."

In den Bezirken Udjidji und Bismarckburg hat Oberarzt Dr. Neubert Erhebungen angestellt und berichtet:

„In diesem Jahre kam die Schlafkrankheit, welche bereits seit einiger Zeit in vereinzelten Fällen, vom Kongo eingeschleppt, hier bekannt war, zahlreicher zur Beobachtung. Gleich zu Anfang des Jahres wurde mir ein Kind vorgeführt, das mit seinen beiden Eltern aus dem belgischen Gebiet herübergekommen war, die beide an der Seuche gestorben sein sollten. Inzwischen ist das Kind ebenfalls der Krankheit erlegen.

Auf einer Reise, welche ich nach dem Norden des Bezirks unternahm, um nach dem Vorkommen der Krankheit zu forschen, gelang es mir, am Schalabach 7 Schlafkranke aufzufinden; der dortige Sultan Wumba behauptete, bereits an 100 Leute durch die Krankheit verloren zu haben. Ich nahm die Kranken zur näheren Beobachtung und Untersuchung mit nach Udjidji, wo mir kurz darauf aus der Stadt selbst noch zwei vorgeführt wurden, welche ihr Leiden angeblich in Udjidji selbst erworben haben wollten. Von diesen 9 Kranken sind bereits 3 gestorben.

Meiner Ansicht nach bietet die Tanganjikaküste des Bezirks Udjidji nördlich von der Station für die Fliege wenig günstige Lebensbedingungen; fast durchweg ist die Küste steil und felsig; als einzige Stelle käme die Niederung des Schalabaches in Betracht. Über die Herkunft der Krankheit berichten die Eingeborenen, daß sie plötzlich an der Westküste des Tanganjika aufgetaucht — sie ist wohl von der Westküste von Afrika den Kongo hinauf vorgedrungen —, dann von der Halbinsel Ubwari nach Rumonge in Urundi übergesprungen sei und sich dann allmählich längs der deutschen Seeküste ausgebreitet habe. In Urundi sollen schon Hunderte der Seuche erlegen sein, in Damvi (nahe beim Schala, Bezirk Usumbura) allein ca. 150, wenn die Angaben des Sultans Wumba Glauben verdienen.

Die bisherigen Ergebnisse meiner Reise lassen sich also wie folgt zusammenfassen:

1. Im Bezirk Bismarckburg ist bis jetzt noch kein Fall von Schlafkrankheit beobachtet worden.
2. Über das Vorkommen der als Hauptüberträgerin in Betracht kommenden Glossina palpalis resp. anderer Arten von Glossinen läßt sich zur Zeit noch kein endgültiges Urteil fällen; zu diesem Zwecke müßten erst die Resultate der Nachforschungen nach Fliegen während resp. kurz nach der Regenzeit abgewartet werden. Nur an der Kawendeküste gelang es mir, in den Bergschluchten, die, mit dichtem Gebüsch bewachsen, bis an den Tanganjika hinabreichen, Glossinen, wenn auch nur in geringer Anzahl, zu finden. Die Missionen haben sich in zuvorkommendster Weise bereit erklärt, mich hierin nach Kräften zu unterstützen. Ich glaube bestimmt, daß auch auf der deutschen Tanganjikaküste, ebenso wie auf der kongolesischen, die Fliegen sich finden werden, da an vielen Stellen günstige Daseinsbedingungen für das Insekt gegeben sind."

12. Lepra.

Die über das ganze Schutzgebiet verbreitete Lepra ist am Kilimandscharo nach dem Bericht des Stabsarztes Dr. Brückner verhältnismäßig selten; er stellte in den 3 Landschaften Mschame, Uru und Moschi nur 5 Kranke fest. Dies beruht wohl auf den gründlichen Sicherheitsmaßregeln, die die dortigen Eingeborenen

vor Beginn der deutschen Herrschaft gegen die Krankheit anwendeten, indem sie die Befallenen einfach verbrannten.

Über 2 in Tabora beobachtete Fälle schreibt Oberarzt Dr. Grothusen:

„Von den beiden starb einer:

Mgalule, 35jähriger Mjamwesi, gab bei der Aufnahme an, daß vor zwei Jahren sein Gesicht dick zu werden begann. Dazu schwollen die Hoden an und im letzten halben Jahr entstand ein Geschwür am Gliede. Vorher sollen Knötchen an den Oberschenkeln entstanden sein.

Befund 2. 5.: Facies leonina. Augenbrauen sehr spärlich. In der Nase viel schleimiges Sekret, jedoch keine Geschwüre zu sehen. Das Nasensekret enthält zahlreiche zu Klumpen und Büscheln geformte Leprabazillenhaufen, abgesehen von vielen einzeln liegenden Leprabazillen.

Leistendrüsen beiderseits mandelgroß geschwollen. Beiderseits faustgroße Hydro- und Varicocele. An der Eichel des Gliedes ein Fünfpfennigstückgroßes Geschwür. An den Armstreckseiten, an den Außenseiten der Oberschenkel und den Hinterbacken finden sich zahlreiche linsen-, hellergroße, nicht anästhetische Knötchen von der Farbe der umgebenden Haut. Der Nervus ulnaris ist verdickt zu fühlen. Die Sensibilität ist überall erhalten, ebenso die Reflexe.

14. 5. Klagt seit gestern über juckenden Ausschlag an den Armen und der Brust. Man sieht an den Streckseiten der Arme, besonders am Handgelenk, auf der oberen Rippengegend, auf der Stirn und auch auf den Oberschenkeln einzelne, neu aufgeschossene, kleinere und größere Papeln. Es besteht starker Schnupfen.

26. 5. Nach Abreibungen mit einprozentiger Karbollösung ging das Jucken schnell vorüber; die Papeln blieben aber bestehen. Ohne irgend eine Veranlassung ist gestern ein 5 cm großer Darmprolaps aus dem After getreten. Die Reposition gelang sehr leicht.

2. 6. Die Knötchen auf der Stirn sind deutlich größer geworden. Seit einigen Tagen bestehen subfebrile Temperaturen.

14. 6. Nach achttägigem Bestehen des Fiebers war der Kranke wieder fieberfrei geworden. Seit etwa 1 Monat ist er aber allmählich immer schwächlicher und magerer geworden. Zwei Tage vor dem Tode schwoll plötzlich das Gesicht, erst rechts, dann auch links stark an. Dies Ödem sah nicht entzündlich aus, aber wie ein nephritisches Ödem. Im Urin waren aber weder Eiweiß noch Zylinder nachweisbar. Am heutigen Tage trat der Tod ein.

Sektion: Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nirgends einen auffälligen, pathologischen Befund. In der wenig vergrößerten Milz werden ebenso wie in einem Leberabstrich Leprabazillen nachgewiesen. Im Blut, im Herzen, in der Lunge, in der Niere werden keine Bazillen gefunden.

Der Kranke ist an der Lepra — Marasmus — zugrunde gegangen. Es handelte sich um reine Knotenlepra. Außer einer Verdickung des Nervus ulnaris waren keine Nervenerkrankungen und keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar.

Auch der zweite Fall war ein reiner Knotenaussatz. Ussapela, 35 jähriger Manjema. Ansteckung angeblich vor drei Jahren gelegentlich einer Safari mit einem leprakranken Freunde. Familie angeblich gesund. Die Gesichtsverdickungen und die Zehenwunde entstanden gleichzeitig.

Befund 14. 4.: Mäßig ausgebildete Facies leonina. Fehlende Augenbrauen.

Massenhaft in Kugel- und Pinselform liegende Leprabazillen im schleimigen Nasensekret. In der Nase keine Geschwüre. Am harten Gaumen sieht man eine lange, unregelmäßige Narbe. (Von einer früheren Wunde hier weiß der Kranke nichts.) Rachenschleimhaut an den Wangen dunkelrot. Unter dem rechten Kieferwinkel eine pflaumengroße, etwas empfindliche Drüse. Schenkeldrüsen beiderseits kleinapfelgroß. An den Streckseiten der Ellbogen rötliche Narben. Hier wie überall ist die Sensibilität vollkommen erhalten. Der Nervus ulnaris ist verdickt.

Die Unterschenkel sind verdickt, säulenartig. Die Wadenkonturen sind verstrichen. Knötchen sind in der verdickten Haut nicht zu fühlen. An der dritten Zehe des rechten Fußes fehlt das Grundglied. An dessen Stelle sieht man in der Fußsohle eine retrahierte Narbe.

17. 6. Seit 14 Tagen hohes Fieber (um 40°) mit Kopfschmerzen. Das ganze Gesicht ist leicht geschwollen, es sind deutlich neue Knötchen aufgetreten, auch auf der Brust, an den Oberschenkeln. Urin regelrecht.

19. 6. Fieberfrei.

25. 7. Seit 14 Tagen leidet er an einer mit leichtem Fieber beginnenden, rechtsseitigen Rippenfellentzündung mit mäßigem Erguß. Eine Probepunktion ergab klare Flüssigkeit, in der verhältnismäßig viel Leucocyten, aber keine Bazillen nachweisbar waren.

9. 8. Lungenbefund regelrecht.

25. 8. Einige Tage lang fieberhafte Entzündung der rechten Parotis mit daraus resultierender leichter Kieferklemme.

26. 9. Aus der Haft und der Behandlung entlassen, augenblicklich ohne Beschwerden. Die neugebildeten Knötchen sind geblieben, im übrigen ist der Befund wie bei der Aufnahme.

Charakteristisch ist in beiden Fällen, daß die Neubildung der Knötchen stets mit Fieber einherging."

13. Maltafieber.

Ein im Krankenhaus Tanga beobachteter Fall hatte folgenden Verlauf:

„Es war ein Gouvernementsbeamter, der 7 Tage nach der Rückkehr von seinem Heimatsurlaube an Bord eines Gouvernementsdampfers, der ihn nach Tanga bringen solite, unter so heftigen linksseitigen ischiadischen Schmerzen erkrankte, daß er nicht imstande war zu gehen und in Tanga sofort ins Krankenhaus gebracht werden mußte. Seine Körpertemperatur betrug bei der Aufnahme 38,2, Malariaparasiten wurden bei wiederholten

Untersuchungen nicht gefunden. Da auch trotz Anwendung von Chinin keine Besserung eintrat, war Malaria auszuschließen, ebenfalls Syphilis, da Jodkali ohne jeden günstigen Einfluß blieb und auch sonst keine Anhaltspunkte für Syphilis vorhanden waren. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung und der Temperaturtabelle konnte auch Typhus ausgeschlossen werden und es blieb als einzige Diagnose Maltafieber übrig. Das ganze Krankheitsbild gestaltete sich allmählich zu einem sehr schweren. Das Fieber, bald remittierend, bald intermittierend, hielt etwa 3 Monate an, ein typisches Auf- und Abgehen der Temperaturwelle fehlte. Die Milz war auf der Höhe der Erkrankung geschwollen, der Stuhl bald angehalten, bald dünnflüssig stinkend. Der Appetit, welcher beim Beginn der Erkrankung gut war, ließ allmählich nach, bis schließlich der Patient nur noch auf Zureden Nahrung zu sich nahm. Eiweiß war vorübergehend in Spuren im Urin nachzuweisen. Der Puls stieg bis auf 140, wurde schwach und unregelmäßig, so daß mit Coffeïn und Digitalis vorgegangen werden mußte. Besonders schwer waren die Erscheinungen von seiten des Nervensystems. Infolge der unerträglichen ischiadischen Schmerzen war Patient völlig hilflos, die geringste Bewegung verursachte die heftigsten Schmerzen, Linderung konnte nur durch Morphiuminjektionen geschafft werden. Nach einem Monat seit dem Beginn der Erkrankung ließen die ischiadischen Schmerzen nach, dagegen stellten sich vorübergehend weniger heftige Schmerzen in einzelnen Gelenken ein.

Sehr quälend war die Schlaflosigkeit, gegen die Chloralhydrat selbst in hohen Dosen vollständig wirkungslos blieb. Es blieb nichts anderes übrig, als durch Morphiuminjektionen ihm Schlaf und Nervenberuhigung zu verschaffen. Wiederholt stellte sich ein sehr lästiger und häufig recht hartnäckiger Singultus ein, verbunden mit Erbrechen. In den Nächten, in denen er kein Morphium erhielt, lag er vor sich hin murmelnd oder heftig dilirierend da; in manchen Nächten tobte er derartig, daß das ganze Krankenpersonal und die anderen Kranken im Schlafe gestört wurden. Am Tage nach solchen Nächten war er völlig erschöpft und apathisch. Im dritten Monate der Erkrankung stellten sich Lähmungen des linken Ober- und Unterschenkels und der Nervi ulnares der rechten und linken Hand ein. Eine Komplikation mit Malaria wurde durch Chinin schnell geheilt. Behandelt wurde er außer Bädern mit Massage. Patient ist noch bettlägerig, die Lähmungen sind zwar etwas zurückgegangen, aber allem Anscheine nach werden sie

nicht dauernd gehoben werden, seine Heimsendung und Invalidisierung werden sich wohl nicht vermeiden lassen. Woher die Infektionsquelle stammt, läßt sich nicht feststellen, jedoch ist sehr leicht möglich, daß er bei der Ausreise nach Ostafrika in einem der Mittelmeerhäfen sich infiziert hat, eine Möglichkeit, die um so mehr ins Auge zu fassen ist, als zur Zeit seiner Ausreise in den Mittelmeerländern das Maltafieber stark herrschte." —

14. Nervenkrankheiten.

Aus dem Krankenhaus Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner über je einen Fall von Myelitis transversa, spinaler Kinderlähmung und akuter Geistesstörung:

„Von Rückenmarkskrankheiten verdienen 2 besondere Erwähnung.

In einem Falle handelte es sich um eine Myelitis transversa, welche ihren Sitz in der Gegend des 10. bis 12. Dorsalsegments hatte. Der Kranke hatte sich vor etwa 3 Jahren mit Syphilis infiziert und das Leiden nach der sogenannten Naturheilmethode mit Pflanzensäften behandelt. Die Krankheit kam auf einer Reise zum Ausbruch und begann mit leichten Bewegungsstörungen im rechten Unterschenkel. Darauf trat Lähmung und Gefühllosigkeit des rechten Beines und bald nachher des linken Beines auf, ferner Stuhl- und Harnverhaltung. Der Kranke wurde auf einer Innenstation einer Jodkali- und Quecksilberkur unterzogen und, da keine Besserung eintrat, zur Küste transportiert.

Es bestand Anaesthesie an beiden Beinen und am Leib bis zur Höhe des Nabels, am Rücken bis in die Mitte der Lendenwirbelsäule. In derselben Ausdehnung bestanden Analgesie und Unempfindlichkeit gegen thermische Reize, ferner motorische Lähmung beider Beine. Nur die Zehen des rechten Fußes konnten etwas gebeugt und gestreckt und der rechte Oberschenkel etwas angezogen werden. Gegen passive Bewegungen bestand in den Hüftgelenken leichter Widerstand. Fußklonus war vorhanden, die Patellarreflexe kräftig. Cremaster- und Bauchreflexe fehlten.

Es wurde alsbald eine energische Jodkali- und Quecksilber-Einreibungskur eingeleitet. Dieselbe blieb ohne jeden Erfolg. Der Widerstand gegen passive Bewegungen nahm zu, es traten dabei heftige krampfartige Kontraktionen in den Beinmuskeln auf. Harn und Stuhl mußten künstlich entleert werden. Der Kranke wurde schließlich ungeheilt nach Europa transportiert. —

Außerdem ist zu erwähnen ein Fall von spinaler Kinderlähmung. Diese Krankheit ist unter den Europäerkindern der Kolonie noch nicht beobachtet worden, m. W. auch noch nicht unter den farbigen Kindern.

Es handelte sich um einen 7 jährigen Knaben, welcher vor etwa einem halben Jahre nach Deutsch-Ostafrika gekommen war. Er hatte vorher Malaria durchgemacht. Die Eltern des Knaben maßen einer Erschütterung, welche derselbe durch einen Fall aufs Kreuz von einer Schaukel erlitten hatte, die Schuld an der Erkrankung bei.

Etwa 14 Tage später war der Knabe mit Fieber und heftigen Schmerzen im Rücken und in den Beinen erkrankt, so daß er mehrere Nächte nicht schlafen konnte. Im Blut waren keine Malariaparasiten nachzuweisen. Das Fieber dauerte nur einige Tage an. Dann stellte sich Lähmung des linken und bald darauf des rechten Beines ein. Die Schmerzen in den Beinen ließen nach. Die Reflexe waren erloschen, die Sensibilität erhalten. Im linken Bein stellte sich die Beweglichkeit wieder her, im rechten blieb eine schlaffe Lähmung zurück und die Beinmuskeln atrophierten.

Der Knabe wurde nach der Heimat geschickt. —

Bei einem erst seit einigen Monaten in der Kolonie weilenden Unteroffizier trat im Anschluß an eine Malariaerkrankung eine schwere, wenn auch schnell vorübergehende Geistesstörung (Melancholie) auf. Der Kranke wurde deshalb nach Daressalam transportiert und machte mehrere Selbstmordversuche, welche jedoch verhindert wurden. Im Krankenhaus weigerte er sich zunächst, Nahrung zu sich zu nehmen, weinte, äußerte u. a.: „sein Urteil sei schon geschrieben". Die Körperwärme war in den ersten Tagen seines Krankenhausaufenthalts noch leicht erhöht (38,3°), Malariaparasiten waren im Blut nicht mehr nachweisbar.

Die Behandlung bestand in Injektionen von Chinin 0,5 täglich 2 mal. Später wurde noch Somatose gegeben.

Nach etwa 8 Tagen bot das Verhalten des Kranken nichts Auffälliges mehr. Der Hämoglobingehalt des Blutes stieg in einem Monat von 60 % auf 75 %, das Körpergewicht von 62 auf 65 kg. Obwohl der Kranke gern weiter in der Kolonie geblieben wäre, wurde er in Anbetracht der geringen Widerstandsfähigkeit seines Nervensystems als tropendienstunfähig nach Deutschland zurückgeschickt." —

15. Krankheiten der Nase.

Von Interesse sind 2 Fälle von doppelseitiger Nasengeschwulst oder Gundu, die beide im Bezirk Muansa beobachtet wurden. Stabsarzt Dr. Ahlbory schreibt darüber:

„Ich möchte erwähnen, daß ich einen Fall an einem etwa 20 jährigen Mnjawezi beobachtet habe. Da ich ihn auf dem Marsche zwischen Tabora und Muansa traf, war die Untersuchung nur eine oberflächliche. Symmetrisch zu beiden Seiten der Nase, fest verwachsen mit dem Nasenfortsatz des Oberkiefers befanden sich 2 knochenharte, mandelgroße Geschwülste, dieselben waren nicht druckempfindlich, die Haut war über ihnen verschieblich, in der Mitte waren sie durch eine Längsfurche oder Rinne getrennt. Die Geschwülste bestanden schon viele Jahre, Beschwerden verursachten sie nicht. Der Mann kannte niemand, der an der gleichen Krankheit litt." —

Oberarzt Dr. Radloff berichtet über den anderen Fall:

„Ein an beiderseitiger Nasengeschwulst erkranktes Mädchen wurde von mir im Orte Muansa aufgegriffen und entschloß sich, da sie starke Schmerzen litt, zur operativen Behandlung. Die Operation wurde ausgeführt, die Narben sind fast verheilt, so daß das Mädchen bald entlassen werden kann." —

16. Krankheiten der Atmungsorgane.

Diese boten im Berichtsjahre nichts Besonderes. Bemerkenswert ist vielleicht ein Fall von Thorax-Empyem, das Oberarzt Dr. Grothusen schildert:

„Hamiß, Gefangener, 18 Jahre alt, Njeramba, wurde am 30. 6. 05 mit linksseitiger Lungenentzündung beider Lappen, sowohl des oberen wie des unteren aufgenommen. Bis zum 5. 7. hatte er hohes Fieber, dann trat typischer Temperaturabfall ein, worauf er bis zum 16. 7. fieberfrei war. Die totale Dämpfung der linken Lunge hellte sich nur oben etwas auf. Man hörte überall Bronchialatmen in der Seite und hinten unten bald abgeschwächtes Atmen. Beim Husten, der schleimig-eitrigen Auswurf zu Tage förderte, klagte er etwa vom 15. an über Schmerzen links vorn um die Brustwarze herum.

Vom 17. traten wieder leicht febrile Temperaturen auf, zwischen 37° und 38°. Am 19. wurde die Probepunktion hinten links neben der Wirbelsäule im 8. Intercostalraum vorgenommen. Dabei wurde ein klares, gelbliches Serum zu Tage gefördert, das nur wenig Leucocyten enthielt.

23. 7. Befund: Mäßiger Husten. Linke Brustseite unten, vorn und hinten etwas vorgewölbt. In der Seite, vorn bis zur Mammillarlinie und von der Höhe der 5. Rippe ab, sowie hinten in gleicher Ausdehnung sind

die Zwischenrippenräume verstrichen. Druck auf die linken, unteren Rippen, besonders vorn, schmerzhaft. Absolute Dämpfung vorn von der 4. Rippe ab, hinten vom 5. Dornfortsatz nach unten. Über der Dämpfung nach unten zu schwächer werdendes Bläschenatmen ohne Geräusche. Ganz unten hinten und in der Seite ist kein Atemgeräusch mehr nachweisbar.

In der Annahme, es handele sich nur um einen serösen Erguß, wurde mit dem Troicart hinten im 9. Zwischenrippenraum, ein Einstich versucht, desgleichen in der Scapularlinie im 7. Zwischenrippenraum, beide Male jedoch ohne Erfolg, da die Rippen zu eng standen. Es wurde nun in der vorderen Axillarlinie im 5. Zwischenrippenraum eingegangen. Hier gelang der Einstich. Sofort drang unter Druck dicker, rahmiger Eiter hervor. Nun wurde die Thoracotomie in Narkose daran geschlossen und ein 3 cm großes Stück der 5. Rippe vor der vorderen Axillarlinie fortgenommen. Nach Eröffnung des Brustfells quoll im ganzen etwa ein halbes Liter dicker, rahmiger Eiter hervor, der mit großen schleimigeitrigen Klumpen untermischt war. Nach Ausfluß des Eiters wurde konstatiert, daß die Höhle vorn bis zum Herzbeutel — man fühlte deutlich das Herz pulsieren — oben bis zur 3. Rippe und hinten gegen die bei der Atmung sich bewegende linke Lunge reichte. Unten liegt die Höhle gegen das Zwerchfell. Nach Ausspülung mit Sublimatlösung wurde die Höhle mit Jodoformgaze tamponiert und ein Deckverband angelegt.

Der Empyem-Eiter enthielt mäßig zahlreiche Pneumokokken, sonst aber keine weiteren Mikroorganismen.

Die Höhle verödete allmählich. Am 29. 10. wurde der Kranke mit starker Retraktion der Haut an der Operationsstelle, aber mit fester Narbe entlassen. Die linke Lunge war überall wieder lufthaltig. Sogar dicht neben der Narbe hörte man lautes Bläschenatmen.

Es handelte sich also um ein abgekapseltes Empyem, das nur vor der unteren Hälfte des linken Oberlappens lag, sowie um das gleichzeitige Bestehen eines serösen Ergusses hinter und unter dem Unterlappen. Beide waren die unmittelbare Folge einer krupösen Lungenentzündung beider Lappen der linken Lunge. Auffällig ist der Sitz des Empyems vor dem Oberlappen, während die meisten Empyeme sonst hinter und unter dem Unterlappen sitzen, sowie der Umstand, daß es nur vorn zur Empyembildung kam, während hinten der seröse Erguß bestehen blieb. Als Erklärung muß man wohl annehmen, daß die Infektion des Oberlappens eine virulentere war und so hier zur Empyembildung führen konnte, während unten nur eine seröse Entzündung des Brustfells entstand, wie sie ja mehr oder weniger bei jeder Lungenentzündung vorhanden ist."

17. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Unter diesen ist erwähnenswert ein Fall von Leberabsceß den Stabsarzt Dr. E x n e r operierte:

„Wegen Leberabsceß kam ein Kranker zur operativen Behandlung.

Derselbe befand sich seit 7 Monaten in der Kolonie und war seit sechs Monaten im Innern beim Bahnbau an der Strecke Daressalam—

Morogoro beschäftigt. Er gab an, noch keine Malaria gehabt zu haben, war jedoch vor etwa zwei Wochen an blutigen Durchfällen erkrankt, welche von heftigen Schmerzen begleitet waren.

Bei der Aufnahme klagte er über sehr heftige Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Besonders heftig waren die Schmerzen schon bei ganz vorsichtigem Betasten dieser Gegend. Dabei bestand regelmäßig gegen Abend wiederkehrendes Fieber bis 38,3. Im Stuhl waren keine regelwidrigen Beimengungen zu finden. Die hochgradige Druckempfindlichkeit des Leibes ließ allmählich nach, und nunmehr war unterhalb des rechten Rippenbogens eine runde, etwa handtellergroße Dämpfung nachweisbar. Beim Abtasten war eine von der Umgebung abgrenzbare Geschwulst zu fühlen, welche mit der Leber nicht direkt zusammenzuhängen schien. Die Probepunktion ergab in etwa 3 cm Tiefe dunkelgelben, dünnflüssigen Eiter, in welchem weder Bakterien noch Echinococcusbestandteile gefunden wurden. Die mit dem Eiter beschickten Agarkulturen blieben steril.

In Chloroform-Narkose wurde die Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen. Parallel zum rechten Rippenbogen wurde in einem Abstand von 2 cm ein 18 cm langer Hautschnitt geführt und nach Durchschneiden der Muskeln das Bauchfell oben und medial von der Geschwulst eröffnet. Von da aus war mit dem in die Bauchhöhle eingeführten Finger die etwa faustgroße, mit der Unterseite der Leber zusammenhängende Geschwulst zu fühlen, welche den Eindruck einer unter nicht hohem Druck stehenden, mit Flüssigkeit gefüllten Blase machte. Das Bauchfell wurde mit der Wand der Geschwulst zwecks Abschlusses der Bauchhöhle vernäht, so daß von der Geschwulst ein 5 cm langer und bis 3 cm breiter Bezirk freiblieb. Das obere und untere Ende desselben wurde durch Seidenfäden kenntlich gemacht, welche durch die Wand der Geschwulst geführt, geknotet und liegen gelassen wurden.

Nach vier Tagen wurde die Geschwulst durch einen zwischen diesen Situationsfäden geführten Schnitt eröffnet und eine reichliche Menge dünnen, graugelben Eiters entleert, welcher mit Gewebsfetzen vermischt war. Die Absceßhöhle wurde mit warmer Borsäurelösung ausgespült und ein dickes Drainrohr eingelegt.

Im Eiter fanden sich keine auf Echinococcus hinweisenden Bestandteile.

Die Heilung vollzog sich, abgesehen von einer am 22. Tage nach der Operation auftretenden, aber nur einen Tag anhaltenden Temperatursteigerung bis 38,5°, ohne Störung. Der Kranke wurde am 43. Tage nach der Operation entlassen. Die Operationswunde war fast völlig überhäutet und machte nur noch einige Male die Erneuerung eines kleinen Verbandes notwendig."

sowie 2 von demselben Sanitätsoffizier operierte Mastdarmfisteln:

„In beiden Fällen handelte es sich um inkomplete äußere Fisteln, welche nach Abscessen in der Umgebung des Afters zurückgeblieben waren.

Der Fistelgang wurde vorsichtig mit der Sonde verfolgt, dieselbe dann nach dem Darminnern gegen den in den Darm eingeführten Finger durchgestoßen und die Weichteile über der Sonde durchschnitten.

In dem einen Fall wurde, da der Fistelgang erheblich in die Tiefe führte, der Sphincter ani externus in der hinteren Mittellinie gespalten. Die Nachbehandlung bestand in Tamponade der Wunde, Abführmitteln und Bädern.

Der eine Kranke wurde nach 14 Tagen fast geheilt, der andere nach 9 Tagen gebessert entlassen, da er wieder seine Arbeit aufnehmen wollte."

18. Venerische Krankheiten.

Die Geschlechtskrankheiten sind unter den Farbigen etwa in gleicher Zahl wie im Vorjahr aufgetreten; unter den Europäern haben sie sich leider fast verdoppelt, trotz der Untersuchung der Prostituierten.

Die im Krankenhaus Daressalam operierten Fälle von Leistenbubo beschreibt Stabsarzt Dr. Exner:

„Es wurde je nach Lage des Falles verschieden verfahren. In 1 Fall wurde die Exstirpation der noch harten geschwollenen Drüsen vorgenommen, die Wunde unter Einlegen eines dünnen Drainrohres zur Verhütung einer Blutansammlung genäht. Der Kranke wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen.

In 4 Fällen, bei welchen schon eitrige Einschmelzung der Drüsen eingetreten war, wurden nach der Lang'schen Methode durch einen kreuzförmigen Einstich auf der Höhe der Schwellung der Eiter und die krümlichen nekrotischen Massen durch sanftes Streichen entleert. In die Abscеßhöhle wurde anfangs täglich Höllensteinlösung 1 bis 2:1000 eingespritzt.

Die Entlassung als fast geheilt konnte in 8 bis 18 Tagen erfolgen.

In 6 Fällen, bei sehr ausgedehnten Eiterungen, wurde die breite Inzision des Abszesses gemacht, der Eiter entleert und die Abszeßwände mit Kalium causticum- oder Höllensteinstift geätzt.

Die Heilung dieser großen Höhlen beanspruchte bis zu 30 Tagen."

Desgleichen einige Fälle von tertiärer Syphilis:

„Bei 2 Kranken in jugendlichem Alter (21 und 29 Jahren) waren plötzlich Lähmungen der rechten Körperhälfte aufgetreten.

Die Krankheit hatte bei dem einen, welcher frühere syphilitische Infektion in Abrede stellte, mit hohem kontinuierlichem Fieber begonnen, bei welchem weder Malariaparasiten, noch eine andere Ursache festgestellt werden konnte. Die Hemiplegie trat nach 8 Tagen auf. Es bestand motorische Lähmung der rechten Gesichtshälfte, des rechten Armes und Beines und motorische Aphasie. Die Sensibilität der rechten Seite war erhalten. Die Bauch-Cremaster- und Kniereflexe fehlten rechterseits. Stuhl ging unwillkürlich ab. Dabei zeigte der Kranke blödes Wesen, das früher an ihm nicht beobachtet worden war. Es wurde zunächst Jodkali allein, später mit Quecksilber zusammen gegeben. Darauf stellte sich das Bewegungsvermögen allmählich wieder ein, so daß der Kranke nach Verlauf eines Monats wieder sprechen und notdürftig, wenn auch noch ataktisch, umhergehen konnte. Sein Benehmen war wieder verständig. Die Lähmung des rechten Armes hielt noch an. Nur die Schulter konnte etwas gehoben werden.

Der Kranke wurde dienstunfähig an Bord eines Schiffes und dann nach Europa zurückgeschickt.

In dem 2. Falle, in welchem die Infektion mit Syphilis 2 Jahre zurückliegend angegeben wurde, war plötzlich unter Bewußtlosigkeit, Lähmung des rechten Armes und Beines und der beiden unteren Äste des rechten Nervus facialis eingetreten. Sensibilität und Reflexe waren erhalten.

Es wurde eine Quecksilbereinreibungskur eingeleitet. Nach Verlauf eines Monats konnte der Kranke wieder notdürftig umherhumpeln, indem er das Bein im Hüftengelenk feststellte und mit dem Becken nach vorwärts schob. Der rechte Arme konnte nur bis zu einem Winkel von etwa 30° gehoben werden. Der Kranke wurde nach 6 wöchiger Kur auf seinen Wunsch entlassen.

In einem Falle handelte es sich um Gummabildungen in der Gesäßmuskulatur. Seit 1 Monat bestand in der linken Gesäßhälfte Druckempfindlichkeit und Schwellung. Fieber war nicht vorhanden. Seit letzter Zeit Entleerung eitrigen Sekrets aus einer Öffnung. Das Ganze sah wie ein Furunkelabsceß aus. Bei der Inzision zeigte sich, daß der oberflächliche Entzündungsprozeß mit Knoten in der Tiefe in Zusammenhang stand. Dieselben waren beim Einschneiden von gelblich-grauer Farbe und zähelastischer Beschaffenheit. Unter Gebrauch von Jodkali heilte die Wunde schnell von der Tiefe aus.

In 2 Fällen handelte es sich um Erkrankungen des Hodens.

Primäre Syphilis war vorausgegangen. Bei einem dieser Kranken wurde wegen bestehender Hydrocele die Geschwulst freigelegt. Es entleerte sich eine große Menge braunroter Flüssigkeit. Der Hoden war erheblich vergrößert und zeigte an seiner Oberfläche unregelmäßige Substanzverluste und speckige Auflagerungen. Die Hüllen des Hodens waren verdickt. Unter Jodkali trat Heilung der Wunde und Verkleinerung der Geschwulst ein.

Im anderen Falle bestand eine schmerzhafte langsam entstandene Vergrößerung eines Hodens. Nach Gebrauch von Jodkali ließen die Schmerzen nach und die Geschwulst verkleinerte sich.

Bei einem Kranken, welcher vor 5 Jahren Syphilis durchgemacht hatte, waren Geschwüre an der Nase entstanden, welche Schwellung und Gewebszerstörungen an der Spitze und am Rande des einen Nasenflügels verursacht hatten. Der Kranke hatte sich schon wochenlang mit lokalen Mitteln behandelt, ohne daß Besserung eingetreten war. Auf spezifische Behandlung reinigten sich die Geschwüre und heilten. Vier Monate später kam der Kranke mit einem Rückfall seines Leidens noch einmal. Er hatte nur Jodkali bekommen. Eine Quecksilberkur sollte angeschlossen werden, war aber, da der Kranke versetzt worden war, unterblieben. Nunmehr wurde Jodkali und Quecksilber in Form einer Einreibungskur gleichzeitig angewandt. In 3 Wochen trat völlige Vernarbung der Geschwüre ein."

Stabsarzt Professor Ollwig berichtet über den Nachweis der Spirocheata pallida Schaudinn-Hoffmann in 2 Fällen:

„Die Präparation geschah in der Weise, daß der Geschwürsgrund mit Alkohol absolutus ausgewischt und dann mittels scharfen Löffels von dem Grunde etwas abgekratzt und auf Deckgläschen gestrichen wurde. Die Färbung geschah mit Giemsalösung in einem Falle 24 Stunden, in dem zweiten 12 Stunden. Die Spirochaeten waren durch steile Windungen und durch ihre Rotfärbung leicht von der Spirochaeta refrigens zu unterscheiden."

19. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Diese traten im verflossenen Berichtsjahre sehr zahlreich auf, besonders unter den Farbigen in Daressalam, was wohl auf Rechnung des vermehrten Zuflusses vom Eisenbahnbau Daressalam bis Morogoro zu setzen ist. Sie boten nichts besonders Erwähnenswertes.

Einen Fall von multiplen Fibromen beschreibt Oberarzt Dr. Leupolt bei einem Urundi:

„Der Mann hatte viele hundert über den ganzen Körper verbreitete Fibrome von den kleinsten bis zur Größe eines mittleren Apfels. Diese Geschwülste, die den Kranken durchaus nicht stören, sollen seit der Geburt bestehen, sie sind früher viel kleiner gewesen und gleichsam »mit ihm gewachsen«, er ist etwa 40 Jahre alt, war wenig krank und fühlt sich zur Zeit sehr wohl. Die Warundi nennen die Krankheit: mfumu."

Über Framboesie am Kilimandscharo berichtet Stabsarzt Dr. Brückner:

„Framboesie, auf kischagga: Schwake, ist häufig, namentlich bei den Kindern der Waschagga. Die Poliklinik wurde nur selten deswegen in Anspruch genommen, weil der Gebrauch von pulverisiertem Kupfersulfat (kisuaheli: mruturutu), der in den Inderläden zu haben ist und auf die vorher gereinigten Wucherungen gestreut wird, sehr allgemein geworden ist, und weil seine Heilkraft anscheinend in den meisten Fällen befriedigt.

Der befallene Waschagga muß eigenes Geschirr benutzen und darf nur mit solchen Personen zusammenleben, die die Krankheit bereits durchgemacht haben und allgemein als immun gelten." —

20. Krankheiten der Bewegungsorgane.

In Muansa beobachtete Stabsarzt Dr. Ahlbory 3 Fälle von eitriger Kniegelenksentzündung:

„1. Fall. Ein etwa 30jähriger Msukuma mit stark geschwollenem linken Kniegelenk und deutlichen Zeichen eines Ergusses. Außerdem Schmerzen in der linken Schulter und dem linken Ellbogen, mäßiges Fieber. Die Probepunktion ergibt eine helle, flockig getrübte Flüssigkeit, in der mikroskopisch viele Eiterkörperchen, aber keine Kokken nachgewiesen werden. Durch eine Stichkanüle werden etwa 200 ccm Flüssigkeit entleert, alsdann 5 ccm Jodoformglyzerin injiziert. Das Gelenk wird feucht verbunden, täglich werden 6 bis 8 g Natr. salicyl. gegeben. Nach 3 Tagen kein Fieber mehr, das Gelenk ist fast ganz abgeschwollen. Da Patient trotz des Verbotes viel umhergeht, tritt nach 14 Tagen eine vorübergehende Verschlimmerung ein. Nach 2½monatiger Behandlung völlige Genesung und Entlassung.

2. Fall. Etwa 12jähriger Msukumaknabe. Stark geschwollenes rechtes Kniegelenk mit deutlichen Zeichen eines Ergusses. Fieber 39,5°. Die Probepunktion ergibt reinen Eiter, mikroskopisch Staphylokokken nachweisbar. Das Gelenk wird an beiden Seiten oberhalb und unterhalb der Kniescheibe breit geöffnet und drainiert. Tägliche Irrigation mit Lysol oder essigsaurer Tonerde. Das Fieber geht nach drei Tagen zu-

rück, die Eiterung hält lange an. Behandlung dauert zwei Monate. Bei der Entlassung keine Schmerzen, doch ist eine völlige Streckung — bis auf etwa 10° nicht ausführbar, somit ist die Beweglichkeit nicht behindert.

3. Fall. Etwa 40jähriger Halbaraber. Starke Schwellung des linken Kniegelenks, deutlicher Erguß. Teigige Schwellung des Unterschenkels und Knies. Fieber bis 39°. Probepunktion, rein eitrige Flüssigkeit mit zahlreichen Gonokokken. Entleerung von 250 ccm Eiter. Injektion von 10 ccm Jodoformglyzerin. Da nach drei Tagen Fieber noch anhält, Inzision. Der Eiter hat die Gelenkkapsel an der Innenseite des Recessus durchbrochen, und es findet sich eine tiefliegende Phlegmone von der Mitte des Oberschenkels bis über den ganzen Unterschenkel. Spaltung derselben der ganzen Länge nach, Gegenöffnungen an der Beugeseite des Oberschenkels, des Kniegelenks und Unterschenkels, Drainage und Tamponade. Das Fieber geht bald zurück, Eiterungen noch reichlich am Oberschenkel, sehr wenig aus dem Gelenk und dem Unterschenkel. Patient ist noch in Behandlung, über den Ausgang läßt sich noch nichts vorhersagen, doch muß eine völlige Wiederherstellung schon jetzt als ausgeschlossen gelten."

21. Mechanische Verletzungen.

Auch hier machte sich der Eisenbahnbau durch vermehrten Zugang in Daressalam geltend. Erwähnenswert ist ein in Tabora beobachteter Fall von Milzruptur, die nach verhältnismäßig leichten äußeren Einwirkungen wie Peitschen- oder Faustschlägen nicht selten beobachtet wird.

„Am 1. 2. wurde zur gerichtsärztlichen Feststellung der Todesursache die Leiche eines sehr kräftigen, blühend aussehenden jungen Mannes, eines Angehörigen der katholischen Mission Tabora eingebracht.

Nähere Angaben über den Mann Rehani, einen 25jährigen Msuaheli und über etwaige Krankheiten waren nicht zu erhalten. Er hatte am Abend vorher mit einem anderen Missionsjungen Pombe getrunken. In der darauf folgenden Betrunkenheit prügelten sich die beiden. Dabei soll er nach Aussage einer Frau, erst einmal im Stehen und dann mehrmals im Liegen Fußtritte (mit bloßem Fuß natürlich) gegen den Bauch erhalten haben und etwa eine halbe Stunde darauf verstorben sein.

Sektion: Bauch nicht aufgetrieben. Nirgends Zeichen einer äußeren Gewalteinwirkung zu sehen. In den abhängenden Partien Flüssigkeit nachweisbar. Bei Eröffnung der Leibeshöhle stürzt eine Menge dunkelroten Blutes heraus. Im Becken und zwischen den Därmen große Blutcoagula. Milz sehr groß, überragt den Rippenbogen um eine Handbreit, sie ist sehr weich und brüchig und zeigt auf der Hilusseite zwei quere, zur Längsrichtung senkrechte, bis zu 2 cm tiefe Milzrupturen; ein Riß ist 4 cm; der andere 2 cm lang. Eine andere Quelle der Blutung ist nicht zu finden. Im Bauch befinden sich im ganzen etwa 2 bis 2½ Liter Blut. Der Befund der inneren Organe sonst ist ein regelrechter."

Unter den Knochenbrüchen ist ein von Stabsarzt Dr. Exner beobachteter Fall von besonderem Interesse:

„Die Verletzung war durch Sprung aus einer Höhe von 2,5 m auf harten Boden entstanden. Rechts lag ein Dupuytren'scher Knöchelbruch, links ein Quetschbruch des Fersenbeins vor.

Letzterer Bruch wurde, nachdem Schwellung und Bluterguß vergangen waren, aus einem kleinen Knochenvorsprung diagnostiziert, welcher 1,5 cm unterhalb des äußeren Knöchels zu fühlen war und bei Berührung heftig schmerzte. Der Verlauf bestätigte die Diagnose. Während der Knöchelbruch nach 8 Wochen vollkommen geheilt war, so daß keine Störung beim Gebrauch mehr bestand, machte der linke Fuß trotz seiner äußerlich geringfügigen Formveränderung dem Kranken noch monatelang Beschwerden, Schmerzen beim Auftreten, welche den Gang nach längerem Umhergehen noch steif und hinkend machten." —

Die Schußverletzungen zeigen durch den Aufstand natürlich eine starke Vermehrung, um mehr als 100 gegen das Vorjahr.

Drei schwere Schuß- und eine Speerverletzung schildert der inzwischen selbst im Aufstand gefallene Stabsarzt Dr. Wiehe:

„Ein Hilfskrieger und ein Träger erhielten Vorderladerschüsse in die Unterschenkel, die mit Zerschmetterung beider Knochen einhergingen. Beide Verletzungen kamen erst 5 Tage nach dem Gefecht in ärztliche Behandlung als bereits profuse Eiterung sich eingestellt hatte. Beide Fälle hätten zur Amputation berechtigt, indessen bei dem leidlichen Allgemeinbefinden entschloß ich mich zum Abwarten und begnügte mich mit Incisionen.

In dem einen Falle stießen sich im Laufe der nächsten Tage unter weiterer starker Eiterung größere Knochensequester der Tibia und Fibula ab, so daß es ausgeschlossen erscheint, daß eine knöcherne Vereinigung sich erzielen läßt. Da indessen die Eiterung nach Abstoßung der Sequester nachgelassen und fast aufgehört hat, die Temperatur normal ist und die Wunde gut granuliert, habe ich das Bein weiterhin konservativ behandelt. Der Patient ist schon seit längerer Zeit fieberfrei, sein Allgemeinbefinden ist recht gut.

Der analoge Fall betrifft einen Träger, dem ebenfalls durch eine Vorderladerkugel Tibia und Fibula etwa 15 cm oberhalb des Fußgelenks zerschmettert wurden. Auch diese Wunde eiterte bei der Aufnahme ins Hospital stark. Seit einiger Zeit läßt die Eiterung nach, trotzdem glaube ich, daß sich Knochensequester abstoßen werden und durch Incisionen entfernt werden müssen. Direkte Indikation zur Amputation lag bisher nicht vor und ich beabsichtige, auch diese Verletzung so lange wie möglich konservativ zu behandeln.

Eine Weichteilschußwunde, die wegen des Verlaufs des Schußkanals Interesse bietet, betraf einen Hilfskrieger. Die Vorderladerkugel war

eingedrungen in der Höhe der Inguinalgegend in die laterale Seite des linken Oberschenkels, durchdrang ihn und das Perineum, ohne die Harnröhre zu verletzen, trat rechts wieder aus der Peniswurzel heraus, drang durch den rechten Oberschenkel und gelangte durch die Fascia lata bis unter die Haut der lateralen Seite des Oberschenkels, wo sie unmittelbar nach dem Gefecht herausgeschnitten wurde. Auch dieser Verletzte kam wie die vorher beschriebenen erst fünf Tage nach dem Gefecht in meine Behandlung. Dieselbe bestand in geeigneter Lagerung beider Oberschenkel und Anlegung eines feuchten Verbandes. Der Schußkanal des linken Oberschenkels und des Perineums heilte per primam, im Schußkanal des rechten Oberschenkels bildete sich ein Absceß, nach dessen Eröffnung ebenfalls Heilung eintrat. Drei Wochen nach der Verletzung war Patient wieder imstande zu gehen.

Eine sehr schwere Verwundung erlitt ein Boy, der durch einen Speerstich in die rechte Seite eine Verletzung der Lunge davontrug. Der Speer drang etwa in der vorderen Axillarlinie zwischen 5. und 6. Rippe ein und mußte, da Widerhaken ein Herausziehen verhinderten, angeblich herausgeschnitten werden. Bei der Aufnahme ins hiesige Hospital am 19. XI., fünf Tage nach dem Gefecht, bestand ein Pyo-Pneumothorax. Sehr hochgradige Atemnot, hohes Fieber und verfallenes Aussehen des Patienten gaben wenig Hoffnung auf Genesung. Da die Atemnot zunahm und große Eiteransammlung konstatiert wurde, wurde nach einigen Tagen die 6. Rippe in einer Ausdehnung von etwa 2½ cm reseciert. Es konnte fast ein Liter Eiter entleert werden. Nach Ausspülung mit warmer Borlösung und Einführung eines Drainrohres wurde ein trockener Verband angelegt. Die Atemnot, die sich von Tag zu Tag besserte, ist heute fast gänzlich gehoben, das Allgemeinbefinden ist wesentlich besser und die weitere Rekonvalescenz wird voraussichtlich nicht ausbleiben. Fieber besteht nicht mehr."

Weiter ist von Interesse ein von Stabsarzt Dr. Exner operierter Fall, bei dem sich an eine Riß-Quetschwunde ein Epyem der Stirnhöhle angeschlossen hatte.

„Der Fall betraf einen Mann, welcher sich beim Abfeuern eines Gewehrs durch den Hahn desselben eine Riß-Quetschwunde an der Nasenwurzel zugezogen hatte. Später hatte sich da eine weiche Geschwulst gebildet, aus welcher Eiter entleert worden war. Es blieb eine runde Öffnung von 1 cm Durchmesser oberhalb der Nasenwurzel, zum größeren Teile der rechten Gesichtshälfte angehörend, zurück. In der Umgebung dieser Öffnung war der Knochen in der Größe eines Zweimarkstückes muldenförmig eingesunken. Die Öffnung stand mit der rechten Stirnbeinhöhle in Zusammenhang, so daß die Sonde 4 cm in dieselbe eingeführt werden konnte. Aus der Höhle entleerte sich beständig Eiter.

Da die spontane Ausheilung dieser Absceßhöhle infolge der Unnachgiebigkeit ihrer knöchernen Wände ausgeschlossen war, wurde der Verschluß durch zweizeitige Lappenplastik angestrebt.

Es wurde in Chloroform-Narkose aus der Haut der rechten Stirnhälfte von der Wunde in der Nasenwurzelgegend an ein 8 cm langer und 3,5 cm breiter Hautlappen gebildet, die Knochenhaut durchtrennt und nach oben und unten zurückgeschoben. Dann wurde unter Leitung der

Sonde die vordere Wand der Stirnhöhle weggemeißelt und die Höhle möglichst muldenförmig gestaltet. Die Granulationen aus dem seitlichen Teile der Stirnhöhle wurden entfernt. Mit der Sonde ließ sich feststellen, daß die Wundhöhle mit der Nasenhöhle durch das Siebbein Verbindung hatte und soweit für den Sekretabfluß gesorgt war. Die Knochenhaut wurde in die geschaffene Knochenmulde hineingelegt und der Hautlappen an den aufgefrischten jenseitigen also linken Rand der alten Öffnung an der Nasenwurzel angenäht. Es wurde nur der untere Winkel dieser Öffnung offen gelassen und tamponiert.

Diese Öffnung wurde 20 Tage später, als der Lappen fest angeheilt war, durch einen 6 cm langen und 3 cm breiten Hautlappen aus der linken Stirnhälfte geschlossen. Der unterste Wundwinkel verheilte binnen einigen Wochen vollständig durch Epidermisierung vom Rande aus."

Endlich schildert noch einen interessanten Fall von Puffotterbiß, der gefährlichsten bissigen Giftschlange, Oberarzt Dr. Breuer aus Mpapua:

„Ein von Stations wegen mit dem Fang von Giftschlangen beauftragter Mann wurde eines Morgens von einer ausgewachsenen Puffotter, deren Umfang angeblich von Unterarmdicke war, beim Herumspielen mit dem bereits glücklich gefangenen Exemplar von ihm mehrfach in den Zeigefinger der rechten Hand gebissen.

Der Mann, der als Schlangenfundi gilt, legte dem Vorfall keine Bedeutung bei, sondern machte seine Dawa, die im Auflegen von verschiedenen, vorher zerkauten Kräutern bestand, nachdem er vorher den Arm oberhalb der Mitte des Oberarms abgeschnürt hatte, und kam erst abends zur Station zurück. Ich sah ihn so erst etwa 10 Stunden nach dem erfolgten Bisse; die Stellen des Schlangenbisses waren in Gestalt von nadelstichfeinen roten Punkten an den gegenüberliegenden Seiten des rechten Zeigefingers deutlich sichtbar; die ganze Hand und der ganze Arm, von den Fingerspitzen bis zum Schulteransatze, waren auf etwa das Doppelte ihres gewöhnlichen Umfanges angeschwollen, waren prall ödematös und fühlten sich heiß an. Temperatursteigerung war nicht vorhanden; der Puls war wenig beschleunigt, gespannt; der Mann machte einen leicht benommenen Eindruck, sein Gang war etwas unsicher, und seine Sprache etwas erschwert, wobei die Entscheidung nicht leicht ist, inwieweit die auffälligen Symptome eine Wirkung des resorbierten Giftes darstellen, oder inwieweit sie einer Pombeeinwirkung zuzuschreiben sind, die nach Angabe des Mannes neben entsprechender Schlangen-Dawa zur Behandlung gehörten. Jedenfalls sah ich mich in Anbetracht der schon vor zirka 10 Stunden erfolgten Infektion zu einem ärztlichen Ein-

schreiten nicht mehr veranlaßt, sondern überließ den Mann, der von der unfehlbaren Wirkung seiner oben erwähnten Dawa, die neben sofortiger energischer Abschnürung des betroffenen Gliedes, die wohl das wesentlichste Moment darstellt, im Auflegen von im Munde zerkauten Blätter einer Strauchart sowie von Kräutern bestand, vorläufig sich selbst, ließ ihn nur, auf den Verlauf gespannt, sich täglich morgens und abends vorstellen. In den ersten 2 Tagen war der Zustand bis auf die jetzt fehlende leichte Benommenheit im großen und ganzen derselbe; anscheinend fühlte sich nur der noch im gleichen Umfange angeschwollene Arm etwas weniger heiß an. Vom 5. Tage ab war ein mit dem allmählichen Abschwellen des Armes einhergehendes Weicherwerden desselben deutlich nachweisbar, das von Tag zu Tag zunahm, und in etwa 14 Tagen waren der Arm und die Hand zur normalen Gestalt und Beschaffenheit zurückgekehrt; nur an der Stelle der ursprünglich am rechten Zeigefinger erfolgten Schlangenbisse befand sich eine in Zerfall befindliche Wunde von etwa Erbsengröße, die zuerst jeder Behandlung trotzte und erst im Laufe von etwa 6 Wochen zur vollständigen Abheilung gelangte.

Erwähnen darf ich wohl noch im Anschluß hieran, daß ein kräftiger Teckelhund, der von einer starken Puffotter mehrere Bisse in die Schnauze und in die Kopfhaut erhalten hatte, merkwürdigerweise dieser mutmaßlich starken Giftwirkung nicht sofort erlag, sondern daß es durch sofortiges Ausätzen der Wunden mit starker Kaliumpermanganatlösung, die auch in die Umgebung subkutan injiziert wurde, sowie durch reichliche Injektion von Kampheröl sowie von Kognak unter die Haut in Verbindung mit heißen Bädern gelang, den Hund noch über 30 Stunden mit gutem Herzschlag am Leben zu erhalten, worauf er dann einer akuten Herzschwäche zum Opfer fiel, da eine rechtzeitige Anregung der Herztätigkeit leider durch Unachtsamkeit des Pflegers versäumt worden war."

22. Tierische Parasiten.

Hier bietet der allgemeinen Verbreitung wegen die Anchylostomiasis (Wurmkrankheit) das meiste Interesse. Die von Stabsarzt Prof. Ollwig für Tanga geschilderten Verhältnisse treffen für einen großen Teil des Schutzgebiets, besonders der Küste, gleichmäßig zu:

„Die Wurmkrankheit (Sufura, Baridi) ist im Bezirk

Tanga sehr verbreitet; sie ist neben der Malaria die verbreitetste Krankheit und erfordert ebenso wie erstere sehr viele Opfer unter den Negern. Unter den 25 Todesfällen im Krankenhause kamen 13 bis 52% auf Wurmkrankheit, unter 43 beim Bezirksamt angemeldeten Todesfällen war bei 19 bis 44% als Todesursache Sufura angegeben. Unter den im Krankenhause in Behandlung gekommenen 64 Fällen starben 13 bis 20%. Meistens kommen die Kranken in einem schon weit fortgeschrittenen Zustand ins Krankenhaus. Ihr gedunsenes Gesicht, die hochgradige Blutarmut und die Ödeme lassen meistens ohne genauere Untersuchung auf den ersten Blick einen Sufurakranken erkennen, die Untersuchung des Stuhles bestätigt jedesmal durch Finden der Eier und Larven des Anchylostomum duodenale die Diagnose. Auch in den leichteren Fällen gelingt es nach einigem Suchen, einzelne Eier zur Bestätigung der Diagnose aufzufinden. In den schwersten Fällen ist Heilung ausgeschlossen. Selbst wenn es gelingt, die Würmer abzutreiben, sind die Blutdegeneration und die perniciöse Anämie eine derartige, daß es dem Organismus nicht mehr möglich ist, das Blut zu regenerieren. Die Kranken gehen an perniciöser Anämie, welche mittels Mikroskop jedesmal festzustellen ist, zugrunde. Die leichteren Fälle werden zwar geheilt, da sie aber, aus dem Krankenhause entlassen, wieder in dieselben unhygienischen Verhältnisse zurückkehren, werden sie wieder von neuem infiziert, bis sie schließlich auch ein Opfer der Krankheit werden. Im wirtschaftlichen Interesse des Bezirks Tanga, bei den vielen Plantagen mit Tausenden von Arbeitern ist es dringend geboten, daß etwas zur Einschränkung dieser Seuche geschieht. Da die Bekämpfung dieser Krankheit hauptsächlich eine hygienisch-prophylaktische sein müßte, stellen sich allerdings bei der großen Indolenz der Neger gegen alle derartigen Bestrebungen große Hindernisse in den Weg, aber mit Geduld und Ausdauer wird es meines Erachtens schließlich auch gelingen, gute Erfolge zu erzielen."

Elefantiasis, die überall sehr verbreitet ist, kommt fast nur in ärztliche Behandlung, wenn sie durch ihre Lokalisation dem Träger Störungen bereitet, und dies ist meist der Fall, wenn sie das Scrotum betrifft; so waren von den 17 behandelten Kranken 16 mit Elefantiasis scroti, von denen 15 mit Erfolg operiert worden sind. Einen derartigen Fall beschreibt Stabsarzt Dr. Exner bei einem Inder:

„Die Geschwulst bestand seit etwa 1 Jahr und war von mäßiger Größe. Kompliziert war das Leiden durch Abscesse an beiden Hodensackhälften. Bei der Operation fanden sich beide Hoden nekrotisch.

Die Operation wurde ohne künstliche Blutleere gemacht.

Der in die Haut zurückgezogene Penis wurde durch zwei schräg von außen unten auf die Einziehung zu geführte Schnitte freigelegt und zur besseren Orientierung über die Lage der Harnröhre ein Metallkatheter in die Harnröhre eingeführt. Unter Vertiefung der Schnitte wurde das überschüssige Gewebe unter steter Blutstillung abgetragen, einschließlich der nekrotischen Hoden. Dann wurden die unteren Enden der Schrägschnitte auf der Rückseite des Hodensacks durch einen Querschnitt verbunden, der hintere Hautlappen nach vorn geklappt und die Wundränder in Form eines ⊥ vereinigt. Die oberen Hälften der Schrägschnitte kommen so aneinander zu liegen, die unteren werden je mit der entsprechenden Hälfte des Querschnitts vernäht.

Die Heilung verlief ohne Störung, so daß der Kranke nach 16 Tagen entlassen werden konnte."

Einen Fall von Leber-Echinococcus hat Stabsarzt Dr. Ahlbory beobachtet:

„Bei einem 20jährigen Mann aus Schaschi, einer Landschaft im Süden des Schiratibezirks, fand ich an der Leber eine etwa kindskopfgroße Echinococcusblase. Ich entschloß mich zur Operation und fand, daß die Blase an der Unterseite des rechten Leberlappens saß. In der Flüssigkeit fanden sich zahlreiche Häkchen und Scolices. Leider ist mir das Austupfen der Flüssigkeit nicht völlig gelungen, denn die Blase hat sich wieder zurückgebildet. Die Operationswunde ist per primam geheilt, der Mann behauptet keine Beschwerden mehr zu haben und sich völlig wohl zu fühlen."

Über Filariasis, die nur in Bukoba zur Beobachtung kam, berichtet Stabsarzt Dr. Feldmann:

„Die Kranken klagten über einseitige Schwellung des Gesichts, einseitige Kopfschmerzen mit Schwindelgefühl und Brechneigung. Es bestanden Rötung und Schwellung einer Gesichtshälfte, besonders in der Gegend der gleichfalls geschwollenen Parotis und der Schläfe; auf der gleichen Seite Exophthalmus und Strabismus convergens.

Im Blute befanden sich stets viel Embryonen der Filaria perstans. Die Körpertemperatur war nur um wenige Zehntelgrade erhöht. Die Erscheinungen verschwanden bei ableitender Kur in wenigen Tagen."

Ein kolossales Ansteigen zeigen die Erkrankungen an Eingeweidewürmern, von 33 im Vorjahr auf 749; dies erklärt der Bericht des Stabsarztes Dr. Brückner aus Moschi, welcher schreibt:

„Eine Volkskrankheit der Waschagga, vor allem der im Kindesalter stehenden (auf kischagga: Nyoka), die meist mit den Madenwürmern vergesellschaftet erscheinen. Wie verbreitet diese Darmschmarotzer sind, geht daraus hervor, daß im letzten Jahre, 1. 4. 05. bis 31. 3. 06., 680 Personen deswegen poliklinisch mit Santonin behandelt wurden, das ist mehr als ein Drittel aller Zugänge. Eine Erklärung für diese Verbreitung läßt sich leicht geben. In allen Landschaften am Kilimandscharo findet man die oft tagereisenlangen und mit großer Kunst angelegten Bewässerungsgräben, von denen ein einziger viele Dörfer versorgt. Da nun die Kinder diese Gräben mit Vorliebe als Abtritt benutzen, anderseits aber viel in dem Wasser spielen und auch davon trinken, ist durch Aufnahme der Wurmeier der Infektion in weitestem Umfange Tür und Tor geöffnet.

Die Erscheinungen, welche die Spulwurmkranken zur Poliklinik treiben, sind Rumoren im Leibe und Erbrechen alles Genossenen, wobei zuweilen auch Spulwürmer durch die Speiseröhre entleert werden. Gefährliche Folgen wurden nicht beobachtet."

Über Bandwürmer berichtet derselbe:

„Daß die Taenia mediocanellata (auf kichagga: Marundu) durch Genuß von rohem Rindfleisch erworben wird, ist den Waschagga wohl bekannt. Sie haben eine wirksame Arznei dagegen, eine Baumrinde, die sie von den Aruschaleuten beziehen, die jedoch nicht mit Granatwurzelrinde (kisuaheli: kungumanga) identisch ist." —

Auch aus Bismarckburg am Süd-Tanganyika berichtet Oberarzt Dr. Neubert:

„Erwähnen möchte ich auch das sehr häufige Vorkommen des Bandwurmes, und zwar ist es stets der Rinderbandwurm, Taenia saginata. Es kamen allerdings nur 3 Fälle, 1 Askari und 2 Boys, zur erfolgreichen Behandlung mit Granatwurzelabkochung, doch konnte ich anderweitig das Vorhandensein in sehr vielen Fällen feststellen."

B. Veterinärärztlicher Teil.

Berichterstatter: Tierarzt Dr. Lichtenheld.

I. Personalien.

Zur Wahrnehmung des veterinärärztlichen Dienstes standen der Gouvernementstierarzt Ochmann und ich zur Verfügung. Ersterer war dauernd in Daressalam beschäftigt. Seine Aufgabe bestand in der Überwachung der Vieheinfuhr, der Fleischbeschau und der Küstenfieberbekämpfung am Orte Daressalam. Ich arbeitete zunächst ¾ Jahr unter Geheimrat Koch und bereiste dann die Ansiedlungsgebiete am Kilimandscharo und Meru.

II. Seuchen.

I. Küstenfieber. Im Januar 1905 kam Geheimrat Koch nach Deutsch-Ostafrika, um die Grundlage für eine zweckmäßige Bekämpfung des Küstenfiebers zu schaffen. Es handelte sich zunächst darum, festzustellen, ob eine Ausrottung der Seuche oder eine Immunisierung der nicht verseuchten Bestände angebracht sei. Die Entscheidung dieser Frage hing hauptsächlich von der Verbreitung der Seuche in der Kolonie ab. Um hierüber möglichst schnell einen Überblick zu erhalten, wurden aus einer größeren Anzahl von Viehherden der verschiedentlichsten Landschaften je einige Rinder nach Daressalam gebracht, dort auf eine verseuchte Weide gebracht und beobachtet. Erkrankte ein Tier an Küstenfieber, so war hiermit der Beweis erbracht, daß sein Herkunftsort seuchenfrei und im anderen Falle, daß er verseucht sei. Hierbei stellte sich heraus, daß das Küstenfieber bei weitem nicht so verbreitet, als man früher auf Grund der unsicheren Diagnosen, die auf Blutuntersuchungen basierten, angenommen hatte. Außerdem trat beim Studium über den Verlauf des Küstenfiebers in Herden, in denen es endemisch war, das Unerwartete zutage, daß ein sehr großer Teil des Nachwuchses der Seuche erlag (in Daressalam 80%). Daraufhin sah Geheimrat Koch von einer Immunisierung, die mittlerweile bei einer Anzahl von jüngeren Tieren versuchsweise eingeleitet worden war, ab und empfahl dem Gouvernement die Ausrottung der Seuche. Ich erhielt den Auftrag, die Verbreitung des Küstenfiebers genau festzustellen und Maßnahmen zu dessen Bekämpfung in Vorschlag zu bringen. Diese Arbeit wird bis Ende April nächsten Jahres beendet sein. Ich werde dann einen aus-

führlichen Bericht über die Koch'schen Versuche sowie über die Verbreitung des Küstenfiebers anfertigen.

II. Texasfieber. Die Annahme, daß das Texasfieber über die ganze Kolonie verbreitet sei, hat sich bisher bestätigt. Erfolgt die Infektion der Kälber in frühester Jugend, so treten keine nennenswerten Verluste auf (in Daressalam beobachtete ich bei 40 derartigen Erkrankungen 1 Todesfall); tritt hingegen die Infektion erst im fast erwachsenen Zustande ein, so können die Verluste ziemlich bedeutend sein. In einigen Landschaften des Kilimandscharo liegen die Weiden mehrere Kilometer von dem Standorte des Viehes entfernt. Infolgedessen werden die Kälber entweder im Stalle gehalten oder auf die nahe gelegenen kleinen Hochweiden geschickt. In beiden Fällen erfolgt nur ausnahmsweise eine Infektion. In einem Alter von ungefähr 1 Jahr gehen sie dann mit den erwachsenen Tieren auf die Steppenweiden und werden dort mit Texasfieber infiziert. Die hierdurch entstandenen Verluste sollen nach Aussagen der Eingeborenen 20% betragen.

Eine Bekämpfung des Texasfiebers erscheint nicht nötig, weil durch dasselbe keine nennenswerten Verluste verursacht werden, außerdem würde diese bei der großen Verbreitung vollständig aussichtslos sein.

III. Piroplasmosis der Esel. Bei einigen verendeten Eseln der Kommune Daressalam stellte ich als Todesursache Piroplasmen fest.

IV. Piroplasmosis canis. Im Blute erkrankter europäischer Hunde fand Gouvernementstierarzt Ochmann Piroplasmen.

Im Vorjahre habe ich bei einem ungefähr 4 Wochen vorher aus Usambara nach Daressalam gebrachten Hunde als Krankheitsursache ebenfalls Piroplasmen in mäßiger Menge gefunden. Die subkutane Injektion von 5 ccm Blut auf Eingeborenenhunde blieb erfolglos.

V. Tsetse. Die früheren Feststellungen über das Vorkommen der Tsetse beruhten größtenteils in dem Nachweis von Trypanosomen im Blute eines Tieres, das an einem bestimmten Orte aufgestellt worden oder eine bestimmte Straße passiert hatte. Derartige Feststellungen sind ungenau und nicht immer einwandsfrei. Zur Zeit werden auf Veranlassung des Oberstabsarztes Meixner genaue Erhebungen über das Vorkommen und die Verbreitung der

einzelnen Glossina-Arten sowie über die Möglichkeit ihrer Ausrottung angestellt. Genaue Beobachtungen über das Vorkommen der Glossinen liegen vor über die Bezirke Bukoba (Stabsarzt Dr. Feldmann), Kilwa (Stabsarzt Dr. Panse), Morogoro (Geheimrat Koch) und von mir über die Landschaften des Kilimandscharo und Meru, ferner Ufiomi, Irangi, Useguha und Bondeï. Es wird möglich sein, dem nächsten Jahresbericht eine ziemlich vollständige Karte über die Verbreitung der Glossinen in der Kolonie beizufügen.

VI. Pferdesterbe. Prof. Ollwig stellte in Tanga bei 4 Pferden (Gesamtbestand 8 Stück) und Gouvernements-Tierarzt Ochmann bei 11 Pferden (Gesamtbestand 22 Stück) Pferdesterbe fest. Mit Ausnahme eines Tieres von Tanga erlagen sämtliche Pferde der Seuche.

Von den vorhandenen Maultieren erkrankte nur ein sehr geringer Prozentsatz.

VII. Ziegenseuche. Auf meiner Reise habe ich das Vorkommen einer ansteckenden Lungen-Brustfellentzündung der Ziegen festgestellt. Die Seuche war kurz vor meinem Eintreffen am Kilimandscharo dort eingeschleppt worden. Es gelang mir, nachzuweisen, daß die Einschleppung durch die Herde eines Griechen von Irangi aus erfolgt war. In Irangi scheint die Seuche seit Jahren vorgekommen zu sein.

VIII. Schafseuche. Nach Erkundigungen, die ich bei Eingeborenen einzog, tritt unter den Schafen zeitweise ein größeres Sterben auf. Als Symptome wurden Durchfall und Abmagerung angegeben; an verendeten Tieren sollen Geschwüre im Darm nachzuweisen sein.

IX. Klauenseuche der Ziegen und Schafe. Resident Dr. Kandt teilte mir mit, daß unter dem Kleinvieh in Urundi und Ruanda eine bösartige Klauenseuche auftreten soll.

Anlage I.

Übersicht

über den Krankenzugang auf den einzelnen Stationen.

Station	Zahl der Monate, in welchen die Stationen mit Arzt, 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	5	200	80	61 000	13	319	332	107	1 449	1 556
Pangani	6	6	2	27	66	72 000	2	36	38	49	405	454
Bagamojo	5	7	2	47	68	69 000	8	57	65	98	1 145	1 243
Daressalam . . .	12	12	48	609	495	174 750	80	757	837	951	1 757	2 708
Mohoro	.	12	2	7	30	60 000	4	6	10	31	291	322
Kilwa	12	12	3	29	105	100 000	3	42	45	61	709	770
Lindi	1	12	5	32	119	195 000	14	25	39	160	357	517
Ssongea	.	12	3	22	68	74 000	6	5	11	54	172	226
Mahenge	1	12	5	4	74	255 000	7	.	7	103	363	466
Iringa	5	12	6	20	157	61 000	6	1	7	150	564	714
Morogoro	8	12	2	17	48	50 000	8	21	29	95	543	638
Mpapua	12	12	6	32	75	75 000	21	4	25	99	362	461
Kondoa-Irangi .	.	12	3	2	29	70 000	8	2	10	20	118	138
Kilimatinde . . .	12	12	8	9	101	87 000	21	8	29	84	627	711
Tabora	12	12	11	35	146	400 000	34	19	53	178	131	309
Udjidji	4	12	6	10	80	382 000	21	4	25	49	225	274
Usumbura	12	.	7	6	98	30 000	10	7	17	70	508	578
Schirati	.	12	3	4	12	90 000	4	1	5	40	69	109
Muansa	12	12	8	36	74	600 000	27	68	95	138	1 157	1 295
Bukoba	12	12	10	38	164	600 000	16	9	25	116	447	563
Bismarckburg . .	8	4	5	52	61	755 000	3	6	9	35	272	307
Neu-Langenburg	6	12	4	110	87	204 000	18	29	47	52	199	251
Wilhelmstal mit Amani u. Wugiri	. 12	12 1*)	3	85	45	80 000	11	183	194	38	705	743
Moschi	12	.	7	99	152	185 000	16	31	47	326	1 609	1 935
Aruscha	.	12	3	156	40	16 000	6	6	12	30	239	269
Kriegsexpedition	.	.	31	.	507	.	94	.	94	1141	.	1 141
Summe	.	.	198	1688	2981	4 745 750	461	1646	2107	4275	14 423	18 698

*) Bis Anfang März 1 Frontunteroffizier.

Malariafieber				Summe der Todesfälle an Malaria		Schwarzwasserfieber				Summe der Todesfälle an Schwarzwasserfieber		Zahl der behandelten Malariafieberfälle unter Europäern in % der Bevölkerung
Europäer		Farbige				Europäer		Farbige				
Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Europäer	Farbige	Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Europäer	Farbige	
6	141	10	96	3	1	.	9	.	.	3	.	71,7
1	9	1	32	.	1	.	2	.	.	.	.	34,5
5	11	9	155	.	.	1	.	.	.	1	.	32,7
29	311	229	146	1	5	.	15	.	3	3	.	51,8
2	5	3	30	.	.	.	.	.	.	.	.	77,8
2	17	1	97	.	1	.	1	.	2	.	1	59,4
10	8	20	30	.	.	.	1	.	1	.	.	48,6
3	3	19	17	.	.	.	.	.	.	.	.	24,0
6	.	7	5	.	.	.	.	.	.	.	.	66,6
1	.	34	9	.	.	.	.	.	.	.	.	3,9
5	7	13	15	.	.	.	.	.	.	.	.	63,2
7	1	15	7	.	.	.	.	.	.	.	.	21,1
.	2	3	25	.	.	.	.	.	.	.	.	40,0
12	3	12	21	.	.	.	.	.	.	.	.	28,2
10	5	13	12	.	.	1	1	.	.	.	.	88,2
12	3	10	20	.	.	.	1	.	1	.	.	93,7
4	2	5	2	.	1	1	1	.	.	1	.	46,2
2	.	8	52	.	.	.	.	.	.	.	.	28,6
16	29	23	59	.	1	2	4	.	3	.	.	102,3
5	1	51	14	.	.	.	.	.	1	.	.	12,5
1	1	4	7	.	.	.	.	.	.	.	.	3,5
5	8	3	87	.	1	1	1	.	.	1	.	11,4
3	118	.	71	1	.	.	.	.	.	.	.	136,0
1	15	13	3	.	.	.	.	.	.	.	.	15,1
1	1	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	1,3
39	.	282	.	.	1	2	.	.	.	.	.	125,8
188	701	788	1016	5	12	8	36	.	11	9	1	47,1

Anlage II.

Jahresnachweisung.

über die kranken Europäer Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung: 1688.

Jahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

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	Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	18
3	Rose	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
4	Pyämie	.	1	1	.	1	.	1	.	5	.
5	Unterleibstyphus	.	2	2	1	.	.	1	1	59	.
6	Rückfallfieber	.	9	9	8	.	1	9	.	115	47
7	Malariafieber	2	701	703	573	5	116	694	9	2454	1882
8	Schwarzwasserfieber	.	36	36	26	8	2	36	.	338	182
9	Grippe	.	3	3	3	.	.	3	.	.	9
10	Tuberkulose der Lungen	.	2	2	.	.	2	2	.	6	23
11	Ruhr	.	28	28	20	3	5	28	.	304	287
12	Akuter Gelenkrheumatismus	.	7	7	4	.	3	7	.	55	41
13	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	4	4	4	.	.	4	.	44	21
14	Gicht	.	2	2	2	.	.	2	.	.	38
15	Blutarmut	.	16	16	11	.	5	16	.	67	361
16	Malaria-Kachexie	.	1	1	.	1	.	1	.	6	.
17	Zuckerruhr	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
18	Alkoholvergiftung	.	1	1	1	.	.	1	.	13	.
19	Andere allgemeine Erkrankungen	.	1	1	.	.	.	.	1	152	.
	Summe I	2	818	820	656	18	135	809	11	3634	2911
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
20	Fallsucht	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
21	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	5	5	3	.	2	5	.	.	23
22	Rückenmarkslähmung	.	1	1	1	.	.	1	.	64	.

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
23	Tabes dorsualis	.	1	1	.	.	1	1	.	37	.
24	Andere Rückenmarkskrankheiten	.	2	2	1	1	.	2	.	29	47
25	Progressive Muskelatrophie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
26	Neurasthenie	.	14	14	7	.	7	14	.	50	72
27	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	5	5	1	1	3	5	.	.	23
	Summe II	.	30	30	15	2	13	30	.	180	179
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
28	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	50
29	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	.	29
30	Andere Krankheiten der ersten Luftwege	.	1	1	1	.	.	1	.	.	24
31	Akuter Bronchialkatarrh	.	26	26	26	.	.	26	.	47	191
32	Chronischer Katarrh der ersten Luftwege	.	2	2	1	.	1	2	.	.	9
33	Akute Lungenentzündung	.	4	4	3	.	.	3	1	4	13
34	Brustfellentzündung	.	1	1	.	.	.	.	1	.	14
35	Lungenerweiterung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
	Summe III	.	40	40	37	.	1	38	2	51	333
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
36	Erkrankung der Herzklappen	.	3	3	.	.	3	3	.	15	3
37	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	5	5	4	.	1	5	.	21	38
38	Hämorrhoiden	.	2	2	1	.	1	2	.	19	18
39	Venenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
40	Entzündung der Lymphgefäße	.	2	2	1	.	.	1	1	5	9
41	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	4	4	2	.	2	4	.	5	28
42	Milztumor	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
	Summe IV	.	18	18	10	.	7	17	1	69	101
	V. Erkrankungen der Ernährungsorgane.										
43	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	16	16	16	.	.	16	.	53	96
44	Zungenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	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
45	Mandelentzündung	.	12	12	12	.	.	12	.	20	58
46	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	6	6	6	.	.	6	.	.	52
47	Akuter Magenkatarrh	.	46	46	44	.	1	45	1	82	147
48	Chronischer Magenkatarrh	1	6	7	7	.	.	7	.	16	43
49	Magenblutung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	41
50	Akuter Darmkatarrh	.	38	38	38	.	.	38	.	108	150
51	Chronischer Darmkatarrh	.	6	6	5	1	.	6	.	4	99
52	Brechdurchfall	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
53	Unterleibsbrüche	.	2	2	.	1	1	2	.	6	.
54	Blinddarmentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
55	Katarrhalische Gelbsucht	.	5	5	5	.	.	5	.	12	56
56	Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	11	11	7	2	1	10	1	186	33
57	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	2	2	1	.	.	1	1	.	81
	Summe V	1	154	155	144	4	4	152	3	487	872
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
58	Akute und chronische Nierenentzündung	.	4	4	1	2	1	4	.	29	50
59	Blasenkatarrh	.	9	9	8	.	1	9	.	.	104
60	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	4	4	4	.	.	4	.	4	6
61	Verengerung der Harnröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	.	28
62	Wasserbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
63	Krampfaderbruch	.	2	2	2	.	.	2	.	.	48
64	Andere Krankheiten der Harn- usw. Organe	.	1	1	1	.	.	1	.	19	.
	Summe VI	.	22	22	17	2	3	22	.	52	237
	VII. Venerische Krankheiten.										
65	Tripper	1	54	55	49	.	6	55	.	150	904
66	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	6	6	6	.	.	6	.	55	66
67	Weicher Schanker	.	26	26	23	.	3	26	.	46	459
68	Bubo	.	13	13	11	.	2	13	.	221	184
69	Konstitutionelle Syphilis	2	41	43	35	.	7	42	1	277	582
	Summe VII	3	140	143	124	.	18	142	1	749	2195

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.										
70	Tripper-Blennorrhoe	.	1	1	.	.	1	1	.	.	16
71	Krankheiten der Lider	.	1	1	1	.	.	1	.	.	13
72	„ „ Bindehaut	.	18	18	18	.	.	18	.	58	135
73	„ „ Hornhaut	.	2	2	2	.	.	2	.	7	1
74	„ „ Regenbogenhaut	.	3	3	3	.	.	3	.	9	25
75	„ „ Linse	.	1	1	.	.	1	1	.	.	7
76	„ „ Aderhaut	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
77	Andere Augenkrankheiten	.	2	2	2	.	.	2	.	.	25
	Summe VIII	.	29	29	26	.	3	29	.	74	223
	IX. Ohrenkrankheiten.										
78	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	.	11	11	10	.	1	11	.	.	163
79	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	10	10	10	.	.	10	.	.	116
80	Andere Ohrenkrankheiten	.	6	6	6	.	.	6	.	.	19
	Summe IX	.	27	27	26	.	1	27	.	.	298
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
81	Akute Hautkrankheiten	1	45	46	39	.	5	44	2	67	589
82	Chronische Hautkrankheiten	.	4	4	4	.	.	4	.	.	53
83	Chronische Unterschenkelgeschwüre	.	4	4	3	.	.	3	1	.	130
84	Panaritium	.	6	6	4	.	2	6	.	.	37
85	Zellgewebsentzündung	2	41	43	39	.	1	40	3	344	232
86	Furunkel	3	55	58	49	.	4	53	5	64	506
87	Gutartige Geschwülste	.	2	2	2	.	.	2	.	.	12
88	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	2	2	1	.	.	1	1	.	14
	Summe X	6	159	165	141	.	12	153	12	475	1573
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
89	Knochenhautentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	14	.
90	Knochenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	20	.
91	Akute Gelenkentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	10
92	Chronische Gelenkentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	37	1
93	Mißbildung der Gelenke	.	1	1	.	.	.	.	1	.	43
94	Andere Verbildungen des Fußes und Folgezustände	.	1	1	1	.	.	1	.	32	2

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
95	Muskelrheumatismus . . .	.	23	23	20	.	2	22	1	39	110
96	Andere Krankheiten der Muskeln	.	3	3	3	.	.	3	.	.	65
97	Krankheiten der Schleimbeutel	.	3	3	3	.	.	3	.	14	17
98	Krankheiten der Sehnen . .	.	3	3	3	.	.	3	.	5	12
	Summe XI	.	41	41	37	.	2	39	2	161	260
	XII. Mechanische Verletzungen.										
99	Quetschung der Weichteile (ohne äußere Wunden) . .	.	12	12	11	.	1	12	.	2	81
100	Knochenbruch d. Unterarms .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
101	„ „ Hand . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	45
102	„ „ Oberschenkels .	.	1	1	1	.	.	1	.	61	.
103	„ „ Unterschenkels .	.	3	3	3	.	.	3	.	153	.
104	„ „ Schlüsselbeins . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	20
105	„ „ Rippen . .	.	1	1	1	.	.	1	.	19	.
106	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	6	6	6	.	.	6	.	.	80
107	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	3	3	3	.	.	3	.	8	33
108	Verrenkung anderer Gelenke .	.	1	1	1	.	.	1	.	10	18
109	Schußwunden	.	3	3	3	.	.	3	.	43	24
110	Hieb- und Schnittwunden . .	.	6	6	5	.	1	6	.	.	50
111	Stichwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	.	14
112	Riß- und Quetschwunden . .	1	15	16	15	.	1	16	.	32	198
113	Bißwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
114	Verbrennung	.	4	4	3	.	1	4	.	17	42
115	Andere Wunden und Verletzungen	.	2	2	1	.	1	2	.	.	8
	Summe XII	1	64	65	59	.	6	65	.	345	616
	XIII. Andere Krankheiten.										
116	Allgemeine Körperschwäche .	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
	Summe XIII	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
	XIV. Zur Beobachtung										
117	auf Malaria	.	46	46	38	.	8	46	.	171	97
	Summe XIV	.	46	46	38	.	8	46	.	171	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
	XV. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
118	Schlafkrankheit	.	1	1	.	.	1	1	.	11	.
119	Eingeweidewürmer	.	23	23	22	.	1	23	.	13	66
120	Sandflohgeschwüre	.	8	8	8	.	.	8	.	25	73
	Summe XV	.	32	32	30	.	2	32	.	49	139
	XVI. Frauenkrankheiten.										
121	Gebärmuttererkrankung	.	3	3	3	.	.	3	.	49	.
122	Mennorrhagie	.	2	2	2	.	.	2	.	7	.
123	Retroflexio uteri	.	1	1	.	.	1	1	.	3	.
124	Chron. Perimetritis	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
125	Erbrechen in der Schwangerschaft	.	5	5	5	.	.	5	.	36	30
126	Frühgeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	.	22
127	Geburt	.	11	11	9	.	1	10	1	124	151
128	Andere Unterleibskrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	15
	Summe XVI	.	25	25	22	.	2	24	1	220	218

Zusammenstellung der Gruppen.

Gruppe	I	2	818	820	656	18	135	809	11	3634	2911
„	II	.	30	30	15	2	13	30	.	180	179
„	III	.	40	40	37	.	1	38	2	51	333
„	IV	.	18	18	10	.	7	17	1	69	101
„	V	1	154	155	144	4	4	152	3	487	872
„	VI	.	22	22	17	2	3	22	.	52	237
„	VII	3	140	143	124	.	18	142	1	749	2195
„	VIII	.	29	29	26	.	3	29	.	74	223
„	IX	.	27	27	26	.	1	27	.	.	298
„	X	6	159	165	141	.	12	153	12	475	1573
„	XI	.	41	41	37	.	2	39	2	161	260
„	XII	1	64	65	59	.	6	65	.	345	616
„	XIII	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
„	XIV	.	46	46	38	.	8	46	.	171	97
„	XV	.	32	32	30	.	2	32	.	49	139
„	XVI	.	25	25	22	.	2	24	1	220	218
	Gesamtsumme	13	1646	1659	1382	27	217	1626	33	6718	10252

Anlage III.

Jahresnachweisung

über die kranken Farbigen Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung: 4 718 750.
Jahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

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	.	107	107	96	8	3	107	.	4349	33
2	Windpocken	.	117	117	117	.	.	117	.	1371	18
3	Masern	.	8	8	6	2	.	8	.	20	49
4	Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	137	137	114	.	.	114	23	1361	135
5	Rose	.	2	2	.	.	2	2	.	.	32
6	Lepra	3	9	12	.	1	10	11	1	240	70
7	Pyämie	.	2	2	1	1	.	2	.	118	20
8	Rückfallfieber	.	68	68	58	5	5	68	.	154	246
9	Malariafieber	5	1016	1021	960	8	46	1014	7	568	6284
10	Schwarzwasserfieber	.	11	11	10	1	.	11	.	33	59
11	Grippe	2	168	170	169	1	.	170	.	140	718
12	Tuberkulose der ersten Luftwege und Lunge	1	7	8	.	2	6	8	.	56	112
13	Ruhr	7	380	387	283	66	35	384	3	4169	1755
14	Starrkrampf	.	2	2	1	1	.	2	.	15	1
15	Akuter Gelenkrheumatismus	3	69	72	61	5	5	71	1	719	757
16	Chronischer Gelenkrheumatismus	1	6	7	7	.	.	7	.	.	182
17	Blutarmut	.	11	11	7	.	3	10	1	51	55
18	Vergiftung durch andere Gifte	.	2	2	2	.	.	2	.	8	.
19	Vergiftung	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
20	Bösartige Geschwülste	.	6	6	.	1	4	5	1	59	1
21	Andere allgemeine Erkrankungen	.	5	5	1	1	2	4	1	580	14
	Summe I	22	2134	2156	1893	104	121	2118	38	14012	10541

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.										
22	Geisteskrankheiten	.	5	5	1	.	3	4	1	73	.
23	Fallsucht	1	8	9	6	.	3	9	.	72	31
24	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen . . .	.	12	12	7	.	5	12	.	4	95
25	Krankheiten des Gehirns . .	.	1	1	.	1	.	1	.	18	.
26	Gehirnerschütterung	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
27	Tabes dorsualis	.	2	2	1	.	1	2	.	.	82
28	Neurasthenie	.	2	2	2	.	.	2	.	.	34
29	Hysterie	.	2	2	2	.	.	2	.	4	4
30	Andere Rückenmarkskrankheiten	.	1	1	.	1	.	1	.	6	2
31	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	5	5	4	.	.	4	1	76	14
	Summe II	1	39	40	23	3	12	38	2	254	262
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
32	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	5	5	4	.	1	5	.	.	32
33	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	1	42	43	42	.	1	43	.	29	410
34	Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge	.	4	4	3	.	1	4	.	.	14
35	Akuter Bronchialkatarrh . .	11	971	982	933	6	29	968	14	763	6996
36	Chronischer Katarrh der Luftwege	2	20	22	14	1	5	20	2	21	281
37	Akute Lungenentzündung . .	10	158	168	116	43	5	164	4	1236	829
38	Brustfellentzündung	2	56	58	39	5	12	56	2	237	554
39	Lungenerweiterung	.	2	2	.	.	2	2	.	.	22
40	Asthma	.	3	3	2	.	1	3	.	.	17
41	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	.	24
	Summe III	26	1262	1288	1154	55	57	1266	22	2286	9179
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
42	Idiopathische Herzvergrößerung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
43	Erkrankung der Herzklappen	1	7	8	2	2	4	8	.	138	44
44	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	8	8	4	2	2	8	.	44	87
45	Andere Herzkrankheiten . .	.	2	2	1	.	1	2	.	19	4

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
46	Hämorrhoiden	1	4	5	3	.	2	5	.	70	55
47	Venenentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	21	12
48	Entzündung der Lymphgefäße	1	17	18	16	1	1	18	.	46	166
49	Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	6	6	6	.	.	6	.	52	36
50	Krankheiten der Lymphdrüsen	5	120	125	106	1	12	119	6	264	1440
51	Perniciöse Anämie	.	1	1	.	1	.	1	.	9	.
52	Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	7	7	4	.	3	7	.	9	22
	Summe IV	8	176	184	146	7	25	178	6	672	1871
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
53	Krankheiten der Kiefer und Zähne	3	260	263	260	.	3	263	.	45	763
54	Zungenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	17
55	Mandelentzündung	.	81	81	80	.	1	81	.	37	487
56	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	1	35	36	35	.	1	36	.	17	277
57	Krankheiten der Speicheldrüsen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	54
58	Akuter Magenkatarrh	2	210	212	203	1	7	211	1	70	2304
59	Chronischer Magenkatarrh	.	8	8	8	.	.	8	.	192	17
60	Akuter Darmkatarrh	12	951	963	902	19	24	945	18	1197	5419
61	Chronischer Darmkatarrh	.	19	19	10	6	2	18	1	204	153
62	Unterleibsbrüche	1	20	21	12	2	7	21	.	138	117
63	Eingeklemmter Bruch	.	3	3	2	.	1	3	.	.	60
64	Blinddarmentzündung	.	7	7	5	2	.	7	.	85	27
65	Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	3	3	.	1	2	3	.	58	8
66	Katarrhalische Gelbsucht	.	3	3	2	.	1	3	.	11	8
67	Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	1	13	14	8	3	3	14	.	195	20
68	Krankheiten des Mastdarms	.	3	3	3	.	.	3	.	142	9
69	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	15	15	11	2	2	15	.	18	437
	Summe V	20	1635	1655	1545	36	54	1635	20	2409	10177
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
70	Akute und chronische Nierenentzündung	2	29	31	10	13	8	31	.	460	199
71	Andere Krankheiten der Nieren und Harnleiter	1	.	1	1	.	.	1	.	.	35
72	Blasenkatarrh	1	13	14	10	.	4	14	.	21	124
73	Andere Blasenkrankheiten	.	4	4	2	.	2	4	.	5	13

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
74	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	1	22	23	22	.	1	23	.	388	191
75	Verengung der Harnröhre	.	2	2	1	.	1	2	.	9	13
76	Wasserbruch	2	39	41	29	2	10	41	.	572	122
77	Andere Krankheiten der Harn- usw. Organe	.	5	5	1	2	2	5	.	33	20
	Summe VI	7	114	121	76	17	28	121	.	1488	717
	VII. Venerische Krankheiten.										
78	Tripper	12	390	402	344	.	52	396	6	3886	3621
79	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	54	54	43	.	10	53	1	161	609
80	Spitze Feigwarzen	.	1	1	1	.	.	1	.	23	.
81	Weicher Schanker	7	201	208	185	.	13	198	10	1560	1448
82	Bubo	.	51	51	43	.	8	51	.	345	536
83	Konstitutionelle Syphilis	19	294	313	232	5	60	297	16	3771	5300
	Summe VII	38	991	1029	848	5	143	996	33	9746	11514
	VIII. Augenkrankheiten.										
84	Akute Blennorrhoe	.	2	2	2	.	.	2	.	.	37
85	Tripper-Blennorrhoe	1	9	10	6	.	3	9	1	67	41
86	Granulöser Bindehautkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.	21
87	Krankheiten der Lider	.	14	14	14	.	.	14	.	36	111
88	„ „ Tränenorgane	.	2	2	1	.	1	2	.	.	3
89	„ „ Hornhaut	2	91	93	75	1	17	93	.	391	939
90	„ „ Regenbogenhaut	.	14	14	10	.	3	13	1	43	105
91	„ „ Linse	.	3	3	1	.	1	2	1	54	5
92	„ „ Aderhaut	.	2	2	2	.	.	2	.	16	4
93	Grauer Star	.	1	1	.	.	1	1	.	13	.
94	Krankheiten der Bindehaut	2	430	432	416	.	15	431	1	891	3270
95	Krankheiten des Sehnerven und der Netzhaut	.	2	2	1	.	1	2	.	.	17
96	Andere Augenkrankheiten	.	13	13	9	.	3	12	1	169	115
	Summe VIII	5	584	589	538	1	45	584	5	1680	4668
	IX. Ohrenkrankheiten.										
97	Krankheiten der Ohrmuschel	.	5	5	5	.	.	5	.	.	48
98	Krankheiten des äußeren Gehörganges	2	50	52	47	.	4	51	1	.	512
99	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	6	208	214	183	.	27	210	4	130	2668
100	Schwerhörigkeit	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
	Summe IX	8	264	272	236	.	31	267	5	130	3230

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.										
101	Akute Hautkrankheiten	18	559	577	515	4	47	566	11	576	6114
102	Chronische Hautkrankheiten	6	83	89	62	.	26	88	1	425	1359
103	Chronisches Unterschenkelgeschwür	109	1030	1139	800	3	223	1026	113	5388	27424
104	Panaritium	1	57	58	53	.	4	57	1	75	833
105	Zellgewebsentzündung	73	1212	1285	1051	9	176	1236	49	3642	23582
106	Furunkel	9	172	181	157	1	10	168	13	268	1974
107	Gutartige Geschwülste	1	26	27	22	.	2	24	3	70	304
108	Framboesie	.	103	103	77	.	23	100	3	898	1305
109	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	3	18	21	14	.	4	18	3	207	335
	Summe X	220	3260	3480	2751	17	515	3283	197	11549	63230
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
110	Knochenhautentzündung	.	32	32	29	.	1	30	2	110	334
111	Knochenentzündung	.	7	7	4	1	.	5	2	121	135
112	Mißbildung der Knochen	.	4	4	3	.	1	4	.	15	34
113	Akute Gelenkentzündung	2	38	40	38	1	.	39	1	226	320
114	Chronische Gelenkentzündung	.	8	8	7	.	1	8	.	51	65
115	Mißbildung der Gelenke	.	2	2	2	.	.	2	.	.	29
116	Fußgeschwulst	.	31	31	28	.	3	31	.	82	194
117	Muskelrheumatismus	3	201	204	193	1	8	202	2	298	1700
118	Andere Krankheiten der Muskeln	1	6	7	5	.	2	7	.	20	56
119	Krankheiten der Schleimbeutel	2	18	20	17	.	2	19	1	158	180
120	Krankheiten der Sehnen	1	30	31	29	.	2	31	.	54	392
	Summe XI	9	377	386	355	3	20	378	8	1135	3439
	XII. Mechanische Verletzungen.										
121	Wundlaufen	.	9	9	9	.	.	9	.	14	98
122	Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunde	4	105	109	96	.	8	104	5	215	749
123	Quetschung innerer Organe	.	2	2	1	.	1	2	.	58	3
124	Zerreißung innerer Organe	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
125	Knochenbruch d. Oberarms	.	6	6	4	.	1	5	1	101	143
126	„ „ Unterarms	.	9	9	8	.	.	8	1	87	238
127	„ „ Hand	1	8	9	6	.	2	8	1	38	146
128	„ „ Oberschenkels	2	5	7	4	.	3	7	.	321	25
129	„ „ Unterschenkels	2	11	13	7	3	2	12	1	401	6

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
130	Knochenbruch d. Fußes . .	.	6	6	5	.	.	5	1	257	42
131	„ „ Kopfes . .	.	2	2	1	1	.	2	.	1	18
132	„ „ Schlüsselbeins . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	49
133	„ „ Schulterblatts . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
134	„ „ Wirbelsäule	.	1	1	1	.	.	1	.	60	.
135	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	29	29	27	.	1	28	1	47	228
136	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	28	28	25	.	2	27	1	23	294
137	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen . . .	.	2	2	1	.	1	2	.	.	23
138	Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	2	2	2	.	.	2	.	12	13
139	Schußwunden	2	125	127	76	16	25	117	10	2133	1275
140	Hieb- und Schnittwunden . .	14	413	427	361	2	50	413	14	793	7324
141	Stichwunden	4	93	97	70	6	17	93	4	344	1423
142	Riß- und Quetschwunden . .	47	998	1045	986	2	29	1017	28	1277	18845
143	Bißwunden	5	34	39	29	1	6	36	3	154	826
144	Verbrennung	4	100	104	85	1	15	101	3	305	2096
145	Andere Wunden und Verletzungen	.	6	6	4	.	1	5	1	82	23
	Summe XII	85	1998	2083	1811	33	164	2008	75	6724	33897
	XIII. Andere Krankheiten.										
146	Selbstmordversuch	.	1	1	.	.	1	1	.	31	.
147	Vorgetäuschte Krankheiten .	.	1	1	.	.	1	1	.	3	.
148	Allgemeine Körperschwäche .	1	63	64	15	37	8	60	4	898	57
149	Altersschwäche	.	20	20	3	15	2	20	.	68	92
	Summe XIII	1	85	86	18	52	12	82	4	1000	149
150	**XIV. Zur Beobachtung** . .	.	110	110	104	1	4	109	1	507	308
	Summe XIV	.	110	110	104	1	4	109	1	507	308
	XV. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
151	Schlafkrankheit (Trypanosomiasis)	6	44	50	.	29	2	31	19	3152	.
152	Eingeweidewürmer	.	749	749	724	15	5	744	5	507	852
153	Sandflohgeschwüre	17	387	404	348	8	33	389	15	1326	6111
154	Filaria	4	18	22	12	.	10	22	.	366	408
155	Anchylostomiasis	8	46	54	24	17	10	51	3	680	426

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
156	Bilharzia	.	5	5	1	.	3	4	1	69	34
157	Leberechinococcus	1	.	1	.	.	1	1	.	172	.
158	Krätze	.	103	103	98	.	4	102	1	178	570
159	Elefantiasis	.	17	17	10	.	5	15	2	477	47
	Summe XV	36	1369	1405	1217	69	73	1359	46	6927	8448
	XVI. Frauenkrankheiten.										
160	Geschwulst am Muttermund	.	1	1	1	.	.	1	.	28	.
161	Ausfluß aus dem Muttermund	.	1	1	1	.	.	1	.	12	.
162	Postpuerperale Lähmung	1	.	1	1	.	.	1	.	.	30
163	Cervixkatarrh	.	2	2	.	.	2	2	.	14	.
164	Scheidenkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	13	.
165	Vorlagerung der Gebärmutter	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
166	Geburtsbehinderung durch enges Becken	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.
167	Entbindung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	3
168	Kindbettfieber	.	2	2	2	.	.	2	.	.	29
169	Myom des Uterus	.	1	1	.	.	1	1	.	.	5
170	Gebärmutterentzündung	.	5	5	5	.	.	5	.	58	81
171	Gebärmuttergeschwulst	.	2	2	.	1	1	2	.	10	2
172	Perimetritis	.	2	2	1	.	1	2	.	.	39
173	Brustdrüsenentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	.	84
	Summe XVI	1	25	26	19	1	6	26	.	142	274

Zusammenstellung der Gruppen.

Gruppe I	22	2134	2156	1893	104	121	2118	38	14012	10541
„ II	1	39	40	23	3	12	38	2	254	262
„ III	26	1262	1288	1154	55	57	1266	22	2286	9179
„ IV	8	176	184	146	7	25	178	6	672	1871
„ V	20	1635	1655	1545	36	54	1635	20	2409	10177
„ VI	7	114	121	76	17	28	121	.	1488	717
„ VII	38	991	1029	848	5	143	996	33	9746	11514
„ VIII	5	584	589	538	1	45	584	5	1680	4668
„ IX	8	264	272	236	.	31	267	5	130	3230
„ X	220	3260	3480	2751	17	515	3283	197	11549	63230
„ XI	9	377	386	355	3	20	378	8	1135	3439
„ XII	85	1998	2083	1811	33	164	2008	75	6724	33897
„ XIII	1	85	86	18	52	12	82	4	1000	149
„ XIV	.	110	110	104	1	4	109	1	507	308
„ XV	36	1369	1405	1217	69	73	1359	46	6927	8448
„ XVI	1	25	26	19	1	6	26	.	142	274
Gesamtsumme	487	14423	14910	12734	404	1310	14448	462	60661	161904

Nachweisung

über die im Jahre 1905/06 verstorbenen Europäer.

Iststärke: 1688.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
				In ärztlicher Behandlung.			
1	H.	männl.	33	10 Jahre	10 Jahre	Malaria, Kachexie	
2	M.	„	40	5 „	5 „	Schwarzwasserfieber	
3	J.	„	26	.	9/12 „	desgl.	
4	F.	„	37	5/12 „	5/12 „	Malaria, Herzschwäche	Abgelaufene Entzündung des Herzbeutels
5	M.	„	35	3/12 „	3/12 „	Allgemeine Körperschwäche	
6	F.	„	22	5/12 „	5/12 „	Schwarzwasserfieber	
7	D.	„	28	20 „	20 „	desgl.	
8	W.	„	29	6 6/12 „	6 6/12 „	desgl.	
9	H.	„	37	9 „	.	Leberabsceß	
10	H.	„	37	6/12 „	6/12 „	Schwarzwasserfieber	
11	B.	„	.	1 „	1 „	Malariafieber, Herzschlag	
12	N.	„	45	1 2/12 „	1 2/12 „	Nierenentzündung	
13	St.	„	3/12	.	.	Herzschwäche infolge Dysenterie	
14	K.	„	.	6/12 „	6/12 „	Malariafieber	
15	Sch.	„	45	5 „	5 „	Idiopathische Herzmuskelhypertrophie u. Nierenentzündung	
16	Z.	weibl.	42	7 „	7 „	Ruhr	
17	S.	männl.	36	.	11/12 „	Lebercirrhose, Milzschwellung u. Bauchwassersucht	
18	H.	„	43	.	.	Herzschwäche nach Dysenterie	
19	D.	„	31	9/12 „	9/12 „	Schwarzwasserfieber	
20	S.	„	41	1/12 „	1/12 „	Rückenmarksleiden, Malariafieber	
21	B.	„	1 2/12	hier geboren		Kinderkrämpfe	
				Außerhalb ärztlicher Behandlung.			
22	R.	männl.	38	.	2 Jahre	Schwarzwasserfieber	
23	J.	„	37	.	.	Nicht festgestellt	
24	N.	weibl.	1	.	.	Wahrscheinlich Malaria	
25	P.	„	2	.	.	Nicht festgestellt	
26	J.	männl.	63	.	1 2/12 „	Malariafieber, Herzschwäche	

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
27	B.	weibl.	1	.	.	Nicht festgestellt	
28	P.	„	1	.	.	desgl.	
29	H.	männl.	29	7 Jahre	7 Jahre	Ermordet von Aufständischen	
30	Sch.	„	42	$7^3/_{12}$ „	$2^3/_{12}$ „	Unglücksfall, ertrunken	Bei einer Bootfahrt im Victoria-Nyanza ertrunken
31	J.	„	31	.	$2^9/_{12}$ „	desgl.	
32	S.	„	39	13 „	13 „	Von Eingeborenen ermordet	
33	S.	„	32	$2^6/_{12}$ „	$2^6/_{12}$ „	desgl.	
34	Sch.	„	29	$^3/_{12}$ „	$^3/_{12}$ „	desgl.	
35	H.	weibl.	29	$^3/_{12}$ „	$^3/_{12}$ „	desgl.	
36	E.	„	27	$^3/_{12}$ „	$^3/_{12}$ „	desgl.	
37	A.	männl.	29	.	.	Ermordet von Aufständischen	
38	B.	weibl.	29	.	.	Nicht festgestellt	
39	B.	männl.	7	.	.	desgl.	
40	D.	weibl.	35	11 Jahre	10 Jahre	Von Aufständischen ermordet	
41	L.	männl.	31	$2^6/_{12}$ „	$2^6/_{12}$ „	Vergiftung durch Pfeilgift	Von Aufständischen ermordet
42	M.	weibl.	35	3 „	3 „	Schwarzwasserfieber	
43	M.	männl.	15	.	.	desgl.	
44	M.	weibl.	6	.	.	Nicht festgestellt	
45	F.	männl.	36	$^6/_{12}$ „	$^6/_{12}$ „	Malariafieber	
46	W.	weibl.	17	.	.	Nicht festgestellt	
47	P.	männl.	36	.	.	Gefallen im Gefecht	
48	P.	„	17	.	.	Nicht festgestellt	
49	M.	„	29	.	.	Infolge von Verunreinigung eines Leopardenbisses	
50	B.	„	1	.	.	Nicht festgestellt	
51	E.	weibl.	23	.	.	desgl.	
52	O.	männl.	29	.	.	desgl.	
53	B.	„	11	.	.	desgl.	
54	C.	weibl.	28	$^{11}/_{12}$ „	$^{11}/_{12}$ „	Vergiftung (Suicidium)	
				Deutsche Militärpersonen.			
55	R.	männl.	32	$5^6/_{12}$ Jahre	$5^6/_{12}$ Jahre	Leberabsceß	
56	G.	„	28	4 „	4 „	Herzschwäche nach Dysenterie	Kurz vorher Schwarzwasserfieber, Magenblutung noch am 12. 7.
57	F.	„	31	$5^3/_4$ „	$5^3/_4$ „	Gefallen im Gefecht	
58	T.	„	29	$5^4/_{12}$ „	$5^4/_{12}$ „	Vergiftung durch Pfeilgift	Gefallen im Gefecht
59	H.	„	23	$^3/_{12}$ „	$^3/_{12}$ „	Herzschwäche nach Ruhr	
60	F.	„	25	$^3/_{12}$ „	$^3/_{12}$ „	desgl.	
61	W.	„	38	3 „	3 „	Gefallen im Gefecht	
62	P.	„	29	6 „	3 „	Dysenterie	
63	M.	„	34	$4^3/_{12}$ „	$4^3/_{12}$ „	Vergiftung (Suicidium)	
64	St.	„	30	$^5/_{12}$ „	$^5/_{12}$ „	Septicaemie	

Anlage V.

Impf-Übersicht.

(Die fettgedruckten Zahlen in Klammern bedeuten: Wiederimpflinge.)

Ausgeführt durch	Bezirk	In welchem Impfbezirk und an welchem Ort	a. Europa- Erwachsene			
			Europäer		Farbige	
Stabsarzt Prof. Ollwig	Tanga	Stadt Tanga	7	**(7)**	114	**(43)**
Stabsarzt Dr. Stierling und Sanitätssergeant Feyerabend	Pangani „	Stadt Pangani und Impfbezirk II und III südlich des Pangani	.		1320	
Stabsarzt Dr. Stierling Sanitätsfeldwebel Becher	Bagamojo „	Stadt Bagamojo Manakerenge . . .	.		347	
Stabsarzt Dr. Schörnig	Daressalam	Europäer-Krankenhaus				
Stabsarzt Dr. Exner	„	Sewa-Hadji-Hospital				
Stabsarzt Dr. Dempwolff	„	„ „				
Stabsarzt Dr. Glatzel	„	„ „				
Oberarzt Dr. Greisert	„	„ „ .	60	**(60)**	976	**(7)**
Oberarzt Dr. Kudicke	„	„ „				
Oberarzt Dr. Fehland	„	„ „				
Oberarzt Dr. Schuhmacher	„	„ „				
Assistenzarzt Dr. Scherschmidt	„	„ „				
Sanitätssergeant Lemke	Mohoro	Ort Mohoro	.		48	**(18)**
Stabsarzt Dr. Lott	Kilwa	Stadt Kilwa				
Sanitätssergeant Cjaikowski	„	„ „	18	**(18)**	1327	**(628)**
Sanitätssergeant Ludzuweit	Lindi	Bezirk I, Mikindani . .	.		1776	**(97)**
Sanitätssergeant Leder	Ssongea	Bezirk V und VI . . .	.		1069	
Sanitätssergeant Knispel	Mahenge	Bezirk I und VIII . . .	.		1083	**(15)**
Sanitätssergeant Diepolder	Mpapua, Kondoa—Irangi	Mpapua, Kondoa-Irangi Bezirk III	.		81	
Oberarzt Dr. Grothusen	Tabora	Stadt Tabora und Bezirk V	.		1415	
Stabsarzt Albiez	Kilimatinde	Ort Kilimatinde, Bezirk IV	.		34	**(15)**
Stabsarzt Dr. Phillips Sanitätssergeant Lüdecke	Wilhelmstal „	Bezirk I und III „ I „ III . . .	.		348	**(107)**
Assistenzarzt Dr. Leupolt	Usumbura	Ort Usumbura, Bezirk I, II und IV				
Superior Grün	„	Mission Buhanga	2		248	
Superior Menard	„	„ „				
Oberarzt Dr. Brünn	Bismarckburg	Ort Bismarckburg . . .	.		137	**(128)**
Stabsarzt Dr. Feldmann	Bukoba	Ort Bukoba, Bezirk I				
Sanitätsunteroffizier Pfaudt	„	„ „ „ I .	1		2553	
Oberarzt Radloff	Muansa	Ort Muansa				
Sanitätsunteroffizier Patriock	Schirati	Ort Schirati	.		1108	**(181)**
Stabsarzt Dr. Brückner	Moschi	Ort Aruscha, Moschi,				
Missionsarzt Dr. Plötze	Aruscha	sowie Bezirk I und II .	3		147	
Sanitätssergeant Jehle	„	„ „ I „ II				
		Summe . . .	91	**(85)**	14131	**(1239)**

Lymphe		b. von Arm zu Arm			c. mit selbstgew. Lymphe		Gesamtsumme		Davon mit Erfolg	
Kinder		Erwachsene		Kinder	Farbige					
Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Farbige	Erwachsene	Kinder	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
2	71 **(18)**	.	19 **(4)**	.	.	.	9 **(7)**	204 **(65)**	4	57
.	416	.	.	.	.	.	.	1736	.	.
.	84	.	7	34	.	.	.	472	.	141
3	66 **(11)**	.	.	.	.	.	63 **(60)**	1042 **(18)**	29 **(26)**	618 **(4)**
.		.	.	.	.	.	.	48 **(18)**	.	46
2	522 **(93)**	.	.	.	.	.	20 **(18)**	1849 **(721)**	.	988
.	273 **(30)**	.	.	.	.	.	.	2049 **(127)**	.	1411 **(64)**
.	261	.	434	69	.	.	.	1833	.	312
.	445 **(2)**	.	63	43	.	.	.	1634 **(17)**	.	750
.	569	.	251	454	.	.	.	1355	.	76
.	1308	3 **(3)**	533	591	.	.	3 **(3)**	3847	.	628
.	117 **(26)**	.	.	.	11 **(3)**	25 **(9)**	.	187 **(53)**	.	59
.	274 **(43)**	.	.	.	.	.	.	622 **(150)**	.	145
.	1208	.	5	31	.	.	2	1492	.	231
.	137 **(38)**	.	.	.	.	.	.	274 **(166)**	.	213 **(75)**
2	1411	.	.	.	.	.	3	3964	.	3585
.	341 **(27)**	.	50 **(18)**	70 **(22)**	.	.	.	1569 **(248)**	.	325 **(70)**
1	316	.	.	.	.	.	4	463	.	170
10	7819 **(288)**	3 **(3)**	1362 **(22)**	1292 **(22)**	11 **(3)**	25 **(9)**	104 **(88)**	24640 **(1583)**	33 **(26)**	9755 **(213)**

Anlage VI.

Übersicht über die Schwarzwasserfieberfälle

vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Stationen	April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember		Januar		Februar		März		Im ganzen	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Tanga	.	.	1	.	.	.	3	.	3	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	9	.
Pangani	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.
Daressalam	.	.	2	.	2	1	2	1	.	1	.	.	.	.	3	.	3	.	1	.	.	.	2	.	15	3
Kilwa	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
Lindi	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Muansa	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	4	4
Bukoba	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Tabora	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Udjidji	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
Usumbura	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Neu-Langenburg	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Summa	5	.	4	.	3	1	6	3	5	2	.	2	1	.	4	3	4	.	1	.	.	.	3	.	36	11

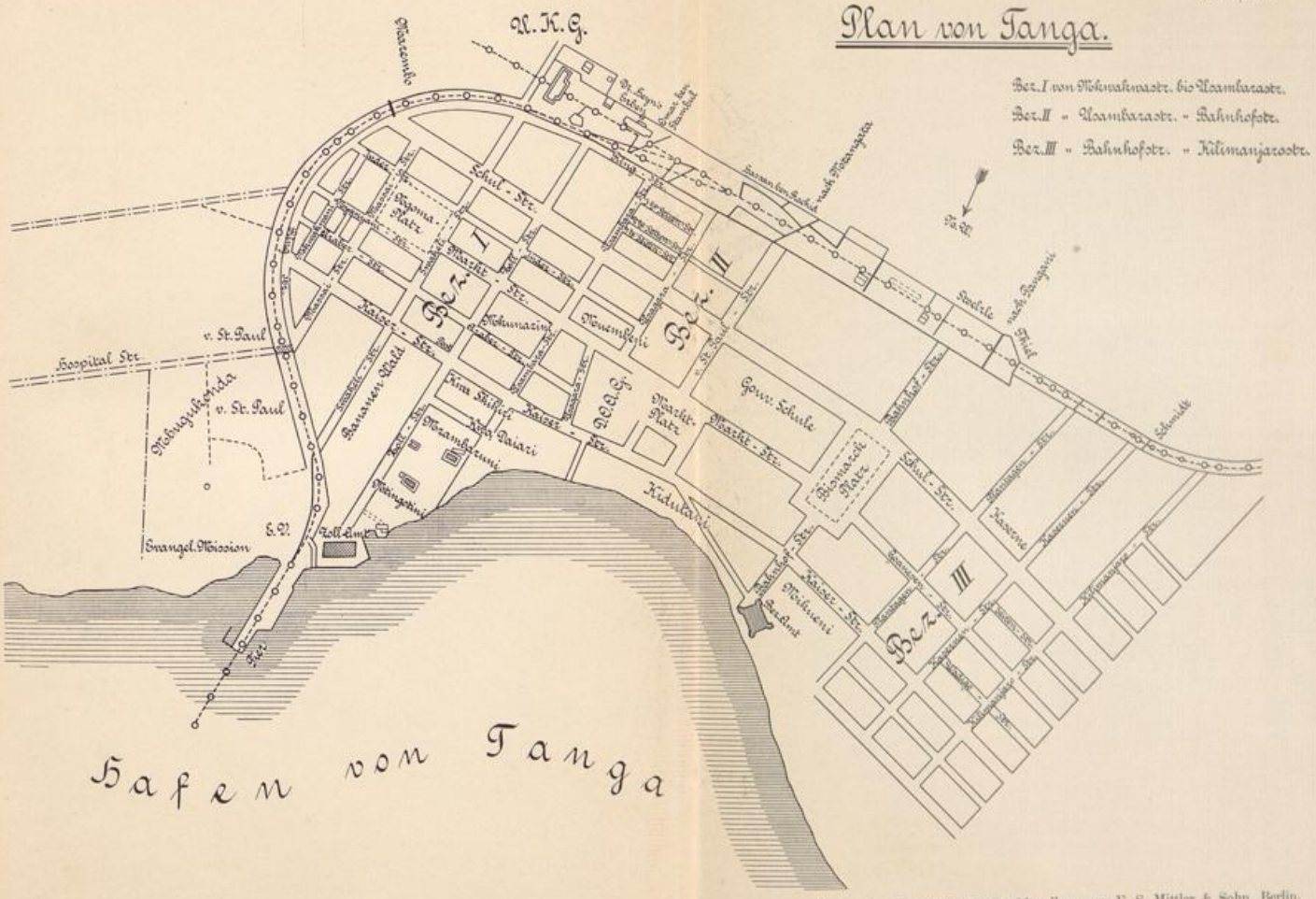
Anlage VI.

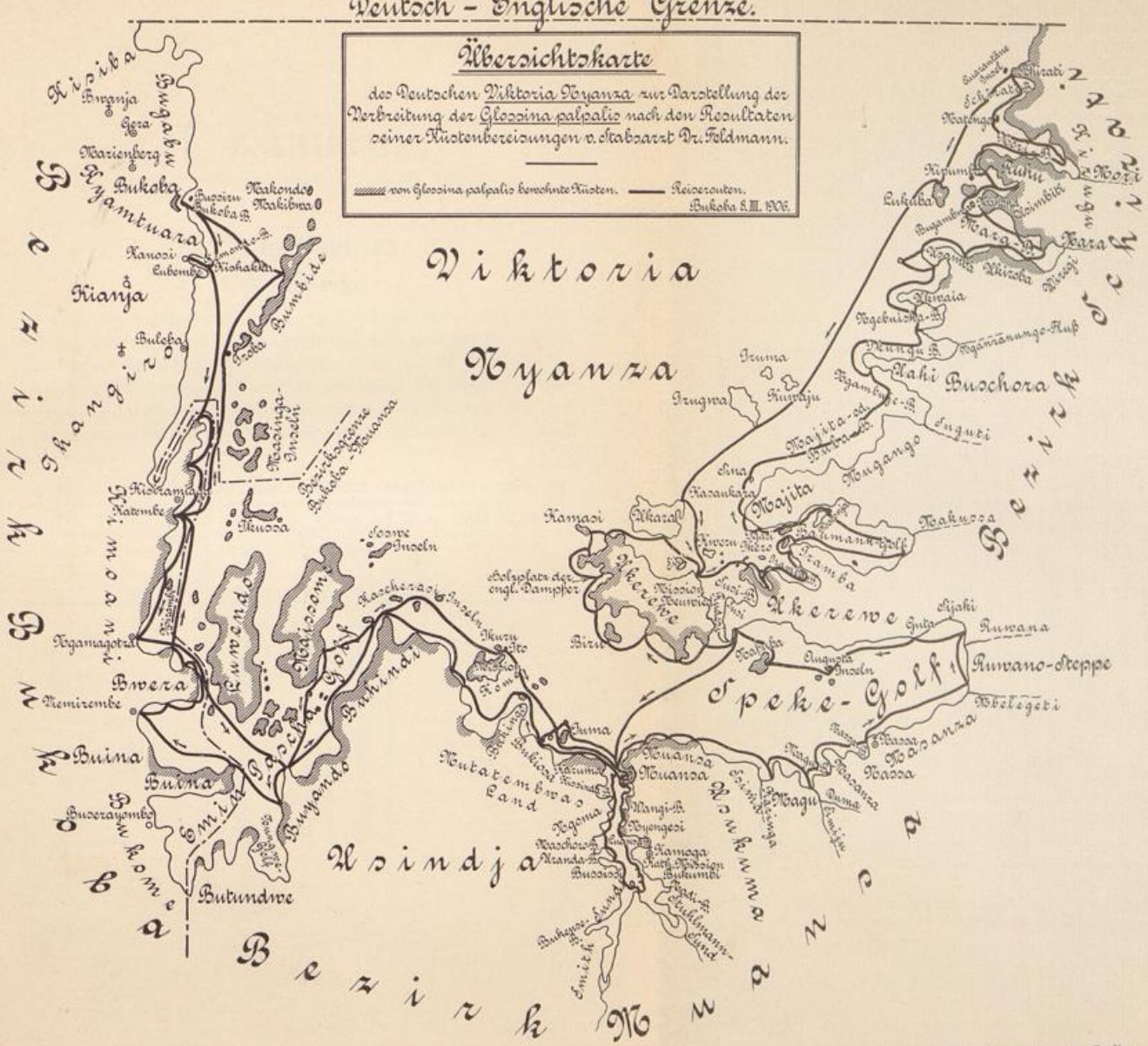
Übersicht über die Schwarzwasserfieberfälle

vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Stationen	April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember		Januar		Februar		März		Im ganzen	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Tanga	.	.	1	.	.	.	3	.	3	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	9	.
Pangani	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.
Daressalam	.	.	2	.	2	1	2	1	.	1	.	.	.	.	3	.	3	.	1	.	.	.	2	.	15	3
Kilwa	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
Lindi	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Muansa	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	4	4
Bukoba	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Tabora	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Udjidji	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
Usumbura	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Neu-Langenburg	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
Summa	5	.	4	.	3	1	6	3	5	2	.	2	1	.	4	3	4	.	1	.	.	.	3	.	36	11

Plan von Tanga.


A. K. G.
Bez. I von Mokwahwastr. bis Usambarastr.
Bez. II = Usambarastr. - Bahnhofstr.
Bez. III = Bahnhofstr. - Kilimanjarostr.
Hospital Str.
v. St. Paul
Ev. Missionshaus
Ev. Missionsschule
Ev. Missionskirche
Ev. Missionsschule
Ev. Missionsschule
Ev. Missionsschule



Verlag der Königlichen Hofbuchhandlung von E. S. Mittler & Sohn, Berlin.

II. Kamerun.

(Berichterstatter Marine-Oberstabsarzt Professor Dr. Ziemann.)

A. Allgemeines.

I. Kopfstärke.

Das Schutzgebiet weist am 1. 11. 1906 eine Gesamtkopfstärke von 896 Europäern auf. Dem Geschlecht nach sind 794 männliche und 102 weibliche Personen anwesend. Davon sind 37 Kinder unter 15 Jahren (18 männlichen und 19 weiblichen Geschlechts). Die Verteilung der europäischen Bevölkerung auf die einzelnen Bezirke bzw. Stationen des Schutzgebietes ist aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich.

Die weifse Bevölkerung nach Wohnort, Geschlecht und Alter.

Verwaltungsbezirk und Wohnort	männlich	weiblich	zusammen	Davon unter 15 Jahren		
				männlich	weiblich	zusammen
1	2	3	4	5	6	7
1. Duala	156	27	183	4	2	6
2. Victoria	159	11	170	1	1	2
3. Kribi	74	8	82	.	.	.
4. Edea	30	10	40	1	1	2
5. Jaunde	41	4	45	.	.	.
6. Buea	97	16	113	5	5	10
7. Rio del Rey	12	1	13	.	.	.
8. Campo	12	.	12	.	.	.
9. Ossidinge mit Bascho	18	.	18	.	.	.
10. Johann Albr. Höhe	22	7	29	1	3	4
11. Jabassi	10	2	12	.	1	1
12. Lolodorf	21	3	24	2	1	3
13. Ebolova	33	9	42	1	5	6
14. Bamenda	22	2	24	3	.	3
15. Fontemdorf	12	.	12	.	.	.
16. Banyo	6	.	6	.	.	.
17. Joko	9	.	9	.	.	.
18. Sanga Ngoko	40	.	40	.	.	.
19. Adamaua-Bornu	20	2	22	.	.	.
Gesamtsumme 1. 1. 06	794	102	896	18	19	37
Gesamtsumme 1. 1. 05	736	90	826	9	13	22
Zunahme	58	12	70	9	6	15

Geburten sind im gesamten Schutzgebiet 17 zu verzeichnen, davon 11 männliche und 6 weibliche.

Geburten bei der weifsen Bevölkerung im Jahre 1905/06.

Verwaltungsbezirk und Wohnort		männliche	weibliche	zusammen
Duala		4	3	7
Victoria		.	1	1
Kribi		2	.	2
Edea		.	.	.
Jaunde		.	.	.
Buea		2	1	3
Rio del Rey		.	.	.
Campo		.	.	.
Ossidinge mit Bascho		.	.	.
Johann-Alb. Höhe		.	.	.
Jabassi		.	.	.
Lolodorf		1	1	2
Ebolova		.	.	.
Bamenda		2	.	2
Fontemdorf		.	.	.
Banyo		.	.	.
Joko		.	.	.
Sanga-Ngoko		.	.	.
Garua		.	.	.
Summe	1906	11	6	17
	1905	5	6	11

II. Verteilung des Sanitäts-Personals.

Im Schutzgebiete waren tätig im Bereiche der Zivil-Verwaltung an Regierungsärzten:

1. 1 in Duala (zugleich Medizinalreferent von Kamerun);
2. 1 in Victoria;
3. 1 in Kribi;
4. 1 in Jaunde.

An letzteren beiden Orten war 1 Arzt aber nicht ständig anwesend, da aus äußeren Gründen ein mehrfacher Wechsel in der Stellenbesetzung eintreten mußte.

Außerdem wirkt in Ossindinge als Bezirksamtmann ein Arzt.

Im Sanitätsdienst in Duala sind noch tätig:

1. 1 Lazarettinspektor beim Reg.-Hospital Duala;
2. 1 Sanatoriumsverwalter (im Seesanatorium Suellaba);
3. 3 Schwestern des Deutschen Frauen-Vereins für Krankenpflege in den Kolonien.

Ferner wirkten mit an farbigen Lazarettgehilfen:

1. 9 in Duala (Reg.-Hospital);
2. 4 in Victoria;
3. 2 in Kribi;
4. 1 in Jaunde;
5. 1 in Edea;
6. 1 in Jabassi;
7. 1 in Buea.

Die farbigen Lazarettgehilfen bilden seit diesem Berichterstattungsjahr ein eigenes, uniformiertes Korps, das dem Medizinalreferenten unterstellt ist. Derselbe bewirkt ihre Ausbildung im Regierungshospital Duala, von wo sie den einzelnen Stationen überwiesen werden.

Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten dienten außerdem Sanitätskolonnen von Farbigen und zwar je eine:

1. in Duala von 4 Farbigen;
2. in Victoria von 3 Farbigen;
3. in Kribi von 2 Farbigen;
4. in Jaunde von 2 Farbigen.

Dieselben sind ebenfalls uniformiert und dem Medizinalreferenten unterstellt.

Im Bereiche der Militärverwaltung, d. h. auf den meisten Stationen des innerafrikanischen Plateaus Kameruns, waren nach dem Etat zu verwenden:

a) 11 Sanitätsoffiziere;
b) 14 Unteroffiziere.

Von den Sanitätsoffizieren war indes infolge von Beurlaubung und aus äußeren Gründen stets ein Bruchteil nicht im Schutzgebiet anwesend.

III. Krankenbewegung.

Eine ständige Wahrnehmung des ärztlichen Dienstes während des ganzen Jahres war nur in Duala und in Victoria möglich. Vollständig erschöpfende, vergleichende Zusammenstellungen über die Krankenbewegung in den einzelnen Bezirken lassen sich daher zur Zeit noch nicht geben.

Bezüglich der Sterblichkeit und Todesursache der Europäer vergleiche folgende Tabelle:

Todesursachen.

	Iststärke	Malaria	Schwarzwasserfieber	Dysenterie und Folgekrankheiten	Tuberkulose	Sonstige Krankheiten	Unglücksfälle, Verletzungen, Verwundungen usw.	Selbstmord	Summe der Fälle absolut	Gesamtsterblichkeit d. Angehörigen d. Schutzgebiets	
a. Ansässige.											
Duala	183	.	.	.	.	2	2	.	4	.	
Victoria	170	.	4	.	.	.	1	.	5	.	
Kribi	82	.	6	.	.	.	.	1	7	.	2 verstarben im Hospital Duala.
Edea	40	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Jaunde	45	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Buea	113	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Rio del Rey	13	.	1	.	.	.	.	.	1	.	
Campo	12	.	1	.	.	.	.	.	1	.	1 verstarb im Hosp. Duala (sterbend eingeliefert).
Ossidinge/Bascho	18	.	1	1	.	.	.	.	2	.	
Joh. Albr. Höhe	29	.	1	1	.	.	1	.	3	.	1 Verwundung vor dem Feinde.
Jabassi	12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Lolodorf	24	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Ebolova	42	.	.	.	.	.	3	.	3	.	2 ermordet von Eingeborenen, 1 Verwundung vor dem Feinde.
Bamenda	24	.	1	.	.	.	.	.	1	.	
Fontemdorf	12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Banyo	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Joko	9	.	.	.	.	.	1	.	1	.	vor dem Feinde gefallen.
Sanga-Ngoko	40	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Garua	22	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Summe a.	896	.	15	2	.	2	8	1	28	3,13%	
b. Nichtansässige	.	.	.	.	1	1	1	.	3	.	2 von Woermann-Dampfern — Besatzung. — 1 Reisender. (2 verstarben im Hospital Duala, 1 ertrank auf Reede im Kamerunfluß.)
Gesamtsumme	.	.	15	2	1	3	9	1	31	.	Hierzu vgl. namentliches Verzeichnis der Verstorbenen.

Ein richtiges Bild über die für die Europäer tatsächlich in Frage kommenden Faktoren, soweit es sich nicht um Unglücksfälle usw. handelt, die ja in einer werdenden Kolonie naturgemäß häufiger sind wie in Europa, gibt folgende Tabelle. Dieselbe be-

rücksichtigt allein die Mortalität infolge tropischer Krankheiten an den ganz besonders von Europäern bewohnten und früher besonders fieberberüchtigten Gegenden, auch unter Berücksichtigung der früheren Jahre.

Vergleichende Tabelle über Mortalität der Küstenbezirke infolge tropischer Krankheiten.

Bezirk	Iststärke 1903/04	Todesfälle absol.	%	Iststärke 1904/05	Todesfälle absol.	%	Iststärke 1905/06	Todesfälle absol.	%
Duala	172	7	4,07	176	5	2,87	182	.	.
Victoria	142	9	6,41	146	6	3,42	170	4	2,35
Kribi-Campo . .	77	1	1,30	92	5	5,55	94	7	7,45
Edea	40	.	.	42	1	2,40	40	.	.
Summe . . .	431	17	3,95	452	16	3,54	486	11	2,26

B. Kaiserliche Schutztruppe.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Götz.)

Bei einer durchschnittlichen Iststärke von 85 Europäern zeigte die Schutztruppe 208 Krankheitszugänge. Dienstfähig kamen 203 Kranke zur Entlassung, es starben 6, im Bestande blieben am 31. März 3 Kranke. Der Bestand vom Vorjahre betrug 4.

Die bez. Verhältnisse auch betr. des Zugangs nach Monaten sind aus den nachfolgenden Tabellen ersichtlich.

Tabelle I. Als Todesursachen sind genannt:

1 akute, hämorrhagische Nierenentzündung, Urämie;
1 Folgen einer Schußverletzung, kompliziert mit chronischer Malaria;
1 Septicämie (Folgen einer Schußverletzung);
2 Ruhr (1 kompliziert mit Leberabszeß und eitriger Bauchfellentzündung);
1 Schuß in den Kopf.

Tabelle II. Den höchsten Krankenzugang der einzelnen Monate zeigte der Monat März (28), den niedrigsten der Monat November (8). Allerdings zeigen auch die Kopfstärken ziemlich entsprechende Schwankungen (März 103 und November 78 als durchschnittliche Iststärke des Monats).

Tabelle I.

Krankheiten der Europäer der Kaiserlichen Schutztruppe vom 1. 4. 1905 bis 31. 3. 1906.

Iststärke: 85 Europäer.

Stationen	Iststärke	Malaria	Schwarzwasserfieber	Ruhr	Gelenkrheumatismus	Blutarmut	Sonnenstich	Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Ernährungsorgane	Krankheiten der Leber	Nierenentzündung	Blasenkatarrh	Venerische Krankheiten	Augenkrankheiten	Ohrenkrankheiten	Krankheiten d. äußeren Bedeckungen	Krankheiten der Bewegungsorgane	Schußverletzungen	Sonstige mechan. Verletzungen	Summe des Zugangs	Abgang: dienstfähig	Abgang: gestorben	Bestand bleibt	Behandlungstage
Bestand vom Vorjahr	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.
Duala	16	15	.	.	.	.	.	2	1	7	1	.	.	2	.	1	3	.	.	1	33	34	.	.	307
Joppo	12	9	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	17	16	.	1	67
Lolodorf	3	8	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10	10	.	.	66
Ebolova-Kam	5	11	1	1	1	.	1	1	.	1	2	.	.	.	.	.	1	1	1	.	22	21	.	1	213
Joko	4	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	8	7	1	.	56
Banyo	5	5	.	.	.	.	.	.	.	7	.	.	.	.	.	.	2	.	.	1	15	15	.	.	129
Tinto-Fontemdorf	6	13	.	.	.	1	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	19	19	.	.	106
Bamenda	5	4	1	.	2	.	.	1	1	1	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	13	15	1	.	156
Bascho	3	10	.	.	2	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	.	.	1	.	16	15	1	.	98
Garua	5	2	.	3	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	7	7	.	.	97
Dikora-Kusseri	8	10	3	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	2	.	.	2	20	20	.	.	173
6. Exp. Komp.	4	2	.	1	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	3	2	10	8	2	.	102
9. „ „	5	4	.	2	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	2	3	1	14	13	1	.	220
10. „ „	4	2	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	3	.	1	84
Summe des Zugangs	85	102	5	8	6	1	1	4	4	31	5	2	1	2	1	2	12	5	9	7	208	203	6	3	1874
Abgang dienstfähig	.	103	6	7	4	1	1	4	4	32	4	1	1	2	1	2	12	5	6	7	.	203	.	.	.
Abgang gestorben	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	6	.	.
Bestand bleibt	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
Behandlungstage	.	569	135	153	106	22	12	23	35	215	75	28	6	86	6	20	127	36	73	147	.	.	.	.	1874

Tabelle I.

Krankheiten der Europäer der Kaiserlichen Schutztruppe vom 1. 4. 1905 bis 31. 3. 1906.

Iststärke: 85 Europäer.

Stationen	Iststärke	Malaria	Schwarzwasserfieber	Ruhr	Gelenkrheumatismus	Blutarmut	Sonnenstich	Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Ernährungsorgane	Krankheiten der Leber	Nierenentzündung	Blasenkatarrh	Venerische Krankheiten	Augenkrankheiten	Ohrenkrankheiten	Krankheiten d. äußeren Bedeckungen	Krankheiten der Bewegungsorgane	Schußverletzungen	Sonstige mechan. Verletzungen	Summe des Zugangs	Abgang: dienstfähig	Abgang: gestorben	Bestand bleibt	Behandlungstage
Bestand vom Vorjahr	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.
Duala	16	15	.	.	.	.	.	2	1	7	1	.	.	2	.	1	3	.	.	1	33	34	.	.	307
Joppo	12	9	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	17	16	.	1	67
Lolodorf	3	8	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10	10	.	.	66
Ebolova-Kam	5	11	1	1	1	.	1	1	.	1	2	.	.	.	.	.	1	1	1	.	22	21	.	1	213
Joko	4	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	8	7	1	.	56
Banyo	5	5	.	.	.	.	.	.	.	7	.	.	.	.	.	.	2	.	.	1	15	15	.	.	129
Tinto-Fontemdorf	6	13	.	.	.	1	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	19	19	.	.	106
Bamenda	5	4	1	.	2	.	.	1	1	1	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	13	15	1	.	156
Bascho	3	10	.	.	2	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	.	.	1	.	16	15	1	.	98
Garua	5	2	.	3	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	7	7	.	.	97
Dikora-Kusseri	8	10	3	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	2	.	.	2	20	20	.	.	173
6. Exp. Komp.	4	2	.	1	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	3	2	10	8	2	.	102
9. „ „	5	4	.	2	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	2	3	1	14	13	1	.	220
10. „ „	4	2	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	3	.	1	84
Summe des Zugangs	85	102	5	8	6	1	1	4	4	31	5	2	1	2	1	2	12	5	9	7	208	203	6	3	1874
Abgang dienstfähig	.	103	6	7	4	1	1	4	4	32	4	1	1	2	1	2	12	5	6	7	.	203	.	.	.
Abgang gestorben	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	6	.	.
Bestand bleibt	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
Behandlungstage	.	569	135	153	106	22	12	23	35	215	75	28	6	86	6	20	127	36	73	147	.	.	.	.	1874

Tabelle II.

Erkrankte Europäer der Kaiserlichen Schutztruppe.

Iststärke: 85 Köpfe.

Monat	Iststärke	Malaria	Schwarzwasserfieber	Ruhr	Gelenkrheumatismus	Blutarmut	Sonnenstich	Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Ernährungsorgane	Krankheiten der Leber	Nierenentzündung	Blasenkatarrh	Venerische Krankheiten	Augenkrankheiten	Ohrenkrankheiten	Krankheiten d. äuß. Bedeckungen	Krankheiten der Bewegungsorgane	Schußverletzungen	Sonstige mechanische Verletzungen	Summe des Zugangs	Abgang: dienstfähig	Abgang: gestorben	Behandlungstage
Bestand vom Vorjahre	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.		.	.	.	.	.	.	.
April 1905	80	7	1	.	.	.	.	1	1	5	1	.	.	.	.	.	1	1	.	.	18	23	.	161
Mai	100	6	.	1	1	.	.	.	.	3	1	.	.	.	.	.	3	.	1	2	18	17	.	152
Juni	95	13	.	2	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18	22	.	141
Juli	75	15	.	1	.	.	.	.	.	4	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	23	21	.	173
August	78	10	.	.	.	1	.	.	.	3	.	.	.	.	1	.	2	1	1	.	19	20	1	181
September	75	8	1	.	.	.	.	.	.	4	.	1	.	.	.	1	1	.	1	.	17	15	1	91
Oktober	77	5	.	1	1	.	.	.	.	3	1	.	.	1	.	.	1	.	2	.	15	13	.	153
November	78	2	1	.	2	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8	9	.	107
Dezember	82	6	1	1	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	1	3	1	16	13	1	170
Januar 1906	80	5	.	1	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	1	1	3	16	12	3	174
Februar	95	7	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	12	11	.	102
März	101	18	.	.	1	.	.	1	2	3	.	.	1	.	.	.	2	.	.	.	28	27	.	269
Summe des Zugangs	.	102	5	8	6	1	1	4	4	31	5	2	1	2	1	2	12	5	9	7	208	203	6	1874
Abgang { dienstfähig	.	103	6	7	4	1	1	4	4	32	4	1	1	2	1	2	12	5	6	7	.	203	.	.
Abgang { gestorben	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	6	.
Bestand bleibt	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Behandlungstage	.	569	135	153	106	22	12	23	35	215	75	28	6	86	6	20	127	36	73	147	.	.	.	1874

Tabelle II.

Erkrankte Europäer der Kaiserlichen Schutztruppe.

Iststärke: 85 Köpfe.

Monat	Iststärke	Malaria	Schwarzwasserfieber	Ruhr	Gelenkrheumatismus	Blutarmut	Sonnenstich	Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Ernährungsorgane	Krankheiten der Leber	Nierenentzündung	Blasenkatarrh	Venerische Krankheiten	Augenkrankheiten	Ohrenkrankheiten	Krankheiten d. äuß. Bedeckungen	Krankheiten der Bewegungsorgane	Schußverletzungen	Sonstige mechanische Verletzungen	Summe des Zugangs	Abgang: dienstfähig	Abgang: gestorben	Behandlungstage
Bestand vom Vorjahre	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
April 1905	80	7	1	.	.	.	.	1	1	5	1	.	.	.	.	.	1	1	.	.	18	23	.	161
Mai	100	6	.	1	1	.	.	.	.	3	1	.	.	.	.	.	3	.	1	2	18	17	.	152
Juni	95	13	.	2	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18	22	.	141
Juli	75	15	.	1	.	.	.	.	.	4	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	23	21	.	173
August	78	10	.	.	.	1	.	.	.	3	.	.	.	.	1	.	2	1	1	.	19	20	1	181
September	75	8	1	.	.	.	.	.	.	4	.	1	.	.	.	1	1	.	1	.	17	15	1	91
Oktober	77	5	.	1	1	.	.	.	.	3	1	.	.	1	.	.	1	.	2	.	15	13	.	153
November	78	2	1	.	2	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8	9	.	107
Dezember	82	6	1	1	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	1	3	1	16	13	1	170
Januar 1906	80	5	.	1	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	1	1	3	16	12	3	174
Februar	95	7	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	12	11	.	102
März	101	18	.	.	1	.	.	1	2	3	.	.	1	.	.	.	2	.	.	.	28	27	.	269
Summe des Zugangs	.	102	5	8	6	1	1	4	4	31	5	2	1	2	1	2	12	5	9	7	208	203	6	1874
Abgang { dienstfähig	.	103	6	7	4	1	1	4	4	32	4	1	1	2	1	2	12	5	6	7	.	203	.	.
Abgang { gestorben	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	6	.
Bestand bleibt	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Behandlungstage	.	569	135	153	106	22	12	23	35	215	75	28	6	86	6	20	127	36	73	147	.	.	.	1874

C. Regierungs-Hospital Duala und Bezirk Duala.

(Berichterstatter Marine-Oberstabsarzt Dr. Ziemann.)

Die Statistik des Krankenhauses gibt nur ein Bild von der Inanspruchnahme der Anstalt, nicht ein Bild der Gesundheitsverhältnisse des Platzes an und für sich. Im Krankenhause finden nicht nur die Bewohner Dualas und des Bezirks, sondern auch viele Kranke aus dem ganzen Gebiet (besonders dem Küstengebiet), Aufnahme.

Im Jahre 1905/06 wurden im Regierungskrankenhause, einschließlich 7 Kranke vom Bestand, 151 Patienten behandelt.

Der Zugang betrug 144 Patienten.

Geheilt wurden 130.

Es starben 5 (3 an Nierenverstopfung infolge von Schwarzwasserfieber, 1 an Lungentuberkulose, 1 an Hirnhautentzündung).

Anderweitig gingen 7 Patienten ab. Von diesen wurden 6 nach Deutschland gesandt, 1 (wegen Lungentuberkulose) vorerst nach Las Palmas entlassen, um ein Eintreffen in Deutschland während der Wintermonate zu umgehen.

Im Bestand verbleiben am 31. März 9 Kranke.

Die Summe der Behandlungstage beträgt 2084.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt demnach 13,8 Tage pro Kranken, der tägliche Krankenstand 5,7 Personen.

Außerhalb der ärztlichen bzw. Hospitalbehandlung starben im Bezirk Duala 3 Personen.

In ärztlicher Behandlung, aber nicht im Hospital, verschied die Frau eines Missionars (Fehlgeburt) unter den Erscheinungen der Herzschwäche, und das Kind eines Missionskaufmanns mit Erscheinungen einer Gehirnentzündung. Im letzteren Falle war fast sicher Vergiftung (Racheakt eines Farbigen) anzunehmen.

Von den 10 im ganzen Verstorbenen (5 in und 5 außerhalb der Hospitalbehandlung) waren nur 4 im Bezirk Duala ansässig. Da von diesen 4 Personen 2 durch Ertrinken bei einer nächtlichen Kanufahrt im Kamerunfluß, 1 im Wochenbett und 1 durch Vergiftung starben, ist also von den 183 Bewohnern des Bezirks Duala keiner an tropischen Krankheiten gestorben.

Krankheiten in Gruppen.

Gruppe I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Nr. 11. Pyämie.

Ein Fall von eigenartiger Septico-Pyämie mit multiplen Muskelabscessen betrifft einen Pflanzer, der schon seit dem Jahre 1893 an der Kamerunküste tätig ist und sich während der ganzen Zeit eines fast steten Wohlseins erfreute. Seit Jahren hatte er keinen Fieberanfall mehr.

Auf der Rückkehr vom Heimatsurlaub erkrankte er mit ständigem, hohem Fieber. Er hatte sich bei der Abreise von Hamburg stark erkältet (Mandelentzündung). Schwellungen und Schmerzen in der Nähe einiger Gelenke täuschten dem Schiffsarzt zuerst Gelenkrheumatismus vor.

Bei der Aufnahme in das Regierungshospital bestand hochgradige Cyanose, sehr starkes Lungen-Emphysem, starke Pulsbeschleunigung und schmerzhafte, mächtige, zum Teil sehr harte Infiltrationen der ganzen Muskulatur des linken Oberschenkels und des rechten Oberarms. Im steril entnommenen Blut und Eiter eigenartige Kokken, die morphologisch zwischen den Strepto- und Staphylokokken standen. Dieselben verursachten, in Agar-Agar-Kultur in steriler Aufschwemmung einem Kaninchen subkutan eingespritzt, wiederum multiple Abscesse. Leider ging später die fortgezüchtete Kultur durch Zerbrechen der betreffenden Gläser verloren.

Nach Spaltung der Infiltrationen anfangs nur wenig grauer, nicht riechender Eiter entleert. Der Hämoglobingehalt sank bis auf 40 %. Später hochgradiges Ödem des rechten Beines und eitrige, rechtsseitige Brustfellentzündung. Letztere ging nach Thoracotomie zurück. Wechselnd traten immer neue Infiltrationen anderer Muskeln mit sehr geringer Neigung zu Vereiterung auf. Charakteristisch war besonders eine lang dauernde, fast knorpelharte Infiltration des rechten Musculus Sternocleido-mastoideus. Im Befinden des Patienten trat unter Anwendung einer Kur mit Crédéscher Salbe und Verabreichung von Hämatogen langsame Besserung ein. Am Schlusse des Berichtsjahres hat sich der Hämoglobingehalt auf 70 % gehoben. Allgemeinbefinden, Schlaf und Appetit sind gut und besteht begründete Hoffnung, daß Patient in nicht allzuferner Zeit wieder vollständig hergestellt wird. Es handelt sich zweifellos um eine, auch bei Negern nicht seltene Krankheit sui generis.

Nr. 16. Malariafieber.

Mit 4 vom Bestand und 64 Patienten vom Zugang wurden zusammen 68 Personen an Malariafieber im Hospital behandelt. Es handelte sich in allen Fällen um Malaria perniciosa. Im Zugang kamen nur 22 Neuerkrankungen und 42 Rückfälle.

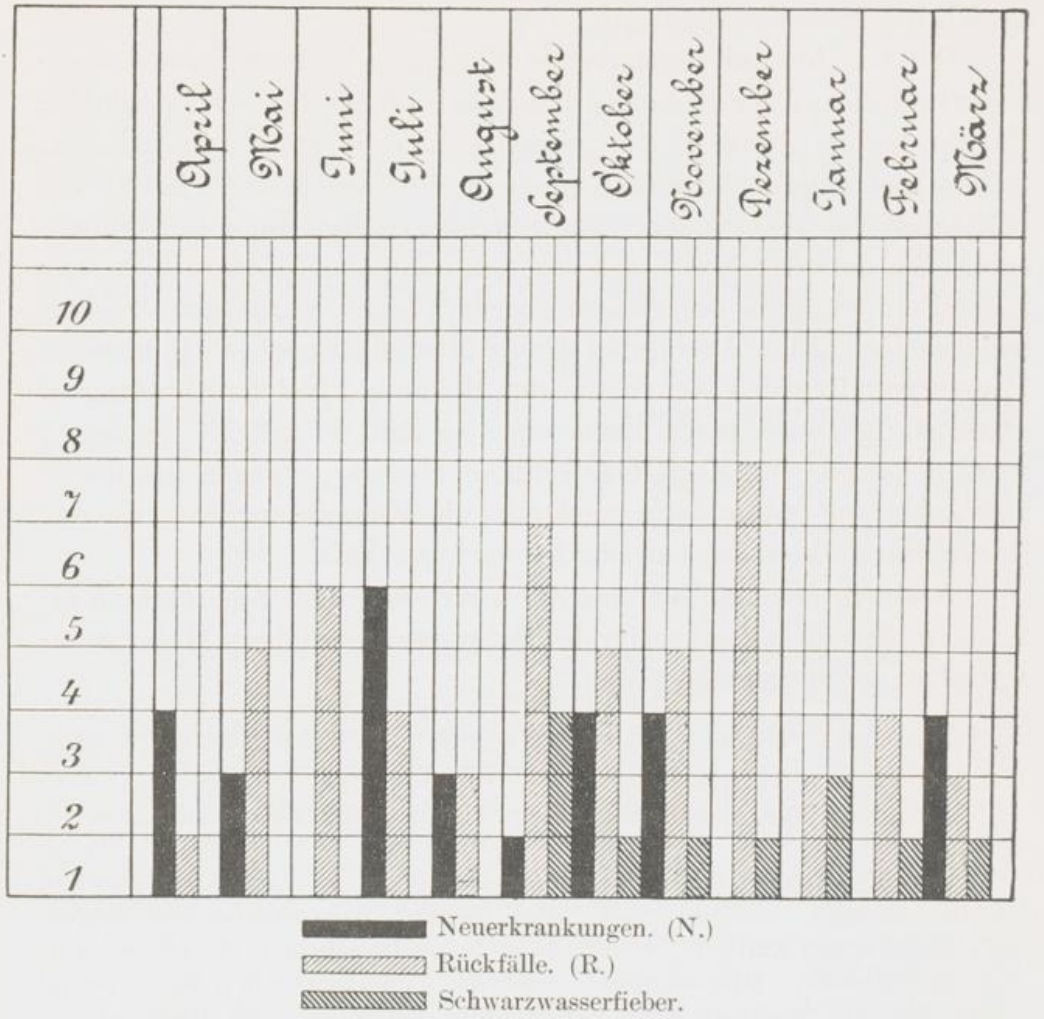
Zugangsmonate		Neuerkrankung	Rückfälle	Summe
1905	April	3	1	4
	Mai	2	4	6
	Juni	.	5	5
	Juli	5	3	8
	August	2	2	4
	September	1	5	6
	Oktober	3	4	7
	November	3	4	7
	Dezember	.	7	7
1906	Januar	.	2	2
	Februar	.	3	3
	März	3	2	5
	Summe	22	42	64

Auf der Höhe der Trockenzeit Dezember-Februar fehlten Neuerkrankungen gänzlich. Sämtliche während dieser Zeit in Behandlung gekommenen Fälle waren Rückfälle früherer Erkrankungen. Bemerkenswert ist das frühe Eintreten von Neuerkrankungen schon im Anfang März, also noch in der Trockenzeit. Anopheles konnten auch in der Zeit des Wiedereinsetzens der Neuerkrankungen nicht gefunden werden. Es wird sich also in diesen Fällen wahrscheinlich um Anophelinen, die in Negerhütten überwinterten, gehandelt haben.

Bei einem Patienten bestand als Komplikation Infektion durch Filaria loa und Syphilis. Heimsendung.

Bei einem anderen Patienten trat im Verlauf der Malariaerkrankung Brustfellentzündung, später Schwarzwasserfieber hinzu. Ein 3 wöchiger Erholungsurlaub nach Suellaba stellte die völlige Dienstfähigkeit wieder her. Bei einem 3. Patienten traten in der Folge mehrfache Schwarzwasserfieberanfälle auf. Der Mann hatte während seines fast 1½ jährigen Aufenthaltes in Kamerun trotz mehrfacher Malariaerkrankungen keine Chininprophylaxe geübt. Schon Gaben von 0,1 g Chinin lösten bei ihm Schwarzwasserfieber aus; doch gewöhnte er sich im Laufe der Behandlung an Chinin. Patient wurde heimgesandt, da seine ungemeine Neigung zu Schwarzwasserfiebern eine weitere Tätigkeit im Schutzgebiet ausschloß.

Zugänge an Malaria (N. und R.) und Schwarzwasserfieber.



Nr. 16a. Schwarzwasserfieber.

Von den 10 Zugängen kamen im 2. und 3. Vierteljahr je 3, im 4. Vierteljahr 4 Patienten in Behandlung. Von diesen waren 2 aus der Umgegend von Kribi, 1 von Longji, 1 von Campo, 6 von Duala.

Bei 2 Patienten (aus dem Bezirk Kribi), die mit schon bestehender, absoluter Nierenverstopfung zugingen und einem Patienten aus Campo, der bereits sterbend hier ankam, endete das Leiden tödlich. 6 Patienten wurden geheilt entlassen; es waren dies zumeist leichte bzw. mittelschwere Fälle; 1 bleibt im Bestand, ist aber in der Heilung begriffen (sehr schwer verlaufende Erkrankung). In allen Fällen waren mehrfache Malariafiebererkrankungen voraufgegangen; 1 Patient hatte bereits einmal, 1 zweimal,

1 schon 3 mal Schwarzwasserfieber überstanden. Bei 7 handelte es sich um Ersterkrankungen.

Der im Bestand verbleibende Patient (viertes Schwarzwasserfieber) zeigte auf der Höhe der Krankheit 10 bis 11 % Hämoglobin. Es war bereits tiefes Coma eingetreten. Sauerstoffinhalationen, Äther und Digalen subkutan sowie Kochsalzinfusionen halfen die Herzschwäche überwinden. Danach noch einige Tage Benommensein. An der Streckseite des rechten Unterarms bildete sich sehr schnell ein Gangrän der ganzen oberflächlichen Vorderarmstrecker, welches die völlige Abtragung dieser Muskelgruppen nötig machte. Hierzu gesellten sich Neuritis beider Beine und Netzhautblutungen. Dann stetig zunehmende Besserung, so daß er geheilt entlassen werden konnte und nach Deutschland abreiste. Gegen ärztlichen Rat kehrte er später doch wieder in die Kolonie zurück. Es war der schwerste bis jetzt von mir beobachtete Fall.

Nicht in allen Fällen war der mikroskopische Nachweis zu erbringen, daß dem Ausbruche des Schwarzwasserfiebers Malaria unmittelbar vorausgegangen war.

Nr. 19. Tuberkulose der ersten Luftwege und der Lungen.

2 Zugangsfälle, von denen einer verstarb, der andere heimgesandt wurde.

Der I. Offizier eines Woermann-Dampfers erkrankte, wie schon einige Monate vorher, mit abendlichen Temperatursteigerungen, Schwindelgefühl, starkem, nächtlichem Schweißausbruch, Atembeschwerden und Husten. Mikroskopisch reichlich Tuberkelbazillen im Auswurf nachgewiesen. Verstarb nach zwölftägiger Behandlung im Hospital.

Bei einem Materialienverwalter vom Hauptmagazin Duala wurden während der Hospitalbehandlung, die er wegen zunehmender Schwäche, Husten, Abmagerung und ständigem abendlichen Fieber aufgesucht hatte, Tuberkelbazillen im Auswurf nachgewiesen. Der angeblich früher kerngesunde Mann war im September 1905 beim Verladen von Gütern mit dem Boot gekentert und mit knapper Not, schon bewußtlos, aus dem Flusse gezogen worden. Seitdem hat er sich nicht mehr recht erholt. Da seine Heimkehr nach Deutschland Ende November im Interesse seiner Gesundheit möglichst umgangen werden sollte, zunächst Beurlaubung nach Teneriffe. Auch dort keine Besserung.

Nr. 22. Ruhr.

5 Zugangsfälle, reine Bazillen-Ruhr. In einem Falle wurden gleich bei der Aufnahme dem Kranken, der schon längere Zeit an der Erkrankung litt, 10 ccm Shiga'sches Anti-Dysenterie-Serum eingespritzt. Überraschend schnelle Heilung. Heilung in allen

Fällen. Im übrigen bestand die Behandlung außer in Regelung der Diät, in Verabreichung von Simaruba-Granatwurzelessenz und Bismut. subnitric. bzw. Calomel.

Nr. 36. Vergiftungen.

Betrifft einen Fall von Arsenikvergiftung. Im Anschluß an eine Kur mit Sol. Fowl. entwickelte sich bei dem Patienten ein über den ganzen Körper verbreiteter, heftig juckender, urticariaähnlicher Ausschlag mit nachfolgender Blasen- und Pustelbildung wie bei Pemphigus, außerdem starke Darmreizung. Warme Bäder, Eröffnung der Blasen, Streupulver und Salbenverbände, sowie Aussetzen der Arsenikkur führten zur Heilung.

Nr. 40. 1 Fall von Sonnenstich, kompliziert durch Malaria pern. Geheilt.

1 Fall vom Bestand und 5 Zugangsfälle betreffen Leute, die als Rekonvalescenten dem Hospital überwiesen und später zu völliger Wiederherstellung nach Suellaba zu einem Erholungsaufenthalt geschickt wurden.

Gruppe II. Erkrankungen des Nervensystems.

Nr. 44. Hirnhautentzündung.

Eine Reisende, die Kamerun vorübergehend besuchte, hatte, trotzdem sie wegen eines schweren Herzfehlers schon in Deutschland monatelang Digitalis gebraucht hatte, eine mehrtägige, sehr anstrengende Busch-tour unternommen. Auf der Tour erkrankte sie an schwerer Malaria mit Dysenterie. Trotzdem unter energischer Behandlung die Malaria schwand und die Dysenterie zurückging, trat unter zunehmenden meningitischen Erscheinungen und Herzcollaps am fünften Behandlungstage im Hospital der Tod ein. Obduktion. Neben eitriger Gehirnhautentzündung vitium cordis (Mitralinsufficienz) und ausgesprochene Leberverfettung, Dysenteriegeschwüre mit Amöba Nistolytica.

Nr. 45. Krankheiten des Gehirns. 1 Fall von Neuritis beider Beine wurde in 6 tägiger Behandlung geheilt.

1 Fall von Polyneuritis betraf einen schon längere Zeit in Kamerun tätigen Mann. Vorausgegangen starker Alkoholismus, viele seelische Aufregungen und mehrfache Schwarzwasserfieber. Bei dem anämischen Patienten bestanden lähmungsartige Schwächen beider Beine und mäßige irreguläre Temperatursteigerungen. Im Blut reichlich polychromatophile rote Blutkörper, aber keine Malariaparasiten. Heimsendung. Während der Seereise völlige Besserung unter Eisentherapie und vorsichtiger Chinin-Gewöhnung.

Nr. 51. Hysterie.

Betraf eine Frau mit lange bestehender Retroflexio uteri und Pleuritis sicca. Es kam noch allgemeine Furunkulose hinzu, die ebenso wie die Pleuritis bei Abreise nach Deutschland fast beseitigt war. Kaleidoskopartige, wechselnde, hysterische Beschwerden. Später Heilung.

Nr. 52. Andere Krankheiten des Nervensystems.

1 Fall von Hypochondrie und 2 Fälle von Migräne. Bei den Migränefällen war intensive, häufige Sonnenbestrahlung jedenfalls die Ursache des Leidens. In einem Falle trat Heilung ein, im zweiten, nach einem mehrwöchigen Erholungsaufenthalt im Gebirge, ebenfalls Wiederherstellung zur Dienstfähigkeit. Der an Hypochondrie leidende Kranke trat kurze Zeit nach der Entlassung aus der Behandlung ohne weiteres die Heimreise an.

Gruppe III. Krankheiten der Atmungsorgane.

Nr. 54. Katarrhe.

1 Fall von Kehlkopf- und Nasenkatarrh, 1 Fall von Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh; beide geheilt.

Nr. 60. Brustfellentzündung.

2 Fälle, von denen der eine geheilt, der andere dienstunfähig in die Heimat gesandt wurde. Der letztere Fall betrifft einen Beamten, der erst einige Monate in der Kolonie war. Gleich nach dem Eintreffen an schwerem Magen-Darmkatarrh, später an Malariafieber erkrankt, dann trockene Brustfellentzündung im Anschluß an Malaria. Auswurf nicht vorhanden. Doch schien die Annahme, die Brustfellentzündung beruhe auf tuberkulöser Basis, durchaus berechtigt. Starke Neurasthenie, zur Zeit tropendienstunfähig.

Gruppe IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.

Nr. 70. Hämorrhoiden.

1 Fall von Hämorrhoiden. Nach Excision der Knoten trat Heilung ein.

Nr. 79. Mastitis.

1 Fall von Mastitis. Nach Vereiterung und Spaltung der Drüsen schnelle Heilung.

Gruppe V. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Unwesentliche Erkrankungen mit Ausnahme von

Nr. 92. Unterleibsbrüche.

1 Fall von Leistenbruch. Radikaloperation nach Bassini. Heilung.

Nr. 95. Blinddarmentzündung.

1 Fall war im Bestand, 1 kam zur Entlassung als geheilt.

Nr. 98. Krankheiten der Leber.

Es handelte sich bei drei Patienten um Leberentzündung. Die betreffenden Leute waren schon längere Zeit in der Kolonie bzw. in den Tropen. 1 Fall wurde geheilt, 1 Patientin (katholische Schwester) wurde

wegen ihres Leidens in die Heimat gesandt. Der dritte Patient bleibt im Bestand. Er wurde später heimgesandt und trat schon während der Heimsendung unter Eisumschlägen völlige Heilung ein.

Gruppe VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Nr. 104. Blasenkatarrh.

2 Fälle, die geheilt wurden.

Nr. 107. Krankheiten der Eichel und Vorhaut.

1 Fall von Phimose wurde operiert. Heilung.

Gruppe VII. Venerische Krankheiten.

Nr. 112. Tripper.

4 Fälle von Tripper heilten unter Einspritzungen bzw. Spülungen von Protargol bzw. Albargin und Verabreichung von Balsam. Copaivae bzw. Gonosan. In zwei Fällen handelte es sich um Jahre alten Tripper mit heftigstem, schmerzhaftesten Blasenkatarrh. Es waren ganz ungewöhnlich schwere Fälle, bei denen die Spülungen der immer empfindlichen Harnröhre trotz Kokainlösung stärkste Nervenzufälle hervorriefen. Indes trat doch schließlich Heilung ein. Die Neuerkrankungen waren in Duala erworben.

Nr. 117. Syphilis.

2 Zugänge, bei denen es sich in einem Falle um eine Neuerkrankung, im anderen um einen Rückfall handelte. Während bei der Neuerkrankung alle Erscheinungen unter Schmierkur schnell zurückgingen, bildete sich im Verlauf der Schmierkur bei dem Rückfall eine heftige Stomatitis aus. Bei dem als Neuerkrankung geführten Falle hatte die floride Syphilis schon vier Monate bestanden, mit einer derartig kolossalen Ausbreitung des großfleckigen Exanthems, wie es wohl nur selten sich findet. Gleichzeitig litt der Betreffende, ein sogenannter alter Afrikaner, der kein Chinin nahm, auch an latenter Perniciosa. Im Blute war die von Schaudinn gefundene Spirochaeta pallida nachweisbar.

Gruppe VIII. Augenkrankheiten.

Nr. 128. Entzündung der Regenbogenhaut.

2 Fälle von Entzündung der Regenbogenhaut. Bei einem der Kranken war Syphilis voraufgegangen und stellte sich die Erkrankung kurz nach Beendigung einer antisyphilitischen Spritzkur ein. Unter entsprechender Behandlung mit Atropineinträufelungen, Schmierkur usw., Heilung.

Nr. 131. Krankheiten der Sehnerven und der Netzhaut.

1 Fall von Netzhautablösung am rechten Auge als Folge einer Schußverletzung kam in Zugang. Patient konnte dienstfähig entlassen werden.

Nr. 134. Andere Augenkrankheiten.

Bei einem Gouvernementsbeamten traten als Folgeerscheinung von Schwarzwasserfieber Glaskörpertrübungen beider Augen auf. Die Erkrankung ging zwar zurück, doch mußte der Kranke als tropendienstunfähig in die Heimat zurückgesandt werden. Es bestand bei ihm eine ungewöhnliche Neigung zu Schwarzwasserfiebern, und war die Gefahr, durch Überstehen weiterer Erkrankungen eine dauernde Gesundheitsschädigung (Erblindung) davonzutragen, für ihn naheliegend.

Gruppe X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Nr. 141 betrifft 1 Fall von Ekzem. Geheilt.

Nr. 144. Panaritium. Geheilt.

Nr. 145. Zellgewebsentzündung. 1 Bestand, 3 Zugänge.

Der Kranke aus dem Bestand litt an tiefen Abscessen der Bauchwand und am linken Hüftgelenk. Operation war in der Chloroformnarkose vorgenommen worden. Heilung ging sehr rasch von statten und konnte nach abgelaufener Dienstzeit die Heimreise erfolgen.

Die Zugänge zeigten 1 Zellgewebsentzündung am linken Fuße, einen Abceß am linken Oberschenkel und eine Zellgewebsentzündung der rechten Hohlhand. Letzter Fall bleibt im Bestande.

Nr. 146. Furunkel.

Eine ganz kolossale, allgemeine Furunkulose betraf eine Schwester der katholischen Mission, die im Bestand verbleibt. Zuckerkrankheit war nicht nachweisbar. Später trat unter Eisenbehandlung Heilung ein. Arsenikkur wurde nicht vertragen.

Nr. 148. Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

1 Fall von Tropenschwellung (Calabarschwellung) konnte geheilt entlassen werden. Blutuntersuchungen liegen über den Fall nicht vor.

Gruppe XII. Mechanische Verletzungen.

Nr. 172. Knochenbruch des Unterschenkels. 1 Mann zog sich durch Fall an Deck eines Dampfers einen Knöchelbruch des rechten Unterschenkels zu. Nach 16tägiger Behandlung völlig dienstfähig aus dem Hospital entlassen.

Nr. 188. Hieb- und Schnittwunden. 1 Schnittwunde am rechten Vorderarm, durch Glas entstanden; Heilung.

Zahnärztliches.

Referent hatte oft Gelegenheit, Zähne zu ziehen und auch Plombierungen vorzunehmen.

Farbige.

Im Farbigenhospital waren am 1. April 23 Kranke im Bestand. Der Zugang betrug 576 Kranke, in Summe wurden 599 Patienten behandelt.

512 Kranke wurden geheilt entlassen.

Es starben an Malaria 2, Ruhr 14, Ak. Gelenkrheumatismus 1, infolge von hinzugetretenem Herzfehler an allgemeiner Erschöpfung 1, Lepra 1, Schlafkrankheit 2, Folgen von Verschüttung (Erstickung) mit Erschütterung und starker Quetschung des ganzen Körpers 1, Lungenentzündung 5, Herzschwäche infolge von Verblutung 1, eingeklemmtem Bruch 4, chron. Unterschenkelgeschwür (hinzugetretene Blutvergiftung, allgem. Erschöpfung) 1, Zellgewebsentzündung 2, Hieb- und Schnittwunden 1, in Summe 36 Kranke.

Anderweitig kamen 20 Kranke ungeheilt zur Entlassung wegen Leiden, die nur durch eine längere Hospitalbehandlung oder auch trotz einer solchen nicht behoben werden konnten (zumeist wegen Lepra). Die betreffenden Kranken wurden, da es hier leider noch kein Lepraheim gibt, ungeheilt in ihre Heimat entlassen.

Im Bestand bleiben am 31. März 1906 im Farbigenhospital 32 Kranke.

Die Zahl der Behandlungstage betrug 10 050.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 16,8 Tage.

Täglich wurden 27,5 Kranke im Hospital verpflegt.

Gruppe I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Nr. 1. Pocken.

1 Mann war im Bestand. Die 4 Zugangsfälle stammten von außerhalb. 1 Mann wurde im Zustande tiefster Erschöpfung von Missionsangehörigen an der Straße liegend aufgefunden und dem Hospital zugeführt. Hier wurden Pocken festgestellt und der Kranke in einer zu diesem Zwecke außerhalb der Stadt erbauten Hütte unter strenger Bewachung isoliert. Typische, langdauernde Erkrankung. Die drei anderen Fälle gingen später zu. 2 Leute, die sich außerhalb Dualas angesteckt hatten, waren Arbeiter (Träger) von Duala-Händlern. Der letzte Fall betraf einen Jungen, der weiter flußaufwärts im Innern bei einem farbigen Faktoristen als Boy beschäftigt war. Schon erkrankt, entlief er von dort und suchte in Duala bei seiner Familie Unterkunft. Erst nach energischer Reklamation lieferten die Angehörigen den Kranken an das Hospital ab.

Ausgedehnte Desinfektionen der benachbarten Häuser und der Wohnung, in denen die Pockenkranken sich aufgehalten, Durchimpfung der Bewohner und der benachbarten Häuser und Isolierung der Kranken wurden in allen Fällen durchgeführt, so daß diese Fälle sporadische blieben.

Nr. 2. Windpocken.

Diese Krankheitsform herrscht im Küstengebiet fast ständig. Bei allen in Behandlung kommenden Fällen wird der Kranke isoliert, da die Bevölkerung stark für die Krankheit empfänglich ist.

Nr. 4. Masern herrschen, wie ich 1900 zuerst nachwies, ebenfalls endemisch fast ständig, sind jedoch in größerer Ausdehnung noch nicht beobachtet worden.

In ambulante Behandlung kamen auch mehrere Fälle von Röteln.

Scharlach und Diphtherie kamen trotz aller Nachforschung im Berichtsjahr nicht zur Beobachtung.

Nr. 16. Malariafieber. Die in das Hospital aufgenommenen Fälle betrafen vielfach Farbige aus dem Hinterlande, die an das Küstenklima nicht gewöhnt waren. (Buschleute.) Die Erkrankungen verliefen zum Teil sehr hartnäckig, brachten die Patienten stark herunter und erforderten lange Zeit zur Wiederherstellung; 26,7 Tage durchschnittliche Behandlungsdauer. 2 Mann starben, die schon im schlechtesten Ernährungszustande sich vorher befunden hatten.

Nr. 22. Ruhr (Dysenterie). Fast ständig sind Kranke, die an Dysenterie leiden, im Farbigenhospital in Behandlung. Der größte Teil der im Regierungshospital Duala behandelten Dysenteriekranken war von Jabassi überwiesen worden.

Der Zugang betrug im Jahre 1902/03 = 35
„ „ „ „ „ 1903/04 = 62
„ „ „ „ „ 1904/05 = 66
„ „ „ „ „ 1905/06 = 54

Nr. 27. Akuter Gelenkrheumatismus.

Durchschnittliche Behandlungsdauer 26 Tage. 1 Kranker verstarb an hinzugetretenem Herzfehler.

Nr. 30. Blutarmut.

3 Fälle von infolge langedauernder, öfters rückfälliger Malaria entstandener Blutarmut wurden, nachdem die Ursache des Leidens festgestellt, in ambulante Behandlung (strenge Chininkur) genommen und geheilt.

Nr. 39. Bösartige Geschwülste.

1 Fall von bösartiger Geschwulst (nähere Diagnose findet sich nicht erwähnt) im Unterleib, einen älteren Neger betreffend. Ungeheilt entlassen.

Außerdem sind erwähnt:

2 Fälle von Krebs (1 Brustkrebs, 1 Krebsgeschwür der Vulva). Der Fall von Brustkrebs war Bestand vom Vorjahr. Es war die Entfernung der linken Brust und die Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen worden. Glatte Heilung. Die Frau ist bis jetzt dauernd gesund geblieben. Das angebliche Krebsgeschwür der Vulva wurde ebenfalls total entfernt und hat bis jetzt (1 Jahr) keinen Rückfall gezeigt.

Nr. 40. Andere Krankheiten usw. 2 Fälle von Beri-beri der paralytischen Form, von denen 1 geheilt wurde, einer im Bestande bleibt.

5 Fälle von Filariosis. Es kamen vor: Filaria Bankrofti und Filaria loa oder perstans (letztere beide wahrscheinlich identisch) und eine Filarie, deren Embryonen um gut ein Drittel kleiner und schlanker, aber noch viel beweglicher sind, wie der Filaria perstans (von mir als Filaria parva vivax bezeichnet).

13 Fälle Lepra. Es handelte sich vorwiegend um die nervöse Form. Die Kranken wurden als nicht Gegenstand der ärztlichen Behandlung der Pflege ihrer Angehörigen übergeben und weiter in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle gehalten. Da die Duala ihre Leprösen nicht isolieren und weiter mit ihnen verkehren, trotzdem ihnen die Krankheit und ihre ansteckende Natur wohl bekannt ist, bringt es viele Unzuträglichkeiten mit sich, daß hier ein Lepraheim nicht existiert. In den Gesundheitsbelehrungen werden die Farbigen besonders auf die Gefahr des Verkehrs mit Leprakranken aufmerksam gemacht.

1 Leprakranker, der im letzten Stadium der Krankheit sterbend zuging, verstarb am Tage seiner Einlieferung im Hospital.

Zur Zeit stehen 42 Leprakranke unter ärztlicher Kontrolle. Mindestens sieben Achtel der Leute wurden bei ärztlichen Untersuchungen vor dem Antritt einer Freiheitsstrafe, bei der Durchimpfung der Bevölkerung usw., also zufällig, entdeckt.

2 Fälle von Schlafkrankheit kamen in Zugang. 1 als geheilt bezeichneter Fall von Schlafkrankheit im 1. Quartal dürfte wohl kein echter Fall gewesen sein. In den beiden anderen Fällen konnte im Hospital der Krankheitsverlauf noch einige Zeit beobachtet werden, nachdem schnell moskitosichere Räume hergestellt worden. Es handelte sich um eine Frau in mittleren Jahren und einen zirka 8 jährigen Knaben. Beide waren stets in Duala gewesen. Der angebliche Beginn der Krankheit lag bei beiden einige Monate

zurück. Bei der Einlieferung bestand bereits ausgesprochene Schlafsucht und, infolge der mangelnden Nahrungsaufnahme, äußerste Abmagerung. Bei der Frau hatte früher starker Potus bestanden, 5 mal war sie abortiert. Nur bei der Frau gelang es, neben kleinen, äußerst lebhaften Filaria-Embryonen einmal spärliche Trypanosomen vom Typ des Trypanosoma Gambriense zu finden.

In den letzten Tagen vor dem Tode und bei der Sektion zeigten sich bei beiden keine Trypanosomen. Auch bei 1 Affen, 2 Ratten, 2 Meerschweinchen und 2 Schafen blieben Impfungen mit der Meningealflüssigkeit und des Drüsensekrets der Verstorbenen resultatlos.

3 Fälle von Erstickung durch Verschütten mit Erdmassen. Gefangene hatten beim Kiesgraben unvorsichtigerweise eine tiefe Kammer in einen Abhang hineingearbeitet und wurden von dem abrutschenden Erdreich begraben. Bewußtlos herausgebracht, Wiederbelebung durch künstliche Atmung. Einer der Leute, der ausgedehnte Quetschungen und Erschütterung des ganzen Körpers erlitten, starb an den Folgen des Unfalls unter mehrere Tage dauernden Krämpfen und in tiefer Bewußtlosigkeit.

1 Fall von Erschöpfung. Polizisten brachten einen Farbigen unbekannter Herkunft, den sie ohnmächtig am Wege liegend gefunden, in das Hospital. Stark abgemagerter Mann, bei dem sich keinerlei Krankheitszeichen feststellen ließen. Einflößen von Milch und Suppe. Nach reichlicherer Nahrungsaufnahme und langem ungestörten Schlaf Entlassung als gesund.

Gruppe II. Krankheiten des Nervensystems.

Nr. 40. Geisteskrankheiten.

5 Fälle von Dementia praecox. 4 Patienten konnten nach Beseitigung der Aufregungszustände gebessert entlassen werden, der fünfte wurde der Pflege seiner Familie auf dringendes Bitten der Angehörigen übergeben.

Nr. 42. Fallsucht.

Ein Fall von Epilepsie. Nach längere Zeit fortgesetzter Darreichung von Bromkali gebessert entlassen.

Nr. 43. Krankheiten des Gehirns.

2 Leute, welche an rechtsseitiger Lähmung (Hemiplegie) litten, ungeheilt in Familienpflege abgegangen.

Gruppe III. Krankheiten der Atmungsorgane.

Nr. 58. Akute Lungenentzündung.

1 Fall kompliziert durch Wasserbruch (genuine Pneumonie). Stets Erkrankungen mit stürmischem Verlauf. Von den 13 Patienten starben 5.

In den zur mikroskopischen Untersuchung gelangten Fällen wurden jedesmal Fränkelsche Diplokokken gefunden. Befallen war in der Mehrzahl der rechte Unterlappen.

Nr. 60. Brustfellentzündung.
Stets trockene Brustfellentzündung mit hohem Fieber.

Gruppe IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.

Nr. 66. Krankheiten der Herzklappen.
1 Fall von Mitralinsuffizienz. Gebessert entlassen.

Nr. 67. Nervöse Störung der Herztätigkeit.
Nervöses Herzklopfen kam fünfmal in Zugang. Auch hier wirkte Tinctura Strophanti als ausgezeichnetes Mittel.

Nr. 68. Andere Herzkrankheiten.
Es handelte sich um 6 Fälle von Herzschwäche. Bei dem 1 Patienten trat das Leiden infolge Schlagaderblutung auf. Dieser Mann hatte gelegentlich einer Schlägerei eine Hiebwunde mit einem Haumesser im Gesicht erhalten. Die Wunde hatte sich geschlossen bis auf eine kleine Stelle, die zeitweise blutete, besonders in den letzten fünf Tagen vor seiner Aufnahme. Trotz sofortiger Umstechung der kleinen Schlagader, Kochsalzinfusionen und Äthereinspritzungen ließ sich das Leben nicht mehr erhalten.

Nr. 70. Hämorrhoiden.
Hämorrhoiden kamen in zwei Fällen zur Behandlung und Heilung.

Gruppe V. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Nr. 92. Unterleibsbrüche und
Nr. 93. Eingeklemmter Bruch. Auffällig erscheint der ungemein hohe Zugang an Unterleibsbrüchen; zusammen 77 Fälle.

In allen Fällen bis auf 1 wurde die Radikaloperation nach Bassini in der Chloroformnarkose vorgenommen. Nur die 4 Fälle von eingeklemmtem Bruch, die von außerhalb und zu spät in Behandlung kamen, so daß auch schleunige Operation mit ausgedehnter Darmresektion keine Hilfe mehr brachte, endeten tödlich. Es bestand bei der Aufnahme bereits durch Perforation der abgestorbenen Darmteile veranlaßte Bauchfellentzündung.

Nachdem unter hervorragender Mitwirkung eines als Chirurgen ausgebildeten Marinearztes erst einige Male die Bruchoperation mit Erfolg ausgeführt war, kamen von allen Seiten an Brüchen leidende Eingeborene in das Hospital und unterzogen sich

bereitwilligst der Operation, um Heilung zu finden. Bruchleiden sollen, abgesehen von den Beschwerden, die sie veranlassen, bei den Eingeborenen als besonders anstößig gelten.

1 Fall wurde als nicht operierbar ungeheilt wieder entlassen.

In einem Falle, in dem es bei Versenkung des Tabaksbeutels zum Durchschneiden der Nähte kam und bei dem infolge erneuten Hervorholens des versenkten Stumpfes aus der Tiefe die Blasenwand gezerrt wurde, kam es zur Blasenfistel. Nachdem ich die Nähte geöffnet und die Wundränder angefrischt und vereinigt hatte, erfolgte definitive Heilung.

Nr. 99. Mastdarmblasenfistel.

betrifft 1 Fall von Mastdarm-Blasenfistel. Da die Operation verweigert wurde, Entlassung ungeheilt.

Nr. 101. Milztumor.

1 Fall von Milztumor nach dreitägiger Behandlung entlassen und ambulant weiter behandelt.

Gruppe VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Die Fälle von Blasenkatarrh zeigten keine Besonderheiten.

Die Krankheiten der Eichel und Vorhaut, sämtlich Phimosen, wurden operativ beseitigt.

3 Fälle von Wasserbruch nach Winckelmann mit Erfolg operiert. 1 Patient starb an hinzugetretener Lungenentzündung.

Nr. 111. Andere Krankheiten.

Abort. Nach Ausräumung des Uterus geheilt entlassen.

Gruppe VII. Venerische Krankheiten.

Die Häufigkeit der venerischen Krankheiten unter der eingeborenen Bevölkerung zeigen ungefähr die Zahlen der Vorjahre.

1902/03 = 44 — 1904/05 = 46
1903/04 = 39 — 1905/06 = 41

Zugänge.

3 Prostituierte kamen mit frisch erworbener Syphilis in Behandlung. In allen drei Fällen war typischer Ausschlag vorhanden, bei einem breite Condylome, beim anderen Condylome und Schankergeschwüre außen an den großen Schamlippen. Injektionskuren, Bestreuen der Condylome mit Calomel. Bleiben im Bestand. Bekanntlich haben nur wenig Ärzte bei Negern den syphilitschen primären Ausschlag zu sehen bekommen. In den Condylomen des einen Falls war massenhaft Spirochaeta pallida (Schaudinn) zu sehen.

Bei einer Frau aus Bonepea Wuri äußerte sich die Krankheit in schweren, einer jeden Behandlung trotzenden Geschwürsbildungen am rechten Unterschenkel. Amputation des Unterschenkels, wonach in 13 Tagen die Entlassung als geheilt erfolgte.

Gruppe VIII. Augenkrankheiten.

Akute Tripper-Blennorrhoe, Augenbindehautkatarrhe, 1 Fall von Herpes auf der Hornhaut und 2 Fälle von Regenbogenhautentzündung heilten unter der üblichen Behandlung.

Nr. 129. Krankheiten der Linse.

Es handelte sich um 5 Fälle von Staarblindheit, die sämtlich operiert wurden. Bei 1 Falle war ein voller Erfolg nicht zu erzielen, da am linken Auge eine Erkrankung des Sehnerven bestand. Bei zwei anderen Fällen war der Erfolg ebenfalls nicht völlig befriedigend.

Nr. 134. Andere Augenkrankheiten.

Einem Schlosser des Kaiserlichen Gouvernements drang ein glühender Eisensplitter in das linke Auge. Der Splitter wurde mittels eines improvisierten Magneten unter Inanspruchnahme der elektrischen Lichtmaschine des Regierungsdampfers „Herzogin Elisabeth" entfernt.

Das schrumpfende Auge wurde später entfernt und ein künstliches Auge eingesetzt..

Gruppe IX. Ohrenkrankheiten.

Nr. 137. Krankheiten des mittleren und inneren Ohres.

1 Fall von Mittelohrkatarrh war im Bestand, 3 gingen zu. Geheilt.

Gruppe X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Die Zahl der an Unterschenkelgeschwüren Behandelten war auch dieses Jahr sehr hoch. 1 Kranker mit sehr verwahrlostem Geschwür starb infolge dazu getretener Blutvergiftung. Die Behandlung bestand in Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Ätzungen mit Höllenstein pur und in Lösungen, Jodtinkturauswischungen, Verbänden mit Lösung von essigsaurer Tonerde oder trockenen Verbänden mit Jodoform oder Bismut. subgallic. Besonders gute Dienste leistete Bismut. subgallic.

Zellgewebsentzündungen kamen ebenfalls sehr häufig vor und erforderten vielfach tiefe, operative Eingriffe. Im allgemeinen scheinen in der letzten Zeit die multiplen Abscesse bei der eingeborenen Bevölkerung häufiger geworden zu sein. 2 Kranke starben an Erschöpfung. Es bestand neben mehrfachen Abscessen alte vernachlässigte Dysenterie.

Gutartige Geschwülste, Überbeine (Ganglien) wurden auch ambulant häufig behandelt. 2 Fälle kamen im Hospital zur Operation (Herausschälung). 1 Fall von Fibrom am rechten Auge wurde ebenfalls durch Operation beseitigt. Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen betreffen 4 Fälle von Ekzema sordidum, 2 von Ödem an den Füßen bzw. linkem Vorderarm, 1 Fall von hartnäckigem, weit über den Körper verbreitetem Ringwurm.

Gruppe XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.

1 Fall von Knochenhautentzündung am linken Schienbein.

Die Fälle von Gelenkentzündung betrafen nur in zwei Fällen ein Fußgelenk, sonst stets Kniegelenke.

Die Muskelrheumatismen bei den Farbigen betrafen zumeist die Rückenmuskulatur und die Kreuzgegend. Sie gingen zum Teil mit Temperatursteigerungen und äußerster Schmerzhaftigkeit einher. Im allgemeinen ist der lokale Muskelrheumatismus beim hiesigen Eingeborenen häufiger und schwerer als bei den Europäern, bei denen die Erkrankung relativ selten vorkommt und meist leichter Natur ist. — Erkältungen wurden in den meisten Fällen als Ursache beschuldigt.

2 Fälle von Sehnenscheidenentzündung am rechten Knie, durch Quetschungen entstanden. Sehr langwierige Heilung.

Gruppe XII. Mechanische Verletzungen.

9 Quetschungen ohne äußere Wunde kamen in Behandlung. 1 Fall war kompliziert mit Bruch des linken Mittelfingers und der Mittelhand.

1 offener Bruch des linken Unterschenkels war im Bestand. Heilung mit geringer Verkürzung. Es war von dem handbreit aus der Wunde hervorragenden Schienbein wegen ausgedehnter Quetschung und Zersplitterung ein Stück abgesetzt worden.

1 Fall von Bruch des linken Mittelfußknochens. Der Betreffende hatte außerdem ausgedehnte Zerreißungen der Strecksehnen am Fuß erlitten.

Ein mit Transport von Eisenplatten in die Gouvernements-Werkstätte beschäftigter Strafgefangener kam zu Falle, wobei ihm eine solche Eisenplatte auf den Leib geworfen wurde. Er erlitt einen Beckenbruch mit Quetschung der häutigen Harnröhre. Die gequetschte Harnröhre erholte sich, ohne daß ein operativer Eingriff notwendig wurde. Der Beckenbruch heilte nach einfacher Ruhigstellung in durchaus befriedigender Weise.

1 Verstauchung des rechten Fußgelenks wurde geheilt.

Von den Hieb- und Schnittwunden seien nur die schwersten erwähnt.

Ein etwa vierjähriges Mädchen, das beim schnellen Gehen stolperte und mit dem Unterleib auf einen Flaschenscherben fiel, zog sich unterhalb des Nabels in der Längsrichtung eine etwa 5 cm lange, die Bauchhöhle eröffnende Schnittwunde zu. Der Darm war nicht verletzt. Nach Naht erfolgte Heilung in 15tägiger Behandlung.

Bei einem Koch wurde durch Glas der ganze oberflächliche und tiefe Schlagader-Hohlhandbogen durchschnitten mit sämtlichen Sehnen in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes. Naht der Sehnen. Heilung mit völliger Gebrauchsfähigkeit der Hand.

Ein vierjähriger Knabe starb. Er hatte sich beim Spielen durch Fall auf einen Flaschenhals einen tiefen Schnitt am linken Handgelenk

zugezogen. Die Speichenschlagader war durchschnitten. Das Kind war sterbend und vollkommen blutleer, als es in Behandlung kam.

Bei einer der zugegangenen Stichwunden handelte es sich um einen Messerstich in die Lunge mit Verletzung einer Zwischenrippenschlagader, die zu erheblicher Blutung führte. Geheilt.

Die Riß- und Quetschwunden waren sämtlich leichtere Verletzungen.

Verbrennung. 2 Patienten hatten bei der Arbeit vor dem Feuer in der Gouvernements-Werkstätte sich Brandwunden zugezogen. Ein Maschinist eines kleinen Faktoreibootes verbrannte sich — durch Explosion einer Petroleumflasche beim Hineinschütten von Petroleum ins Feuer — derart, daß er fiebernd und mit schweren Brandwunden bedeckt in das Hospital geschafft werden mußte. Die septischen Erscheinungen verschwanden unter feuchten Verbänden. In kurzer Zeit trat Heilung ein.

Gruppe XIII.

Selbstmordversuch beging ein Strafgefangener, indem er sich eine Stichwunde beibrachte, die die Bauchhöhle eröffnete und innere Verletzungen zur Folge hatte. Aus der Bauchwunde war Netz ausgetreten, welches bei der Laparotomie abgetragen wurde. Gute Heilung.

Gruppe XIV. Zur Beobachtung.

1 Mann auf Fieber, 1 Mann auf Schlafkrankheit, 1 Mann auf Krämpfe im Hospital beobachtet. Bei keinem konnte ein Leiden festgestellt werden.

Poliklinik.

Poliklinisch wurden 2100 Farbige in 6934 Konsultationen behandelt. Etwa 7000 weitere Personen erhielten ärztlichen, kostenlosen Rat, Untersuchung, Verband und sonstige ärztliche Hilfe. Nicht selten waren darunter Fälle von Frambösia.

Die Zahl der vorgenommenen Impfungen beträgt etwa 25 000, durch die kostenlose, auf meinen Antrag behördlich angeordnete nochmalige Durchimpfung der farbigen Bevölkerung Dualas und der Umgegend.

In der Poliklinik waren Unterschenkelgeschwüre und Zellgewebsentzündungen die am häufigsten beobachteten Erkrankungen. Auffällig hoch war das Vorkommen von sogenannten Überbeinen (Ganglien) der Strecksehnen der Hand.

Interessant war ein Fall von periostalem Sarkom der Schädelknochen. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigte sich Rundzellensarkom. Als sehr häufig wurde Filariasis festgestellt.

Ebenfalls in ambulante Behandlung kam ein Fall von phagedänischem Schanker. Schließlich stellte sich die syphilitsche Natur des Leidens heraus und wurde entsprechende Behandlung eingeleitet, die baldige Heilung herbeiführte.

Fälle von venerischen Granulosen, die manche als besondere Krankheit auffassen, kamen nicht zur Behandlung.

Küsten-Sanatorium Suellaba.

Im Sanatorium Suellaba fanden auf ärztliche Verordnung 44 Patienten mit zusammen 366 Verpflegungstagen im Berichtsjahr Aufnahme.

Das Sanatorium hat sich auch im verflossenen Jahr ausgezeichnet bewährt und wurde gern benutzt. Es bietet mit seiner herrlichen, erfrischenden Brise und seiner schönen Lage, inmitten des Waldes und doch unmittelbar am Strande des Meeres ganz unzweifelhaft für die meisten Tropenkrankheiten eine bessere Indikation als ein Gebirgssanatorium.

Die immer wiederholte Erfahrung zeigt, daß Fälle von schwerer Blutarmut mit Neigung zu Blutzerfall (Schwarzwasserfieber) zu Dysenterien und gemütlicher Depression in Suellaba schneller und besser zur Heilung gelangen, wie in dem feuchten Klima des oft monatelang in Wolken und Nebel gehüllten Kamerungebirges.

Nachweisung

über die

kranken Europäer und Farbigen im Regierungshospital zu Duala.

Iststärke der Bevölkerung 183.
Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

a. Europäer.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
11	Pyämie (Septicämie)	.	1	1	.	.	.	.	1	151	.
16	Malariafieber	4	64	68	65	.	2	67	1	861	.
16a	Schwarzwasserfieber	.	10	10	6	3	.	9	1	183	.
19	Tuberkulose der ersten Luftwege und der Lunge. . .	.	2	2	.	1	1	2	.	29	.
22	Ruhr (Dysenterie)	.	5	5	5	.	.	5	.	36	.
27	Akuter Gelenkrheumatismus .	.	1	1	.	.	.	.	1	16	.
30	Blutarmut	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
36	Vergiftungen (durch andere Gifte)	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
40	Andere allgemeine Erkrankungen	1	6	7	7	.	.	7	.	70	.
	Summe der Gruppe I	5	91	96	85	4	3	92	4	1358	.
	Gruppe II. Krankheiten des Nervensystems.										
44	Hirnhautentzündung . . .	.	1	1	.	1	.	1	.	8	.
45	Krankheiten des Gehirns . .	.	2	2	1	.	.	1	1	8	.
51	Hysterie	.	1	1	.	.	.	.	1	16	.
52	Andere Krankheiten des Nervensystems	.	3	3	2	.	5	3	.	13	.
	Summe der Gruppe II	.	7	7	3	1	1	5	2	45	.
	Gruppe III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
54	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	28	.
60	Brustfellentzündung	.	2	2	1	.	1	2	.	55	.
	Summe der Gruppe III	.	4	4	3	.	1	4	.	83	.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe IV. Krankheiten der Kreislaufsorgane.										
70	Hämorrhoiden	.	1	1	1	.	.	1	.	14	.
79	Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
	Summe der Gruppe IV	.	2	2	2	.	.	2	.	19	.
	Gruppe V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
83	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	14	.
86	Akuter Magenkatarrh . . .	.	2	2	2	.	.	2	.	52	.
87	Chronischer Magenkatarrh . .	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
89	Akuter Darmkatarrh . . .	.	9	9	9	.	.	9	.	45	.
92	Unterleibsbrüche	.	1	1	1	.	.	1	.	13	.
95	Blinddarmentzündung . . .	1	.	1	1	.	.	1	.	7	.
97	Katarrh. Gelbsucht	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
98	Krankheiten der Leber . . .	.	3	3	1	.	1	2	1	57	.
	Summe der Gruppe V	1	18	19	17	.	1	18	1	214	.
	Gruppe VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
104	Blasenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	65	.
107	Krankheiten der Vorhaut . .	.	1	1	1	.	.	1	.	6	.
	Summe der Gruppe VI	.	3	3	3	.	.	3	.	71	.
	Gruppe VII. Venerische Krankheiten.										
112	Tripper	.	4	4	4	.	.	4	.	70	.
117	Konstitutionelle Syphilis . .	.	2	2	2	.	.	2	.	64	.
	Summe der Gruppe VII	.	6	6	6	.	.	6	.	134	.
	Gruppe VIII. Augenkrankheiten.										
128	Krankheiten der Regenbogen-										
131	haut	.	2	2	2	.	.	2	.	32	.
134	Krankheiten der Sehnerven .	.	1	1	1	.	.	1	.	18	.
	Andere Augenkrankheiten . .	.	1	1	.	.	1	1	.	28	.
	Summe der Gruppe VIII	.	4	4	3	.	1	4	.	78	.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe X. Krankheiten der äufseren Bedeckungen.										
141	Akute Hautkrankheiten . .	.	1	1	1	.	.	1	.	8	.
144	Panaritium	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.
145	Zellgewebsentzündungen . .	1	3	4	3	.	.	3	1	36	.
146	Furunkel	.	1	1	.	.	.	.	1	15	.
148	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen . .	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
	Summe der Gruppe X	1	7	8	6	.	.	6	2	71	.
	Gruppe XII. Mechanische Verletzungen.										
172	Knochenbrüche des Unterschenkels	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
186	Hieb- und Schnittwunden . .	.	1	1	1	.	.	1	.	2	.
	Summe der Gruppe XII	.	2	2	2	.	.	2	.	18	.
	Gesamtsumme:	7	144	151	130	5	7	142	9	2084	651

b. Farbige.

	Gruppe I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	1	4	5	5	.	.	5	.	57	.
2	Windpocken	1	10	11	11	.	.	11	.	109	.
4	Masern	.	7	7	7	.	.	7	.	51	.
16	Malariafieber	1	28	29	26	2	.	28	1	773	.
22	Ruhr (Dysenterie)	5	49	54	38	14	.	52	2	1139	.
23	Akuter Gelenkrheumatismus .	.	6	6	4	1	.	5	1	155	.
30	Blutarmut	.	3	3	3	.	.	3	.	9	.
39	Bösartige Geschwülste . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
40	Andere allgemeine Erkrankungen	1	34	35	16	5	12	33	2	442	.
	Summe der Gruppe I	9	142	151	111	22	12	145	6	2751	.
	Gruppe II. Krankheiten des Nervensystems.										
41	Geisteskrankheiten	.	5	5	3	.	2	5	.	82	.
42	Fallsucht	.	1	1	1	.	.	1	.	53	.
43	Krankheiten des Gehirns . .	.	2	2	1	.	1	2	.	5	.
	Summe der Gruppe II	.	8	8	5	.	3	8	.	140	.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
53	Krankheiten der Nase usw.	.	1	1	1	.	.	1	.	2	.
56	Akuter Bronchialkatarrh	.	6	6	6	.	.	6	.	47	.
58	Lungenentzündung	.	14	14	8	5	.	13	1	317	.
60	Brustfellentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	30	.
	Summe der Gruppe III	.	24	24	18	5	.	23	1	396	.
	Gruppe IV. Krankheiten der Kreislaufs- usw. Organe.										
66	Erkrankung der Herzklappen	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
67	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	5	5	5	.	.	5	.	65	.
68	Andere Herzkrankheiten	.	6	6	5	1	.	6	.	159	.
70	Hämorrhoiden	.	2	2	2	.	.	2	.	27	.
	Summe der Gruppe IV	.	14	14	13	1	.	14	.	255	.
	Gruppe V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
86	Akuter Magenkatarrh	.	5	5	1	.	.	1	4	67	.
87	Akuter Darmkatarrh	1	46	47	47	.	.	47	.	196	.
90	Chronischer Darmkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	11	.
92	Unterleibsbrüche	.	73	73	72	.	1	73	.	1356	.
93	Eingeklemmter Bruch	.	4	4	.	4	.	4	.	13	.
99	Krankheiten des Mastdarms	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
101	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
	Summe der Gruppe V	1	131	132	122	4	2	128	4	1647	.
	Gruppe VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
104	Blasenkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	65	.
107	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	5	5	3	.	.	3	2	41	.
109	Wasserbruch	.	2	2	2	.	.	2	.	27	.
111	Andere Krankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
	Summe der Gruppe VI	.	12	12	10	.	.	10	2	136	.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe VII. Venerische Krankheiten.										
112	Tripper	.	13	13	13	.	.	13	.	219	.
115	Weicher Schanker	1	6	7	6	.	1	7	.	54	.
116	Bubo	.	18	18	16	.	.	16	2	307	.
117	Syphilis	1	4	5	2	.	.	2	3	41	.
	Summe der Gruppe VII	2	41	43	37	.	1	38	5	621	.
	Gruppe VIII. Augenkrankheiten.										
120	Akute Blennorrhoe	.	1	1	1	.	.	1	.	30	.
124	Krankheiten der Bindehaut	1	6	7	7	.	.	7	.	31	.
127	„ „ Hornhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
128	„ „ Regenbogenhaut	.	2	2	2	.	.	2	.	14	.
129	„ „ Linse	.	5	5	5	.	.	5	.	110	.
134	Andere Augenkrankheiten	1	.	1	1	.	.	1	.	44	.
	Summe der Gruppe VIII	2	15	17	17	.	.	17	.	232	.
	Gruppe IX. Ohrenkrankheiten.										
137	Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	1	3	4	4	.	.	4	.	103	.
	Summe der Gruppe IX	1	3	4	4	.	.	4	.	103	.
	Gruppe X. Krankheiten der äufseren Bedeckungen.										
143	Chronische Unterschenkelgeschwüre	4	34	38	32	1	.	33	5	1107	.
144	Panaritium	.	2	2	2	.	.	2	.	10	.
145	Zellgewebsentzündung	.	43	43	38	2	.	40	3	588	.
146	Furunkel	.	5	5	5	.	.	5	.	55	.
147	Gutartige Geschwülste	.	3	3	3	.	.	3	.	35	.
148	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	7	7	6	.	.	6	1	174	.
	Summe der Gruppe X	4	94	98	86	3	.	89	9	1969	.
	Gruppe XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
149	Knochenhautentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	8	.
152	Akute Gelenkentzündung	.	10	10	7	.	.	7	3	234	.
158	Muskelrheumatismus	.	24	24	23	.	.	23	1	342	.
162	Krankheiten der Sehnen	.	2	2	2	.	.	2	.	161	.
	Summe der Gruppe XI	.	37	37	33	.	.	33	4	745	.

Nr. des Rapportschemas	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
	Gruppe XII. Mechanische Verletzungen.										
165	Quetschung der Weichteile usw.	.	9	9	9	.	.	9	.	191	.
172	Knochenbruch d. Unterschenkels .	1	.	1	1	.	.	1	.	20	.
173	„ „ Fußes . .	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
179	„ „ Beckens . .	.	1	1	1	.	.	1	.	103	.
181	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	14	.
186	Hieb- und Schnittwunden .	2	18	20	18	1	.	19	1	363	.
187	Stichwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	32	.
188	Riß- und Quetschwunden . .	1	14	15	15	.	.	15	.	260	.
190	Verbrennung	.	3	3	3	.	.	3	.	33	.
	Summe der Gruppe XII	4	51	55	53	1	.	54	1	1032	.
	Gruppe XIII. Andere Krankheiten.										
194	Selbstmordversuch	.	1	1	.	.	1	1	.	9	.
	Summe der Gruppe XIII	.	1	1	.	.	1	1	.	9	.
198	**Gruppe XIV. Zur Beobachtung** . . .	.	3	3	3	.	.	3	.	14	.
	Summe der Gruppe XIV	.	3	3	3	.	.	3	.	14	.
	Gesamtsumme . . .	23	576	599	512	36	19	567	32	10050	6934

Allgemein Hygienisches in Duala.

Unterkunft. An Wohnungen für Beamte herrschte im Berichtsjahr zeitweise ein empfindlicher Mangel.

Das Hospital wird durch Neubau zweier Isolierbaracken für Farbige mit ansteckenden Krankheiten und eines geräumigen Stalles für Versuchsvieh erweitert werden. Ein Anbau enthaltend Klosets und Baderäume und den Wassertank für die zukünftige Wasserleitung im Hospital ist in Angriff genommen.

Die eigentlichen Sanierungsarbeiten, besonders das Trockenlegen der Sümpfe zwischen Bellstadt und Akwa, sind in Angriff genommen. Für die Planierung der Joßplatte, den wichtigsten Teil der Sanierungsarbeiten, sind leider die erforderlichen Mittel nicht vorhanden. Die Eingeborenen lernen infolge der immer erneuten Gesundheitsbelehrungen, zu denen außer den Schülern auch die farbigen Angestellten des Gouvernements und der Firmen herangezogen werden, den Wert besserer Wohnungen immer mehr schätzen. Sie errichten sich immer häufiger große, bequeme und reichlich mit Fenstern versehene z. T. massive, z. T. Wellblechhäuser.

Verpflegung. Die Beamten beköstigen sich entweder in kleinen Gruppen zu 3 bis 5 Personen, essen einzeln für sich oder lassen sich vom Hotel der D. K. G. verpflegen. Der Antrieb von Kleinvieh zu Schlachtzwecken deckt den Bedarf nicht; auch Fische sind nicht so viel zu haben, als verbraucht werden könnten. Die Marktverhältnisse haben sich gegen früher nicht gebessert, da das Angebot den Bedarf keineswegs deckt. Infolgedessen werden für Vieh, Fische und Erzeugnisse der Landwirtschaft sehr hohe Preise gefordert und müssen schließlich auch gezahlt werden. Der Neger sieht es eben nicht ein, daß er durch höhere Produktion bei niedrigeren Preisen sich besser stehen würde, als wenn er bei seltenem Verkauf einen etwas höheren Betrag einzieht. Jeder körperlichen Arbeit abhold, treibt der Duala lieber Handel als Landwirtschaft.

D. Victoria.

(Berichterstatter: Marine-Stabsarzt Dr. Waldow.)

I. Allgemeiner Teil.

Für den Sanitätsdienst bei den Gouvernementsangehörigen und Arbeitern standen außer dem Regierungsarzt 4 farbige Heilgehilfen zur Verfügung. Auf den großen Pflanzungen des Bezirks wird die ärztliche Hilfe z. T. von geprüften, europäischen Heilgehilfen, z. T. von Laien und farbigen Hilfskräften geleistet. Ende November 1905 wurde von der Westafrikanischen Pflanzungsgesellschaft Victoria ein Zivilarzt angestellt. Anfang 1906 wurden die farbigen Heilgehilfen des Gouvernements dem Medizinalreferenten behufs einheitlicher Organisation unterstellt. Gleichzeitig erfolgte die Gründung einer Sanitätskolonne, welche den Zweck hat, die Maßnahmen des Regierungsarztes behufs Vernichtung der Krankheitserreger und der die Krankheit übertragenden Insekten zu unterstützen.

Hand in Hand damit gingen umfassende Vorarbeiten zur Trockenlegung des hinter Victoria gelegenen Sumpfes. Im November wurden etwa 100 Bakwiriarbeiter damit beschäftigt, den denselben deckenden dichten Busch wegzunehmen. Es mußten gegen 4000 z. T. sehr große Bäume gefällt werden. Hier, wie an anderen Stellen, zeigte sich, daß Wind und Sonne erst dann austrocknend wirken können, wenn der Pflanzenwuchs entfernt ist. Die tropischen Pflanzen saugen mittels ihres Wurzelwerks das Wasser aus den tieferen Schichten des Bodens und beherbergen in Hohlräumen oft noch meterhoch über dem Boden Wasser, das unter Umständen eine verderbliche Moskitobrutstätte werden kann. Soweit die Mittel reichen, wurden sumpfige Stellen aufgeschüttet und niedrig gelegene Teile von Straßen erhöht. Der nicht in Angriff genommene Teil des Sumpfes wurde seit Februar von der Sanitätskolonne regelmäßig mit Petroleum übergossen. Die Schulstraße wurde erhöht und mit Kanalisation versehen. Durch den Einbau der Hausanschlüsse sind in den Beamtenwohnungen Wasserklosetts und Badeeinrichtungen geschaffen worden. Es ist nunmehr möglich, die eisernen Regentanks zu entfernen, in denen trotz aller Reinigungen sich häufig die Larven der Stegomya, der Gelbfiebermücke, und der Anopheles fanden. Im nächsten Jahre wird voraussichtlich das Netz der Wasserleitung vergrößert wer-

den. Das Wasser erwies sich als chemisch einwandsfrei. Die einheimische Bevölkerung entnimmt ihr Wasser meist den Straßenbrunnen der Wasserleitung; es sind niemals Erkrankungen durch Wassergenuß bisher beobachtet worden.

Der Drahtgazeschutz der Beamtenwohnung wurde Ende des Berichtsjahres fast überall durchgeführt. Auch die Pflanzungen sind z. T. auf dem Wege, ihn durchzuführen.

Durch Vorträge wurde das Verständnis für eine ausreichende Chininprophylaxe gefördert. Es schien, als ob die Prophylaxe, jeden 4. Tag 1 g, die beste wäre.

Das Europäer-Hospital, eine Döcker'sche Baracke, wurde einer gründlichen Reparatur unterzogen, die innere Ausstattung fast ganz erneuert und durch Einrichtung von Räumen für farbige Heilgehilfen, Vorräte, Badeeinrichtung und Wasserklosett brauchbarer gemacht. Ebenso wurden der Keller für die Aufbewahrung der Arzneien und der Operationssaal mit Betonfußboden versehen.

Da wegen Verkaufs an die Woermann-Linie das bisherige, am Strande gelegene Farbigenhospital geräumt werden mußte, fanden die Kranken einstweilen Unterkunft in einem Teil der alten Polizeikaserne; derselbe genügte für die oft sehr zahlreichen Kranken nicht immer, so daß am Ende des Berichtsjahres ein Teil der Kranken in einem meist leerstehenden Pferdestall des Bezirksamts provisorisch untergebracht werden mußte. Das neue Farbigenhospital, welches an der Bueastraße auf einem Hügel erbaut wird, ist voraussichtlich in einigen Monaten vollendet. Zur Verbesserung der Quarantänestation auf Mondoleh wurden, nach Maßgabe der Mittel, Reparaturen ausgeführt und Verbesserungsvorschläge gemacht.

Die farbige Bevölkerung von Victoria wurde durchgeimpft und mit der Durchimpfung der Eingeborenen der Reservate begonnen.

Die Verbesserung der Kost der farbigen Angestellten, der Soldaten, der Strafarbeiter und der Gefangenen wurde stets im Auge behalten, da bei der herrschenden Fleischnot die Beköstigung große Schwierigkeiten macht. Zur besseren Unterbringung der farbigen Arbeiter des Gouvernements wird ein Unterkunftshaus gebaut.

Es steht zu hoffen, daß konsequentes Weiterarbeiten auf hygienischem Gebiet allmählich auch hier Früchte tragen wird.

Unter den epidemisch auftretenden Krankheiten, welche außer

den regelmäßigen Geißeln — Malaria und Dysenterie — sich im Berichtsjahr zeigten, sind zu nennen: Windpocken, phagedänische Geschwüre, Keuchhusten. Die phagedänischen Geschwüre traten namentlich auf einer Pflanzung sehr zahlreich auf; es wurden dort zwischen 300 bis 400 Arbeiter behandelt. Es wurden auch bösartige Erkrankungen und Übertragungen auf Europäer beobachtet. Meist bildete sich am äußeren Knöchel, seltener an anderen Stellen des Fußes ein Bläschen, von dem aus ein nekrotischer Pfropf von grünlicher Farbe in die Tiefe führte. Wurde das Geschwür nicht beachtet oder sofort operativ behandelt, so zerfielen rings um den Pfropf die Gewebe; es bildete sich ein kreisförmiger Substanzverlust. Dieser bedeckte sich mit übelriechenden, schmierigen, nekrotischen Massen, zwischen denen sich häufig geronnenes Blut festsetzte. Durch Unterminierung der Hauträndер schritt im subkutanen Gewebe die Krankheit immer fort, die Hauträndер schlugen sich wulstig um, benachbarte Geschwüre konfluierten, es stellte sich aber immer wieder die Kreisform her. Die Umgebung der großen Substanzverluste, welche manchmal 20 bis 30 cm im Durchmesser hatten, war entzündlich infiltriert. Nicht selten lag der Knochen frei. Bei einem kachektischen Knaben schritt der Brand mehr in Form einer Phlegmone in den Interstitien der Muskeln und an der oberflächlichen Fascie entlang und führte schließlich den Tod herbei.

Kam es zur Heilung, so stießen sich die erkrankten Teile ab, die Geschwürsflächen wurden rein und trockneten ein. Es erfolgte dann Überhäutung mit weniger dunkel pigmentierter Haut. Es wird behauptet, daß noch niemals so viel Geschwüre wie in diesem Jahre beobachtet worden sind. Mikroskopische Untersuchungen führten nicht zur Erkennung des Krankheitserregers; es handelte sich wohl sicher um dieselbe Krankheit, die auch unter dem Namen Zambesi ulcer beschrieben worden ist.

Eine richtig geleitete Geschwürsbehandlung vermag stets die Geschwürsbildung zu verhindern bzw. zu hemmen. Es kann daher die Bildung großer Geschwüre immer nur als Folge mangelnder ärztlicher Fürsorge betrachtet werden.

Krankenbewegung.

Ärztliche Hilfe haben nachgesucht 106 Europäer und 3427 Farbige.

Von den 106 erkrankten Europäern ließen sich 19 ins Hospital

aufnehmen. Die Zahl der Behandlungstage betrug 195. Sämtliche Kranke konnten gebessert, bzw. geheilt entlassen werden; Todesfälle ereigneten sich nicht. Außerhalb des Hospitals starben drei Europäer (bis auf einen, der ertrank, an Schwarzwasserfieber). Ein Kranker blieb im Bestand. In das Farbigenhospital wurden aufgenommen 414 Kranke mit 7299 Behandlungstagen.

Im Bestand verblieben vom vorigen Jahr 13 Kranke, 134 Behandlungstage. Gebessert bzw. geheilt gingen ab: 360 Kranke, es starben 22, es gingen anderweitig ab: 2 Fälle. Es blieben im Bestand: 30 Kranke. Todesursachen waren: Dysenterie 6 Fälle, Darmkatarrh 5 Fälle, Pneumonie 1 Fall, Bronchitis 1 Fall, Malaria 4 Fälle, Beri-Beri 1 Fall, Dementia 1 Fall, Hodengangrän 1 Fall, eitrige, traumatische Meningitis 1 Fall, Phagedänismus 1 Fall.

Es wurden 19 größere Operationen, zumeist Radikaloperationen von Leistenbrüchen nach Bassini, Wasserbruchoperationen nach Winkelmann und eine Kastration wegen Leistenhodens ausgeführt.

In der Farbigenpoliklinik wurden in ca. 3000 Fällen, zumeist Werkleuten, Regierungsschülern, Soldaten und Gefangenen, ärztliche Hilfe geleistet. 7000 öffentliche und private Impfungen wurden vorgenommen.

Die Mortalität der Arbeiter auf den Pflanzungen außerhalb der regierungsärztlichen Behandlung war eine recht hohe: es sind von 5910 Arbeitern, soweit sich bis jetzt übersehen läßt, 625 gestorben. Angegebene Todesursachen sind meist Fieber und Dysenterie. Auszehrung und Verrücktheit sind seltener angegeben. Tod infolge Verunglückung kam nur ganz selten vor.

Von Regierungsbeamten usw. wurde krankheitshalber niemand nach Europa beurlaubt oder in einen Kurort oder als Invalide aus der Behandlung entlassen.

Bei den übrigen Europäern war die Hospitalaufnahme nicht selten gefolgt von der Heimsendung, namentlich bei den Angestellten der Pflanzungen.

Es darf daraus wohl geschlossen werden, daß die Lage der weißen Angestellten der Pflanzungen und Firmen noch an vielen Plätzen hygienisch ungünstiger ist, als die der Beamten von Victoria.

II. Spezieller Teil.

1. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Hierzu gehören 57 Fälle von Windpocken, epidemischer Ohrspeicheldrüsenentzündung, 44 Hospitalbrand, wozu die phagedänischen Geschwüre gerechnet wurden, 81 Malaria, Schwarzwasserfieber, 1 Tuberkulose, 8 Ruhr, Blutskorbut, 3 Fälle von Filariakrankheit.

Nr. 2 Windpocken.

Es kamen zur Beobachtung 57 Fälle, durchweg bei Farbigen. Die meisten Zugänge erfolgten in den Monaten Oktober und November, alle Fälle wurden geheilt.

Es handelte sich um eine eigenartige, afrikanische Krankheit, die auch bei Geimpften auftrat und sich auf Schafe nicht überimpfen ließ. Die Erkrankten wurden isoliert.

Nr. 5 Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung. Das häufige Vorkommen dieser Krankheit muß hier gleichfalls registriert werden. Sie erforderte indes bei ihrer Gutartigkeit niemals eine besondere Behandlung und wurde daher auch nicht Gegenstand weiterer Beobachtungen.

Nr. 10 Hospitalbrand. Hierher werden wegen der von den meisten Autoren angenommenen nahen Verwandtschaft die phagedänischen Geschwüre, deren Sitz meist die Unterschenkel sind, gerechnet.

Es kamen in Zugang 44 farbige Kranke (in Hospitalbehandlung). Außerdem wurden täglich durchschnittlich 15 bis 20 Kranke wegen desselben Leidens ambulant behandelt. Die Behandlungsdauer betrug bei den im Hospital befindlichen Kranken 976 Tage. Ein Kranker, bei dem die Gangrän unaufhaltsam im Unterhautfettgewebe und zwischen den Interstitien der Muskeln fortschritt, starb schließlich an allgemeiner Entkräftung trotz ausgiebiger chirurgischer Behandlung der Wunden mit dem Paquelin und mit Ätzmitteln.

Nr. 11 Pyämie.

1 Fall von schwerer Pyämie, welcher krank von der Heimat hier ankam, wurde dem Regierungshospital in Duala überwiesen.

Nr. 16 Malariafieber. Die Malaria war bei Schwarzen und Weißen gleich ausgebreitet und erforderte viele Opfer. Von den in regierungsärztlicher Behandlung befindlichen Europäern starb in diesem Berichtsjahre zwar niemand unmittelbar an Malaria, von Eingeborenen und anderen Farbigen dagegen ein größerer Prozentsatz.

Unter den Weißen kamen 30 Malariaerkrankungen zur Kenntnis des Regierungsarztes. Es ist hierbei zu berücksichtigen, daß von den überhaupt in und bei Victoria Erkrankten ein großer Teil bei dem hiesigen Zivilarzt, den Lazarettgehilfen der Pflanzungen und schließlich von sich selbst behandelt worden ist. Damit entbehren die Zahlen jedes statistischen Wertes; es kann aus ihnen weder auf Ab- noch auf Zunahme der Erkrankungen geschlossen werden.

Erwähnt sei nur, daß 10 Europäer 88 Tage in Hospitalbehandlung waren.

Unter den Farbigen kamen häufiger Todesfälle vor, welche wenigstens nach den klinischen Symptomen auf Malaria zurückgeführt werden mußten. Blutuntersuchungen konnten nur ausnahmsweise bei Farbigen gemacht werden. Namentlich bei Kindern wurde so Malaria in vielen Fällen sichergestellt.

Im Farbigenhospital wurden im ganzen 81 Kranke mit 1396 Behandlungstagen krank geführt. Davon war 1 Bestand vom Vorjahr, 9 blieben Bestand am Ende des Berichtsjahres. 4 Kranke starben, die übrigen wurden geheilt. Vielfach handelte es sich um sehr heruntergekommene Kranke, welche in der Kindheit Malaria-Ansteckungen weniger ausgesetzt waren, wie Strafarbeiter aus dem Hochland im Innern, und die von Togo hierher transportierten kriegsgefangenen Witbois.

Akute Malariaerkrankungen wurden meist im Revier behandelt.

Nr. 16a Schwarzwasserfieber. Außer bei Europäern kam Schwarzwasserfieber einmal zur Beobachtung bei einem syrischen Händler.

Es kamen 11 Fälle zur Kenntnis des Regierungsarztes. Ein Kranker starb später außerhalb ärztlicher Behandlung, bei einem anderen Europäer wurde ebenfalls Schwarzwasserfieber als Todesursache angegeben.

In einem Falle schwersten Schwarzwasserfiebers mit einem Hämoglobingehalt von nur 20 % erfolgte durch Auftreten von Phagedänismus Verlust der Vorhaut und der Eichel, trotzdem jedoch nach verhältnismäßig kurzer Zeit Wiederherstellung.

Nr. 19. Tuberkulose der ersten Luftwege und der Lungen.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen wurde in einem Falle von Bluthusten bei einem jungen Bakwiri aus Klein-Buea erbracht. Die Hospitalbehandlung vermochte das sehr ausgebildete Leiden nicht aufzuhalten.

Nach 69tägiger Hospitalbehandlung wurde der Kranke auf seinen Wunsch ungeheilt entlassen.

Nr. 22 Ruhr. An Ruhr wurden 8 Farbige behandelt, 93 Tage lang. Es starben 6, geheilt wurden 2.

Die hohe Sterblichkeit erklärt sich daraus, daß es sich um Leute handelt, welche vorher großen Entbehrungen und Anstrengungen ausgesetzt waren. Oft bis aufs Skelett abgemagert, wurden diese Leute — Bilder des größten Elends — ins Hospital aufgenommen. Selbst Milch wurde häufig nicht mehr vertragen; Darmblutungen oder Herzschwäche endeten schließlich die Leiden der Armen.

Akute Fälle von Ruhr kamen gar nicht zur Beobachtung. Es dürfte daraus hervorgehen, daß die akute Ruhr hier eine nicht sehr schwere Erkrankung darstellt, welche bei günstigen Lebensbedingungen des Individuums leicht heilt.

Nr. 32 Skorbut.

Skorbutähnliche Affektionen der Schleimhäute, namentlich des Mundes, sind bei mangelhafter und einseitiger Ernährung nicht selten; es kam 1 Fall zur Hospitalbehandlung; derselbe wurde geheilt.

Nr. 36 Andere Gifte.

Ein Fall von Schlangenbiß wurde poliklinisch behandelt und ohne Serum. Es handelte sich um den Biß einer Viper bei einem Kinde, mit starken, örtlichen Erscheinungen.

Nr. 40 Andere allgemeine Erkrankungen. Von anderen allgemeinen Erkrankungen sind zu nennen:

3 Fälle von Filaria-Krankheit. Außerdem wurden poliklinisch mehrfach alle Formen der Filaria-Krankheit beobachtet.

Ferner wurde ein tödlicher Fall von Beri-beri bei einem Witboi festgestellt.

2. Krankheiten des Nervensystems.

Nr. 41 Geisteskrankheiten. Geisteskrankheiten scheinen bei den Farbigen durchaus nicht selten zu sein. Es kamen mehrere Fälle halluzinatorischer und manischer Geistesstörung zur Beobachtung, doch ist die einfache Demenz wohl die häufigste Form der Krankheit. Da es oft nicht gelingt, die Farbigen zum Ausdruck ihrer Gedanken zu bringen, ist die Feststellung dieser Form sehr schwer und sind daher nur ganz auffällige Formen zu erkennen. An Dementia wurde ein Mann 76 Tage behandelt. Derselbe starb.

Nr. 48 Hirnhautentzündung.

1 Mann verstarb nach eintägiger Behandlung an eitriger Hirnhautentzündung. Ursache war eine vernachlässigte, im Streit empfangene kleine Verletzung der Stirn mit geringfügiger Fissur des Stirnbeines.

Nr. 48 Andere Rückenmarkskrankheiten.

Zur Beobachtung kam ein Fall von ausgebildeter, spinaler Kinderlähmung bei einem Togomann.

3. Krankheiten der Atmungsorgane.

Nr. 56 Akuter Bronchialkatarrh. Akuter Bronchialkatarrh mit Übergang in käsige Pneumonie war eine nicht seltene Erkrankung bei den Farbigen. Bei Sektionen wurden nicht selten gleichzeitig Lebercirrhose und dysenterische Geschwüre im Dickdarm gefunden. Hospitalaufnahme fanden 8 Kranke. 1 Kranker starb.

Nr. 58 Akute Lungenentzündung.

An akuter Lungenentzündung wurden 3 Mann behandelt. 1 Kranker starb.

Nr. 61 Lungenerweiterung.

Es wurde 1 Fall behandelt und geheilt entlassen.

5. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Nr. 89 Akuter Darmkatarrh.

An akutem Darmkatarrh wurden 26 Kranke 405 Tage behandelt. 5 Kranke starben, die übrigen wurden geheilt.

Nr. 92 Unterleibsbrüche.

Leistenbrüche kamen häufig zur operativen und damit in Hospitalbehandlung. Es wurden 19 Fälle aufgenommen.

7. Venerische Krankheiten.

Nr. 112 Tripper. Tripper war sehr verbreitet, bei Farbigen wie bei Europäern. Da die heimliche Prostitution eine sehr ausgebreitete ist, da ferner der Leichtsinn der Europäer und die Unwissenheit der farbigen Kranken der richtigen Ausheilung des Leidens hinderlich ist, bleibt für den außerehelichen Geschlechtsverkehr der Selbstschutz das einzige Mittel, von der Krankheit verschont zu bleiben. Geeignete Präparate, diesen auszuüben, werden in den Faktoreien und in der Regierungs-Apotheke gehalten.

Als Folgen der Gonorrhoe wurden beobachtet: Tripperblennorhoe, Epididymitis, Kniegelenksentzündungen, Abscesse, Strikturen, Perimetritis, Endometritis und Cervicalkatarrh.

Hospitalaufnahme fanden 3 Farbige wegen akuter Gonorrhoe. Außerdem wurden von Europäern 2 poliklinisch behandelt.

Nr. 115 Weicher Schanker.

Behandelt wurden 3 Europäer und eine Anzahl Farbiger poliklinisch. Bei letzteren handelte es sich meist um große Geschwüre.

Bei einem Europäer traten Bubonen auf.

Nr. 116 Bubo.

Bubo wurde dreimal poliklinisch behandelt, 7 Farbige fanden wegen Bubonen Aufnahme im Hospital.

Nr. 117 Constitutionelle Syphilis.

Wegen Syphilis wurde 1 Europäer poliklinisch und 5 Farbige im Hospital behandelt. Die Syphilis war bei den Farbigen einmal mit papulösem Exanthem und Iritis, in den übrigen Fällen mit breiten Feigwarzen verbunden.

Bei einem Europäer wurde beim ersten Rückfall anhaltendes Fieber beobachtet, das auf Einleitung der Schmierkur sich besserte.

8. Augenkrankheiten.

a. Ansteckende.

Nr. 122 Tripperblennorhoe.

1 Fall gelangte bei einem Farbigen zur Heilung, indes blieb durch Hornhauttrübung die Sehkraft auf dem Auge dauernd herabgesetzt.

b. Nicht Ansteckende.

Nr. 124 der Bindehaut.

1 Fall bei einem Farbigen erforderte Hospitalbehandlung.

Nr. 127 der Hornhaut.

1 Fall von Hornhautwunde kam zur Behandlung bei einem Farbigen.

Nr. 128 der Regenbogenhaut.

1 Farbiger wurde wegen Regenbogenhautentzündung behandelt und geheilt.

9. Ohrenkrankheiten.

Nr. 137 Krankheiten des mittleren und inneren Ohres. 3 Fälle von Mittelohreiterung bei Farbigen gelangten im Hospital zur Behandlung und Heilung.

Ein Beamter wurde 20 Tage lang wegen rechtsseitiger Mittelohrentzündung im Hospital behandelt. (Außerdem wurde ein Europäer poliklinisch beraten.)

10. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Nr. 140 Krätze.

Wegen Krätze wurden 4 Farbige behandelt.

Nr. 144 Panaritium.

1 Fall von schwerem Panaritium bei einem Europäer gelangte zur Heilung.

Nr. 145 Zellgewebsentzündung.

Es wurden 33 Farbige an diesem Leiden im Hospital behandelt und geheilt. Zum Teil handelte es sich um sehr große, tief liegende Abscesse.

Nr. 146 Furunkel.

Zweimal wurden Furunkel im Hospital für Farbige behandelt. Viermal suchten Europäer um ärztliche Hilfe nach.

11. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Nr. 149 Knochenhautentzündung.

Wegen Knochenhautentzündung fand ein Farbiger Aufnahme im Hospital.

Nr. 162 Sehnenscheidenentzündung.

1 Fall von Sehnenscheidenentzündung kam zur Behandlung und Heilung.

12. Mechanische Verletzungen.

Nr. 165 Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunde.

Die weichen Körperdecken des Rückens, des Beckens, je 1 Fall, der Brust, 2 Fälle, und des Bauches, 1 Fall, wurden bei Farbigen durch quetschende Gewalten betroffen, indessen waren innere Teile nachweisbar nicht verletzt.

Nr. 171 Knochenbruch des Oberschenkels.

1 Fall von extrakapsulärer Fraktur des Oberschenkelbeins im Hüftgelenk gelangte, obwohl eine Woche lang ohne Verband auf einer entfernten Pflanzung behandelt, doch noch im Streckverband ohne wesentliche Verkürzung zu einer befriedigenden Heilung.

Nr. 172 Knochenbruch des Unterschenkels.

1 Fall von komplizierter Unterschenkelfraktur heilte mit bedeutender Herabsetzung der Gebrauchsfähigkeit des Fußes.

Nr. 181 Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen.

1 Fall von Verstauchung des Fußgelenks bedurfte einer kurzen Hospitalbehandlung.

Nr. 185 Schußwunden.

Durch einen Schrotschuß war einem Farbigen das rechte Auge verletzt und mußte entfernt werden.

Nr. 186 Hieb- und Schnittwunden.

7 Fälle von Schnittwunden bei Farbigen bedürfen keiner weiteren Besprechung.

Nr. 188 Riß- und Quetschwunden.

3 Fälle von Quetschwunden wurden sämtlich geheilt.

Nr. 190 Verbrennung.

1 Fall von großer Brandwunde des linken Kniegelenks erforderte plastische Operationen wegen Kontraktur. Derselbe blieb im Bestand.

13. Andere Krankheiten.

Nr. 194 Selbstmordversuch.

Ein Europäer versuchte, anscheinend in einem Anfall geistiger Störung unter dem Einfluß einer schmerzhaften Geschlechtskrankheit, sich durch einen Schuß mit einer Browning-Pistole in die Schläfe zu töten. Die Kugel zerstörte den Sehnerven des rechten Auges und die hinter dem Bulbus liegenden Weichteile, Fissuren an der Schädelbasis erzeugend, drang dann in die Siebbeinzellen und blieb am linken Jochbeine unter der Haut stecken. Außer dem Verlust des Augenlichts auf dem rechten Auge war eine erhebliche Schädigung nicht eingetreten. Der Kranke konnte Anfang des neuen Berichtsjahres geheilt entlassen werden.

E. Kribi.

Auf Grund der Rapporte, besonders von Regierungsarzt Dr. Ufer, zusammengestellt vom Medizinalreferenten.

Die Regierungsarzt-Stelle in Kribi ist seit dem 7. August 1905 wieder besetzt. In dieser Zeit hatten sie drei Ärzte inne.

Die Iststärke der im Bezirk ansässigen Europäer betrug 82, davon sind 74 männliche und 8 weibliche Personen.

Es starben 8 Personen = 97,6 ‰ der Iststärke.

Die hohe Mortalität der Europäer liegt zumeist daran, daß der größte Teil derselben weit weg von Kribi in kleineren Ortschaften lebt. Ärztliche Hilfe wird nur bei sehr schweren Erkrankungen nachgesucht und war über die Hälfte des Jahres hinaus, da kein Arzt am Orte war, überhaupt nicht zu erreichen. Ein Krankenhaus fehlt noch in Kribi. Die Schwerkranken, die ohne ärztliche Hilfe und ohne ständige Pflege nicht mehr bleiben können, müssen durch eine 24 stündige Fahrt in das Hospital Duala übergeführt werden.

Allgemeiner Teil.

Unterkunft. Die vorhandenen Wohnungen reichen für die Beamten nicht aus.

Als Lazarett für Farbige ist im Berichtsjahr eine Wellblechbaracke zur Verfügung gestellt worden, die aus zwei größeren Räumen für die Kranken und einem kleinen Wohnraum für den farbigen Lazarettgehilfen besteht.

Verpflegung. Gemüse gibt die katholische Mission zuweilen ab. Frisches Fleisch ist nur zwei- oder dreimal im Monat von Dampfern zu bekommen. An Kleinvieh sind fast nur Ziegen zu Schlachtzwecken erhältlich; aber auch diese sind nur selten zu haben. Im allgemeinen ist man auf Konserven angewiesen.

Trinkwasser. Als Trinkwasser wird abgekochtes Fluß- oder Regenwasser verwendet. Brunnen sind nicht vorhanden.

Abfuhrwesen. Das Abfuhrwesen besteht in der Entleerung der Kloseteimer in die See.

Sanitäre Maßnahmen. Infolge der im Februar ausgebrochenen Pockenepidemie wurde die Durchimpfung der gesamten Bevölkerung vorgenommen, die jetzt völlig durchgeführt ist.

Im Februar und März wurde begonnen, die zwischen den einzelnen Hügeln in Kribi gelegenen Wasserläufe und Sümpfe, die von üppiger Vegetation überwuchert waren, freizulegen. Ebenso wurde der Busch auf der einen Seite des Weges weggeschlagen, da er der Brise den Zutritt versperrte.

Am 15. März 1906 wurde eine ständige Sanitätskolonne errichtet.

Spezielles.

Soweit Aufzeichnungen vorliegen, ergab sich folgendes:

Malariafieber. In ärztliche Behandlung kamen 27 Fälle, die sämtlich geheilt wurden. Daß die wirkliche Zahl der Erkrankungen eine sehr viel höhere sein muß, ist aus dem oben Gesagten (Fehlen eines Arztes im größten Teile des Jahres, weite Entfernung vom Arzt) ohne weiteres verständlich. Ohne sachgemäße Behandlung und Beratung übersieht der Kaufmann, der in der Buschfaktorei tätig ist, der Beamte auf Wegebau usw. seine Malariaanfälle und bleibt meist auch ohne jede Chininbehandlung während und nach der Erkrankung. Das nach kurzer oder längerer Zeit eintretende Schwarzwasserfieber trifft dann einen Körper, der fast gar keine Widerstandsfähigkeit mehr besitzt.

Nr. 16a. Schwarzwasserfieber. In ärztliche Behandlung kamen 7 Fälle, weitere 3 Fälle gingen dem Hospital Duala zu und starben hier 2 der Patienten, während der 3. nach schwerer Erkrankung geheilt wurde. Außerhalb der ärztlichen Behandlung starben „im Busch" 4 Kranke an Schwarzwasserfieber (3 Kaufleute und 1 Gouvernementsbeamter).

Krankheiten des Nervensystems.

Ein an Neurasthenie leidender Beamter wurde in das Hospital Duala überführt, wo seine Tropendienstuntauglichkeit festgestellt und die Heimsendung veranlaßt wurde. Malaria und schwerer Magen- und Darmkatarrh hatten die Neurasthenie hervorgerufen.

Ferner kamen in Behandlung und wurden geheilt je 1 Fall von akutem Bronchialkatarrh und Lungenentzündung, Lymphgefäßentzündung, Leber- und Milzschwellung, Mittelohrkatarrh, Entzündung des äußeren Gehörgangs sowie 8 Erkrankungen des Magen-Darmkanals, Zellgewebsentzündungen, Furunkel, Panaritien und parasitäre Hautkrankheiten. 3 Fälle von veraltetem Tripper, 3 von auswärts erworbener Syphilis, 1 Fall von Bubo.

Farbige.

Pocken. Es kamen 42 Fälle in Behandlung, die streng isoliert wurden. 15 Mann starben.

Malaria. Von den Eingeborenen wurden 40 Personen an Malaria behandelt.

Dysenterie war ebenfalls sehr häufig; behandelt wurden 21 Fälle.

Ein Fall von Beri-beri und ein Fall von Elephantiasis beider Beine, ein Fall von Frambösie.

Lungenentzündung kam 4 mal zur Beobachtung.

An akutem Bronchialkatarrh litten 22 Personen, sämtlich geheilt.

2 Fälle mit Klappenfehlern des Herzens und 1 Fall von nervösem Herzklopfen wurden beobachtet.

Auf die außerordentlich hohe Zahl der venerischen Krankheiten muß noch besonders hingewiesen werden. Es kamen von Syphilis 27 Erkrankungen zur Behandlung (1 mit Gangrän des Penis), zum größten Teil veraltete Fälle. Schmierkuren und vor allem bei den Fällen von länger bestehender Syphilis Jodkali innerlich, antiseptische Verbände bei den zum Teil vorhandenen großen

Hautgeschwüren, erwiesen sich als wirksam. Von den mechanischen Verletzungen sind hervorzuheben:

2 Fälle von Oberschenkelbruch (geheilt),
1 Schädelbruch, nach längerer Behandlung geheilt,
1 offener Schädelbruch (starb),
1 kompl. Bruch des Schultergürtels rechts konnte geheilt entlassen werden.

Die Verletzten waren Bootsleute.

Allgemeine klinische Bemerkungen für Kamerun.

(Berichterstatter Professor Dr. Ziemann.)

Malaria.

Zweifellos läßt die außerordentliche Schwere der klinischen Symptome bei der Malaria der Europäer in allen Bezirken, wo Chinin prophylaktisch genommen wird, immer mehr nach. Die schweren Fieber, denen Kamerun seinen traurigen Ruf verdankt, werden immer seltener gesehen. Sie finden sich hauptsächlich nur noch in den Gegenden, wo der Betreffende kein Chinin nimmt und bar jedes, auch des bescheidensten Komforts lebt. Diese Besserung ist einzig und allein der immer mehr allgemeinsten Eingang findenden Chininprophylaxe zu danken. Fast allgemein wird jetzt Chinin 1,0 g jeden 4. Tag genommen.

Im Zusammenhang mit dieser Besserung steht auch ein erhebliches Nachlassen des Schwarzwasserfiebers.

In den Gesundheitsbelehrungen wird auf diesen Punkt immer wieder hingewiesen. Nicht umsonst ist die Mortalität im Südbezirk, wo die Prophylaxe wegen langen Fehlens von Ärzten und wegen der räumlichen Entfernung vom Arzte noch am wenigsten Eingang gefunden, am höchsten (cfr. Tabelle auf Seite 121). Am schnellsten zeigt sich die kolossale Besserung mit Einführung der 4 tägigen 1,0 g Prophylaxe bei der Westafrikanischen Pflanzungsgesellschaft Victoria in Victoria.

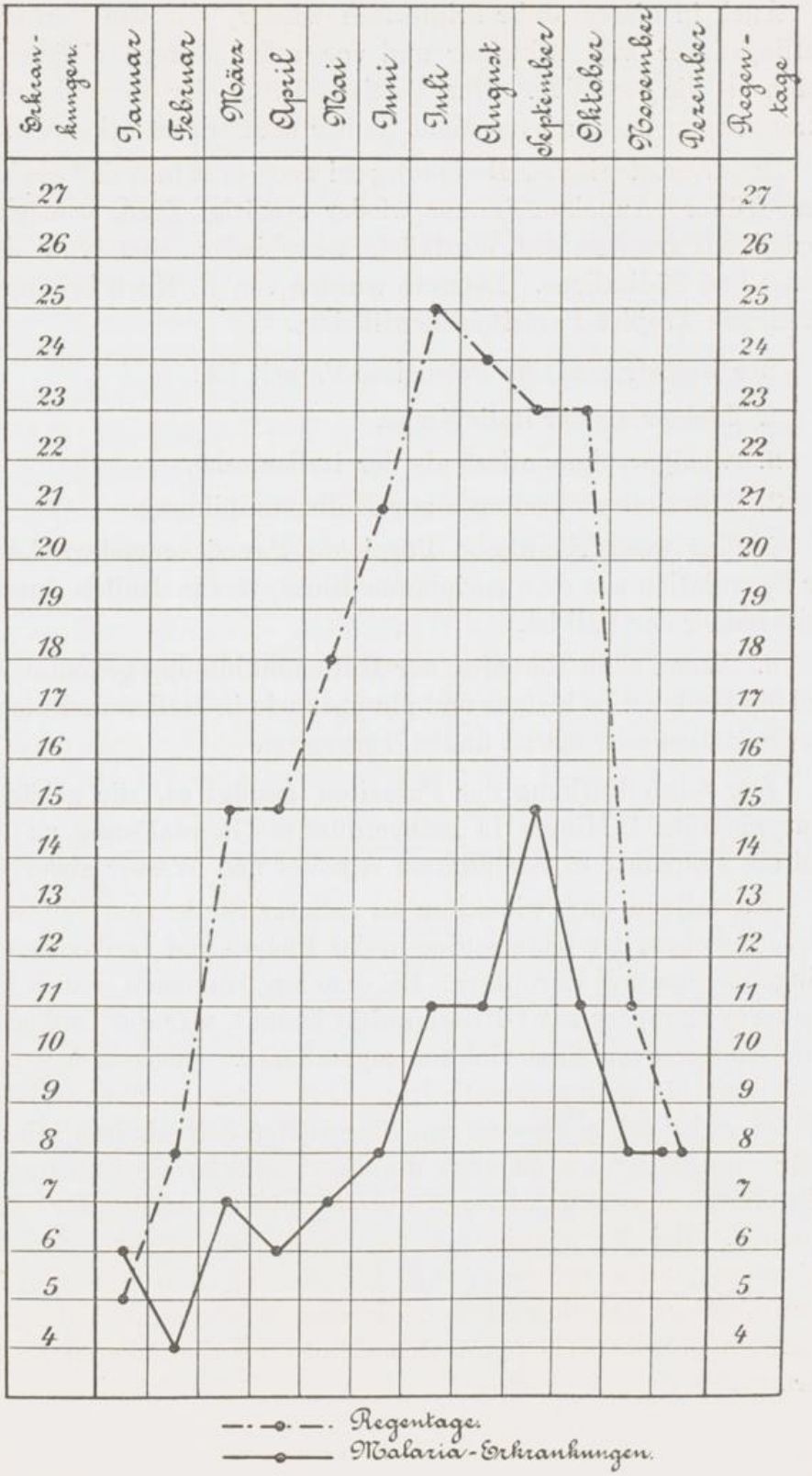
Auch die Zahl der wegen tropischer Erkrankungen Heimzusendenden mindert sich immer mehr. In Duala war keine einzige Heimsendung deswegen nötig.

Sache wiederholter Nachprüfungen wird es sein müssen, festzustellen, ob auch der Malaria-Index der Eingeborenen in denjenigen Orten, wo Sanitätskolonnen wirken und eine systematische Assanierung stattfindet, kleiner wird. Referent fand in Duala bei einigen Nachprüfungen, soweit die beschränkte Zeit solche gestattete, bei Kindern bis zu 6 Jahren einen Malaria-Index von 35 bis 40 % gegen früher 80 bis 90 % und mehr. Indes sagen die Untersuchungen eines Jahres noch gar nichts.

Nach wie vor wird das klinische Bild der Malaria in Kamerun überwiegend durch die Perniciosa dargestellt. Bemerkung verdient aber, daß bei den in Buea (im Kamerungebirge zirka 1000 m hoch) wohnhaften, aber in Duala, also in der Tiefebene geborenen Duala-Kindern, in 50 % Quartana gefunden wurde, welch letztere in Duala sehr selten ist. Ob diese Quartanainfektion immer erst in Buea erworben wurde, steht dahin. Es scheint nunmehr festzustehen, daß in Kamerun die Malaria durchschnittlich bis 900, event. sogar stellenweise bis 1000 m die Berge hinauf sich verbreitet, dabei aber immer seltener und milder werdend. Die Höhenlagen von 1200 m scheinen nach den bisherigen Feststellungen malariafrei zu sein, was für die spätere Besiedelung durch die weiße Rasse jedenfalls von der größten Bedeutung erscheint. Systematische Untersuchungen über die Verbreitung der Malaria fehlen noch für viele Teile des Hinterlandes und ist auf die Notwendigkeit dieser Untersuchungen wiederholt hingewiesen worden.

Um in Kamerun den Zusammenhang zwischen Menge der Regentage und Häufigkeit der Malariaerkrankungen (Schaffung von Brutplätzen der Malariamoskitos — Anophelinen —) zu erweisen, habe ich in folgendem eine Tabelle zusammengestellt, welche die Beobachtungen einer Reihe von Jahren umfaßt. Nur die Berücksichtigung längerer Zeiträume hat statistischen Wert. Soweit es nur irgend möglich war, wurden nur diejenigen Fälle ausgewählt, die als Neuerkrankungen zu bezeichnen waren. Der Zusammenhang dürfte eklatant sein. Es zeigte sich hiernach, daß das Maximum der Regentage auf den Juli, der Höhepunkt der Erkrankungen in den Monat September fällt. Auf der eigentlichen Höhe der Regenzeit waschen die kolossalen Regenmengen öfter die Anopheles-Tümpel aus. Unterschiede in den einzelnen Jahren

Häufigkeit der Malaria-Erkrankungen zur Zahl der Regentage in den einzelnen Monaten. — Durchschnitt von 1886 bis 1905.



kommen vor, indem öfter auch August bis Oktober den Höhepunkt an Malariazugängen aufweisen.

Auch in diesem Jahr zeigte sich wieder, daß die Perniciosa-Erstlingsfieber viel schwerer und vor allem unregelmäßiger verlaufen als die Recidive. Der Tertiana-Typus der Perniciosa-Neuerkrankungen ist durchaus nicht immer deutlich zu erkennen.

In parasitologischer Beziehung sei noch erwähnt, daß Referent seine frühere Annahme immer wieder bestätigt fand, wonach die Perniciosa-Parasiten der Westküste verschieden sind von denen Mittel- und Süditaliens. Letztere wurden von R. Koch bekanntlich mit seinem Tropica-Parasiten identifiziert.

Der westafrikanische Perniciosa-Parasit ist:

1. kleiner als der italienische,
2. weniger pigmentiert als der italienische,
3. schreitet viel seltener zur Halbmondbildung,
4. der westafrikanische Perniciosa-Parasit verschwindet vor der Sporulation aus dem peripheren Blute, was in Italien durchaus nicht immer der Fall ist.
5. Wenn es in Kamerun zur Halbmondbildung gekommen ist, sind die Halbmonde kleiner und plumper wie in Italien und niemals, wie in Italien sehr oft zu finden, zugespitzt.

Zur Schnellfärbung der Parasiten genügt es, die gehärteten Blutpräparate 1 Minute in halbverdünnte Giemsalösung zu legen und die Präparate in verdünntem Alkohol und Wasser abzuspülen.

Auffallend war, wie schon an anderer Stelle vom Referenten hervorgehoben, der Unterschied in der Phago- und Leukocytose bei Eingeborenen und Europäern. Bei ersteren, bei denen es weit mehr, wie beim Europäer zur Giftimmunität kommt, war die Leukocytose während der Perniciosa viel ausgesprochener. Insbesondere waren auch weit häufiger pigmenthaltige Leukocyten zu finden als beim Europäer, bei denen diese zu den allergrößten Seltenheiten gehörten. Sehr bemerkenswert ist auch die fast typische Vermehrung der Blutplättchen gerade während der Perniciosaanfälle der Eingeborenen. Bei Europäern sah ich diese Vermehrung der Blutplättchen nur bei Quartana, als der am mildesten und chronisch verlaufenden Malariainfektion, die dem Körper die Bildung von Antitoxinen schon eher gestatten könnte, als die anderen Malariaformen.

Da die Bildung von Antitoxinen und Parasitolysinen an die vermehrten Bildungen dieser Blutelemente wahrscheinlich geknüpft ist, dürfte die obige Feststellung von Interesse sein.

Nach den Beobachtungen des Referenten kommt es bei Perniciosa der Europäer jedenfalls nicht zur Antitoxinbildung, bei den Eingeborenen nur in relativem Grade.

Dagegen kommt es beim Eingeborenen viel eher zur Giftimmunität gegenüber den Malariaparasiten, wie beim Europäer, im Laufe vieler Jahre auch bis zu einer relativen, aber sehr schwachen Parasitenimmunität.

Eine absolute Parasitenimmunität der Eingeborenen gibt es jedenfalls nicht, und kann ich daher Kochs Behauptung von der eintretenden Malariaimmunität der Neger nicht anerkennen.

Ich sah immer wieder erwachsene Neger, bei denen der Immunisierungsprozeß durch kein Chinin gestört war, an Malaria erkranken. Auch spezifische Malaria-Agglutinine und Präzipitine bzw. Coaguline, die zur Entdeckung latenter Malaria hätten führen können, wurden nicht gefunden.

In therapeutischer Beziehung erwies sich die seit Jahren hier geübte intramuskuläre Injektion von Chinin. bimuriatic. in sterilen Glasröhrchen, verdünnt mit abgekochtem Wasser im Verhältnis von 1 : 4 als ganz besonders wirksam in allen Fällen, wo die Resorption per os nicht unbedingt gewährleistet war. Diese Chininapplikation, event. noch in Verbindung mit Schwitzbädern durch den Heißluft-Schwitzapparat, bricht in kurzem die Macht des schwersten Erstlingsfiebers.

Versuche über die Frage der Chininresorption und Ausscheidung sind noch nicht zum Abschluß gelangt. Thiocoll erwies sich als gänzlich wirkungslos. Dagegen sind Versuche mit Fluorescin, in steriler Lösung subkutan injiziert, noch zu Ende zu führen.

Ziemlich allgemein in der Kolonie wird jetzt die energische Nachbehandlung des Malariafiebers durchgeführt, derart, daß noch 3 Tage nach erfolgter Entfieberung je 1,0 g Chinin genommen wird, dann noch 14 Tage jeden 2. Tag, um dann zur gewöhnlichen Chininprophylaxe jeden 4. Tag 1,0 g überzugehen.

Als außerordentlich wertvolle Bereicherung der Therapie bei Herzschwäche erwies sich das Mittel Digalen, 0,5 oder 1,0 ccm entweder per os oder subkutan bzw. intramuskulär eingeführt.

An Anophelinae- und Culex-Arten wurden in Kamerun bis jetzt festgestellt:

1. Pyretophorus costalis (Lw.),
2. Myzonnjia funesta (Giles) var. subumbrosa Theob.,
3. Myzorhynchus obscurus Ziemanni,
4. Myzorhynchus mauritianus (Grandpré).

Ferner von Culicinae-Arten:

1. Eretmapodites quinquevittatus Theob.,
2. Stegonnjia fasciata (F.),
   „ „ var. luciensis Theob.,
   „ „ longipalpalis,
   „ „ africana Theob.,
3. Phagonnjia nigricephala Theob.,
4. Culex tigripes Grandpré und Charmoy,
   „ condylodesmus n. sp.,
   „ pseudocinereus Theob.,
   „ luteolateralis Theob.,
   „ mundulus n. sp.,
   „ masculus Theob.,
   „ fatigans Wiedem.,
5. Mansonia uniformis (Theob.).

Für Kamerun ist in den Küstenregionen der Pyretophorus costalis in erster Linie als Malariaüberträger zu bezeichnen, erst in 2. Linie Myzonnjia funesta.

Aufs neue zeigte sich, daß die Anophelinen außerordentlich empfindlich sind gegen Störungen ihrer Lebensgewohnheiten vom Ei an bis zum erwachsenen Insekt. In dem trockenen Togo z. B. wo der Anopheles costalis sich viel mehr an die verschlechterten Lebensbedingungen gewöhnen mußte, gelang es, denselben selbst in schmutzigen, durch Enten bewegten Pfützen aufzufinden, was in Kamerun bis jetzt ausgeschlossen war. Der Anopheles costalis der Küstengegend Kameruns braucht mindestens alle 2 mal 24 Stunden neue Blutnahrung, um am Leben bleiben zu können, der in Togo kann event. bis 3 mal 24 Stunden ohne Nahrung aushalten. Auch gelang es jetzt in Kamerun, während der ganzen Trockenzeit an bestimmten Plätzen (Negerhütten), die in der Nähe von Brutplätzen lagen, den Anopheles costalis aufzufinden. Allerdings trat auf der Höhe der Trockenzeit eine erhebliche Verminderung ein. Aus diesem Grunde wurden auch gerade während der Trockenzeit die Brutplätze mit Saprol begossen.

(Ein interessantes Beispiel von Verschleppung von Anophelinen durch den Handelsverkehr ergab sich, als es gelang, 1 Exemplar von Myzorhynchus obscurus Ziemanni, der nur im Oberlaufe des Wuri in den Süßwassersümpfen vorkommt, einmal auch in einer Negerhütte an der Mündung des Wuri, in Duala, festzustellen.)

Daß der systematische Kampf gegen die Malaria durch Sanitätskolonnen in allen Plätzen mit Regierungsarzt begonnen, wurde schon früher erwähnt.

Auch auf anderen Stationen wurde durch Freischlagen und Drainieren der Sümpfe erhebliches geleistet. Mehr noch muß auf die mechanische Prophylaxe auch die agrarische folgen durch Anlegen von Kulturen auf den zu entsumpfenden Stellen und durch soziale Prophylaxe (Hebung der Ernährung der Europäer und Eingeborenen) gewirkt werden. Bezüglich der ersteren ist durch unablässige Agitation für Gartenbau schon manches erreicht. Referent veranlaßte, daß eine große Anzahl Exemplare einer kleinen Broschüre über tropischen Gemüsebau zur Verteilung gelangte. Bei den Eingeborenen aber muß alles daran gesetzt werden, daß Früchte gepflanzt werden, die nicht so dem schnellen Verderben ausgesetzt sind, wie Makabo, Kassada, also z. B. Reis und Mais. Im Hinterlande z. B. in Bali, Bakossi, Bamum scheint die Kartoffel schon Eingeborenenkultur geworden zu sein.

Schwarzwasserfieber.

Bei Referenten hat sich die Überzeugung befestigt, daß die Disposition zu demselben durch Parasiten von besonderer Virulenz hervorgerufen wird. In allen Fällen zeigte sich eine sehr deutliche Verminderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Zweifellos kam es in manchen Fällen zu Schwarzwasserfieber, wo vor dem Ausbruch der Krankheit Parasiten im peripheren Blute nicht nachzuweisen waren.*) Einige Fälle, bei denen es zum Tode kam, obgleich die Hämoglobinurie schon aufgehört und sich minder reichlicher Urin entleerte, wurden erklärt durch akut eintretende Insufficienz der hämopoetischen Organe. In solchen Fällen, bei denen es zu einer außerordentlichen Verschlechterung des Blutes kam (Makro-mikro-poikilocytose, Basophilie, Polychromatophilie), zeigte

*) Näheres in Menses Handbuch der Tropenkrankheiten.

sich das Knochenmark in eine ölige Flüssigkeit verwandelt. Gerade in diesen Fällen würde sich Therapie mit Knochenmarktabletten empfehlen.

Variolois bzw. Varicellen (sogen. Sanagapocken).

Im speziellen Teile als Windpocken bezeichnet. Dieselben herrschen überall endemisch. Indes sah man bisher zum Unterschiede von den echten Pocken (Variola) noch niemals ein eigentlich epidemisch gehäuftes Auftreten dieser Krankheit. Wohl aber konnte mehrfach eine Ansteckung von Person zu Person verfolgt werden. Die Krankheit wird in einem besonderen Berichte verfolgt werden. Dieselbe unterscheidet sich von der Variola in folgendem:

1. Sie ist scheinbar unendlich viel günstiger hinsichtlich der Prognose. In Duala wurde noch kein Todesfall gesehen.

2. Das Fieber ist niedriger als bei Variola vera, oft findet sich nur am ersten Tage eine Temperatursteigerung bis 37,8°, die schon am 2. Tage verschwunden ist.

3. Die Erkrankung der Haut zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle nur als diffus am ganzen Körper auftretende, mehr oder weniger zahlreiche Knötchen, die sich im Laufe weniger Tage in kleine Pusteln mit eitrigem Pfropf verwandeln. In der Minderzahl der Fälle kommt es gleich bei Beginn der Erkrankung zur Eruption kleiner halbkugeliger Bläschen mit serösem Inhalt, der eine Anzahl Lymphkörper beherbergt. Nie sieht man die typischen hantelförmigen, mit Delle versehenen Bläschen wie bei Impfbläschen bzw. bei Variola vera. Diese Bläschen trocknen innerhalb 2 bis 4 Tagen ein. Nur in diesen Fällen kommt es auch zu Fieber bis zu 39,0°, welches staffelförmig schnell zur Norm heruntergeht.

In manchen Fällen zeigen sich auch am harten Gaumen einige rote, rundliche Flecke.

4. Komplikationen von seiten anderer Organe, speziell der Augen fehlen stets, ebenso jede Störung des Allgemeinbefindens.

5. Die Hautaffektion heilt ab unter Abschilferung von Borken. Zurück bleiben zunächst Pigmentdefekte und können die hellen pigmentlosen, rundlichen, meist linsengroßen Stellen oft noch bis 3 Monate sichtbar sein. Dieses spricht gegen die Varicellen-Natur dieser Krankheit.

6. Von der Krankheit werden auch Leute ergriffen, die schon die natürlichen Pocken überstanden und mehrfach früher mit Erfolg geimpft waren.

Referent sah 2 Fälle, bei denen früher 1 bis 2 mal Impfung mit Vaccine Erfolg gehabt hatte, 2 spätere Impfungen mit Vaccine jedoch nicht. Die letzte erfolglose Impfung mit Vaccine lag in dem 1. Falle nur ½ Jahr, im 2. Falle zirka 1 Jahr zurück.

(Die Krankheit ist also von wenn auch leichter Variola vera durchaus zu trennen.)

7. Der Inhalt der Bläschen ruft, auf Gesunde durch Impfschnitte in die Haut des Oberarms übertragen, dort eine lokale Reaktion hervor, die an Vaccine-Impfpusteln erinnert, ohne deutliche Bläschen- und Dellenbildung. Eine allgemeine Reaktion und Ausbruch eines Exanthems wurden aber bisher bei einfacher interner Impfung nicht beobachtet. Am 3. Tage nach der Impfung konnte es zur Temperaturerhöhung bis zu 37,5° kommen.

Pocken (Variola).

Während in Duala wegen der systematischen mehrmaligen Durchimpfung der Bevölkerung es zu keiner Pockenepidemie und damit auch zu keiner Handelsbeschränkung kam (es handelt sich nur um 5 eingeschleppte Fälle), hatte leider der Südbezirk schwer darunter zu leiden. Voraussichtlich sind in erster Linie die Haussah die Weiterverbreiter der Krankheit.

Im April 1905 kam es im Lomiegebiet stellenweise zu einer kleinen Epidemie, im Juli und August zu einer stärkeren in Bamum und Bamenda, November 1905 trat sie auch in Tibati und Ngaundere auf, sporadisch auch vom Februar 1906 erneut in einem Bezirke von Bamenda. Im Februar 1906 kam es dann zu explosionsartigem Ausbruch der Pocken im Kribi- und Lolodorfbezirk, nachdem schon im Dezember 1905 einige Fälle an der Jaundestraße beobachtet waren. Fast sofort wurde auch der ganze Jaundebezirk bis zum Sanaga nach Norden ergriffen. Im April und Mai erlosch dann die Seuche allmählich. Der außerordentliche Mangel an Ärzten zeigte sich gerade bei der Pockenepidemie aufs deutlichste. Speziell an jeder größeren Karawanenstraße muß ein Arzt unbedingt stationiert sein.

Die Bekämpfung der Pockenepidemie wurde unter energischem Zusammenwirken der gesamten Zivil- und Militärorgane durchgeführt.

Schon seit Jahren werden auch die verschiedenen Missionen zu den Impfungen herangezogen; eine Anweisung der Technik der Impfung von Arm zu Arm ist an alle in Frage kommenden Stellen verteilt worden. Schon vor Ausbruch der großen Pockenepidemie im Südbezirk waren die Versuche wieder aufgenommen worden, Lymphe in der Kolonie von Kälbern selber zu erzeugen. Es beteiligten sich daran außer dem Referenten in Duala noch Regierungsarzt Dr. Waldow in Victoria und Oberarzt Dr. Berké im Südbezirk. Die Resultate waren in allen Fällen positive. Referent sah bei einem mit humanisierter, gut virulenter Vaccine geimpften sogenannten Buschkalbe ganz typische Impfpusteln. Die davon erzeugte Lymphe zeitigte in 94 % der Impfungen bei Erstimpflingen einen positiven Erfolg. Auch Dr. Külz hatte selbst im Hinterlande in Jaunde noch 60 bis 70 % Erfolg mit selbst hergestellter Kälberlymphe. Kälberlymphe aus Edea, die nach Dr. Diesing dort bis 90 % Erfolg gezeitigt, kam leider in verdorbenem Zustande hier an. Auch die aus Togo bestellte, dort hergestellte Lymphe war stets fast vollkommen unwirksam. Die Frage der Konservierung der Lymphe in den Tropen ist also noch weiter zu studieren und sollen Versuche mit trockener Lymphe gemacht werden.

Die Lymphebereitung im Küstenbezirk Kameruns ist wegen des Mangels an Kälbern außerordentlich schwierig. Die Versuche der Lymphebereitung im Hinterlande waren außer in Jaunde durch Dr. Külz und Dr. Götz, und außer im Südbezirk durch Oberarzt Dr. Berké bisher stets negativ. Auf Grund der bisherigen Versuche wurde folgender Erlaß bewirkt behufs Herstellung von Lymphe im Schutzgebiet.

„Das ständig neue Aufflackern der Pocken, die Schwierigkeiten, Kälberlymphe auf weite Entfernungen zu verschicken, ohne daß dieselbe an Wirksamkeit einbüßt, gibt mir Veranlassung, die dringende Erwartung auszusprechen, daß sämtliche beteiligten Dienststellen alles daran setzen, das Ziel, wirksame Pockenlymphe in der Kolonie selbst zu erzeugen, zu erreichen. Daß es möglich ist, ist in Edea, Duala, Victoria, Jaunde und Kribi letzthin bereits erwiesen.

Bereitung der Lymphe.

1. Man impft mit frisch angelangter europäischer Kälberlymphe gesunde, noch nicht geimpfte Kinder, die auch noch keine

Pocken hatten (cfr. Impfanweisung). Die betr. Lymphe muß in Gefäßen enthalten gewesen sein, die ständig mit feuchten Tüchern umhüllt sind, muß also kühl aufbewahrt sein.

2. Nach 5 Tagen durchschnittlich zeigen die Impfpusteln einen serösen, d. h. noch nicht vereiterten Inhalt, manchmal schon am 4., manchmal erst am 6. Tage.

3. Gleichzeitig hat man sich gesunde Kälber verschafft, am besten im Alter von 2 bis 5 bzw. 6 Monaten, läßt dieselben auf den Rücken legen und rasiert nun sauber dieHaut des Bauches von der Nabelgegend bis zu den Geschlechtsteilen, ebenso die Innenteile der Oberschenkel, bürstet tüchtig mit Wasser und Seife ab, trocknet die rasierten Stellen mit einem ausgekochten, wieder getrockneten reinen Tuche, nachdem die rasierten Stellen mit reinem Wasser abgespült wurden.

4. Hierauf öffnet man mit einer Impflanzette die oben geschilderten, gut entwickelten, mit trüber seröser Flüssigkeit — also nicht mit Eiter — gefüllten Impfpusteln des Impflings und impft den Inhalt derselben in die rasierte Hautfläche des Kalbes ein, ganz wie bei der Abimpfung von Mensch zu Mensch (cfr. Impfanweisung). Am besten legt man die Schnitte rhombenförmig an, so daß jede Seite zirka 1 cm lang ist.



5. Die einzelnen Schnitte müssen 3 bis 4 cm voneinander entfernt sein. Man kann zirka 30 bis 40 solcher Impffiguren anlegen.

6. Dann läßt man das festgehaltene Kalb noch etwa 15 Minuten auf dem Rücken liegen, damit die Lymphe antrocknet, und läßt es dann auf die Weide gehen, am besten auf Grasweide, damit keine Beschmutzung durch Sand erfolgt.

7. Nach 3½, 4 oder 5 bis 6 Tagen entwickeln sich mehr oder weniger typische Impfpusteln (wie beim Menschen) an den Impfstellen. Wenn der Inhalt der entwickelten Pusteln noch klar, also noch nicht vereitert ist, kratzt man die Impfpustel mit einem Messer ab, ebenso auch die nachquellende Lymphe und füllt beides in einen reinen Mörser (in Ermanglung dessen auch in eine reine Untertasse) und zerreibt den Inhalt der Impfpusteln mit Glyzerin im Verhältnis von 2 : 5. Hierauf füllt man die zerriebene Masse in

kleine vorher ausgekochte Fläschchen und verschließt sie mit gut sitzendem Korke, der noch versiegelt wird. Dann ist die Lymphe versandfähig. Die Fläschchen sind so klein zu wählen, daß möglichst wenig Luft im Gläschen bleibt. Die Lymphe ist möglichst schnell zu verwenden.

8. Hat man eine Zentrifuge und Glaskapillarröhrchen, so kann man die im Mörser zerriebene Impfmasse (Impfpustelinhalt und Glyzerin) zentrifugieren und die so erhaltene klare Masse in die Kapillarröhrchen aufsaugen, welche über der Spiritusflamme an den Enden sofort zugeschmolzen werden. Man hüte sich dabei vor Erhitzung der Lymphe selber. Die in zugeschmolzenen Glaskapillaren enthaltene Lymphe hält sich im kühlen dunklen Raum (das betr. Gefäß stets mit feuchten Tüchern bedecken) ziemlich lange.

9. Zuweilen kommt es beim Kalbe überhaupt nicht zur richtigen Pustelbildung, sondern nur zur Bildung von Borken an den Impfstellen. Die Erfahrung zeigt, daß auch der abgeschabte und wie oben verarbeitete Inhalt dieser Borken, mit Glyzerin vermischt, eine ziemlich wirksame Lymphe ergibt.

10. Statt des Inhalts von Impfpusteln von Menschen, die mit Kälberlymphe geimpft waren, kann man auch den Inhalt von Pusteln von Pockenkranken auf Kälber verimpfen. Da indes sich gezeigt hat, daß diese von Pockenkranken gewonnene Kälberlymphe auf andere Menschen überimpft, gefährliche pockenähnliche Erkrankungen erzeugen kann, muß man den Inhalt der Impfpusteln von einem Kalbe, welches mit Pockengift geimpft war, erst auf ein zweites Kalb verimpfen. Von letzterem gewinnt man dann die wirksame Kälberlymphe, welche für Menschenimpfungen zu verwenden ist.

11. Nach diesen Regeln werden auch Nichtärzte bei Gelegenheit Lymphe zu erzeugen imstande sein. Über das Veranlaßte sehe ich einem Bericht bis zum 1. Oktober ds. Js. entgegen."

Die Anschauung von Regierungsarzt Dr. Külz, wonach der angebliche Mangel eines nachhaltigen Impfschutzes beim Neger (gegenüber der weißen Rasse) auf die Zerstörung der Impfpusteln infolge des Zerkratzens und Auflegens von Medizin (Palmöl usw.) zurückzuführen sei, konnte ich durchaus bestätigen. Jene Zerstörung der Impfpusteln stört auch den Immunisierungsprozeß gegen Pocken, der im Körper der Geimpften einsetzt.

Scharlach und Diphtherie

kamen nicht zur Beobachtung, dagegen einige Fälle von

Masern und Röteln.

Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung

wurde in einer Reihe leichter Fälle in Victoria beobachtet. Der Regierungsarzt in Victoria faßte auch als Hospitalbrand eine Reihe von Fällen mit phagedänischen Geschwüren auf, wie sie sich häufig infolge höchster Vernachlässigung bei meist schwächlichen Personen in Kamerun finden.

Typhus abdominalis

ist in Kamerun mindestens selten. Referent sah bisher nur 2 Fälle, die klinisch und pathologisch-anatomisch event. als Typhus abdominalis hätten gedeutet werden können. Da Typhus abdominalis-Kulturen bzw. das Ficker'sche Typhusdiagnosticum nicht zur Stelle war, konnte der bakteriologische Nachweis nicht erbracht werden. (Betr. Typhus abdominalis-Bazillen cfr. noch weiter unten.) Noch nicht sicher ist, ob auch Paratyphus vorkommt.

Rückfallfieber

wurde trotz einer sehr großen Reihe von Blutuntersuchungen nicht gefunden.

Tuberkulose

bei Europäern kam mehrfach zur Beobachtung. Jedesmal war die Möglichkeit gegeben, daß die Infektion schon in Europa stattgefunden. Bei Eingeborenen ist sie jedenfalls sehr selten. Referent hat noch keinen Fall gesehen, bei dem nicht die Möglichkeit der Infektion der Eingeborenen durch tuberkulöse Europäer gegeben war. Der Regierungsarzt von Victoria beschrieb einen Fall von Bluthusten mit positivem Tuberkelbazillenbefunde bei einem jungen Bakwiri aus dem Kamerungebirge. Häufig dagegen sind bei Eingeborenen crupöse und katarrhalische Pneumonien, zuweilen auch gefolgt von Lungenabsceß und Gangrän.

Ruhr

herrscht im ganzen Schutzgebiet endemisch. Besonders betroffen erscheinen die gebirgigen Gegenden. Meist tritt die Ruhr be-

sonders in der heißen trockenen Jahreszeit hervor. Am verheerendsten herrschte sie bisher unter Kriegsgefangenen und Arbeitern, die aus dem Innern zur Küste gebracht wurden, wo sie statt der bisher gewohnten Nahrung (Mais, Makabo, Kassada, Planten) die ungewohnte Reisnahrung erhalten. Der Reis wird vielfach nur halbgar gekocht, so daß leicht Darmkatarrh und Dysenterie entstehen. Dies umsomehr, als der Körper jener Leute aus den Gebirgshöhen vielfach durch Malaria geschwächt wird. Durch scharfes Überwachen der Köche lassen sich jene Übelstände betr. unrichtigen Reiskochens zum Teil beseitigen. Auf den Pflanzungen hat man durch regelmäßige Verabfolgung von Palmöl zu den Tagesrationen die Neigung zu den Darmstörungen außerordentlich vermindert. Das Palmöl wirkt gegen die bei Genuß reichlicher Vegetabilien leicht entstehende Verstopfung.

Amöbendysenterie mit Leberabsceß fand sich zweifellos viel häufiger bei den aus dem Hinterlande zur Küste kommenden Negern, als bei den Küstennegern. Schon jetzt läßt sich sagen, daß die Dysenterie für die ganzen farbigen Arbeiter eine viel ernstere und häufiger zum Tode führende Krankheit ist, als die Malaria.

Es sind daher Fragebogen für die Arbeitgeber ausgearbeitet, um statistisch die Morbidität und Mortalität der Arbeiter hinsichtlich Malaria und Dysenterie festzustellen und um solche Stämme, deren Angehörige an der Küste besonders disponiert sich für Dysenterie erweisen, für die Arbeiteranwerber überhaupt ausscheiden zu können. Die Behandlung der Dysenteriekranken war die übliche. In Fällen von Bazillenruhr erprobte Referent das Shiga'sche Antidysenterie-Serum. Dem Bericht hierüber wird folgendes entnommen:

Mit Shiga'schem Antidysenterie-Serum wurden behandelt im Dezember 1905:

1. Ein Europäer (deutscher Kaufmann), mittelschwerer Fall, geheilt.
2. Ein Neger, sehr schwerer Fall, geheilt.
3. Ein Neger, mittelschwerer Fall, geheilt.
4. Ein Neger, verzweifelter Fall, fast moribundus von einer anderen Station eingeliefert, gestorben.

Bei diesem nur 10 ccm Serum am ersten Tage, am zweiten Tage bereits Exitus.

Bei allen 4 Fällen war vorher der Versuch einer spezifischen systematischen Kur mit Ipecacuanha, Calomel, Simaruba usw.

nicht gemacht worden. Bei allen 4 dauerte die Krankheit erst wenige Tage. Bei allen 4 waren ferner in den Stühlen bei mehrfachen Untersuchungen Bazillen gefunden worden, plumpe, kleine Stäbchen mit abgerundeten Ecken, die meistens isoliert auftraten und dem Bakterium coli recht ähnlich waren. Sie wurden wegen ihres sonstigen Verhaltens als Shiga'sche Dysenteriebazillen aufgefaßt. Da auch Amöben in den Stühlen der vier Fälle vermißt wurden, wurden die letzteren als Fälle reiner Bazillenruhr aufgefaßt. (Bei Fall 4 auch durch Sektion bestätigt.)

Bei der Besprechung kann Fall 4 fortfallen, da der Betreffende zu der elend genährten, an sich schon sehr schwächlichen Buschbevölkerung im Hinterlande von Jabassi gehörte.

Die Behandlung bestand bei allen in Warmhaltung, Bettruhe, hydropathischen Umschlägen um den Leib und Verabreichung eines Eßlöffels Ol. Ricini im Beginn, ferner in schleimiger, flüssiger Diät. Fall 1 erhielt 10 ccm Serum im Laufe des zweiten Tages mit dem Erfolge, daß die Stühle unter Tages nachließen, noch mehr im Laufe des dritten Tages. Nach weiteren 10 ccm Serum im Laufe des dritten Tages war am vierten Tage der Stuhl abends von normaler Beschaffenheit und blieb es bei flüssiger Diät auch während der folgenden Tage bis zur Entlassung. Fall 2, ein Strafgefangener, erforderte ebenfalls zweimal je 10 ccm Serum, einmal am ersten, einmal am dritten Behandlungstage. Da es sich außerdem um stärkste Empfindlichkeit der Därme (infolge von Geschwürsbildung in den Därmen) handelte, wurde gleichzeitig Bismut. subnitric. 0,3 stündlich 1 Tablette pulverisiert gegeben. Innerhalb 6 Tagen wurden die Stühle ganz normal. Ein Recidiv, welches infolge eines starken Diätfehlers entstand, heilte nach weiteren 10 ccm Serum in wenigen Tagen, und wurde die weitere Rekonvalescenz nur durch eine eitrige Mandelentzündung und Malaria etwas verzögert.

Fall 3 wurde an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, etwa drei Tage nach Beginn der Krankheit, je mit 10 ccm Serum behandelt. Verschwinden der Dysenteriestühle nach im ganzen 5 Tagen seit Beginn der Behandlung. Während der drei letzten Behandlungstage auch Bismut. subnitric. 0,3 g stündlich 1 Tablette pulverisiert.

Nebenwirkungen des Serums, wie Exantheme, nervöse Erscheinungen, wie Erbrechen, Schwindel usw. wurden nicht beobachtet. Selbst wo die Diarrhoe anfangs noch bestehen blieb und mit Bismut. subnitric. außerdem beseitigt werden mußte, verschwand das

Blut und der Schleim aus den Stühlen, der Stuhlgang ließ nach, das Allgemeinbefinden besserte sich. In Fall 2, besonders aber in Fall 1, war diese Wirkung geradezu erstaunlich.

So ermutigend diese Fälle auch sind, so läßt sich ein sicher begründetes Urteil erst auf Grund weiterer zahlreicherer Versuche, die ins Auge gefaßt sind, gewinnen."

Epidemische Genickstarre und Tetanus,

die früher schon in Kamerun beobachtet wurden, kamen nicht zur Behandlung, ebensowenig Splenomegalie, auf welch letztere besonders geachtet wurde, auch nicht Gelbfieber, wofür alle Bedingungen sonst gegeben sind. Reichliche Mengen von Stegonjien sind fast überall in der Kolonie verbreitet.

Lepra.

Den früheren Ausführungen ist nichts hinzuzufügen. Leprahеime sind in Kamerun noch nicht vorhanden.

Äußerst verbreitet ist, wie aus Blutproben von verschiedenen Teilen der Kolonie hervorgeht, die

Filariakrankheit.

Wie schon früher hervorgehoben, muß man drei Arten Filaria unterscheiden:

1. Filaria Bankrofti,
2. Filaria perstans (als Muttertier ev. die Filaria loa zu betrachten),
3. Filaria parva vivax.

Filaria loa macht hier nicht nur Wanderungen im Auge, sondern scheinbar durch den ganzen Körper. Es gelang mehrfach, das Muttertier, wenn es unter der Haut im subkutanen Bindegewebe umherkroch, durch einen Collodiumring lokal zu fixieren und nach Incision in die Haut lebend zu entfernen. Diese Filaria loa ist mit den sogenannten Tropenschwellungen in ätiologischen Zusammenhang zu bringen.*) Es zeigte sich aufs neue, daß beim Neger meistens in der Küstengegend in mindestens 25 bis 30 Prozent der Fälle von sogenanntem „Fieber" es sich um Filariakrankheit handelt. Nicht selten sieht man kleine hasel- bis wallnußgroße Tumoren unter der Haut, die sich ganz wie Fibrome bzw. Lipome

*) Ziemann, Über Filariakrankheit. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1905.

anfühlen und die bei Exstirpation sich erweisen als verdichtetes entzündliches Gewebe, in dessen Maschen ein bis mehrere Muttertiere der Filaria loa sich befinden, umgeben von einer Unzahl kleiner und kleinster Embryonen. Hämatochylurie kam nicht zur Beobachtung. Ob die Filaria parva vivax (um ein Drittel kleiner und noch viel beweglicher als Filaria perstans-Embryonen) eine besondere ätiologische Bedeutung hat, steht noch dahin. In einem Falle, mit den klinischen Erscheinungen der pachymeningitis chronica interna, waren die Embryonen der Filaria parva vivax in ganz außerordentlicher Menge im Blute sichtbar. Sektion leider verhindert.

Schlafkrankheit.

Es hat sich leider herausgestellt, daß die Glossina palpalis verbreiteter ist, als früher angenommen wurde. Besonders die Grenze der Brakwasser- und Süßwasserzone scheint von ihr bevorzugt zu werden. In diesem Zusammenhange gewinnt das Vorkommen von zwei ganz zweifellos endemisch in Duala selbst entstandenen Fällen von Schlafkrankheit eine sehr erhebliche Bedeutung.

Da die Fälle sterbend eingeliefert wurden, konnte ein Versuch mit Arsenik-Therapie (Atoxyl) nicht mehr gemacht werden.

Sporadische Fälle im Hinterland sind den meisten Eingeborenen bekannt und haben viele Stämme auch besondere Namen dafür.*)

Einen richtigen kleinen Herd der Krankheit fand der Hauptmann Frhr. v. Stein 1901 im Südbezirk, in Dörfern der Stämme Vubis, Vokum, Vojim und Vuman. 1906 fand er diese ganz isoliert liegenden, von dichtem unbewohnten Urwald umgebenen Dörfer ausgestorben. Einen hauptsächlich aus Vuman bestehenden kleinen Rest der Bevölkerung fand er im Dorfe Ngonjamot an der Straße nach Bimba, etwa 8 Stunden östlich des oberen Njong-Depot. Anscheinend wäre die Krankheit derzeit erloschen.

Sonstige parasitäre Krankheiten.

Der Regierungsarzt in Victoria berichtet von dem epidemischen Auftreten einer eigenen Art von Fußgeschwüren, die er den sogenannten Zambesigeschwüren vergleicht.

*) Ziemann, Über die Verbreitung der Lepra, der Schlafkrankheit und der Beri-beri in Kamerun. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1901.

Frambösia tropica

ist in der ganzen Kolonie verbreitet. Es gibt Dörfer am Mungo, bei denen die Kinder in mindestens 70% der Fälle infiziert sind. Schon an früherer Stelle ist erwähnt, daß Referent auch in Kamerun Spirochäten als die Erreger jener der Syphilis nahestehenden Krankheit feststellen konnte, gleichzeitig mit Castellani in Ceylon. Durch Wellmann in Angola erfolgte später die Bestätigung.

Die Leute erwerben die Krankheit meist als Kinder, die Dauer beträgt durchschnittlich zwei bis drei Monate. Erwachsene sind seltener und dann schwerer betroffen. Das Überstehen verleiht vollkommene Immunität. Wie ich schon früher mitteilte, kommt sie auch bei Affen (Gorillas und Chimpansen) vor.

Man hat zu unterscheiden:

1. Frambösia tuberosa (die häufigere),
2. Frambösia pustulosa (sehr selten scheinbar).

Nie sah ich bisher die mit tiefen, schmerzhaften Rhagaden verbundenen pustulösen Formen, die in Westindien z. B. so häufig sind. Jodkali in energischen Dosen und Bismutpaste führen in ca. 4 Wochen meist Heilung herbei.

Rhino-Pharyngitis mutilans.

Als solche bezeichnet Referent eine eigenartige Krankheit, scheinbar sui generis, die wahrscheinlich mit Syphilis und Tuberkulose nichts zu tun hat, und zu Ulcerationen in der Nase führen kann. Diese ulcerativen Prozesse können auch auf die Wangen und den Mund übergreifen. Fast stets aber beschränkt sich der Prozeß auf die unmittelbare Umgebung der Nase bzw. des Mundes und dauert viele Jahre. Schließlich kommt es zur Heilung unter starker narbiger Retraktion der Haut in der Umgebung der Nase bzw. des Mundes. Man findet statt der Nase, deren häutiger, knorpeliger und knöcherner Teil gänzlich geschwunden ist, nur noch zwei kleine Öffnungen, die den beiden Nasen-Choanen entsprechen. Öfter sind infolge der narbigen Retraktion der Haut in der Nähe des Mundes die Zähne sichtbar. Auch das untere Augenlid kann nach unten narbig verzogen sein, so daß Conjunktivitis, Keratitis, Irititis und Erblindung auf dem betreffenden Auge die Folge ist. Der harte Gaumen kann z. T. zerstört sein. Der weiche Gaumen fehlt manchmal ganz. Manchmal sieht man in der Mitte desselben

eine schlitzförmige Öffnung, welche die Verbindung des Mundes mit der Nasenhöhle herstellt. Die Gaumenbögen und die hintere Rachenwand sind oft narbig verzogen. Einen Befund des Kehlkopfes zu erheben, war bisher nur einmal möglich. Die narbige Retraktion erstreckte sich in diesem Falle auch auf den Schildknorpel, Kehldeckel und wahre und falsche Stimmbänder, so daß ein ganz eigenartiges verschwommenes Bild entsteht. Die Stimme ist in solchen Fällen röchelnd, heiser bzw. ganz tonlos. Zuweilen beschränkt sich der ulcerative Prozeß anfangs auf die Nase bzw. Nasenhöhle allein, zuweilen nur auf die Rachenhöhle. In anderen Fällen beginnt der Prozeß gleichzeitig in den beiden erwähnten Gegenden. Nur einmal sah ich bis jetzt auch am Körper, und zwar in der rechten Seite, eine Reihe von flachen, pfennigstückgroßen, rundlichen, mit mißfarbigem Belage bedeckten Geschwüren, die von dem betreffenden Kranken selber in ätiologischen Zusammenhang mit der Nasen- und Rachenkrankheit gebracht wurde, und die als zerfallene Hautgummata gelten konnte. Heilung dieser Geschwüre bei rein lokaler Therapie (Auskratzen, essigsaure Tonerdeverbände). Gegen Syphilis spricht bis jetzt:

1. Das Fehlen von Spirochäten in den abgeschälten Teilen der ulcerierten Gewebe;
2. Die Ehehälften eines erkrankten Mannes oder Weibes können gesund bleiben, trotz erfolgten häufigen intimen Verkehrs;
3. Die Kinder der Erkrankten sind ganz gesund, auch die Neugeborenen der mit dieser Erkrankung noch behafteten Mütter;
4. Die fast ständige Isolierung der Krankheit auf die Nasen- und Rachenhöhle.

Selbstverständlich kommt im übrigen auch Syphilis der Nase und des Rachens hier vor.

Gegen Tuberkulose spricht der ganze bisherige Verlauf der Krankheit, fast völlige Reaktionslosigkeit gegen Tuberkulin, gegen Lepra das Fehlen von Leprabazillen.

Eine Monographie über diese Krankheit mit stereoskopischen Photographien wird noch erscheinen.

Sonstige Infektionskrankheiten.

Die Ausdehnung der Syphilis und Gonorrhoe ist eine große. Die Syphilis ist viel häufiger, als früher angenommen wurde.

Zu ihrer weiteren Verbreitung tragen die Haussah und die Soldaten viel bei. Eine Besserung wird sich auch hier erzielen lassen, wenn erst an allen großen Karawanenstraßen Ärzte stationiert sein werden.

Die bisherigen Beobachtungen lassen darauf schließen, daß das Klima als solches die Virulenz mancher pathogenen Bakterien in Kamerun abschwächt. Am eklatantesten sieht man das an dem Verhalten der Tetanusbazillen, die hier ungeheuer verbreitet sind, während trotz der häufigen Wunden (auch an den Füßen) Tetanus-Fälle äußerst selten sind. Auch Diphtherie und Influenzabazillen und Bazillen der malignen Oedeme sind hier schon festgestellt. Von Erkrankungen hört man aber fast nie. Dasselbe trifft zu auf Erkrankungen an Meningococcus intracellularis. Mit dem Vorkommen von Typhusbazillen werden wir wahrscheinlich auch rechnen müssen, nur daß dann ihre Virulenz voraussichtlich meist abgeschwächt ist.

Andere pathogene Keime scheinen eher ihre Virulenz hier zu steigern. Das trifft ev. besonders zu für den Diplococcus pneumoniae.

Die Strepto- und Staphylococcen sind enorm verbreitet und sind oft genau so pathogen bei Europäern wie bei Farbigen. Die Fälle von außerordentlichen Wundheilungen, die auch Referent beobachtete, führt er im Gegensatz zu A. Plehn, der sie mit einer besonderen Resistenz der farbigen Rasse erklärt, auf gelegentliche Abschwächung in der Virulenz der betr. Coccenstämme zurück. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhange die nicht unbeträchtliche lange Dauer der Wirksamkeit einiger Heilsera in den Tropen. Tuberkulin konnte noch nach 2 Jahren deutliche Reaktion bewirken, Antidysenterie-Serum (Shiga) noch nach ½ Jahre.

Bösartige Geschwülste.

Das gelegentliche Vorkommen von Sarkomen ist vom Referenten für Kamerun schon früher betont, ebenso, daß Carcinome mindestens sehr selten sind.

Im Berichtsjahr sind für Duala 2 Fälle von Carcinom erwähnt, 1 der Mamma, 1 der Vulva bei einer Negerin, von Dr. Waldow operativ beseitigt. Die genauere Diagnose eines bösartigen Tumors im Unterleibe bei einem Neger, der sich der Behandlung entzog, blieb offen.

Myome des Uterus sind bei Negerinnen nicht ganz selten, wie überhaupt das ganze Gebiet der Gynäkologie auch bei den Negerinnen Kameruns vertreten ist. (Peri-, Parametritis, Oophoritis, Salpingitis, Retro- und Anteflexionen und Versionen des Uterus usw.)

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Die Pathologie dieses Gebietes ist beim Neger im allgemeinen zweifellos ärmlicher als bei der weißen Rasse. Neuritis, Polyneuritis, Hysterie, Neurasthenie, Hemikranie, Epilepsie kommen nicht selten vor, auch die Ausfalls-Erscheinungen nach Gehirnhämorrhagien bzw. Apoplexien, wie Lähmungen usw. Dagegen wurden bisher die komplizierteren Erkrankungen des Rückenmarks usw., Syringomyelie, amyotrophische Lateralsklerose, Bulbärparalyse bei Farbigen noch nicht beobachtet. Vor allem ist interessant, daß trotz nicht seltenen Vorkommens von Syphilis Tabes dorsalis und progressive Paralyse bei Negern überhaupt noch nicht zur Beobachtung gelangten. Referent stellte ähnliches auch bei den Eingeborenen Westindiens und Venezuelas fest.

Die Geistesstörungen sind beim Kameruner Neger weniger kompliziert als bei der weißen Rasse. Am häufigsten findet sich Dementia praecox und akute Manie, bei den intelligenteren Negern aus Ober-Guinea zuweilen auch akute halluzinatorische Verwirrtheit (speziell meist mit religiösen Wahn-Ideen).

Alkoholismus.

Dringend notwendig ist es, daß der Schnaps-Import durch Zölle usw. aufs äußerste erschwert wird. Referent kommt immer mehr zu der Überzeugung, daß dadurch der Degeneration sehr entgegengearbeitet werden kann.

Gegen die Inzucht einzelner Stämme, die viel zu frühzeitigen Heiraten, den z. T. enorm verbreiteten Usus des künstlichen Abortes muß noch viel mehr als bisher in den Häuptlingsversammlungen getan werden.

Bei Europäern ist der Alkoholismus im allgemeinen, besonders in Duala und Victoriabezirk gegen früher ganz erheblich zurückgegangen. Fälle von schwerer Betrunkenheit dürften dort jetzt ziemlich selten sein. Speziell ist der Bierkonsum, auf den Kopf der weißen Bevölkerung berechnet, im Dualabezirk und seinem

Hinterlande erheblich zurückgegangen. Auf den Kopf der Bevölkerung kamen in Duala an Bier pro Jahr:

1902 = 94 Liter,
1903 = 88,7 „
1904 = 62 „
1905 = 55,5 „
1906 = 51,9 „

Immer und immer wieder wird in den Gesundheitsbelehrungen gegen die schädlichen Folgen des Alkohols, speziell des konzentrierten, geredet. Vor allem ist die Schaffung einer Sodawasser- und Limonadenfabrik von denkbar günstigstem Einfluß gewesen. Die Firma Woermann beabsichtigt, eine zweite zu errichten, die Eisenbahn-Kompagnie eine dritte für ihre Angestellten.

Allgemein Hygienisches für Kamerun.

Besserung der hygienischen Verhältnisse wurde in folgenden Punkten erzielt:

1. Sämtliche Beamten-Wohnhäuser im Schutzgebiet durch Drahtgazeverschluß an Fenstern und Türen moskitosicher zu machen. Mit der Ausfürung ist bereits begonnen worden.

2. Um eine Verbreitung der echten, im Küstengebiet noch nicht vorhandenen Tsetse-Krankheit der Pferde zu vermeiden, wurde angeordnet, daß die in das Küstengebiet eingeführten tsetseverdächtigen Pferde dem zuständigen Regierungsarzt zur Untersuchung vorgeführt werden.

3. Um die Sterblichkeit unter den aus dem Hinterlande eingeführten Arbeitern, Kriegsgefangenen usw. herabzumindern, sollen sämtliche Leute vor Abmarsch an die Küste nach Möglichkeit ärztlich untersucht, alte schwächliche wie zu jugendliche Leute ausgeschaltet werden.

4. Die Schaffung eines eigenen, besser vorgebildeten, dem Medizinalreferenten unterstellten Lazarettgehilfenkorps. Auf den Stationen im Innern hatte sich immer mehr das Bedürfnis geltend gemacht, eine in der Krankenpflege ausgebildete Person zur Ver-

fügung zu haben. Aus dem den Regierungsärzten früher zur Verfügung stehenden Material, Jungen, die nicht lesen und schreiben konnten, vielleicht noch kaum bei einem Europäer als Diener in Stellung gewesen waren, erwies es sich als unmöglich, einen Stamm guter Leute heranzubilden.

Jetzt gelangen nur befähigtere, ehemalige Schüler der Regierungsschule zur Ausbildung. Durch zeitweiliges Arbeiten im Geschäftszimmer des Regierungshospitals werden die Lazarettgehilfen auch im Schreibwesen unterrichtet, um die Führung der Krankenbücher, Impflisten usw. übernehmen zu können. Außerdem werden sie scharf zum Besuch der vom Regierungslehrer ins Leben gerufenen Fortbildungsschule angehalten.

5. Sanitätskolonnen für Duala, Victoria, Kribi und Jaunde wurden eingerichtet.

6. Die Krankenverpflegung für Europäer auf Stationen ohne Krankenstube und auf Expeditionen wurde durch Runderlaß geregelt.

7. Die Lymphesendungen in das Schutzgebiet wurden abgeändert und eine neue, alle Stationen versorgende Verteilung der von Deutschland bezogenen Lymphe vorgenommen.

Die Lymphegewinnung im Schutzgebiet selbst ist mit Erfolg in Angriff genommen.

Die Bevölkerung Dualas und der Umgegend ist einer erneuten Durchimpfung unterzogen worden; besonders wurde Wert darauf gelegt, die seit der Durchimpfung 1903 geborenen Kinder zu impfen. Schwierigkeiten seitens der Bevölkerung haben die Impfungen niemals gefunden.

Nach-

über

im Jahre 1905/06

Iststärke:

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Sch.	weibl.	24	Missionsfrau	Württembg.	$5^1/_2$ Monate	$5^1/_2$ Monate
2	H.	männl.	$2^7/_{12}$	Kind (von der Basel. Mission)	Preußen	$2^7/_{12}$ Jahre	$2^7/_{12}$ Jahre (hier geboren)
3	F.	„	24	Eisendreher	Österreich	5 Monate	5 Monate
4	K.	„	31	Kesselschmied	Sachsen	14 Monate	14 Monate
5	K.	„	.	.	.	.	.
6	M.	„	.	.	.	.	.
7	C.	„	27	Pflanzer	Preußen	4 Monate	4 Monate
8	V.	„	30	„	Großherzt. Hessen	9 Monate	9 Monate
9	T.	„	30	„	Preußen	2 Monate	2 Monate
10	P.	„	27	Kaufmann	„	5 Monate	5 Monate
11	H.	„	23	„	„	1 Jahr	1 Jahr
12	H.	„	24	„	„	3 Jahre	3 Jahre
13	R.	„	27	Maurer	„	2 Jahre	2 Jahre
14	S.	„	32	Kaufmann	Mecklenbg.	.	.
15	V.	„	28	„	Preußen	2 Jahre	2 Jahre
16	M.	„	53	Missionar	Nord-amerika	—	—
17	P.	„	28	Kaufmann	Mecklenbg.	3 Jahre	3 Jahre
18	W.	„	31	Zollbeamter	Preußen	3 Jahre	3 Jahre
19	B.	„	26	Polizeimeister	„	18 Monate	18 Monate
20	L.	„	$30^6/_{12}$	Leutnant	Sachsen-Meiningen	8 Monate	8 Monate
21	M.	„	.	Stat.-Assistent	Lothringen	.	.

weisung

die

verstorbenen Europäer.

896.

Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen	
9	10	11	
19. 4. 05	Herzschwäche, Frühgeburt.	Duala	
7. 8. 05	Vergiftung.	„	
7. 8. 05	Ertrinken im Kamerunfluß.	„	Außerhalb ärztlicher Behandlung verstorben.
7. 8. 05	„	„	Desgl.
.	Schwarzwasserfieber.	Victoria	Nähere Angaben fehlen.
.	„	„	
14. 7. 05	„	„	
2. 9. 05	„	„	
30. 12. 05	Ertrinken.	„	Außerhalb ärztlicher Behandlung verstorben.
7. 9. 05	Nierenverstopfung, Schwarzwasserfieber.	Kribi	
28. 9. 05	Nierenverstopfung, Schwarzwasserfieber.	„	
6. 2. 05	Schwarzwasserfieber.	„	Desgl. Im Busch gestorben.
1. 3. 05	„	„	„
28. 2. 06	„	„	„
8. 11. 05	„	„	„
.	Selbstmord.	„	„ Nähere Angaben fehlen.
.	Schwarzwasserfieber.	Rio del Rey	Außerhalb ärztlicher Behandlung verstorben.
21. 12. 05	„	Campo	
.	„	Ossidinge	
5. 1. 06	Leberabsceß und Ruhr.	Bascho	
1. 5. 05	Schwarzwasserfieber.	Johann Albr. Höhe	

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet
1	2	3	4	5	6	7	8
22	F.	männl.	$26^{3}/_{12}$	Leutnant	Preußen	7 Monate	7 Monate
23	B.	„	27	Unteroffizier	„	8 Monate	8 Monate
24	H.	„	.	Kaufmann	.	.	.
25	R.	„	.	„	.	.	.
26	S.	„	$35^{9}/_{12}$	Oberleutnant	Preußen	5 Jahre	.
27	C.	„	$29^{6}/_{12}$	Sergeant	„	3 Jahre	.
28	Sch.	„	$30^{6}/_{12}$	Oberleutnant	„	8 Monate	8 Monate
29	J.	„	.	Matrose	Hamburg	—	—
30	J.	„	30	Schiffsoffizier	„	—	—
31	v. B.	weibl.	24	Fräulein ohne besonderen Stand	Mecklenbg.	—	—

Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen	
9	10	11	
22. 12. 05	Schußwunden und Septicämie.	Johann Albr. Höhe	
4. 1. 06	Dysenterie.	„	
.	Ermordet von Eingeborenen.	Ebolowa	} Nähere Angaben fehlen.
29. 9. 05	„	„	
6. 9. 05	Schuß in den rechten Oberschenkel, Malariafieber.	„	
2. 8. 05	Akute hämorrhagische Nierenentzündung, Urämie.	Bamenda	
16. 1. 06	Schuß in den Kopf.	Joko	
6. 12. 05	Ertrinken im Kamerunfluß.	Duala	
5. 10. 05	Lungentuberkulose.	„	
29. 3. 06	Meningitis, Herzfehler, Dysenterie, Malaria.	„	

Veterinärärztliches.

(Berichterstatter Medizinalreferent Professor Dr. Ziemann.)

Einzelne Tierkrankheiten.

Trypanosomenkrankheit.

In einer ausführlichen Arbeit*) habe ich das Vorhandensein zweier verschiedenen Arten von Trypanosomen der Haustiere in Kamerun festgestellt:

1. von Trypanosoma vivax, welches im Küstengebiet die Schafe, Ziegen und Rinder infiziert. Natürliche Infektion bei Pferden, Eseln und Maultieren wurde noch nie beobachtet.

2. von Trypanosoma Brucei, mehr im Hinterlande verbreitet. Dieses infiziert vielfach die Rinder, vor allem aber auch die Pferde. Außerdem erscheint es wichtig, daß es in Kamerun, ähnlich wie eine Malariakurve, auch eine Trypanosomen-Erkrankungskurve gibt. Der Gipfel dieser letzteren Kurve fällt fast mit der Malariakurve zusammen, d. h. er ist etwa 2 Monate nach der Höhe der Regenzeit, ca. im September. In der Zwischenzeit wird die Krankheit unterhalten durch die chronisch kranken Tiere, bei denen die Blutuntersuchung oft wochenlang negativ sein kann. Dies ist der Grund, daß man in der Trockenzeit oft wochenlang nach einem deutlich infizierten Tiere fahnden kann. In der Arbeit im Zentralblatt wurde aus bestimmten epidemiologischen Gründen, die im Sanatorium Suellaba zutage traten, geschlossen, daß die Infektionskeime auch auf die junge Brut der Stechmücken übergehen könnten. Schon in dem Expeditionsbericht**) wurde ferner ausgeführt, daß, um die Häufigkeit der Trypanosomenkrankheit der Tiere festzustellen, es bei weitem am bequemsten ist, die am leichtesten zu erhaltenden und zu untersuchenden Schafe und Ziegen zu untersuchen.

Die Differenzierung in männliche, weibliche (und indifferente) Formen, die Referent bei Trypanosoma Brucei feststellte, ist bei Trypanosoma vivax bedeutend schwieriger.

Die Arsenikbehandlung mit Solutio Fowleri schien auf die infizierten Tiere eine gewisse, aber keine bleibende Wirkung aus-

*) Ziemann, Beitrag zur Trypanosomenfrage. Centralblatt für Bakteriologie, 1905.

**) Vgl. Danckelmanns Hefte, 1905.

zuüben. Die Atoxylbehandlung war noch unbekannt. Die früheren Versuche mit aktiver Immunisierung, Impfung der Sauglämmer mit steigenden Dosen von Blut chronisch, d. h. also leicht erkrankter Tiere, konnte aus Mangel an Zeit leider nicht fortgesetzt werden. Die Möglichkeit dieser Art der Immunisierung hatte sich schon früher ergeben.

Die Trypanosomen-Infektion findet sich scheinbar in der ganzen Kolonie längs der Flußläufe. Schon Höhen von 400 m aufwärts scheinen tsetsefrei zu sein. Berüchtigte Herde der Krankheit gibt es besonders in der Flußebene des Logone, eines Nebenflusses des Wuri. Auch die Gegend zwischen Tibati und Joko ist bei den Haussah verrufen. In Adamaua scheint die Glossina tachinoides Überträgerin zu sein. Ob außer ev. Stomoxys bzw. Tabaniden in der Küstengegend auch die überall verbreitete Glossina palpalis die Krankheit überträgt, bzw. die scheinbar seltene Glossina fusca, ist noch nicht sicher. Die spätere Erbauung der Bahn wird es ermöglichen, Vieh in moskitosicheren Räumen aus den trypanosomenfreien Hochebenen zur Küste zu bringen.

Tier-Malaria

vorkommend bei jungen Schafen, Ziegen, Rindern, ferner bei Pferden, Eseln, Katzen. Besonders pathogen scheinbar für Esel und Katzen. Schon 1902 wurde betont, daß die hiesigen Piroplasmen kleiner seien wie die des Texasfiebers, und die den Texasfieberparasiten eigene Birnenform entbehrten. Meist sieht man ringförmige, rundliche oder Stäbchenform. Die von Koch später als Küstenfieberparasiten bezeichneten Parasiten scheinen den hiesigen zu entsprechen. Jedenfalls scheint das einheimische Vieh hochgradige Immunität gegen diese Parasiten gewonnen zu haben.

Von Zecken, die als Überträger in Kamerun in Frage kommen, sind hier bisher beobachtet:

1. Rhipicephalus annulatus (Say).
2. Rhipicephalus appendiculatus (G. Neumann).
3. Rhipicephalus Ziemanni (G. Neumann).
4. Haemophysalis parmata (G. Neumann), am meisten verbreitet.
5. Amblyomma variegat. (Fab.)
6. Amblyomma Thellour.*)

*) Vgl. Ziemann, Beitrag zur Verbreitung der blutsaugenden Tiere in Westafrika. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene.

Trematoden-Erkrankungen.

1. Bei Rindern, durch Paramphistomum cotylophorum Fischer. Aus dem Bakossigebiet wurde im August 1905 eine Trematodenerkrankung eingeschleppt, der eine sehr erhebliche Anzahl des Kreuzungsviehs von Allgäuer Rindern und Buschvieh zum Opfer fiel. Die Tiere gingen unter zunehmender Abmagerung zugrunde. Als besondere Kennzeichen wurde hochgradige Verstopfung und zunehmende Trübung der Hornhaut angegeben. Die Dauer der Krankheit betrug oft mehrere Monate. War die Krankheit im Beginn, soll zuweilen noch Heilung möglich gewesen sein durch starke Abführmittel.

Bei der Sektion fanden sich in den Schleimhautfalten des Magens und der Därme sehr große Mengen von festgesogenen Paramphistomen.

Die Prophylaxe bestand in Isolierung der erkrankten Tiere, Stallfütterung, Desinfizierung des Mistes, um die Eier der Parasiten durch den Dünger nicht wieder verbreiten zu lassen.

Von einer pathologischen Bedeutung des Paramphistomum cotylophorum, welches über ganz Afrika verbreitet ist, findet sich in der Literatur nichts verzeichnet. Nach einer Angabe des zoologischen Museums soll aber Paramphistomum conicum in Queensland eine hohe Mortalität der Rinder bedingt haben.

Es ist aber wohl mit Sicherheit in diesem Falle Paramphist. cotyl. als Krankheitserreger zu bezeichnen.

Als Nebenbefund fanden sich einige Nematoden oder Rundwürmer.

a) Strongylus cont. Rud.,

b) Ankylostomum radiatum (Rudolph),

die auch in Deutschland vorkommen.

2. Bei Pferden. Durch Fasciola agosta, in Bamenda, im Hinterlande und in Longji.

Speziell im Bamendabezirk sollen mehrere Pferde, deren Darmkanal fast vollgestopft gewesen sein soll mit diesen Parasiten, unter Erschöpfung und Anämie zugrunde gegangen sein.

Druse

wurde einmal bei einem aus Adamaua eingeführten Pferde festgestellt.

Tuberkulose.

Schon im Bericht 1903/04 wurde festgestellt, daß Tuberkulose unter den Allgäuer Rindern in Buea herrschte.

Auch die Nachforschungen des letzten Jahres ergaben bisher, daß die einheimischen Rinder tuberkulosefrei zu sein schienen.

Aktinomykose

wurde bisher nur einmal bei einem wilden Büffel beobachtet. Von einer Verbreitung unter Menschen war bisher nichts zu entdecken.

Rauschbrand.

Als Rauschbrand dürfte wohl folgende Erkrankung der Rinder, die in Garua endemisch herrschte, aufzufassen sein.

Herr Oberarzt Dr. Pistner berichtet vom 5. 9. 05 aus Garua:

„Am 29. des vorigen Monats bekam ich die Mitteilung, daß unter der Rindviehherde der hiesigen Residentur eine Seuche ausgebrochen sei. Ich begab mich sofort zum Viehpark, wo ich bereits 4 Tiere verendet vorfand, während 3 weitere sich als seuchenverdächtig erwiesen. Letztere wurden aus der Herde genommen und als Schlachtvieh verkauft. Im Verlaufe der nächsten 6 Tage fielen bzw. erkrankten 8 Rinder. Die erkrankten Tiere wurden abgesondert im Gelände untergebracht und eingehend beobachtet.

Die ersten Krankheitserscheinungen bestehen in einer mäßig starken brettharten Schwellung der Oberschenkelmuskulatur der Gelenke der vorderen und hinteren Extremitäten, der Hals- und Kehlgegend, sowie der Geschlechtsteile. Daneben besteht verminderte Freßlust und leichtes Fieber. Blutharnen und krankhafte Erscheinungen von seiten des Verdauungstraktus sind nicht vorhanden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung stellen sich beschleunigte Atmung und rascher Kräfteverfall ein, Erscheinungen, die auf eine Miterkrankung der Lungen bzw. schwere allgemeine Infektion hinweisen. Während diese Symptome bei jungen Rindern auffallend schnell an Intensität zunehmen, so daß innerhalb 1 bis 2 Tagen der Tod eintritt, nimmt die Krankheit bei ausgewachsenen Tieren einen langsameren Verlauf.

Die verschiedentlich vorgenommenen Sektionen ergaben eine starke Aufblähung der Lungen. Dieselben sind ödematös, die ödematösen Teile konsistent, luft- und blutarm. Von der Schnittfläche

läuft graugelbe, schaumige Flüssigkeit. Auch die größeren und kleineren Bronchien sind mit solcher erfüllt, die Zwischenräume mit Flüssigkeit durchtränkt. Das Herz zeigt ein trübes Aussehen, die Muskulatur ist schlaff und brüchig, Kammern und Vorhöfe sind mit mächtigen, dunkelroten, festen Blutgerinnseln erfüllt. Die Leber und die Nieren sind nicht krankhaft verändert. Die Gedärme sind stark aufgetrieben, leer, beim Durchschneiden entweichen mit zischendem Geräusch übelriechende Gase. Die Schnittflächen der geschwellten Partien sind bernsteingelb verfärbt und von eigentümlich sulziger Beschaffenheit. Auf Druck entleert sich eine helle, rötlich tingierte Flüssigkeit.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes und einiger Bodenproben aus dem verseuchten Viehstand fielen negativ aus. Es handelt sich zweifellos um eine Infektionskrankheit, deren Wesen sich bis jetzt noch nicht ermitteln ließ. Laut eingezogener Erkundigungen bei den Haussah und Fulla tritt die Seuche alljährlich in der Regenperiode in verschiedener Stärke auf. Vor einigen Jahren grassierte sie hier derartig stark, daß binnen wenigen Wochen der ganze Rindviehbestand vernichtet wurde.

Außer dem Residenturvieh sind auch die Rinderherden des hiesigen Lamido und der umliegenden Ortschaften von der gleichen Seuche befallen. Die gegen die Seuche getroffenen Maßregeln erstrecken sich lediglich auf Isolierung der erkrankten Tiere und täglichen Wechsel des Weideplatzes."

Leider waren die zur näheren Untersuchung nach Duala übersandten Blutpräparate und Organstücke durch Zerbrechen der Gläser infolge des mühseligen Transports nicht mehr brauchbar.

Die Kieferkrankheit der Pferde und Maultiere*)

kam bis jetzt nicht wieder zur Beobachtung, auch nicht die enorme Hautwarzenbildung,*) die bei Schafen und Ziegen zuweilen um die Schnauze herum vorkommt.

Von nicht unerheblicher praktischer Bedeutung ist die sogenannte

Klauenkrankheit bei Schafen und Ziegen,

die anfangs den Verdacht auf Klauenseuche erweckte, aber als lokale Erkrankung der Hauttasche zu betrachten ist, die oberhalb

*) Vgl. Ziemann, Archiv für wissenschaftliche Tierheilkunde, 1905.

der Hufe sich findet. Durch Entzündung bzw. Vereiterung der betr. Partien können die Tiere, falls kein Einschnitt gemacht wird und Desinfektion der entzündeten Stelle erfolgt, zur Bewegungslosigkeit verurteilt sein, wodurch die Ernährung sehr leidet.

Unter dem Geflügel, welches in der Regenzeit massenhaft stirbt, sind an Krankheiten bisher festgestellt:

1. Geflügeltuberkulose, 2. Hühnercholera, 3. Hühnerdiphtherie (bei Hühnern und Puten mehrfach gesehen).

III. Togo.

A. Lome.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Krüger.)

I. Europäern und Eingeborenen gemeinsame Infektionskrankheiten.

1. Malaria und Malariabekämpfung.

Malaria und Amöbendysenterie sind die wichtigsten Infektionskrankheiten im Bezirk Lome sowohl für die Europäer als auch für die Eingeborenen, für diese besonders in den ersten Lebensjahren. Wenn nun auch der Malariaanfall als solcher für den Europäer in Togo keine Lebensgefahr mit sich bringt, so ist er dennoch zu fürchten, einmal wegen der durch ihn herbeigeführten Disposition zu Schwarzwasserfieber. Alle Fälle dieser Krankheit (6) waren erst nach mehreren Malariaanfällen im Busch nach Chiningebrauch entstanden. Von den beiden tödlich endenden kam einer tot an, der andere starb an Urämie am 10. Krankheitstage. Keiner von beiden hatte regelmäßig prophylaktisch Chinin genommen. Anderseits wird durch öfters überstandene Malaria jener Zustand von Anämie geschaffen, in dem jeder Infektion das Tor geöffnet ist. An Magen- und Darmkatarrhen pflegen dann auch vorzugsweise diese Weißen zu leiden. Auch nervöse Herzstörungen, sowie die mannigfaltigen Erscheinungen der Neurasthenie, stellen sich bei so geschwächten Individuen früher ein als bei den anderen.

Die Chininprophylaxe der Malaria wird von den meisten Beamten im Busch strenge durchgeführt.

In Lome selbst ist die Malaria fast ganz ausgestorben, infolge der Moskitolarvenvernichtung. Von den 90 an Malaria behandelten Europäern waren 79 sicher im Busch infiziert (76 mal Angestellte beim Bau der Togobahn), 7 waren Rezidive und nur drei

Fälle kommen eventuell auf Rechnung Lomes, wenn auch ein Rezidiv nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

Die Moskitobekämpfung, die ursprünglich nur in der eigentlichen Stadt und deren nächster Umgebung ausgeübt wurde, mußte auf die benachbarten Ortschaften ausgedehnt werden, weil durch die Vergrößerung Lomes der unbewohnte Zwischenraum sich sehr verringerte. Die Zahl der farbigen Gesundheitsaufseher wurde von 4 auf 7 erhöht.

Durch Bauten im Norden (Bahnhof, Haussahlager) rückte man der Olympiaplantage und Amutive näher, so daß im Juni diese beiden Ortschaften unter Kontrolle genommen werden mußten.

Durch das Beziehen des Gouverneurshauses im Westen der Stadt mußte die Moskitobekämpfung in den nächsten westlichen Orten (Kwadjovikovhe und Ayaglo an der englischen Grenze) im September aufgenommen werden.

Gleichzeitig wurde die Kontrolle auch auf Gr. Be, den Nachbarort von Amutive ausgedehnt.

Das größte Hindernis in der erfolgreichen Durchführung der Larvenvernichtung bildet die Lagune. In der Trockenzeit ohne Wasser, bildet sie in der Regenzeit unzählige Tümpel, die dicht mit Gras bewachsen eine Vernichtung der zahlreichen Larven mit Saprol, Petroleum, Creolin unmöglich machen. Aus dieser Quelle wurde denn auch Lome zweimal im Juli und November mit Anopheles überschwemmt, die plötzlich mit dem selten wehenden Landwind zu Hunderten in allen Wohnungen erschienen und nach etwa acht Tagen bis auf wenige Exemplare verschwunden waren. Malariainfektionen kamen aber trotzdem hier nicht vor, weil die Mücken keine Gelegenheit gehabt hatten, sich zu infizieren. In Lome selbst sind die Hauptbrutstätten der Moskitos (Culex, Stegomyia, selten Anopheles) die Brunnen. In ihrer primitiven Bauart (Fässerbrunnen) oder mangelhaften Bedeckung (Zementbrunnen mit Pumpen) geben sie den Mücken Gelegenheit, ihre Eier abzulegen. Vor Anlage einer Zentralwasserleitung wird man stets mit diesen nicht zu beseitigenden Brutstätten zu rechnen haben.

Auch den Eingeborenen kommen die Wohltaten der Malariabekämpfung zugute. Milztumoren bei Lomekindern gibt es nicht. Doch insofern hat das Gute auch seine Kehrseite, als die in Lome lange ansässigen Eingeborenen sehr oft einen Besuch über Nacht

in den benachbarten Orten mit einem Malariaanfall bezahlen müssen. Diese liefern immer wieder den Beweis, wie hinfällig die Protozoenimmunität ist.

2. Dysenterie.

Die Amöbendysenterie ist die zweitwichtigste Infektionskrankheit in Lome. Als Infektionsquelle für die Eingeborenen kommen hauptsächlich die oben erwähnte mangelhafte Wasserversorgung und mangelhafte Beseitigung der Fäkalien in Betracht. Auch der Handel mit Süßwasser, das z. T. aus oberflächlichen Löchern der Lagune geschöpft und in Lome verkauft wird, dürfte nicht selten die Infektionsquelle sein, da das Wasser mit den Händen und meist auch mit den Füßen in innigste Berührung kommt. Die Infektion der Weißen dürfte wohl zum größten Teil auf Kontakt zurückzuführen sein durch die farbigen Diener und Köche. Von den Europäern kamen in ärztliche Behandlung 15 Fälle, von denen einer starb. Auch diese Krankheit ist namentlich für die Kinder der Eingeborenen sehr gefährlich und endet häufig tödlich, meist im chronischen Stadium.

Durch Vermehrung der öffentlichen Aborte und durch den Bau einer Zentralwasserleitung dürfte auch diese Krankheit mit sicherem Erfolge zu bekämpfen sein.

3. Geschlechtskrankheiten.

Die dritte für Weiße und Farbige gleich wichtige Gruppe von Infektionskrankheiten ist die der venerischen. Die Zahl der erkrankten Europäer (67 unter 369 Fällen) spricht genug, namentlich wenn man in Betracht zieht, daß nicht alle Erkrankten in ärztliche Behandlung kommen, sondern meist nur chronische oder komplizierte Fälle. Von den Eingeborenen gilt dasselbe. Es dürfte nicht zu hoch gegriffen sein, wenn man die an chronischer resp. akuter Gonorrhöe leidenden männlichen erwachsenen Eingeborenen Lomes auf 60 % schätzt. Dementsprechend sind Menstruationsbeschwerden und Katarrhe der Geschlechtsteile bei den Frauen außerordentlich häufig. Da die Auffassung der Eingeborenen über den geschlechtlichen Verkehr eine sehr weitherzige ist, und es hauptsächlich Frauen und Mädchen sind, welche die Produkte aus allen Teilen des südlichen und mittleren Togogebietes nach Lome bringen, anderseits die erwachsene männliche Bevölkerung in Lome trotz der Vielweiberei

in bei weitem überwiegender Mehrzahl vertreten ist, so kann man ermessen, welch enorme Bedeutung die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen in Lome für das ganze Schutzgebiet hat. Durch die Ausbreitung der gelegentlichen Prostitution und durch den Wechsel der bekannten Prostituierten ist leider die oft versuchte Bekämpfung erfolglos gewesen.

4. Tuberkulose.

Die Tuberkulose kommt sowohl unter den Europäern, wie unter den Eingeborenen vor. Das letzte Jahr läßt den Schluß ziehen, daß die Lungentuberkulose in den Tropen für den Europäer ungünstig verläuft, indem sie gerade hier zum Ausbruch kommt. Zwei der erkrankten Europäer mußten heimgeschickt werden, bei zweien trat Besserung ein, einer ist noch in Behandlung.

Bei Eingeborenen verläuft die Tuberkulose meist sehr schleichend.

II. Infektionskrankheiten der Eingeborenen.

1. Lepra ist durchweg im Schutzgebiete verbreitet, scheint aber noch immer an Boden zu gewinnen.

Die geplante Leprakolonie wird voraussichtlich im nächsten Jahre gebaut und in Betrieb genommen werden. Es steht zu erwarten, daß später, wenn sich die Anlage bewähren sollte, alle Leprösen Togos in solchen Kolonien untergebracht werden.

2. Variola ist in Togo endemisch und durchzieht jährlich die einzelnen Landschaften, mehr oder weniger zahlreiche Opfer fordernd. In Lome selbst traten keine Fälle auf. Impfungen wurden auch in diesem Jahre vorgenommen, wozu die Lymphe teils in Lome, teils in Anecho hergestellt wurde.

3. Varicellen, ebenfalls endemisch, treten in allen Jahreszeiten in kleineren Epidemien auf, verlaufen meist leicht.

4. Tetanus kommt hier häufig vor. Es erliegen ihm sehr häufig Wöchnerinnen, da die Frauen zur Niederkunft meist ihren Waschplatz aufsuchen. Die beiden in ärztliche Behandlung gekommenen starben trotz Seruminjektion.

5. Geschwüriger Dünndarmkatarrh und multiple Neuritis und Skorbut waren neben Malaria und Dysenterie hauptsächlich die Erkrankungen, denen die kriegsgefangenen Witbois erlagen. Die erstgenannten Krankheiten wurden unter den Eingeborenen nicht beobachtet.

6. Eine wichtige Rolle spielen die Filaria-Krankheiten im Leben der Eingeborenen.

Namentlich ist Filaria (Dracunculus) medinensis verbreitet, seltener ist Filaria bancrofti (Elephantiasis). Filaria diurna wurde gelegentlich beobachtet, ohne Erscheinungen gemacht zu haben, in einem Falle bei gleichzeitiger Blutarmut.

Filaria loa wurde nur in zwei Fällen beobachtet, die sich längere Zeit in Kamerun aufgehalten hatten.

7. Framboesia tropica, im Inneren an einzelnen Orten außerordentlich häufig, ist an der Küste selten. Sie befällt hauptsächlich Kinder, doch werden auch Erwachsene nicht verschont. Spirochaeten konnten in Präparaten aus dem schnittfrischen Papelgrunde leicht nachgewiesen werden.

8. Vergiftungen durch Schlangenbiß und Skorpionstich sind nicht selten. Alle in ärztliche Behandlung gekommenen konnten als geheilt entlassen werden. Waren schon Allgemeinvergiftungserscheinungen da, wurde Serum antivenimeux injiziert. Die übrigen Fälle wurden mit Kalium permanganicum erfolgreich behandelt.

9. Das gehäufte Auftreten von Icterus mit oder ohne Fieber ist bei den Eingeborenen sehr gewöhnlich. Oft hat man den Eindruck von Kontaktinfektion, da oft Leute in demselben Hause hintereinander erkranken.

Es starben zwei Frauen in der Schwangerschaft unter Gelbsucht nach kurzer fieberhafter Erkrankung, die anatomisch das Bild der akuten gelben Leberatrophie darboten. Ein Soldat starb nach längerem Prodromalstadium und kurzem Fieber unter Icterus. Die Sektion ergab Dünndarmgeschwüre mit starker Schwellung der Mesenterialdrüsen und dadurch bedingten Verschluß der Gallenwege.

Diese Fälle konnten also nicht etwa als Gelbfieber angesehen werden. Später wurde bei zwei Fällen aus dem Bezirk Lome-Land von Dr. Sunder die Diagnose Gelbfieber gestellt.

In der zweiten Hälfte des Berichtsjahres traten immer wieder Gerüchte von Epidemien im Bezirk Lome-Land auf. Wiederholte Nachforschungen durch die Ärzte nach der Ursache des Sterbens konnten bestimmte Anhaltspunkte nicht geben.

Die übrigen in den Anlagen aufgeführten Krankheiten bedürfen keiner besonderen Erläuterung.

Der Gesundheitszustand der Europäer in Lome selbst war im allgemeinen ein günstiger, weniger gut bei den außerhalb Lomes beschäftigten.

Es wurden im ganzen 369 Fälle behandelt. Davon waren 90 Beamte, 148 Angestellte beim Bau der Inlandbahn, 125 Angehörige der Missionen, Faktoreien und Pflanzungen. Es starben drei Europäer; zwei an Schwarzwasserfieber, aus dem Busch kommend, einer an Dysenterie, in Lome infiziert.

Von großer Wichtigkeit für Lome war die Eröffnung des kleinen vom Deutschen Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien gestifteten Krankenhauses, in dem eine Schwester dieses Vereins als Pflegerin tätig ist. Es ist ein Barackenbau, für sechs Kranke eingerichtet, mit Schwesternwohnzimmer. Der erste Kranke wurde am 22. Februar aufgenommen. Bis Ende März wurden weitere fünf Kranke aufgenommen und während insgesamt 57 Tagen verpflegt. Am 1. April blieben drei Kranke als Bestand.

Der Gesundheitszustand der Eingeborenen in Lome war im allgemeinen gut. Größere Epidemien kamen nicht vor, abgesehen von den gewöhnlichen Dysenterieepidemien in zeitweise sehr starker Ausdehnung. Weniger günstig war der Gesundheitszustand im Bezirk Lome-Land.

In der Poliklinik für Eingeborene wurden 2502 Kranke behandelt, von denen 76 starben. Von diesen kommt der größte Prozentsatz auf die kriegsgefangenen Witbois (54).

Es wurden behandelt 2063 Männer, 303 Frauen, 136 Kinder.

Erkrankungen der Europäer.

	Krank	Gestorben
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:		
1. Malaria tropica	90	.
2. Schwarzwasserfieber	6	2
3. Tuberkulose der Lungen	5	.
4. Ruhr	15	1
5. Gelenkrheumatismus	1	.
6. Blutarmut	1	.
7. Febris non malarica	8	.
zusammen	126	3
II. Krankheiten des Nervensystems:		
8. Geisteskrankheiten	1	.
9. Erkrankungen im Gebiet einzelner Nervenbahnen	4	.
10. Neurasthenie	8	.
zusammen	13	.

	Krank	Gestorben
III. Krankheiten der Atmungsorgane:		
11. Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	1	.
12. Bronchialkatarrh	4	.
zusammen	5	.
IV. Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe:		
13. Klappenerkrankungen	1	.
14. Nervöse Störungen	9	.
15. Hämorrhoiden	2	.
16. Entzündung der Lymphgefäße	2	.
17. Krankheiten der Lymphdrüsen	4	.
zusammen	18	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:		
18. Krankheiten der Kiefer und Zähne	11	.
19. Mandelentzündung	6	.
20. Speicheldrüsenentzündung	1	.
21. Akuter Magenkatarrh	5	.
22. Chronischer Magenkatarrh	3	.
23. Akuter Darmkatarrh	19	.
24. Chronischer Darmkatarrh	5	.
25. Gelbsucht	2	.
26. Krankheiten der Leber	2	.
27. Eingeweidewürmer	4	.
zusammen	58	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtskrankheiten ausschließlich der venerischen:		
28. Chronische Nierenentzündung	3	.
29. Blasenkatarrh	2	.
30. Krampfaderbruch	1	.
zusammen	6	.
VII. Venerische Krankheiten:		
31. Tripper	36	.
32. Hoden- und Nebenhodenentzündung	2	.
33. Spitze Feigwarzen	1	.
34. Weicher Schanker	16	.
35. Bubo	8	.
36. Syphilis	4	.
zusammen	67	.
VIII. Augenkrankheiten:		
37. der Lider	1	.
38. der Bindehaut	3	.
zusammen	4	.

	Krank	Gestorben
IX. Ohrenkrankheiten:		
39. Krankheiten des äußeren Gehörgangs . .	7	.
40. Krankheiten des mittleren Ohres . . .	6	.
zusammen . .	13	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen:		
41. Akute Hautkrankheiten	10	.
42. Chronische Hautkrankheiten	6	.
43. Panaritium	3	.
44. Zellgewebsentzündung	1	.
45. Furunkel	10	.
46. Gutartige Geschwülste	2	.
zusammen . .	32	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:		
47. Akute Gelenkentzündung	1	.
48. Krankheiten der Schleimbeutel	1	.
49. Krankheiten der Sehnen	1	.
zusammen . .	3	.
XII. Mechanische Verletzungen:		
50. Schnittwunden	2	.
51. Quetschwunden	10	.
52. Verbrennung	2	.
zusammen . .	14	.
Gesamtsumme . .	369	3

Erkrankungen der Farbigen.

	Krank	Gestorben
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:		
1. Windpocken	3	.
2. Karbunkel	1	.
3. Pyaemie	2	2
4. Malaria	113	6
5. Gelbfieber	1	1
6. Ruhr	70	16
7. Starrkrampf	2	2
8. Akuter Gelenkrheumatismus	31	1
9. Chronischer Gelenkrheumatismus . . .	20	.
10. Blutarmut	4	.
11. Scorbut	7	4
12. Vergiftung durch tierische Gifte . . .	5	.
13. Andere allgemeine Erkrankungen:		
a) Geschwüriger Dünndarmkatarrh . .	24	12
b) Beriberi	36	20
c) Lepra	13	.
Übertrag . .	332	64

	Krank	Gestorben
Übertrag . .	332	64
d) Miliaria tropica	3	.
e) Guineawurm	97	.
f) Elephantiasis	6	.
g) Filaria loa	3	.
h) Filaria diurna	2	.
i) Framboesia	5	.
k) Ainhum	2	.
zusammen . .	450	64
II. Krankheiten des Nervensystems:		
14. Geisteskrankheiten	2	.
15. Fallsucht	3	.
16. Erkrankungen im Gebiet einzelner Nervenbahnen	50	.
17. Krankheiten des Gehirns	13	.
18. Neurasthenie	3	.
19. Hysterie	1	.
20. Impotenz	3	.
zusammen . .	75	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane:		
21. Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen .	4	.
22. Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	2	.
23. Akuter Bronchialkatarrh	89	.
24. Chronischer Katarrh der Luftwege . .	40	2
25. Akute Lungenentzündung	13	3
26. Brustfellentzündung	25	.
zusammen . .	173	5
IV. Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe:		
27. Erkrankungen der Herzklappen	7	.
28. Nervöse Störung der Herztätigkeit . . .	15	.
29. Hämorrhoiden	2	.
30. Entzündung der Lymphgefäße	45	.
31. Krankheiten der Lymphdrüsen	27	.
zusammen . .	96	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:		
32. Krankheiten der Kiefer und Zähne . .	45	.
33. Mandelentzündung	9	.
34. Krankheiten der Speicheldrüsen	7	.
35. Akuter Magenkatarrh	24	.
Übertrag . .	85	.

	Krank	Gestorben
Übertrag . .	85	.
36. Chronischer Magenkatarrh	10	.
37. Akuter Darmkatarrh	134	1
38. Chronischer Darmkatarrh	23	1
39. Unterleibsbrüche	11	.
40. Blinddarmentzündung	3	.
41. Katarrhalische Gelbsucht	33	.
42. Krankheiten der Leber	10	1
43. Eingeweidewürmer	15	.
44. Obstipation	176	.
zusammen . .	500	3
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane:		
45. Akute und chronische Nierenentzündung	12	.
46. Blasenkatarrh	10	.
47. Krankheiten der Eichel und Vorhaut . .	3	.
48. Verengerung der Harnröhre	12	.
49. Wasserbruch	10	.
50. Andere Krankheiten:		
a) Scheidenkatarrh	12	.
b) Gebärmutterkatarrh	2	.
c) Uterusmyom	1	.
d) Dysmenorrhoe	11	.
zusammen . .	73	.
VII. Venerische Krankheiten:		
51. Tripper	45	.
52. Hoden- und Nebenhodenentzündung . .	15	.
53. Weicher Schanker	17	.
54. Bubo	16	.
55. Konstitutionelle Syphilis	26	.
zusammen . .	119	.
VIII. Augenkrankheiten:		
56. Akute Blennorrhoe	1	.
57. Krankheiten der Lider	9	.
58. „ „ Bindehaut	62	.
59. „ „ Hornhaut	14	.
60. „ „ Regenbogenhaut . . .	16	.
61. „ „ Linse	2	.
62. „ „ Sehnerven und der Netzhaut	4	.
63. Krankheiten und Fehler des Brechungsvermögens	4	.
zusammen . .	112	.

	Krank	Gestorben
IX. Ohrenkrankheiten:		
64. Krankheiten der Ohrmuschel	1	.
65. „ des äußeren Gehörganges	18	.
66. „ mittleren und inneren Ohres	30	.
zusammen	49	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen:		
67. Krätze	29	.
68. Akute Hautkrankheiten	63	.
69. Chronische Hautkrankheiten	51	.
70. Chronisches Unterschenkelgeschwür	122	.
71. Zellgewebsentzündung und Ausgänge	34	.
72. Furunkel	26	.
73. Gutartige Geschwülste	26	.
74. Geschwüre	63	.
zusammen	414	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:		
75. Knochenhautentzündung	11	1
76. Knochenentzündung	8	.
77. Gundu	1	.
78. Akute Gelenkentzündung	15	.
79. Chronische Gelenkentzündung	25	.
80. Muskelrheumatismus	30	.
81. Krankheiten der Sehnen	10	.
zusammen	100	1
XII. Mechanische Verletzungen:		
82. Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunde	55	.
83. Knochenbrüche des Unterschenkels	5	.
84. Knochenbrüche des Oberschenkels	1	.
85. Knochenbrüche des Oberarmes	3	.
86. Verstauchung der oberen Gliedmaßen	3	.
87. Verstauchung der unteren Gliedmaßen	1	.
88. Wunden, Schuß-	6	1
89. „ Schnitt-	70	.
90. „ Stich-	5	.
91. „ Riß- und Quetsch-	175	.
92. Verbrennung	17	2
zusammen	341	3
Gesamtsumme	2502	76

Nachweisung

über die im Jahre 1905/06 verstorbenen Europäer.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	B.	männl.	43	1¼ Jahr	.	30. 4.	Schwarzwasserfieber	
2	O.	„	47	8 Jahre	.	15. 5.	Dysenterie	
3	P.	„	26¼	9 Monate	.	25. 2.	Schwarzwasserfieber	

B. Anecho.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Martin.)

I. Besonderer Teil.

Die Stadt Anecho war im Berichtsjahre dauernd mit einem Regierungsarzt besetzt. Bis 28. Juni 1905 war Regierungsarzt Dr. Külz, von da an bis zum Schluß des Berichtsjahres der Berichterstatter in Anecho tätig.

Zu Beginn des Jahres 1905 herrschte in Anecho und dem benachbarten Dahomey eine Gelbfieberepidemie. Die Epidemie erlosch im April 1905; sie kann hier unbesprochen bleiben, da der vorjährige Jahresbericht sich in der Besprechung der Epidemie bis zum 15. Mai 1905 ausdehnt.

Krankenbewegung:

1. Europäer.

Iststärke der im Bezirk Anecho wohnenden Europäer: 38.

a. Nachtigalkrankenhaus.

Nachdem in den letzten Jahren die Krankenzahl des Nachtigalkrankenhauses stetig abgenommen hatte, erfuhr sie im Berichtsjahre eine erhebliche Steigerung. Im Jahre 1902 betrug sie 41, 1903: 27, 1904: 26, im Berichtsjahr: 60.

Die Verkehrserleichterung, die die neugebaute Küstenbahn Lome—Anecho geschaffen, erklärt diesen Anstieg.

Am 1. April 1905 war 1 Kranker im Bestand.

Dazu kamen:

Im	April	2	Zugänge.	Im	Oktober	5	Zugänge.
„	Mai	1	„	„	November	9	„
„	Juni	3	„	„	Dezember	6	„
„	Juli	9	„	„	Januar	7	„
„	August	5	„	„	Februar	4	„
„	September	9	„	„	März	0	„
	Übertrag	29	Zugänge.		Summe	60	Zugänge.

Übertrag 29 Zugänge.

Die 60 Kranken wurden an 866 Verpflegungstagen behandelt; die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 14 Tage.

Von den Kranken waren 25 Beamte des Gouvernements und deren Angehörige sowie Reichsbeamte (Post), und 35 Kaufleute und Privatpersonen.

Die Zahl der Todesfälle ist 4.

Anlage I.

Über die Art der Krankheiten gibt die anliegende Nachweisung Aufschluß.

Danach wurden im Krankenhause

15 Malariafälle

behandelt. Sie gruppieren sich folgendermaßen:

1. 4 Fälle stammen aus Anecho. Der erste von ihnen betrifft einen in Anecho wohnenden Bahnbeamten, der täglich auf der Bahnstrecke fährt und keine Chininprophylaxe innehält. Der zweite betrifft einen Postbeamten; er ist Prophylaktiker und hat Anecho 11 Tage vor der Erkrankung gelegentlich eines Jagdausfluges verlassen, wobei er mehrmals gestochen worden ist. Die beiden anderen Fälle betreffen Krankenschwestern des Krankenhauses; in beiden Fällen handelt es sich um Erstlingsmalaria bei der mit der Pflege Malariakranker betrauten Krankenschwester. Die erste befand sich seit 1½ Jahren in Anecho und war unter Prophylaxe bis dahin malariafrei geblieben, die zweite war erst kurz zuvor von Lome hierher versetzt und begann gerade mit der Prophylaxe, die sie in Lome nicht hatte innezuhalten brauchen. Beide letzten Fälle fielen durch außerordentlich leichten und kurzen Verlauf auf.

2. 4 Fälle stammen aus Lome; zwei von den Erkrankten waren nachweislich öfter im Hinterlande tätig, die Angaben der beiden anderen, sie hätten Lome seit langer Zeit nicht verlassen, schienen nicht zuverlässig.

3. 3 Fälle kamen aus dem Inneren Togos,

4. 4 Fälle aus Dahomey.

In allen Fällen handelte es sich um die Tropikaform. Die Erkrankungen waren nicht schwer, sie verliefen ohne Komplikationen; es liegt in der Natur der Sache, daß die 4 Fälle aus Dahomey die schwersten waren, da leichter Erkrankte die weite Reise zu scheuen pflegen.

Die Behandlung der akuten Malaria bestand in Chinindarreichung sofort nach Abfall des Fiebers, und zwar erhielten Erwachsene am 1. Tag 1 bis 1,5 Gramm in 2 oder 3 Einzeldosen von 0,5 Gramm. Die Einzeldosis niedriger als 0,5 Gramm zu bemessen, hat sich nie erforderlich gezeigt. Zu Injektionen von Chininlösung ergab sich keine Veranlassung. Nach Abfall des Fiebers wurde 7 Tage lang täglich 1 Gramm Chinin gegeben und danach durch Einschieben wachsender Pausen zur Prophylaxe (8. und 9. Tag je 1 Gramm) übergegangen.

Die Durchschnittsdauer der Krankenhausbehandlung bei Malaria betrug 12 Tage.

Von den 15 Fällen fallen auf

das erste	Vierteljahr:	0
„ zweite	„ :	6
„ dritte	„ :	6
„ vierte	„ :	3.

Schwarzwasserfieber war nicht Gegenstand der Krankenhausbehandlung.

Mit Dysenterie kamen 7 Patienten ins Krankenhaus. Von ihnen stammen:

1. ein Fall aus Anecho,
2. „ „ „ Sebe,
3. 3 Fälle aus Lome,
4. ein Fall aus dem Inneren Togos (Gegend von Palime),
5. „ „ „ Viktoria (Kamerun).

Während die sechs erstgenannten gut verliefen, führte bei dem siebenten die Erkrankung zum Tode; es handelte sich um einen schwerkrank vom Dampfer an Land gesetzten Landwirt von

29 Jahren. Es wurden bei ihm Dysenterie, Unterleibstyphus und Leberabsceß festgestellt. Die Sektion zeigte außer den Typhusgeschwüren im Darm, dem fast kindskopfgroßen Absceß im rechten Leberlappen noch weitere Abscesse im linken Lappen und in der Milz.

Bei der Behandlung der Dysenterie bewährte sich im Verein mit reiner Milchdiät vorzüglich ein Rotweinextrakt aus Granatwurzel und Simaruba (ana 10,0 auf eine Flasche Rotwein, nach 24 Stunden gebrauchsfertig), welcher zweistündlich eßlöffelweise gegeben wurde.

Die Behandlungsdauer der Dysenterie betrug im Durchschnitt 19 Tage.

Von den 7 Fällen fallen auf

das	erste	Vierteljahr	3	Fälle,
„	zweite	„	2	„
„	dritte	„	0	„
„	vierte	„	2	„

An Leberabsceß starb ein weiterer Kranker, ein Kaufmann aus Grand-Popo (Dahomey). Er kam delirierend ins Krankenhaus, am zweiten Tage wurde unter Lokalanästhesie die Freilegung des Abscesses durch Laparotomie versucht, konnte aber wegen des bedenklichen Schwächezustandes des Kranken nicht zu Ende geführt werden. Er starb 5 Stunden nach der Operation, die Sektion zeigte den Absceß in der Nähe der großen Hohlvene.

Neuralgien kamen zweimal bei Beamten zur Behandlung; sie beruhten auf vorausgegangener Malaria. Einmal handelte es sich um heftige Supraorbitalneuralgie, das andere Mal um neuralgische Beschwerden am linken Arm. Beide heilten gut ab.

Apoplexie trat bei einem Beamten im Hinterland (Sokode) ein. Er wurde ins Krankenhaus geschafft, kam mit schlaffer rechtsseitiger Lähmung und bewußtlos nach 14tägiger Reise daselbst an, und starb nach weiteren 8 Tagen unter zunehmender Entkräftung, ohne die Besinnung wiedererlangt zu haben.

Krankheiten der Kreislauforgane waren dreimal Gegenstand der Krankenhausbehandlung. Einer der Kranken war ein seit 9 Jahren in Togo tätiger Beamter mit Herzerweiterung und erheblichen subjektiven Beschwerden; ein weiterer ein Kaufmann mit nervösen Herzstörungen und allgemeinen neurastheni-

schen Erscheinungen; der dritte ein 19 jähriger Eisenbahnbeamter mit ausgesprochener Mitralinsuffizienz. Er war erst seit 14 Tagen im Schutzgebiet; er kehrte ebenso wie die beiden anderen tropendienstuntauglich nach Europa zurück.

Je ein Fall von Rachen-, Magen- und Darmkatarrh bot nichts Erwähnenswertes.

Katarrhalische Gelbsucht (Icterus catarrhalis) betraf einen Beamten aus Lome und einen Kaufmann aus Dahomey. Sie ging unter geeigneter Diät bei einer Behandlungsdauer von durchschnittlich 12 Tagen ohne Nachteil vorüber. Diese Erkrankung ist in Togo scheinbar häufig, nach Berichten aus dem Hinterlande (Dr. Kersting) wird sie auch dort öfter bei Weißen gesehen.

Eine rechtsseitige Pyonephrose, einen Kaufmann aus Dahomey betreffend, wurde durch Operation geheilt. In Chloroformnarkose wurde vom Lumbaldreieck her die Niere freigelegt, eröffnet, wodurch gegen 150 ccm Eiter entleert wurden, und unter Tamponade geheilt. Die Heilung ging glatt und ohne Fistelbildung vor sich, der Patient erholte sich schnell.

Blasenkatarrh, Gonorrhoe, Bubonen, Syphilis machten mehrmals Krankenhausbehandlung nötig; es ist dabei nichts Besonderes zu erwähnen.

Zwei Panaritien wurden unter Oberst'scher Anästhesie operiert, sie heilten mit Erhaltung der Fingerfunktionen.

Der vierte Todesfall erfolgte bei einer 27 jährigen Frau unter der Geburt an Herzschwäche, nachdem das tote Kind durch Perforation entfernt war. Die Herzschwäche setzte ohne Vorboten bald nach Beginn des Geburtaktes ein und war trotz reichlicher Gegenmittel stets nur vorübergehend zu beeinflussen.

b. Ambulant behandelte Krankheitsfälle.

Die Zahlen der behandelten Fälle gibt die in Anlage II beigefügte Nachweisung. Anlage II.

Bei Malariaerkrankungen wurde 14 mal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. In 4 Fällen waren es Einwohner von Anecho, die im Anschluß an Reisen ins Innere in Anecho erkrankt waren oder krank zurückgebracht wurden; dazu gehörte ein 4 Monate altes Kind eines Missionars, das bereits mehrere Reisen zu Boot und mit der Bahn hinter sich hatte; es wurde bald geheilt. Ein weiterer Fall betraf ein 8 Monate altes Kind in Sebe.

Es machte eine sehr schwere komatöse Malaria durch und war bei der Heimreise im Juli 1905 noch nicht völlig wiederhergestellt, es bestanden bei ihm noch Störungen in der Tätigkeit der Augenmuskeln und der Nackenmuskulatur, die indes Tendenz zum Schwinden zeigten. In 3 Fällen stammten die Kranken aus Lome, sie waren ebenfalls öfter im Busch gewesen, 3 weitere stammten aus dem Hinterland, der Rest gehört nach Dahomey.

Auch diese Fälle verliefen mit der einen Ausnahme leicht.

Schwarzwasserfieber kam einmal zur Untersuchung. Der Kranke ist seit 14 Jahren in Afrika als Pflanzungsleiter tätig und erlitt im Sommer 1905 nachts seinen zwölften Anfall von Schwarzwasserfieber nach Einnehmen von 0,5 Gramm Euchinin. Bei der Untersuchung am nächsten Morgen war der Urin bereits klar und der Patient ging alsbald seiner gewohnten Beschäftigung wieder nach.

Leichte Dysenterie, aus Lome stammend, wurde einmal ambulant behandelt.

Ferner ist erwähnenswert: 1 Fall von Schreibkrampf; er blieb ungeheilt.

1 Fall von katarrhalischer Gelbsucht; baldige Heilung.

Je 1 Fall von Gallenstein- und Nierenstein-Kolik.

1 leichter Fall von Blinddarmentzündung bei einem Eisenbahnbeamten.

Mehrere Monate hindurch herrschte in Anecho epidemieartig eine allgemeine Furunkulose, wegen deren 22 Personen in Behandlung kamen. Die ersten Fälle ereigneten sich im November 1905. Sehr lästig zeigte sich das Leiden besonders dann, wenn es, wie dies oft geschah, zu Furunkeln im äußern Gehörgang führte, die nur langsam und unter großen Schmerzen heilten. Die üblichen therapeutischen Maßnahmen, Arsen, Schwefel, Karlsbader Salz, lokale Behandlung blieben stets ohne nennenswerten Erfolg; Hefe stand nicht zur Verfügung, sie dürfte wohl auch wegen der Gefahr einer Magenaffektion für die Tropen nicht zu empfehlen sein. Die Krankheit dauerte bei den von ihr Befallenen meist Wochen und Monate, sie verschwand an einzelnen Stellen, um an anderen wiederzukehren, bis sie sich schließlich erschöpfte.

Lichen tropicus wurde besonders bei neu zugezogenen Europäern öfters gesehen.

Geschlechtskrankheiten kamen häufig vor. Der Zahl nach steht die Gonorrhoe obenan, danach kommt das ulcus molle mit seinen Folgekrankheiten, zuletzt erst die Syphilis. Die ambulante Behandlung zeitigte besonders bei der Gonorrhoe bei weitem nicht die guten Erfolge, wie sie bei Krankenhausbehandlung zu verzeichnen waren. Die unter Laien hier verbreitete Ansicht, daß besonders Gonorrhoe in den Tropen schwer heile, besteht nach den im Krankenhaus gemachten Erfahrungen nicht zu recht. Der Alkoholverbrauch, der unter den Europäern noch immer sehr bedeutend ist, erklärt vielmehr oft genug die chronische Gonorrhoe. Eine behördliche Überwachung der Prostituierten besteht bis jetzt in Anecho nicht.

Operationen, die ambulant bei Europäern weiterbehandelt wurden, sind:

Phimosenoperation nach Roser, Radikaloperation einer Hydrocele nach Kocher-Bergmann, Geschwulstexstirpationen, Incisionen bei Phlegmonen und Abscessen.

Eine Entbindung bei einer Europäerin ging glatt vonstatten, die Nachgeburt wurde durch Credé'schen Handgriff entfernt. Das Wochenbett war ungestört.

Seit 1½ Jahren besitzt Anecho eine vollständige Einrichtung für zahnärztliche Behandlung. Sie wurde öfter in Anspruch genommen. Von dem Berichterstatter wurden an 12 Weißen zahnerhaltende Operationen (Plombierungen) ausgeführt; es handelte sich in 5 Fällen um Beamte, in 7 um Privatpersonen, von letzteren 5 Europäer und 2 Europäerinnen.

Zahnextraktionen wurden bei 8 Europäern unter Lokalanästhesie vorgenommen.

2. Eingeborene.

Es wurden 1110 Eingeborene behandelt; die Zahl der Behandlungstage ist 7099. Die in der Anlage III angefügte Nachweisung zählt die einzelnen Erkrankungen auf. Nähere ziffermäßige Angaben über die Dauer einzelner Erkrankungen, über die in die Krankenstation der Poliklinik Aufgenommenen, über die Geheilten und Gestorbenen würden ein unklares Bild der Verhältnisse geben, da infolge von Mangel an Raum und Lagerstätten bei weitem nicht alle Kranken aufgenommen werden konnten, die die

Anlage III.

Aufnahme wünschten, und sich so der Ausgang zahlreicher Erkrankungen der Kenntnis des Arztes entzog. So ist es auch zu erklären, daß nur 2 Todesfälle unter den 1110 Kranken beobachtet werden konnten; sie betrafen Gefangene.

Unter den Krankheiten der Eingeborenen, die zu ärztlicher Behandlung kommen, nehmen die äußeren Erkrankungen, Verletzungen, Geschwülste, Eingeweide- und Wasserbrüche, Augen- und Hautleiden einen erheblich breiteren Raum ein, als die inneren Krankheiten. Bei letzteren erfreuen sich die althergebrachten Volksarzeneien noch großen Zutrauens, während bei ersteren die Hilfe des weißen Arztes gern von Anfang an in Anspruch genommen wird. Bei den sehr verbreiteten Geschlechtskrankheiten wird der Arzt nur dann in Anspruch genommen, wenn die Symptome sehr lästige oder sehr augenfällige sind. In den Anfangsstadien sieht man diese Leiden fast niemals, ein syphilitischer Primäraffekt ist dem Berichterstatter bei Eingeborenen bislang nicht zu Gesicht gekommen; der Eingeborene sieht in ihm eine gewöhnliche kleine Wunde und legt ihm dementsprechend keine Bedeutung bei. Das Hauptkontingent der eingeborenen Syphilitiker, welche den Arzt aufsuchen, setzt sich aus den Repräsentanten des tertiären Stadiums zusammen. Eine energische Jodkalibehandlung zeitigt bei ihnen meist sehr schöne Erfolge. Der weiche Schanker (ulcus molle) ist ebenfalls stark vertreten, vereiterte Bubonen kamen mehrmals zur Operation, in einigen Fällen war das Leiden mit Syphilis und Gonorrhoe vergesellschaftet. Auch in der Beachtung der Gonorrhoe waltet eine große Indolenz ob; man sieht meist nur schwere Fälle, Komplikationen und Nachkrankheiten, wie Nebenhodenentzündung, Strikturen der Harnröhre. Der jüngste gonorrhoische Patient dieses Jahres zählte 6 bis 7 Jahre, er kam mit schwerer entzündlicher Phimose, die operiert werden mußte, und starker Gonorrhoe in Behandlung.

Gonorrhoische Augenkrankheiten waren nicht selten.

Viele der Geschlechtskranken können sich der Ansicht, daß ihre Leiden durch sexuellen Verkehr erworben seien, nicht erschließen; sie betrachten sie noch gern als Krankheiten, denen sie schutzlos preisgegeben sind und mit denen sie rechnen müssen.

Anlage IV.

Der chirurgischen Behandlung zeigen sich die hiesigen Eingeborenen durchweg sehr zugänglich; sie wünschen oft Operationen, wo sie gar nicht angebracht sind. Es ist auch hier zu erkennen, daß durch die ausgedehnte Verwendung der

modernen Methoden der lokalen und regionären Anästhesie (nach Schleich, Oberst und Bier) die chirurgischen Eingriffe viel von ihrem Schrecken für den Kranken verloren haben.

Ein sehr häufiges Leiden der Eingeborenen sind die äußeren und inneren Leistenbrüche sowie die Wasserbrüche. Sie kamen sehr oft zur Operation, einige von ihnen waren von erheblicher Größe, oft handelte es sich um doppelseitige Brüche. In einem rechtsseitigen großen Leistenbruch fanden sich zu gleicher Zeit Dünndarm, Dickdarm, der Blinddarm und der Wurmfortsatz. Bei Leistenbrüchen wurde die Radikaloperation nach Bassini, bei Wasserbrüchen die Radikaloperation nach Kocher-Bergmann geübt; beide gaben gute Resultate. Die Operationen der Leisten- und Wasserbrüche wurden unter Schleich'scher Lokalanästhesie ausgeführt, nur in einem Fall von doppelseitigem Wasserbruch, der wegen der enormen Größe der Brüche eine ausgedehnte Amputation des Skrotums erforderte, wurde die Chloroformnarkose angewandt.

Ein eingeklemmter Bruch wurde nicht beobachtet.

Die Entfernung der sehr häufigen Nabelbrüche wird von den Eingeborenen niemals gewünscht.

Einmal wurde ein Skrotum wegen Elefantiasis in üblicher Weise amputiert; die Verhältnisse lagen günstig, da reichlich gesunde Haut zur Verfügung stand, die Operation ging unter enormer Blutung schnell vonstatten, die Hoden konnten erhalten werden.

Wegen Glottisödems wurde ein Mulattenkind tracheotomiert; die Heilung verlief ohne Störung.

Bei einem vierjährigen Mulattenknaben aus Dahomey wurde ein großer Leberabsceß durch Laparotomie geheilt; ein Stück des Netzes, welches vorgefallen und mit dem Eiter in Berührung gekommen war, wurde abgetragen. Die Heilung ging glatt vonstatten.

Erwähnenswert ist eine große durch ein Buschmesser bei einer Schlägerei gesetzte Bauchverletzung. Der dreißigjährige Mann kam zwölf Stunden nach der Verletzung in Begleitung der übrigen bei derselben Gelegenheit Verletzten in Behandlung. Er hatte eine unter beiden Rippenbogen quer verlaufende, über 30 cm lange, glatte Bauchwunde, die die Bauchwand durchsetzte und das Bauchfell eröffnet hatte. Der untere Rand des rechten Leberlappens sowie Netz und Mesenterium lagen frei in der Wunde. Die

große klaffende Wunde war mit einem bunten Kleidungsstück zugestopft. In Chloroformnarkose wurde sie gereinigt, und die Bauchhöhle durch Etagennaht geschlossen. Es trat prompte Heilung ein, nach drei Wochen wurde der Patient mit fester, linearer, quer über den ganzen Bauch verlaufender Narbe geheilt entlassen.

Je ein Ober- und Unterschenkel mit Schußverletzung machte die Amputation notwendig. In beiden Fällen handelte es sich um ausgedehnte Zertrümmerungen, die durch vorzeitige Explosion von „Selbstschüssen", wie sie hier zur Antilopenjagd gelegt werden, verursacht waren. Die Amputierten erhielten hier angefertigte, primitive hölzerne Stelzfüße, auf denen sie bald laufen lernten.

Als moderne chirurgische Leiden beginnen seit der Eröffnung der Bahn die Maschinenverletzungen aufzukommen; so mußten verschiedentlich Quetschwunden versorgt und Amputationen und Exartikulationen an den kleinen Gliedern vorgenommen werden.

Ein aus Dahomey stammender schwerer Fall von Tetanus traumaticus wurde durch Seruminjektion geheilt.

Zwei Entbindungen bei Eingeborenen wurden durch Kunsthilfe beendet. Im ersten Fall handelte es sich um eine seit mehreren Tagen Kreißende mit abgestorbener Frucht, bei der die mannigfachsten landläufigen Versuche der Angehörigen erfolglos geblieben waren; Zangenentbindung und manuelle Lösung der Placenta. Der zweite Fall war eine Zwillingsgeburt; das erste Kind war spontan geboren worden, das zweite wurde gewendet und extrahiert; auch hier war manuelle Lösung der Placenta nötig. Die Fälle verliefen beide ohne Komplikationen.

Die Malariaerkrankungen unter den Eingeborenen sind zahlreich. Nicht immer sind es die akuten Fieberanfälle, in denen ärztliche Hilfe nachgesucht wird; oft waren es Nachkrankheiten nervöser und rheumatischer Natur; in vielen Fällen handelte es sich um Kinder.

Dysenterie kam nur vereinzelt zur Behandlung.

Herzleiden waren im Berichtsjahre selten.

Katarrhalische Affektionen der Atmungsorgane traten besonders in der Trockenzeit (II. und III. Quartal des Berichtsjahres) in den Vordergrund. Sie verliefen leicht. Zwei Frauen

starben an Lungentuberkulose, die Ansteckungsquelle war nicht festzustellen, in Europa waren die Frauen nicht gewesen.

Die Magen- und Darmkatarrhe waren zu allen Zeiten des Jahres häufig; ebenso wurde oft Hilfe bei hartnäckiger Verstopfung nachgesucht; in einzelnen Fällen waren erhebliche Mengen von Abführmitteln erforderlich.

Hautkrankheiten, unter ihnen besonders Krätze, Ringwurm und Framboesie waren sehr häufig. Fast immer waren auch einige Fälle von Unterschenkelgeschwür in Behandlung. Man sieht viel Elefantiasis der Unterschenkel und Füße, doch pflegen die Kranken wegen dieser Affektion nicht zum Arzt zu kommen. Meist sind die Betroffenen Frauen und Mädchen. Elefantiasis des Skrotums ist hier selten.

Guineawurm wurde öfter behandelt. Bei den Einwohnern von Anecho und Umgebung kommt diese Erkrankung nur ausnahmsweise vor, die behandelten Fälle betrafen Auswärtige. Jedesmal waren Fuß und Unterschenkel befallen, einmal außerdem ein Finger und Unterarm.

Pocken kamen dreimal zur Beobachtung. Zwei Fälle betrafen Regierungsschüler. Die Ansteckung ließ sich auf einen Besuch durch den Vater des ersten Erkrankten zurückführen, er war aus Kpandu gekommen. Der dritte Fall betraf eine Haussah-Frau aus Kete-Kratschi. Die drei Erkrankungen gingen leicht vorüber. Impfungen der Umgebung sowie Isolierung der Kranken verhüteten eine Weiterverbreitung.

Lepra kam an der Küste nicht vor; ein zwölfjähriger Regierungsschüler aus Tschegbo und ein vierzigjähriger Mann aus Kuwe blieben ungeheilt.

Zweimal wurde Diabetes mellitus bei Eingeborenen gefunden. Der eine hatte 5 % Zucker, der andere 2 %. Es waren erwachsene, besser situierte Eingeborene; durch Diätvorschriften wurde ein Sinken auf 2 und 1 % erreicht.

Bei den zahlreichen Augenleiden herrschen vor allen die Erkrankungen der Bindehaut sowie syphilitische Affektionen der Regenbogenhaut vor. Katarakt wurde nur viermal gesehen und zweimal operiert; auch andere Anomalien des lichtbrechenden Apparates der Augen waren selten. Es wurden viermal Brillen wegen Myopie verabfolgt. Von ansteckenden Augenkrankheiten sind 14 hartnäckige Fälle von Tripperblennorrhoe und 3 Fälle von

follikulärer Conjunktivitis zu erwähnen. Letztere betrafen einen Regierungsschüler und zwei seiner Verwandten; sie erinnerten sehr an das Bild des Trachoms.*)

Überblickt man das über die im Krankenhause und ambulant behandelten Europäer und Eingeborenen Gesagte, so muß man feststellen, daß die gesundheitlichen Verhältnisse von Anecho sich zusehends bessern.

Von den europäischen Einwohnern des Bezirks Anecho ist im Berichtsjahr keiner gestorben und keiner ernstlich krank gewesen. Die 6 Todesfälle, die sich in Anecho ereigneten, betreffen auswärts Wohnende, die wegen Krankheit nach Anecho kamen. Die beiden ersten waren Schwestern der katholischen Mission zu Agoué in Dahomey. Sie kamen zur Zeit der Gelbfieberepidemie krank von Agoué nach Anecho zur katholischen Mission und starben daselbst an Gelbfieber. Die 4 anderen Todesfälle erfolgten im Nachtigalkrankenhaus, 2 von ihnen stammten aus dem Ausland (Kamerun, Dahomey) und nur 2 entfallen auf das Schutzgebiet selbst.

Malaria, Schwarzwasserfieber und Dysenterie gehen zurück. Besonders in die Augen springend ist die stetige Abnahme der Malaria. Während diese Diagnose früher fast ausschließlich die Krankenbücher füllte, ist sie bis heute allmählich seltener geworden. Im Krankenhause sind die Malariaziffern folgende:

	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Krankenzahl	91	70	41	27	26	60
Malariakranke	44	36	20	8	4	15
Prozentsatz	48,3	51,4	47,4	29,6	15,4	25,0

Wenn die stetig fallende Kurve im Berichtsjahre einen leichten Anstieg zeigte, so hat dies den bereits erwähnten Grund, daß die neue Küstenbahn zahlreiche ernstere Fälle aus dem Inlande dem Krankenhause zuführte, die bis vor Jahresfrist aus Mangel an Transportmitteln auf die Krankenhausbehandlung verzichten mußten.

Der Rückgang der Malaria ist neben den noch zu besprechenden Maßnahmen zur Moskitobekämpfung vor allem auf die Chinin-

*) Neuerdings ist eine derartige Endemie in der Regierungsschule ausgebrochen, die fast die Hälfte der Schüler ergriffen hat.

prophylaxe zurückzuführen, deren immer weitere Einführung seit Jahren mit Nachdruck betrieben wird. Der größte Teil der Einwohner des Anechobezirkes hält regelrechte Chininprophylaxe inne, und zwar findet man meist, daß am 8. und 9. Tage je 1 Gramm genommen wird, einige ziehen es vor, am 6. und 7. Tage je 0,5 Gramm zu nehmen, durchweg aber findet man bei den Prophylaktikern den Brauch eingebürgert, an zwei aufeinander folgenden Tagen das Mittel zu nehmen, und die Erfolge geben diesem Brauche recht. Chinin und Euchinin wird hier meist in Tablettenform, seltener lose in Gelatinekapseln oder Oblaten genommen.

Daß trotz gewissenhafter Prophylaxe bei zwei Krankenschwestern leichte Malariaanfälle vorkamen, dürfte sich wohl auf mangelhafte Resorption des Prophylaktikums infolge von Verdauungsbeschwerden zurückführen lassen; gerade bei gleichzeitiger Dysenterie konnten im Stuhlgang mehrmals ganze Tabletten gefunden werden. Es wird daher neuerdings das in Lome angewandte Verfahren geübt, die Tabletten vor dem Einnehmen zu zerbrechen; auf diese Weise scheinen sie auch bei katarrhalischen Zuständen des Verdauungskanals leicht gelöst zu werden.

Jeder in das Nachtigalkrankenhaus aufgenommene Kranke wurde — gleichviel woran er litt — für die Zeit seines Krankenhausaufenthaltes zur Prophylaxe angehalten.

Einige in Afrika länger ansässige Europäer, die schon manche Malaria hinter sich haben, verwerfen die Prophylaxe und fühlen sich anscheinend wohl dabei.

Die Eingeborenen verlangen oft Chinin, es wird ihnen in vielen Fällen unentgeltlich verabfolgt. Eine geregelte Prophylaxe stößt bei ihnen naturgemäß auf erhebliche Schwierigkeiten. Groß zeigte sich ihre Neigung, im Anschluß an chirurgische Operationen an Malaria zu erkranken. Daher erhielt jeder Operierte am Abend des Operationstages und am folgenden Tage je 1 Gramm Chinin; damit wurde dem Ausbruch der postoperativen Malaria vorgebeugt.

Die Malariaanfälle sind sowohl bei Europäern wie bei Eingeborenen nicht schwer gewesen. Eine Ausnahme machte nur der erwähnte Fall eines 8 Monate alten Kindes. Bei ihm handelte es sich um eine schwere, komatöse Form der Malaria; sie ging gleichwohl in Heilung aus, die Rekonvaleszenz war indes langsam; nach Mitteilungen aus Europa ist das Kind gesund und in guter Entwicklung.

Erfreulich ist der Rückgang des Schwarzwasserfiebers. Der einzige ambulant behandelte Fall von leichter Hämoglobinurie kann als „Zugang" eigentlich nicht gerechnet werden, denn er betrifft einen alten Schwarzwasserfieberpatienten, der die Disposition zu dieser Erkrankung vor vielen Jahren erworben hat. Man geht wohl nicht fehl, wenn man das Nachlassen des Schwarzwasserfiebers auf die rationelle Bekämpfung der Malaria zurückführt.

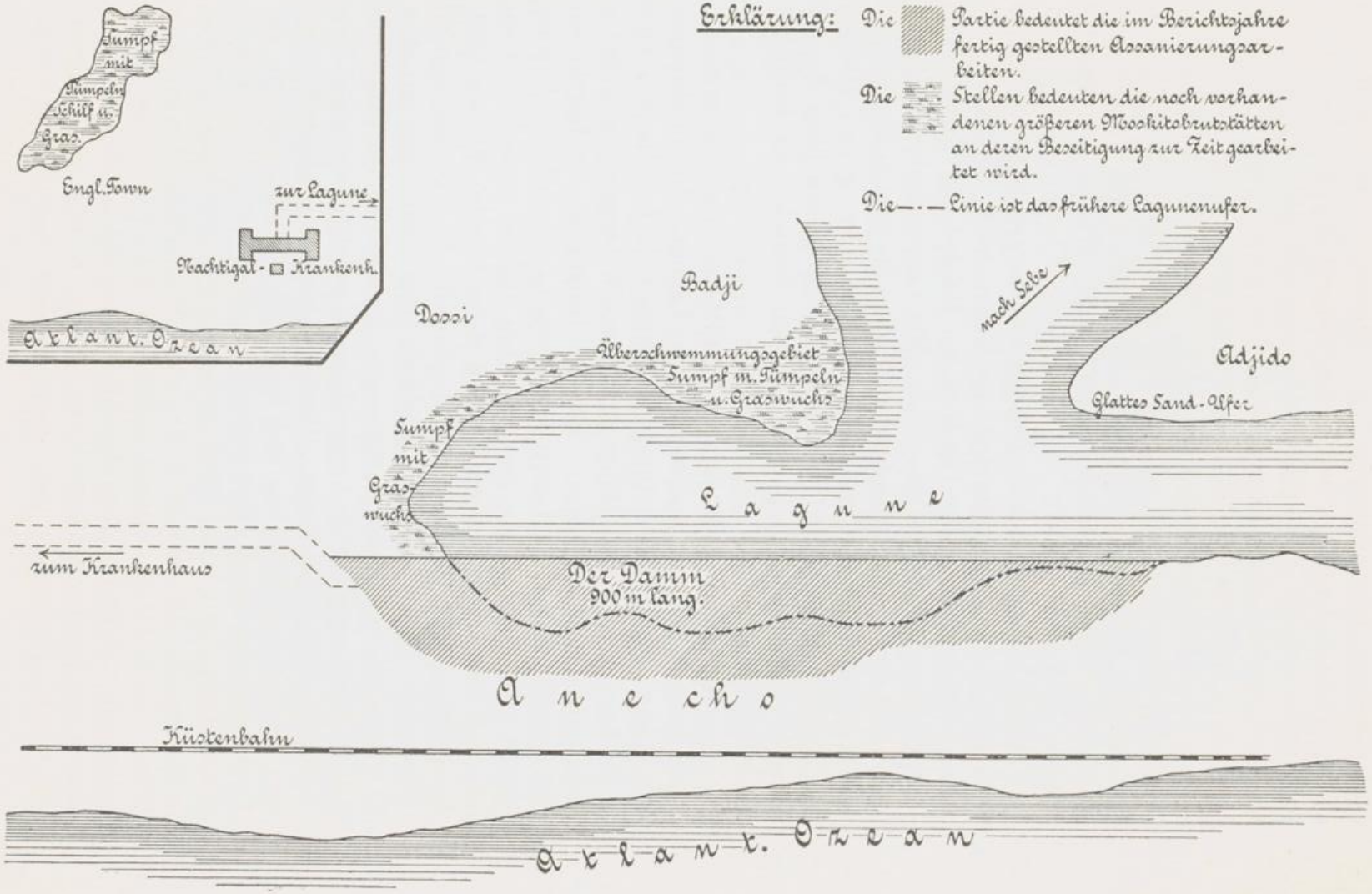
Die Dysenterie hat in Anecho nie die Rolle gespielt, wie in anderen Bezirken des Schutzgebietes. Die Zahl der Dysenteriekranken war meist niedrig, und wenn sie anstieg, so handelte es sich um Krankenhauspatienten, die von auswärts zugegangen waren. Immerhin bietet die Dysenterie, solange sie nicht völlig ausgerottet ist, eine ernste Gefahr, und muß daher Wert auf ihre gründliche Behandlung gelegt werden.

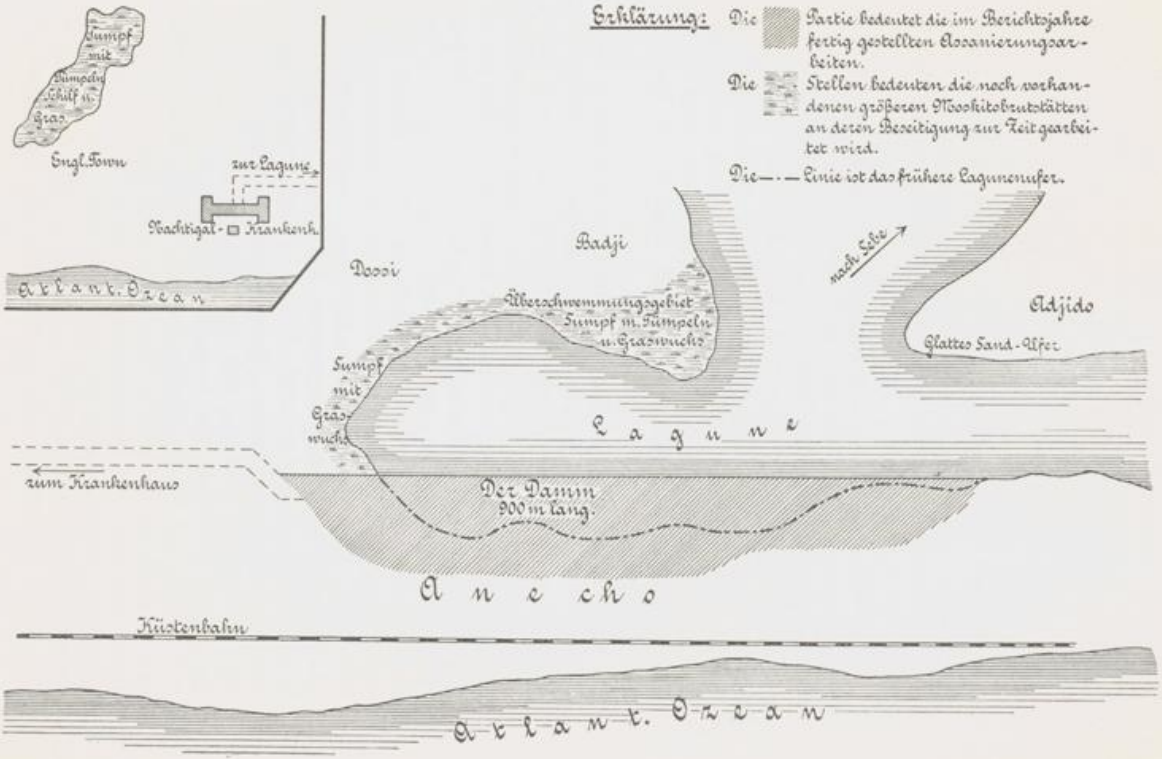
Es bedeutet einen bemerkenswerten Fortschritt, daß Anecho ein vollständiges zahnärztliches Instrumentarium erhalten hat. Wie aus den vorstehenden Angaben hervorgeht, konnte bei Europäern eine erhebliche Anzahl von Zähnen erhalten werden, die früher ohne weiteres hätten entfernt werden müssen. Die Zahl der Plombierungen überwiegt bei Europäern die Zahl der Extraktionen. Sogar bei Eingeborenen wurden zwei Zahnfüllungen auf deren Wunsch ausgeführt; natürlich kommt für sie einstweilen meist nur die Extraktion in Betracht.

II. Allgemeiner Teil.

1. Assanierungsarbeiten.

Gegen Schluß des vorigen Berichtsjahres hatte man, veranlaßt durch die Gelbfieberepidemie, mit der Herstellung eines Dammes begonnen, der der sumpfigen Lagunenseite der Nehrung, auf welcher Anecho gelegen ist, eine geradlinige und gegen das Wasser steil abfallende Begrenzung gibt, und ein Vordringen des Wassers bis zu den Häusern mit seinen zahlreichen Nachteilen, wie Tümpelbildung, Beschädigung der Wohnungen, Verkehrsbehinderung, unmöglich macht. Die Arbeiten an dem Damm wurden im Laufe des Berichtsjahres so gefördert, daß der Damm jetzt längs der ganzen südlichen Seite der Anecho-Lagune fertiggestellt ist, und ebenso die sehr erheblichen Terrainerhöhungen zwischen dem Damm und dem südlich davon sich hinziehenden


Erklärung:
Die Partie bedeutet die im Berichtjahre fertig gestellten Assanierungsarbeiten.
Die Stellen bedeuten die noch vorhandenen größeren Mooskitobrutstätten an deren Beseitigung zur Zeit gearbeitet wird.
Die —·— Linie ist das frühere Lagunenufer.
Sumpf mit Tümpeln Schilf u. Gras.
Engl. Town
zur Lagune
Nachtigal- Krankenh.
Atlant. Ozean
Dossi
Badji
Überschwemmungsgebiet
Sumpf m. Tümpeln u. Graswuchs
Sumpf mit Grasw.
nach Leve
Adjido
Glattes Sand-Ufer
Lagune
zum Krankenhaus
Der Damm 900 m lang.
Anecho
Küstenbahn
Atlant. Ozean


Erklärung:
Die Partie bedeutet die im Berichtsjahre fertig gestellten Kolonisierungsarbeiten.
Die Stellen bedeuten die noch vorhandenen größeren Mosquitobrutstätten an deren Beseitigung zur Zeit gearbeitet wird.
Die —·— Linie ist das frühere Lagunenufer.
Sumpf mit Sumpfgras
Engl. Town
zur Lagune
Nachtigal-
Krankenh.
Atlant. Ozean
Badji
Dossi
nach Sebe
Adjido
Überschwemmungsgebiet
Sumpf m. Tümpeln u. Graswuchs
Glattes Sand-Ufer
Sumpf mit Grasw.
Lagune
zum Krankenhaus
Der Damm 900 m lang.
Anecho
Küstenbahn
Atlant. Ozean

hochgelegenen Häuserkomplex von Anecho. (Vgl. die Kartenskizze.) Zur Zeit wird an der Herumführung des Dammes um die bei Anecho liegende Westspitze der Lagune auf Badji zu gearbeitet, um auch hier den Sumpf verschwinden zu lassen. Hier herrschen einstweilen noch die Verhältnisse, wie sie früher längs des ganzen Lagunenstrandes in Anecho lagen. Die Lagune ist unregelmäßig begrenzt und von einem Sumpfgürtel mit zahlreichen Tümpeln und starkem Graswuchs umgeben. Innerhalb dieses Sumpfes befinden sich einige Süßwasserquellen, deren Wasser in schmalen Läufen zur Lagune rieselt.

Wiederholte Untersuchungen der Lagune auf Mücken ergaben noch kein einheitliches Resultat, sie lassen indes erwarten, daß mit der Fertigstellung des Dammes den Mücken das Fortkommen in der Lagune unmöglich sein wird. Die Larven finden sich nicht mehr längs des fertigen Dammes, weil hier eine gerade Begrenzung des Wasserbeckens und reichliche Wasserbewegung den Mücken den Aufenthalt verleiden; zahlreich sind sie jedoch längs der erwähnten Westspitze der Lagune und am Strande von Badji gefunden worden.

Die Mückenfauna der Lagune ist nicht zu allen Zeiten gleich. Fast immer findet man Anopheles in der Lagune. Von praktischer Wichtigkeit ist die Feststellung, daß Stegomyia fasciata zu Zeiten in der Lagune in reicher Menge vorkommt, während sie zu anderen Zeiten nicht gefunden wird. Man hat behauptet, die Lagune sei frei von Stegomyia, weil man Stegomyia-Larven, die im Laboratorium in Lagunenwasser gesetzt waren, darin baldigst sterben sah, und außerdem einen erheblichen Salzgehalt im Wasser fand der ja bekanntlich der Stegomyia fasciata die Entwicklung unmöglich macht. Es ist falsch, das Ergebnis eines solchen theoretischen Versuches für die Praxis zu verwerten, denn in der Tat entwickelt sich die Stegomyia in der Anecho-Lagune, sobald sie günstige Entwicklungsbedingungen findet. Und diese findet sie alljährlich mit dem Wechsel der Trocken- und Regenzeit. Wenn nämlich zur Trockenzeit der Monho fast versiegt ist, fällt die Lagune in demselben Maße, und von der Monhomündung tritt rückwärts das Meer in die Lagune und unterhält in ihr einen Wasserstand von geringer Höhe; man findet dann in der Lagune ein Wasser mit erheblichem Salzgehalt. Beginnt aber der Monho, wieder größere Wassermassen aus dem Innern herunter zu bringen, so füllt er die Lagune mit seinem Flußwasser auf, der Salzgehalt des Lagunenwassers

sinkt dann auf ein Minimum oder verschwindet ganz. Die gegen Salzwasser empfindliche Stegomyia kann sich also nur zu den Zeiten des höheren Wasserstandes und während des Sinkens vorfinden, denn auch die vom Hochwasser zurückbleibenden Tümpel müssen zunächst Süßwassertümpel sein. Zur Zeit des tiefen Wasserstandes — September bis März — muß sich die Gelbfiebermücke andere Brutstätten suchen; sie würde bei einem Salzgehalt des Wassers zugrunde gehen, bei dem die weniger empfindlichen Anopheles und einige unbedeutendere Mückenarten noch ihr Fortkommen finden.

Die wiederholten Untersuchungen der Lagune auf Mückenlarven bestätigen die geschilderten Verhältnisse; während die Lagune und ihre Tümpel noch im Januar dieses Jahres frei von Stegomyia waren, sind bereits im April wieder Stegomyia-Larven in reicher Menge darin vorhanden gewesen.

Wenn erst die Erdarbeiten bis nach Badji fortgeführt sein werden, wird die chemische Zusammensetzung des Lagunenwassers nicht mehr die bisherige Wichtigkeit haben; es wird dann nördlich von Anecho ein Wasserbecken geschaffen sein, dessen Ufer auf weite Strecken hin glatt gegen das Wasser abfallen und somit Tümpelbildung und Stagnation von Wasser unmöglich machen, und es ist dann die Hoffnung berechtigt, daß jeglicher Mückenart in der Anecho-Lagune die Existenzbedingungen fehlen werden.

Westlich von Anecho wurde im Oktober eine weitere Erdarbeit behufs Assanierung der Stadt in die Wege geleitet. Es handelt sich um den jenseits des kleinen Dorfes „English Town" gelegenen Sumpf, der vom Nachtigalkrankenhause ungefähr 1,5 km. entfernt liegt. Er setzt sich aus mehreren unregelmäßigen Tümpeln zusammen und ist stark mit Schilf und Gras verwachsen; seitlich wird er von langgestreckten Sandhügeln begrenzt. In diesem Sumpf sind stets neben anderem Ungeziefer zahlreiche Mücken vorhanden, die ihren Flug zu den Negerhütten und weiterhin ostwärts zum Krankenhause und der Stadt nehmen, da westwärts bewohnte Plätze auf weite Strecken fehlen. Die Erdarbeiten zur Zuschüttung dieses Sumpfes sind zur Zeit im Gange.

2. Moskitobrigade.

Außer den geschilderten Maßnahmen, die durch Fertigstellung bleibender Erdanlagen den Moskitos ihre Lebensbedingungen in der Umgebung der Stadt nehmen sollen, wurde im Berichtsjahre

auch innerhalb der Stadt und der Wohnungen die Moskitovernichtung systematisch in Angriff genommen. Unter dem Eindruck der Gelbfieberepidemie im Frühjahr 1905 war vom Bezirksamt eine Anzahl von Gesundheitsaufsehern angestellt worden, die innerhalb der Häuser die Moskitobrutstätten vernichten sollten. Diese Einrichtung hat sich nicht bewährt und im Sommer 1905 war kein Gesundheitsaufseher mehr in Anecho vorhanden. Eine geregelte Moskitobekämpfung besteht nunmehr seit dem 1. September 1905, nachdem der Regierungsarzt mit der Bildung und Leitung der Gesundheitsaufseherkolonne betraut worden war. Es sind einstweilen in Anecho 3 Gesundheitsaufseher*) tätig, zu ihnen kommen für die Nachmittagsstunden noch 2 farbige Lazarettgehilfen. Ihre Tätigkeit regelt sich nach dem Erlaß des Kaiserlichen Gouvernements vom 11. Mai 1905. Der Dienst ist derart verteilt, daß die Stadt, einschließlich der umliegenden Ortschaften Degbenu, Dossi, Badji, Adjida in 4 Bezirke geteilt ist, von denen 3 größere den 3 Gesundheitsaufsehern zugeteilt sind, während der kleinere vierte von dem jüngeren Lazarettgehilfen versehen wird. Dem älteren Lazarettgehilfen liegt die ständige Kontrolle über die 4 Bezirke ob, durch Stichproben seitens des Berichterstatters wird wieder eine weitere Kontrolle geübt. Jeder Bezirk wird in 10 Tagen einmal abgesucht. Allwöchentlich einmal, Sonnabends, werden die Wasserpfützen mit Saprol übergossen; letztere Arbeit wird mit dem Fortschreiten der Dammarbeiten zusehends geringer. In der Stadt und ihrer näheren Umgebung ist allmählich alles Buschwerk ausgerodet worden.

Die Bevölkerung hat sich der Neuerung ziemlich leicht angepaßt, doch ist dauernde Überwachung notwendig.

Die Gesundheitsaufseher wurden nebenbei in der Handhabung der Formalindesinfektion von Wohnungen, in der Bedienung des Dampfsterilisierapparates, sowie in den Methoden der Mückenvernichtung durch Schwefel- und Chrysanthemumdämpfe ausgebildet.

3. Pockenbekämpfung.

Die Pocken sind in den letzten Jahren von der Küste verdrängt worden; im Innern herrschen sie jedoch noch in hohem Maße.

Im Laboratorium des Nachtigalkrankenhauses wurde regelmäßig Pockenlymphe hergestellt; es wurde dabei in der von den

*) Die Zahl ist inzwischen vermehrt worden.

früheren Regierungsärzten erprobten Weise verfahren, indem von Kindern, die mit deutscher Lymphe (Chalybaeus-Dresden) geimpft waren, aus den reifen Pusteln Überimpfungen auf Kälber gemacht wurden. Die so erzeugte Retrovaccine wurde durch Glyzerinzusatz konserviert. Die zahlreichen hierzu nötigen Kälber stellten viehzuchttreibende Eingeborene dem Regierungsarzt unentgeltlich zur Verfügung, und es war nie Mangel an Tiermaterial. Ebenso war die Zahl der freiwillig zur Impfung zugeführten Kinder stets höher als der zur Lymphgewinnung erforderliche Bedarf. Es wurden mit den monatlich aus Deutschland eintreffenden 100 Portionen Lymphe im ganzen im Berichtsjahr 12 000 Portionen hergestellt. Davon gingen regelmäßig am Ende jeden Monats 100 Portionen nach Viktoria in Kamerun und in unregelmäßigen Abständen im ganzen 7200 Portionen nach Duala, ferner 1600 Portionen an den Regierungsarzt in Lome, behufs Impfungen im Inlande. Einige Male kam es vor, daß eine Sendung der Dresdener Lymphe versagte, es mußte dann zur Weiterzüchtung auf die Restbestände der hier hergestellten Lymphe zurückgegriffen werden. Ebenso konnten zwei im Jahre 1906 nach Duala gelieferte Sendungen nach Mitteilungen von dort nur zum geringen Teil mit Erfolg verwandt werden; es verdient hervorgehoben zu werden, daß mit derselben Lymphe im Februar 1906 in Gridji (Bezirk Anecho) 350 Impfungen ausgeführt wurden, die durchweg von Erfolg waren, in vier zur Beobachtung gekommenen Fällen sogar so erhebliche Pustelbildung verursachten, daß Verbände nicht entbehrt werden konnten. Es scheint, als ob ebenso, wie die Dauer des Impfschutzes in den Tropen von der in Europa erheblich abweicht, auch die Reaktion einzelner Volksstämme gegen Impfungen mit derselben Lymphe verschieden ist.

In Anecho waren bestimmte Stunden bekannt gegeben, zu denen im Krankenhaus Impfungen vorgenommen wurden; hiervon machten 425 Personen, Kinder und Erwachsene, unaufgefordert Gebrauch.

Sämtliche Impfungen waren unentgeltlich.

4. Wohnung, Unterkunft, Wasserversorgung, Fleischbeschau, Abfuhrwesen, Prostitution.

Unter den besser gestellten Eingeborenen nimmt der Brauch zu, feste Häuser nach europäischer Bauart aufzuführen; es sind im Berichtsjahre mehrere solcher Häuser fertiggestellt und

in Angriff genommen worden. Gleichwohl besteht in der Mitte der Stadt noch ein großer Komplex stark verbauter Lehmhütten, zu dem Licht und Luft nur in spärlichstem Maße Zutritt finden.*)

In der Frage der Unterkunft reisender Europäer ist durch Bereitstellung eines geeigneten Hauses seitens eines Eingeborenen ein erheblicher Fortschritt gegen früher zu verzeichnen. Dieser westlich der Stadt, 800 m vom Bahnhof, gelegene große, in europäischer Art ausgeführte Neubau bietet reisenden Europäern, denen bei Firmen, Missionen oder Beamten keine Wohnungen offenstehen, mit seinen 4 Wohnzimmern, einem Speisezimmer und Baderaum gegen billiges Entgelt eine gute und gesunde Unterkunft.

An brauchbarem Trinkwasser ist in Anecho Mangel. Die Eingeborenen beziehen ihr Wasser mit Vorliebe aus einem Brunnen in Adjido, dessen Wasser sich durch Fehlen des meist vorhandenen Salzgehaltes und sumpfigen Geschmackes von dem in Anecho vorhandenen unterscheidet. Gesundheitliche Schädigungen durch Wasser werden in Anecho allerdings wenig gesehen. Von Dysenterie ist die Gegend fast völlig frei, der Guineawurm ist, so oft er zur Behandlung kam, auf Ansteckung außerhalb Anechos zurückzuführen gewesen, er betraf Händler, Soldaten, Schüler, die von auswärts stammten.

Mit Rücksicht auf mehrere Unregelmäßigkeiten in der Fleischversorgung der Europäer durch eingeborene Schlächter wurde vom Berichterstatter die Errichtung eines Schlachthauses und die Einführung der obligatorischen Fleischbeschau hinsichtlich der Berufsschlächter beantragt und vom Gouvernement genehmigt. Der fertig vorliegende Entwurf sieht eine offene Halle vor, mit Zementboden und Vorrichtungen zum Schlachten von Großvieh versehen. Die Halle soll westlich vom Krankenhause errichtet werden; dieser Platz liegt frei, ist hinreichend nahe an der Stadt gelegen, erhält reichlich Wasser von den Brunnen des Krankenhauses und ist vom Regierungsarzt jederzeit zu übersehen und leicht zu erreichen. Die Fleischbeschau, die sich auf Untersuchung des Tieres durch den Regierungsarzt vor und nach der Schlachtung erstrecken soll, soll einstweilen nur Rindvieh betreffen; die Hausschlachtung bleibt von ihr unberührt.

*) Die letzten starken Regen haben viele der bedenklichsten Hütten niedergerissen; es sind Vorkehrungen getroffen, daß ihr Wiederaufbau unterbleibt.

Das Abfuhrwesen besitzt in Anecho eine primitive Form. Abfälle werden in die See oder die Lagune versenkt, vereinzelt sieht man Müllgruben, die, nachdem sie nahezu gefüllt, zugeschüttet werden. Eine Klosettanlage für Eingeborene besitzt Anecho nicht, die Fäkalien werden direkt an die Küste entleert und werden hier zum Teil von der Brandung entfernt, zum Teil vertrocknen sie. Die Frage der Anlage einer geeigneten größeren Klosettanlage ist vom Bezirksamtmann und vom Regierungsarzt wiederholt erwogen, aber nicht endgültig entschieden worden. Eine derartige Anlage würde manchen Mißständen, die der jetzige Brauch mit sich bringt, abhelfen. In den Klosettanlagen der Europäer tut das Tonnensystem gute Dienste.

Die Frage der Prostitution ist, wie bereits bei der Besprechung der Geschlechtskrankheiten erwähnt wurde, noch ungelöst. Eine geregelte ärztliche Überwachung der Prostituierten, deren Zahl nicht klein zu sein scheint, würde hier voraussichtlich nicht den vollen Erfolg haben, den man gemeinhin von ihr erwarten darf. Denn ein großer Teil der Europäer besucht mehrmals im Jahre auf Geschäftsreisen das benachbarte englische und französische Gebiet und setzt sich dort Infektionen aus; beide Nachbargebiete sind in dieser Hinsicht übel berüchtigt. Diesem Teil der Europäer würde einerseits die Überwachung nicht zugute kommen, und sie würden anderseits auch hier für Weiterverbreitung der Krankheiten sorgen. Gleichwohl wäre die Einführung der Überwachung zu wünschen, denn sie würde einen Vorteil für diejenigen Weißen bedeuten, die das Schutzgebiet nicht öfters zu verlassen in der Lage sind; das sind vor allen die Beamten.

Über Tierkrankheiten ist nichts Neues zu berichten. An der Küste finden sich einige größere Rinderherden, auch vereinzelt Reitpferde, im Inlande läßt die Surra noch immer eine größere Viehhaltung nicht aufkommen. Eine kleine in Tokpli befindliche Rinderherde wurde gelegentlich einer Dienstreise des Berichterstatters in gutem Zustande und frei von Trypanosomen gefunden.

Anlage I.

Nachweisung

über die kranken Europäer im Nachtigalkrankenhause zu Anecho.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Gruppe	Name der Krankheit	Bestand 1.4.05	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert	Gestorben	Bestand	Summe	Behandlungstage	Bemerkungen
I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.	1. Malaria	1	14	15	15	.	.	.	15	178	4 Fälle aus Dahomey, 4 aus Lome, 4 aus Anecho (davon 2 Krankenschwestern), 3 aus dem Innern Togos.
	2. Dysenterie . . .	.	7	7	6	.	1	.	7	137	1 Fall †, zugleich Typhus, Milz- u. Leberabscesse; aus Kamerun.
	3. Leberabsceß . .	.	1	1	.	.	1	.	1	2	† aus Dahomey.
	4. Fieberh. Magendarmkatarrh (Typhoid)	.	1	1	1	.	.	.	1	10	Laparotomie.
II. Krankheiten des Nervensystems.	5. Neurasthenie . .	.	2	2	.	2	.	.	2	15	
	6. Hysterie	.	1	1	.	1	.	.	1	11	
	7. Neuralgie	.	1	1	1	.	.	.	1	28	
III. Krankheiten der Atmungsorgane.	8. Apoplexie	.	1	1	.	.	1	.	1	8	†
	9. Chron. Katarrh der Luftwege. .	.	1	1	.	1	.	.	1	59	Nach Europa zurück.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- u. blutbereitenden Organe.	10. Herzerweiterung	.	1	1	.	1	.	.	1	16	Nach Europa zurück.
	11. Erkrankung der Herzklappen . .	.	1	1	.	1	.	.	1	2	2 Wochen nach Ankunft im Schutzgebiet nach Hause zurück.
	12. Nervöse Störung d. Herztätigkeit	.	1	1	.	1	.	.	1	6	Nach Europa zurück.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.	13. Zahnkrankheiten	.	1	1	1	.	.	.	1	4	
	14. Kieferabsceß . .	.	1	1	1	.	.	.	1	1	Operation.
	15. Rachenkatarrh .	.	1	1	1	.	.	.	1	4	
	16. Akuter Magenkatarrh	.	1	1	1	.	.	.	1	8	
	17. Akuter Darmkatarrh	.	1	1	1	.	.	.	1	3	
	Summe der Seite . . .	1	37	38	28	7	3	.	38	492	

Gruppe	Name der Krankheit	Bestand 1.4.05	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert	Gestorben	Bestand	Summe	Behandlungstage	Bemerkungen
	Übertrag . . .	1	37	38	28	7	3	.	38	492	
VI. Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane.	18. Katarrhalische Gelbsucht	.	2	2	2	.	.	.	2	24	
	19. Absceß der rechten Niere .	.	1	1	1	.	.	.	1	76	Nephrotomie.
	20. Blasenkatarrh .	.	1	1	1	.	.	.	1	5	
VII. Venerische Krankheiten.	21. Tripper	.	2	2	2	.	.	.	2	42	
	22. Bubo	.	5	5	5	.	.	.	5	52	Operationen.
VIII. Augenkrankheiten.	23. Syphilis	.	1	1	1	.	.	.	1	34	
IX. Ohrenkrankheiten.	24. Krankheit des äußeren Gehörganges	.	1	1	1	.	.	.	1	6	
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.	25. Panaritium . . .	.	2	2	2	.	.	.	2	10	Operationen.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.	26. Furunkulosis . .	.	2	2	2	.	.	.	2	13	
XII. Mechan. Verletzungen.	27. Wundlaufen . .	.	1	1	1	.	.	.	1	4	
XIII. Andere Krankheiten.	28. Rekonvalescenz	.	2	2	2	.	.	.	2	21	
	29. Simulation . . .	.	1	1	1	.	.	.	1	1	
XIV. Frauenleiden.	30. Schwangerschaft	.	1	1	.	.	1	.	1	86	† Tod an Herzschwäche am Ende der Geburt. Totes Kind.
	Summe . . .	1	59	60	49	7	4	0	60	866	

Anlage II.

Nachweisung

über die aufserhalb des Krankenhauses behandelten Europäer in Anecho.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Gruppe	Name der Krankheit	Zahl der Fälle	Davon entfallen auf Beamte	Davon entfallen auf Privatpersonen	Wohnort der Kranken	Bemerkungen
I. Infektionskrankheiten und andere allgemeine Erkrankungen.	1. Malaria	14	2	12	.	1 Kind von 4 Monaten, 1 Kind von 8 Monaten.
	2. Schwarzwasserfieber	1	.	1	Kpeme	
	3. Dysenterie	1	1	.	Lome	
	4. Pyämie	1	.	1	Anecho	
II. Krankheit des Nervensystems.	5. Blutarmut	1	1	.	Duala	
	6. Neurasthenie	1	.	1	Lome	
	7. Schreibkrampf	1	1	.	Lome	
III. Krankheit der Atmungsorgane.	8. Akuter Bronchialkatarrh	2	.	2	Anecho	1 weiblich.
IV. Krankheit der Kreislauforgane.	9. Herzerweiterung	1	1	.	Anecho	
	10. Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.	1	Anecho	
V. Krankheit der Ernährungsorgane.	11. Entzündung der Lymphgefäße	2	.	2	Anecho	
	12. Zahnkrankheiten	20	8	12	Anecho, Porto-Seguro, Kpeme, Atakpame, Lome	
	13. Rachenkatarrh	1	1	.	Lome	
	14. Akuter Magenkatarrh	2	.	2	Anecho 1 Whydah 1	
	15. Akuter Darmkatarrh	4	1	3	Anecho 3 Lome 1	
	16. Katarrhalische Gelbsucht	2	1	1	Anecho 1 Sokode 1	
	17. Gallensteinkrankheit	1	.	1	Grandpopo	
	Summe der Seite	56	17	39		

Gruppe	Name der Krankheit	Zahl der Fälle	Davon entfallen auf Beamte	Davon entfallen auf Privatpersonen	Wohnort der Kranken	Bemerkungen
	Übertrag . . .	56	17	39		
VI. Krankheit der Harn- und Geschlechtsorgane.	18. Blinddarmentzündung	1	.	1	Anecho	
	19. Nierensteinkrankheit	1	.	1	Anecho	
	20. Blasenkatarrh . . .	1	.	1	Lome	
	21. Phimose	1	1	.	Anecho	operiert.
	22. Wasserbruch	1	.	1	Lome	operiert.
VII. Venerische Krankheiten.	23. Tripper	8	4	4	Anecho 2 Lome 6	
	24. Nebenhodenentzündung	2	1	1	Anecho	
	25. Bubo	4	.	4	Agoué 1, Lome 2, Hamburg 1	
	26. Syphilis	1	.	1	Agoué	
VIII. Augenkrankheiten.	27. Nachtblindheit . . .	1	.	1	Lome	
IX. Ohrkrankheiten.	28. Furunkel der äußerenGehörgänge	6	.	6	Anecho 4, Lome 2	1 weiblich.
X. Krankheit der äußeren Bedeckungen.	29. Panaritium	1	.	1	Lome	
	30. Furunkel	22	3	19	Anecho, Lome, Palime, Whydah	2 weiblich.
XI. Krankheit der Bewegungsorgane.	31. Gutartige Geschwulst	1	1	.	Anecho	operiert.
	32. Knochenhautentzündung	1	.	1	Whydah	weiblich.
	33. Muskelrheumatismus	2	.	2	Kpeme, Agoué	
XII. Mechanische Verletzungen.	34. Quetschwunde . . .	1	.	1	Lome	
XIII. Andere Krankheiten.	35. Verbrennung	1	1	.	Anecho	
XIV. Frauenleiden.	36. Entbindung (Credé)	1	.	1	Anecho	weiblich.
	Summe . . .	113	28	85		

Anlage III.

Nachweisung

über die kranken Farbigen in Anecho.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen:

1.	Pocken	3
2.	Windpocken	2
3.	Pyämie	1
4.	Malariafieber	70
5.	Schwarzwasserfieber	1
6.	Tuberkulose der Lunge	2
7.	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	2
8.	Dysenterie	6
9.	Starrkrampf	1
10.	Akuter Gelenkrheumatismus	4
11.	Chronischer Gelenkrheumatismus	11
12.	Blutarmut	6
13.	Skorbut	2
14.	Zuckerruhr	2
15.	Vergiftung	1
16.	Bösartige Geschwülste	2
17.	Lepra	2
	zusammen	118

II. Krankheiten des Nervensystems:

18.	Geisteskrankheiten	2
19.	Fallsucht	1
20.	Hysterie	1
21.	Andere Krankheiten des Nervensystems	4
	zusammen	8

III. Krankheiten der Atmungsorgane:

22.	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	9
23.	Glottisödem	1
24.	Akuter Bronchialkatarrh	30
25.	Chronischer Katarrh der Luftwege	16
26.	Akute Lungenentzündung	4
27.	Brustfellentzündung	3
28.	Lungenerweiterung	2
29.	Asthma	1
	zusammen	66

IV. Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe:

30.	Entzündung des Herzbeutels	1
31.	Idiopathische Herzvergrößerung	3
32.	Erkrankungen der Herzklappen	5
33.	Krampfadern	6
34.	Kropf	2
	zusammen	17

V. Krankheiten der Ernährungsorgane:

35.	Krankheiten der Kiefer und Zähne	61
36.	Mandelentzündung	1
37.	Akuter Magenkatarrh	14
38.	Chronischer Magenkatarrh	26
39.	Akuter Darmkatarrh	30
40.	Brechdurchfall	2
41.	Unterleibsbrüche	32
42.	Blinddarmentzündung	2
43.	Katarrhalische Gelbsucht	8
44.	Krankheiten der Leber (Leberabszeß)	1
45.	Eingeweidewürmer	20
	zusammen	197

VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschließlich der venerischen:

46.	Akute und chronische Nierenentzündung	3
47.	Blasenkatarrh	4
48.	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	9
49.	Verengerung der Harnröhre	6
50.	Wasserbruch	40
51.	Krampfaderbruch	3
52.	Elefantiasis des Hodensackes	1
	zusammen	66

VII. Venerische Krankheiten:

53.	Tripper	14
54.	Hoden- und Nebenhodenentzündung	19
55.	Weicher Schanker	1
56.	Bubo	6
57.	Konstitutionelle Syphilis	26
	zusammen	66

VIII. Augenkrankheiten:
ansteckende:

58.	Granulöser Bindehautkatarrh	3
59.	Akute Blennorrhoe	6
60.	Tripper-Blennorrhoe	14
	ansteckende: zusammen	23

nicht ansteckende:

61.	Krankheiten der Bindehaut	31
62.	„ „ Hornhaut	15
63.	„ „ Regenbogenhaut	4
64.	„ „ Linse	4
65.	Krankheiten und Fehler des Brechungs- und Einstellungsvermögens	7
	Augenkrankheiten: zusammen	84

IX. Ohrkrankheiten.

66.	Krankheiten des äußeren Gehörgangs	8
67.	Krankheiten des mittleren und inneren Gehörgangs	8
68.	Fremdkörper im Ohr	2
	zusammen	18

X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

69.	Krätze	17
70.	Akute Hautkrankheiten	29
71.	Chronische „	11
72.	Chronisches Unterschenkelgeschwür	51
73.	Panaritium	6
74.	Zellgewebsentzündung	34
75.	Furunkel	21
76.	Gutartige Geschwülste	15
77.	Guineawurm	7
78.	Sandfloh	10
79.	Elefantiasis.	3
	zusammen	204

XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.

80.	Knochenhautentzündung	3
81.	Knochenentzündung	2
82.	Mißbildung der Knochen	2
83.	Akute Gelenkentzündung	6
84.	Chronische „	5
85.	Muskelrheumatismus	19
86.	Krankheiten der Schleimbeutel	7
	zusammen	44

XII. Mechanische Verletzungen.

87.	Quetschung der Weichteile ohne äußere Wunde	6
88.	Knochenbruch des Oberarms	2
89.	„ des Unterarms	1
90.	„ der Hand	1
91.	„ des Oberschenkels	2
92.	„ des Kopfes	1
93.	„ der Rippen	2
94.	„ des Unterkiefers	1
95.	Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	2
	Übertrag	18

	Übertrag . .	18
	Wunden:	
96.	Schuß-	8
97.	Hieb- und Schnitt-	94
98.	Stich-	25
99.	Riß- und Quetsch-	38
100.	Biß-	6
101.	Verbrennung	8
	zusammen . .	197
XIII.	Andere Krankheiten.	
102.	Vorgetäuschte Krankheiten	1
103.	Allgemeine Körperschwäche	2
104.	Altersschwäche	3
	zusammen . .	6
XIV. 105.	Zur Beobachtung	1
XV.	Frauenkrankheiten.	
106.	Dysmenorrhoe	6
107.	Schwangerschaftsbeschwerden	4
108.	Beschwerden der Wechseljahre	5
109.	Erschwerte Geburt (Entbindung durch Kunsthilfe)	3
	zusammen . .	18
	Gesamtsumme . .	1110

Anlage IV.

Liste

der chirurgischen Operationen bei Europäern und Farbigen in Anecho.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

a. Bei Europäern.

I. Kopf und Hals.

Operation bei Kieferabszeß	1
Inzision bei Nackenabszeß	1
Exstirpation von Geschwülsten	2
Füllung von Zähnen	12
Zahnextraktionen unter Lokalanästhesie	8
zusammen	24

II. Brust und Bauch.

Laparotomie bei Leberabszeß	1
Nephrotomie bei Pyonephrose	1
Exstirpation von Geschwülsten	3
Perforation einer toten Frucht	1
Entbindung (Credé)	1
zusammen	7

III. Extremitäten.

Operation von Panaritien	2
„ des eingewachsenen Nagels	1
Inzision von Abszessen und Phlegmonen	5
Versorgung frischer Wunden	3
zusammen	11

IV. Genitalien.

Operation der Phimose	1
Radikaloperation der Hydrocele nach Kocher-Bergmann	1
Bubonenoperation	3
zusammen	5
Gesamtsumme	47

b. Bei Farbigen.

I. Kopf und Hals.

Exstirpation von Geschwülsten der Kopfhaut	3
Tonsillotomie	1
Tracheotomie	1
Inzision von Abszessen und Phlegmonen	4
Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ohr	2
Operation des Retropharyngealabszesses	1
„ der Parulis	1
Thierschsche Transplantation	1
Iridektomie	1
Operation des grauen Stares	2
Exstirpation des Chalazeons	1
Nekrotomie am Unterkiefer	1
Füllung von Zähnen	2
zusammen	21

II. Brust und Bauch.

Operation des offenen Pneumothorax	1
Exstirpation von Geschwülsten	2
Inzision der Mastitis	3
Bauchschnitte:	
wegen Leberabszesses	1
„ Bauchverletzung	1
„ Hernien (Radikaloperation nach Bassini)	32
Blasenpunktion	1
Zangenentbindung bei totfaulem Kind	1
Entbindung bei Zwillingen durch Wendung, manuelle Lösung der Plazenta	1
zusammen	43

III. Extremitäten.

Amputationen und Exartikulationen an Fingern und Zehen	6
Amputation des Oberschenkels	1
„ „ Unterschenkels	1
Eröffnung und Resektion von Gelenken:	
des Kniegelenkes	3
von Fingergelenken	3
Nekrotomie am Oberschenkel	1
Nekrotomie an der Wirbelsäule	1
Exstirpation von Geschwülsten	16
Versorgung von Frakturen:	
subkutane: am Kopf	1
am Oberarm	2
am Unterarm	1
am Oberschenkel	1
an der Hand	1
an den Rippen	2
Übertrag	40

Übertrag . .	40
komplizierte: am Unterkiefer	1
an Fingern und Zehen	2
(Nur die konservativ behandelten sind aufgezählt, die übrigen stehen unter Amputation und Exartikulation.)	
Luxationen: des Oberarmes	2
Gefäßunterbindung als selbständige Operation . . .	2
Operation von Panaritien	10
„ bei Bursitis praepatellaris	2
„ des eingewachsenen Nagels	4
Exzision bei Hautkrankheiten	3
Geschoßextraktion	2
Thierschsche Transplantation	5
Inzision größerer Phlegmonen und Abszesse	22
Versorgung frischer Schnitt-, Hieb-, Biß-, Brand-, Schußwunden (Nähte, Tamponaden, Drainagen) . .	131
zusammen . .	226

IV. Genitalien.

Operation der Phimose und Paraphimose	7
Amputation des Hodensackes	1
Operation der Hydrocele nach Kocher-Bergmann . .	40
„ „ Varicocele	2
Exstirpation bei Bartholinitis	2
Inzision bei vereiterter Hodenverletzung	1
Bubonenoperation	8
zusammen . .	61
Gesamtsumme . .	351
Gesamtsumme von a und b . .	398

Anlage V.

Nachweisung

über die im Berichtsjahre 1905 im Bezirk Anecho verstorbenen Europäer.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Wohnort	Todesursache	Datum des Todes	Bemerkungen
1	P. F.	weibl.	45	Agoué	Gelbfieber	April 1905	Krank zur Mission in Anecho gebracht und daselbst gestorben (Französin).
2	U. M.	weibl.	31	Agoué	Gelbfieber	April 1905	Desgl.
3	F. O.	männl.	29	Victoria (Kamerun)	Dysenterie, Typhus, Leberabszeß	22. 7. 05	Krank vom Dampfer ins Nachtigalkrankenhaus (Preuße).
4	Sch. P.	männl.	32	Grandpopo (Dahomey)	Leberabszeß	5. 9. 05	Delirierend ins Krankenhaus (Russe).
5	G. G.	männl.	35	Sokode	Schlaganfall	22. 11. 05	Bewußtlos ins Krankenhaus (Preuße).
6	M. K.	weibl.	27	Kete-Kratschi	Herzschwäche	3. 3. 06	Tod unter der Geburt (Preußin).

IV. Deutsch-Südwestafrika.

(Ein Jahresbericht ist wegen des Eingeborenen-Aufstandes nicht zur Vorlage gekommen. Die Gesundheitsverhältnisse in Südwestafrika während der Aufstandsjahre werden in dem zur Zeit in Bearbeitung befindlichen Kriegssanitätsbericht übersichtlich zur Darstellung gelangen.)

Verzeichnis

der im Jahre 1905 verstorbenen Weifsen.

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
			a. Im Bezirk Swakopmund.			
1	E.	9 Monate	9 Monate	.	Deutscher	Chronischer Darmkatarrh
2	H.	14 „	14 „	.	„	Allgemeine Schwäche
3	C.	unbekannt	unbekannt	Arbeiter	Italiener	Herzcollaps
4	A.	3 Monate	3 Monate	.	Deutscher	Lungenschlag
5	G.	22 Jahre	unbekannt	Arbeiter	„	Herzschwäche
6	W.	22 „	„	Pionier	„	Typhus
7	B.	33 „	ca. 1 Jahr	Zahlmeister-Aspirant	„	Selbstmord
8	K.	22 „	unbekannt	Pionier	„	Typhus
9	N.	unbekannt	„	Arbeiter	Engländer	Dysenterie
10	M.	„	„	„	Italiener	Typhus
11	G.	„	„	„	„	Skorbut
12	A.	„	„	„	„	Dysenterie
13	M.	3 Monate	3 Monate	.	Deutsche	Brechdurchfall
14	W.	unbekannt	ca. 4 Wochen	Kaufmann	Deutscher	Erstochen
15	M.	„	„	Schreiber	„	Unterleibstyphus
16	R.	„	„	Treiber	Kapländer	„
17	L.	18 Jahre	auf Dampfer Hermann	Schiffszimmermann	Deutscher	Blinddarmentzündung
18	B.	40 „	unbekannt	Schlosser	„	unbekannt
19	T.	31 „	auf Dampfer Professor Woermann	Matrose	Engländer	Herzschwäche
20	G.	Totgeburt	.	.	Deutscher	Totgeburt
21	B.	unbekannt	unbekannt	Kaufmann	„	Herzschwäche
22	B.	„	„	Reiter	„	Schädelbruch und Lungenentzündung
23	O.	„	„	Treiber	„	Herzschwäche
24	B.	„	„	unbekannt	„	Typhus

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
25	R.	unbekannt	unbekannt	Gefreiter	Deutscher	Gehirnlähmung
26	P.	32 Jahre	„	Wirtschafterin	„	Sepsis
27	R.	unbekannt	„	Sergeant	„	Typhus
28	G.	29 Jahre	seit Sept. 1904	Lokomotivführer	„	Verbrennung
29	S.	unbekannt	unbekannt	Pionier	„	Typhus
30	T.	19 Jahre	„	Maschinenassistent	„	Schädelbruch
31	L.	2 „	„	Kind	„	Krämpfe
32	D.	43 „	„	Arbeiter	Italiener	Innere Verletzung
33	L.	4 Monate	seit der Geburt	.	Deutsche	Lebensschwäche
34	J.	unbekannt	unbekannt	Militärkrankenpfleger	Deutscher	Lungenentzündung
35	S.	„	„	Kriegsfreiwilliger	„	Herzschwäche
36	L.	„	„	Reiter	„	Typhus
37	M.	35 Jahre	„	Hilfsschreiber	„	Wurstvergiftung
38	H.	unbekannt	„	Schachtmeister	„	Dysenterie
39	G.	$3^1/_2$ Monate	seit der Geburt	.	„	Lungenentzündung
40	I.	$25^3/_4$ Jahre	unbekannt	Pionier	„	Ruhr
41	B.	unbekannt	„	Techniker	„	Typhus
42	K.	$3^1/_2$ Jahre	seit der Geburt	.	„	Dysenterie
43	T.	$24^1/_2$ „	unbekannt	Mechaniker	„	Unbekannt
44	R.	24 „	5 Monate	Wirtschafterin	„	Herzschwäche
45	D.	unbekannt	unbekannt	Arbeiter	Engländer	Erschossen
46	S.	19 Jahre	„	„	Russe	Unbekannt
47	Unbek.	unbekannt	„	unbekannt	unbekannt	„
48	„	„	„	„	„	„
49	R.	6 Monate	seit der Geburt	.	.	Darmkatarrh
50	H.	$9^1/_4$ Jahre	.	.	Engländer	Pneumo-Typhus
51	N.	$31^3/_4$ „	unbekannt	Steuermann	Deutscher	Ertrunken
52	K.	23 „	„	Schlosser	„	Typhus
53	S.	$16^{10}/_{12}$ „	„	Steward	„	Ertrunken
54	B.	$33^3/_4$ „	„	„	„	„
55	H.	22 Monate	seit der Geburt	.	„	Herzschwäche
56	P.	unbekannt	unbekannt	Arbeiter	unbekannt	Unbekannt
57	H.	6 Monate	seit der Geburt	.	Deutscher	Brechdurchfall
58	M.	34 Jahre	3 Monate	.	Russin	Unbekannt
59	S.	30 „	5 „	.	Russe	Typhus
60	M.	43 „	6—7 Monate	Gastwirt	Deutscher	Selbstmord
61	W.	23 „	unbekannt	Sanitäts-Unteroffizier	„	Typhus
62	S.	38 „	„	Kaufmann	Russe	Unbekannt
63	S.	38 „	„	„	Deutscher	„
64	B.	unbekannt	„	.	Montenegrin.	„
65	M.	$2^1/_2$ Monate	seit der Geburt	.	Deutsche	Brechdurchfall
66	M.	8 „	„	.	„	Unbekannt
67	N.	35 Jahre	unbekannt	unbekannt	Deutscher	Herzschwäche
68	G.	39 „	„	„	„	Leberleiden

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
69	S.	1 Monat	seit der Geburt	unbekannt	Deutscher	Unbekannt
70	G.	$1^1/_4$ Jahre	„	„	„	„
71	W.	35 „	unbekannt	„	„	„
72	L.	25 „	„	„	„	Typhus
73	F.	unbekannt	„	„	Portugiese	Dysenterie
74	H.	„	„	„	Deutscher	Leberleiden
75	H.	14 Monate	seit der Geburt	.	„	Dysenterie

b. Im Distrikt Lüderitzbucht.

1	S.	21 Jahre	.	Reiter	Preuße	In den Dünen umgekommen
2	K.	28 „	.	„	„	In den Dünen umgekommen
3	K.	$25^5/_{12}$ „	.	„	„	Typhus
4	R.	$22^6/_{12}$ „	.	Unteroffizier	„	„
5	G.	28 „	.	Viehtreiber	Engländer	Erschossen
6	S.	unbekannt	.	Arbeiter	„	Typhus und Bauchfellentzündung
7	P.	33 Jahre	.	Leuchtturmwärter	Preuße	Ertrunken
8	F.	$23^{10}/_{12}$ „	.	Tischler	„	Typhus
9	de V.	34 „	.	Arbeiter	Engländer	Quetschung der Brust
10	S.	$21^{11}/_{12}$ „	.	„	Preuße	Typhus
11	R.	$24^8/_{12}$ „	.	Einj. Freiw. Gefreiter	Oldenburger	„
12	H.	$21^9/_{12}$ „	.	Maschinenschlosser	Preuße	Schanker, eitrige Bauchfellentzündung
13	K.	$20^6/_{12}$ „	.	Reiter	„	Typhus
14	S.	$23^7/_{12}$ „	.	„	Bayer	„
15	C.	unbekannt	.	Konduktor	Engländer	„
16	E.	24 Jahre	.	Reiter	Preuße	„
17	P.	$43^8/_{12}$ „	.	Arbeiter	Amerikaner	„
18	B.	unbekannt	.	„	unbekannt	Typhus und Lungenentzündung
19	S.	24 Jahre	.	Matrose	Preuße	Typhus
20	B.	$25^8/_{12}$ „	.	Schlosser	Schweizer	„
21	H.	35 „	.	Maschinenbauer	Preuße	„
22	Z.	20 „	.	Treiber	Engländer	Herzschwäche
23	A.	21 „	.	Pionier	Bayer	Typhus
24	O.	23 „	.	„	Preuße	„
25	L.	28 „	.	Krankenpflegerin	Preußin	„
26	S.	35 „	.	Hufschmied	unbekannt	Erschossen
27	F.	23 „	.	Pionier	Bayer	Typhus
28	D.	38 „	.	Treiber	Engländer	Herzschwäche
29	K.	28 „	.	Pionier	Sachse	Typhus
30	S.	29 „	.	Leutnant	Preuße	Chronischer Magenkatarrh u. Herzschwäche
31	R.	25 „	.	Arbeiter	Engländer	Typhus

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
32	K.	25 Jahre	.	Unteroffizier	Sachse	Typhus und Brustfell-entzündung
33	U.	23 „	.	Pionier	Preuße	Typhus, Lungen- und Brustfellentzündung
34	W.	38 „	.	Stellmacher	Anhalter	Darmkatarrh
35	W.	21 „	.	Arbeiter	Engländer	Typhus
36	S.	22 „	.	„	„	„
37	F.	25 „	.	Treiber	Engländer	Unbekannt
38	H.	29 „	.	Unteroffizier	Preuße	Typhus und Bauchfell-entzündung
39	G.	30 „	.	Depotvize-feldwebel	„	Typhus „
40	S.	20 „	.	Pionier	„	
41	F.	33 „	.	Meßgehilfe	„	„
42	E.	50 „	.	Lotse	Engländer	Ertrunken
43	F.	36 „	.	Treiber	unbekannt	Unbekannt
44	H.	28 „	.	Koch	Preuße	Typhus
45	U.	22 „	.	Pionier	Sachse	„
46	D.	26 „	.	Matrose	Preuße	Unbekannt
47	M.	21 „	.	Reiter	„	Typhus
48	K.	23 „	.	Pionier	„	„
49	E.	53 „	.	Arbeiter	Schwede	Ruhr und Herz-schwäche
50	R.	16 „	.	Treiber	Engländer	Nierenentzündung und Gehirnwassersucht
51	R.	23 „	.	„	„	Typhus und Bauchfell-entzündung
52	K.	27 „	.	Schlosser	Sachse	Typhus
53	K.	23 „	.	Reiter	Preuße	Ruhr
54	P.	20 „	.	Treiber	Engländer	Typhus
55	W.	28 „	.	Militärkran-kenwärter	Württem-berger	„
56	Z.	23 „	.	Reiter	Preuße	„
57	K.	45 „	.	Treiber	Engländer	unbekannt
58	S.	44 „	.	Schiffskoch	Hamburger	„
59	S.	35 „	.	Arbeiter	Italiener	Herzschwäche

c. Im Bezirk Outjo.

1	P.	21 Jahre	.	Reiter	Preuße	Typhus
2	P.	22 „	.	„	„	Gefallen
3	R.	22 „	.	Gefreiter	Württem-berger	Selbstmord (erschießen)

d. Im Bezirk Gibeon.

1	B.	40 Jahre	unbekannt	Kaufmann	Preuße	Gefallen
2	A.	unbekannt	„	Oberleutnant	„	„
3	G.	21 Jahre	„	Reiter	„	„
4	E.	$21^{11}/_{12}$ „	„	„	Sachse	Unbekannt
5	B.	$21^{11}/_{12}$ „	„	„	Preuße	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
6	D.	$22^{7}/_{12}$ Jahre, 27 Tage	unbekannt	Reiter	Sachsen-Koburg-Gotha	Gefallen
7	v. B.	$28^{1}/_{12}$ Jahre, 8 Tage	„	Leutnant	Preuße	„
8	S.	$21^{11}/_{12}$ Jahre, 17 Tage	„	Reiter	Bayer	„
9	B.	$21^{6}/_{12}$ Jahre, 25 Tage	„	„	„	„
10	B.	$22^{9}/_{12}$ Jahre, 6 Tage	„	„	„	Unbekannt
11	W.	$22^{7}/_{12}$ Jahre	„	„	Preuße	Gefallen
12	W.	$24^{10}/_{12}$ „	„	Sergeant	Bayer	Unbekannt
13	Z.	$27^{9}/_{12}$ Jahre, 6 Tage	„	„	Sachse	Gefallen
14	K.	21 Jahre	„	Reiter	Preuße	„
15	F.	22 „	„	„	Bayer	„
16	H.	22 „	„	„	Preuße	„
17	H.	22 „	„	„	Bayer	Unbekannt
18	T.	32 „	„	Farmer	Preuße	Gefallen
19	L.	26 „	„	Ingenieur	Bayer	„
20	B.	27 „	„	Sergeant	Preuße	„
21	J.	22 „	„	Gefreiter	Sachse	„
22	W.	27 „	„	„	Bayer	„
23	S.	22 „	„	„	Preuße	„
24	W.	22 „	„	Reiter	„	„
25	B.	24 „	„	Unteroffizier	Sachse	„
26	S.	28 „	„	Oberveterinär	Preuße	Unbekannt
27	W.	23 „	„	Gefreiter	Württemberger	Gefallen
28	H.	28 „	„	Oberveterinär	Preuße	„
29	K.	22 „	„	Reiter	Herzogtum Braunschweig	„
30	K.	27 „	„	Unteroffizier	Preuße	„
31	S.	23 „	„	Gefreiter	„	„
32	H.	25 „	„	Reiter	Sachse	„
33	W.	28 „	„	Leutnant	unbekannt	„
34	O.	22 „	„	Unteroffizier	Elsaß-Lothringer	„
35	W.	25 „	„	Reiter	Preuße	Unbekannt
36	S.	23 „	„	„	Bayer	„
37	D.	24 „	„	„	Preuße	„
38	K.	25 „	„	Unteroffizier	„	Gefallen
39	L.	24 „	„	Reiter	„	„
40	M.	25 „	„	Gefreiter	Elsaß-Lothringer	„
41	P.	27 „	„	Zahlmeister-Aspirant	Preuße	„
42	K.	22 „	„	Reiter	„	„
43	P.	23 „	„	„	Freie Reichsstadt Bremen	„
44	R.	24 „	„	„	Bayer	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
45	L.	27 Jahre	unbekannt	Unteroffizier	Reuß jüngere Linie	Gefallen
46	G.	23 „	„	Reiter	Preuße	„
47	S.	22 „	„	Unteroffizier	„	„
48	H.	28 „	„	Reiter	Bayer	„
49	P.	22 „	„	Gefreiter	Preuße	„
50	R.	21 „	„	Reiter	„	„
51	F.	22 „	„	„	Elsaß-Lothringer	„
52	K.	22 „	„	Gefreiter	Preuße	Unbekannt
53	S.	23 „	„	Reiter	„	„
54	S.	22 „	„	„	Elsaß-Lothringer	„
55	H.	22 „	„	„	Preuße	„
56	E.	23 „	„	„	Elsaß-Lothringer	Gefallen
57	G.	19 „	„	„	Preuße	„
58	E.	22 „	„	„	Bayer	„
59	W.	19 „	„	„	Preuße	„
60	W.	22 „	„	„	„	„
61	G.	22 „	„	„	„	„
62	v. B.	34 „	„	Oberleutnant	Mecklenburg-Schweriner	„
63	K.	23 „	„	Gefreiter	Preuße	„
64	M.	22 „	„	Reiter	„	Unbekannt
65	F.	25 „	„	Unteroffizier	„	„
66	S.	21 „	„	Reiter	Badenser	„
67	B.	21 „	„	„	Preuße	Gefallen
68	H.	23 „	„	„	„	„
69	T.	21 „	„	„	„	„
70	Frh.v.K.	26 „	„	Vizewachtmeister	„	Unbekannt
71	M.	25 „	„	Reiter	„	„
72	N.	24 „	„	„	Badenser	„
73	S.	22 „	„	„	Württemberger	„
74	Z.	24 „	„	„	Preuße	„
75	S.	25 „	„	Gefreiter	„	„
76	G.	23 „	„	Reiter	„	„
77	K.	21 „	„	Gefreiter	Elsaß-Lothringer	„
78	K.	23 „	„	Reiter	Preuße	„
79	M.	22 „	„	Gefreiter	Schwarzburg Rudolstadt	Gefallen
80	F.	24 „	„	Reiter	Mecklenburg-Strelitz	„
81	S.	22 „	„	„	Preuße	Unbekannt
82	K.	22 „	„	„	Württemberger	Gefallen
83	K.	23 „	„	„	Elsaß-Lothringer	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
84	K.	21 Jahre	unbekannt	Reiter	Preuße	Gefallen
85	H.	34 „	„	Oberleutnant	„	„
86	S.	26 „	„	Unteroffizier	„	„
87	T.	24 „	„	Reiter	„	„
88	B.	23 „	„	„	„	„
89	B.	22 „	„	„	„	„
90	W.	24 „	„	„	„	Unbekannt
91	B.	23 „	„	Gefreiter	Württem-berger	„
92	B.	27 „	„	Unteroffizier	Preuße	Gefallen
93	S.	23 „	„	Reiter	„	„
94	H.	22 „	„	„	„	„
95	S.	24 „	„	„	„	„
96	B.	22 „	„	„	Braun-schweiger	Unbekannt
97	W.	23 „	„	Unteroffizier	Preuße	„
98	B.	25 „	„	Gefreiter	„	„
99	S.	23 „	„	„	„	„
100	K.	28 „	„	Unteroffizier	„	Gefallen
101	L.	24 „	„	Reiter	Sachse	„

e. Im Bezirk Keetmanshoop.

1	K.	unbekannt	.	Hauptmann	Preuße	Gefallen
2	F.	„	.	Leutnant	„	„
3	S.	„	.	Reiter	„	„
4	S.	23 Jahre	.	„	„	„
5	W.	unbekannt	.	„	Sachse	„
6	S.	26 Jahre	.	„	Preuße	„
7	G.	23 „	.	„	Hamburger	„
8	N.	26 „	.	San.-Sergeant	Preuße	„
9	K.	$24^1/_2$ „	.	Reiter	„	„
10	S.	unbekannt	.	Ochsentreiber	Britischer Untertan	„
11	R.	20 Jahre	.	Gefreiter	Preuße	„
12	S.	21 „	.	Reiter	„	„
13	K.	23 „	.	„	„	„
14	S.	21 „	.	„	Württembg.	„
15	Z.	23 „	.	Unteroffizier	Preuße	„
16	G.	25 „	.	Reiter	Württembg.	Typhus
17	S.	21 „	.	„	Sachse	„
18	M.	29 „	.	Gefreiter	Preuße	Gefallen
19	G.	26 „	.	Reiter	„	„
20	S.	24 „	.	„	Bayer	„
21	A.	23 „	.	„	Preuße	„
22	W.	22 „	.	„	„	Typhus
23	W.	21 „	.	„	Württembg.	Gefallen
24	S.	21 „	.	„	Badenser	„
25	S.	22 „	.	Ochsentreiber	Britischer Untertan	Typhus
26	R.	21 „	.	Trompeter	Preuße	Gefallen

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
27	R.	23 Jahre	.	Reiter	Bayer	Gefallen
28	B.	25 „	.	Gefreiter	Badenser	„
29	M.	22 „	.	Reiter	Preuße	„
30	B.	21 „	.	„	„	„
31	T.	24 „	.	Unteroffizier	„	„
32	J.	23 „	.	San.-Sergeant	„	„
33	N.	27 „	.	Feldwebel	„	„
34	J.	22 „	.	Reiter	„	„
35	R.	21 „	.	„	„	„
36	B.	26 „	.	Sergeant	Bayer	„
37	K.	21 „	.	Reiter	„	„
38	F.	21 „	.	„	Preuße	„
39	W.	22 „	.	Gefreiter	Württembg.	„
40	v. T.	27 „	.	Leutnant d. R.	Preuße	„
41	H.	18 „	.	Reiter	Bayer	„
42	L.	21 „	.	„	Preuße	„
43	O.	22 „	.	Unteroffizier	„	„
44	M.	24 „	.	„	„	Typhus
45	H.	22 „	.	Reiter	„	„
46	P.	23 „	.	Sergeant	„	Gefallen
47	J.	22 „	.	Reiter	„	„
48	S.	26 „	.	„	„	„
49	L.	25 „	.	Gefreiter	„	„
50	N.	24 „	.	Reiter	Badenser	„
51	B.	21 „	.	„	Preuße	„
52	W.	22 „	.	„	„	„
53	G.	22 „	.	„	„	„
54	Z.	23 „	.	„	„	„
55	S.	24 „	.	Gefreiter	„	„
56	S.	30 „	.	Feldwebel	„	„
57	M.	29 „	.	Unteroffizier	„	„
58	S.	26 „	.	Gefreiter	„	„
59	E.	24 „	.	Reiter	„	„
60	V.	22 „	.	„	Sachsen-Weimar	„
61	B.	22 „	.	„	Preuße	„
62	S.	20 „	.	„	Württembg.	„
63	K.	25 „	.	Gefreiter	Preuße	„
64	B.	24 „	.	Unteroffizier	„	„
65	H.	21 „	.	Reiter	„	„
66	H.	23 „	.	„	Bayer	„
67	D.	24 „	.	Gefreiter	Preuße	„
68	G.	24 „	.	Sergeant	„	„
69	H.	21 „	.	Reiter	„	„
70	H.	22 „	.	„	„	„
71	K.	24 „	.	Gefreiter	Bayer	„
72	K.	19 „	.	„	Lübecker	„
73	F.	21 „	.	Reiter	Preuße	„
74	W.	22 „	.	„	Württembg.	„
75	O.	22 „	.	Unteroffizier	Sachsen-Meining.	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
76	L.	22 Jahre	.	Unteroffizier	Preuße	Gefallen
77	J.	26 „	.	„	„	„
78	K.	23 „	.	Reiter	„	„
79	R.	27 „	.	Sergeant	Bayer	„
80	K.	35 „	.	Materialien-Verwalter	Preuße	Typhus
81	G.	21 „	.	Reiter	„	Gefallen
82	P.	22 „	.	„	Sachsen-Altenburg	„
83	S.	24 „	.	Gefreiter	Preuße	„
84	K.	24 „	.	Reiter	Bayer	„
85	H.	19 „	.	„	Preuße	„
86	K.	21 „	.	„	„	„
87	P.	26 „	.	Zahlm.-Asp.	„	„
88	L.	24 „	.	Reiter	Sachse	„
89	B.	23 „	.	„	Preuße	„
90	R.	22 „	.	Gefreiter	„	„
91	K.	21 „	.	„	Sachse	„
92	G.	22 „	.	Reiter	Preuße	„
93	R.	23 „	.	Gefreiter	„	„
94	S.	22 „	.	Reiter	Bayer	„
95	K.	22 „	.	„	Preuße	„
96	T.	26 „	.	Gefreiter	Sachsen-Altenburg	„
97	K.	23 „	.	Reiter	Preuße	„
98	J.	23 „	.	„	„	„
99	P.	23 „	.	„	„	„
100	N.	23 „	.	„	„	„
101	W.	24 „	.	Gefreiter	„	„
102	Z.	25 „	.	Büchsen-macher	„	„
103	M.	23 „	.	Reiter	Bayer	„
104	K.	23 „	.	„	Preuße	„
105	R.	22 „	.	Gefreiter	„	„
106	E.	22 „	.	Reiter	„	„
107	S.	24 „	.	„	„	„
108	S.	23 „	.	„	„	„
109	F.	23 „	.	„	„	„
110	R.	26 „	.	Gefreiter	„	„
111	F.	22 „	.	Reiter	„	„
112	N.	21 „	.	„	„	„
113	N.	22 „	.	„	„	„
114	S.	75 „	.	Ansiedler	Britischer Untertan	Herzschlag
115	S.	$22^1/_2$ „	.	Reiter	Preuße	Gefallen
116	R.	82 „	.	Farmer	Britischer Untertan	Typhus
117	V.	$26^3/_4$ „	.	Sergeant	Preuße	Gefallen
118	S.	22 „	.	Reiter	Bayer	„
119	P.	22 „	.	„	Fürstl. Reuß	„
120	L.	23 „	.	„	Preuße	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
121	K.	21 Jahre	.	Reiter	Preuße	Gefallen
122	K.	24 „	.	Unteroffizier	„	„
123	S.	— Jahr 4 Mon. 2 Tage	.	.	„	Typhus
124	B.	23 Jahre	.	Reiter	„	Gefallen
125	M.	23 „	.	„	„	„
126	P.	25 „	.	Postassistent	„	Typhus
127	E.	21 „	.	Reiter	Bayer	Gefallen
128	R.	22 „	.	„	Sachse	„
129	H.	21 „	.	„	„	„
130	H.	26 „	.	„	Bayer	„
131	O.	22 „	.	Kanonier	Preuße	„
132	K.	unbekannt	.	Ochsentreiber	Kapländer	„
133	du P.	25 Jahre	.	„	„	„
134	F.	26 „	.	Unteroffizier	Meklenburg-Schwerin.	„
135	P.	23 „	.	Reiter	Preuße	„
136	G.	24 „	.	„	„	„
137	D.	28 „	.	Sergeant	„	„
138	M.	21 „	.	Reiter	„	„
139	S.	23 „	.	„	„	„
140	M.	28 „	.	Schutz-truppenang.	„	„
141	S.	unbekannt	.	Reiter	„	„
142	G.	23 Jahre	.	Schutz-truppenang.	„	„
143	G.	20 „	.	Reiter	„	„
144	L.	26 „	.	Unteroffizier	„	Vermißt
145	D.	21 „	.	Reiter	„	„
146	V.	30 „	.	Gefreiter	Bremer	„

f. Im Distrikt Bethanien.

1	B.	?	.	Reiter	?	Verdurstet
2	S.	23 Jahre	.	Unteroffizier	Preuße	Typhus
3	K.	22 „	.	Gefreiter	„	„
4	H.	22 „	.	Unteroffizier	„	Gefallen
5	S.	22 „	.	Reiter	„	„
6	B.	25 „	.	Leutnant	„	„
7	S.	27 „	.	Unteroffizier	Mecklenburg-Schweriner	„
8	W.	22 „	.	Gefreiter	Bayer	„
9	M.	23 „	.	Reiter	Preuße	„
10	M.	24 „	.	„	Bayer	Typhus
11	K.	21 „	.	„	Preuße	„
12	D.	20 „	.	„	„	Gefallen
13	K.	27 „	.	„	„	„
14	N.	25 „	.	„	„	„
15	S.	23 „	.	„	„	„
16	L.	28 „	.	Pionier	„	„
17	L.	23 „	.	„	„	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
18	L.	21 Jahre	.	Gefreiter	Preuße	Typhus
19	R.	23 „	.	Unteroffizier	„	Gefallen
20	P.	23 „	.	Reiter	„	Typhus
21	S.	24 „	.	Unteroffizier	„	„
22	B.	25 „	.	Gefreiter	„	„
23	P.	26 „	.	„	„	„
24	H.	22 „	.	Pionier	Badenser	„
25	G.	21 „	.	Reiter	Preuße	„
26	S.	22 „	.	„	„	Gefallen
27	M.	23 „	.	„	Hamburger	„
28	G.	25 „	.	„	Preuße	„
29	B.	20 „	.	„	„	„
30	N.	29 „	.	Unteroffizier	Württem-berger	„
31	G.	22 „	.	Reiter	Preuße	„
32	Z.	26 „	.	Gefreiter	„	Typhus
33	B.	23 „	.	„	„	„
34	G.	20 „	.	Reiter	„	Gefallen
35	P.	36 „	.	Hauptmann	Württem-berger	„
36	H.	27 „	.	Assistenzarzt	Preuße	„
37	S.	21 „	.	Reiter	„	„
38	D.	32 „	.	Leutnant d. R.	„	„
39	T.	20 „	.	Reiter	„	„
40	B.	20 „	.	„	„	„
41	O.	28 „	.	Unteroffizier	.	„

g. Im Distrikt Gobabis.

1	J.	25½ Jahre	unbekannt	Unteroffizier	Preuße	Typhus
2	S.	22¾ „	„	„	„	„
3	v. L.	27¼ „	„	Leutnant	Bayer	„
4	G.	22 „	„	Soldat	Preuße	Unbekannt
5	J.	22½ „	„	„	„	„
6	C.	25¾ „	„	„	„	„
7	E.	23 „	„	„	„	„
8	F.	22¾ „	„	„	„	„
9	S.	22 „	„	„	„	„
10	K.	22¾ „	„	„	Unbekannt	„
11	S.	25¾ „	„	Gefreiter	Preuße	„
12	W.	23 „	„	Soldat	„	„
13	D.	22¾ „	„	Unteroffizier	Elsaß-Lothringer	Typhus
14	S.	27¾ „	„	Sergeant	Preuße	Blinddarmentzündung
15	K.	23½ „	„	Soldat	„	Erstickung
16	H.	24 „	„	„	„	Im Gefecht gefallen
17	H.	24¼ „	„	„	„	„ „ „
18	H.	21¼ „	„	„	„	„ „ „
19	B.	22 „	„	„	„	„ „ „
20	Dr. M.	29¼ „	„	Oberarzt	Badenser	„ „ „
21	S.	24¾ „	„	Soldat	Preuße	„ „ „

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthaltes im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staats-angehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
h. Im Distrikt Grootfontein.						
1	N.	30 Jahre	6 Jahre	Reiter	Preuße	Malaria
2	B.	23¾ „	1½ „	Unteroffizier	„	Gefallen auf Patrouille
3	S.	33 „	4 „	Ehefrau	Ohne	.
4	B.	32 „	12 „	Farmer	Preuße	Aus Unvorsichtigkeit erschossen
5	L.	23 „	4 Monate	Reiter	„	Vergiftung
i. Im Distrikt Omaruru.						
1	S.	22 Jahre	1½ Jahr	Reiter	Württemberger	Ruhr
2	T.	39 „	¼ „	Bauinspektor	Preuße	„
3	B.	24 „	1 „	Reiter	„	Von der Otavibahn überfahren
4	D.	ca. 25 „	.	Zugführer	Bayer	Von der Otavibahn überfahren
5	R.	.	.	Arbeiter	Württemberger	Gehirnerschütterung
6	K.	40 „	.	.	Kapkolonie	Typhus
7	B.	26 „	1½ „	Techniker	Bayer	„

Bei den in folgenden Bezirken aufgeführten Todesfällen von Weißen fehlt die Angabe der Todesursache.

Es starben im Jahre 1905:

k) im Bezirk Windhuk . . . . . 62 Weiße
l) „ Distrikt Okahandja . . . . . 23 „
m) „ „ Rehoboth . . . . . 18 „
n) „ „ Karibib . . . . . 19 „

V. Deutsch-Neu-Guinea.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Wendland.)

A. Herbertshöhe.

I. Teil. Krankenbewegung.

Der ärztliche Dienst lag im verflossenen Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis zum 21. Januar 1906 in den Händen des Regierungsarztes Dr. Seibert, von diesem Tage ab in denen des Berichterstatters.

A. Europäer.

Die Iststärke der weißen Bevölkerung im Bezirk Herbertshöhe beträgt 354 Köpfe, darunter 253 Männer, 62 Frauen, 39 Kinder.

Zu 4 am 1. April Bestand gebliebenen Europäerkranken kamen 259 im Berichtsjahr in Zugang. Von diesen 263 Kranken wurden 84 an 1456 Tagen im Krankenhause, die übrigen 179 ambulant behandelt. Der tägliche Krankenbestand im Krankenhause für Europäer betrug demnach durchschnittlich 3,9 Kranke, im Vorjahre 2,3 Kranke. Die durchschnittliche Behandlungsdauer 17,3 Tage pro Kopf, im Vorjahre 12,3 Tage.

An den 84 im Krankenhause behandelten Krankheitsfällen beteiligten sich:

Gouvernementsbeamte und ihre Angehörigen 22 mal.
Besatzung von Kriegsschiffen 7 mal.
Besatzung von innerhalb des Schutzgebiets verkehrenden Dampfern und Segelschiffen 9 mal.
Angehörige hiesiger Firmen 26 mal.
Angestellte des Norddeutschen Lloyds in Simpsonhafen 6 mal.
Mitglieder des „Sonnenordens“ 2 mal.
Angesiedelte Bauern und deren Familien 10 mal.
Aus Neu-Caledonien entsprungene Sträflinge 2 mal.

Demnach stehen 7 Kranke als zur Besatzung von Kriegsschiffen und 9 zu der von anderen Schiffen gehörend, sowie die beiden Neu-Caledonischen Sträflinge in keiner Beziehung zur Iststärke. Von hier ansässigen Europäern nahmen also nur 66 die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch, d. s. 18,8 % der Iststärke.

Auf die einzelnen Krankheiten verteilen sich die im Krankenhause behandelten Fälle folgendermaßen:

Krankheit	Gesamtzahl der Fälle	Zahl der Todesfälle
Malaria	48	.
Schwarzwasserfieber	1	.
Tuberkulose	1	1
Dysenterie	4	.
Akute Alkoholvergiftung	1	.
Lungenentzündung	1	1
Lungenblutung ohne Veränderung des Lungengewebes	1	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.
Herzmuskelentartung	1	1
Lymphdrüsenentzündung	2	.
Zahnfleischentzündung	2	.
Rachenkatarrh	2	.
Magendarmkatarrh	3	.
Kotstauung	1	.
Augenbindehautentzündung	1	.
Bubo	2	.
Syphilis	1	.
Chronisches Unterschenkelgeschwür	1	.
Zellgewebsentzündung	4	.
Quetschung des Unterleibs (durch Hufschlag)	2	.
Gebärmutterentzündung	1	.
Entbindung	1	.
drohende Fehlgeburt	1	.
zusammen	83	3

Anlage I zeigt die Verteilung der 263 Erkrankungen auf die verschiedenen Krankheiten und die Zahl der Krankentage bei den im Krankenhaus behandelten Kranken.

Von den 263 Kranken wurden 244 geheilt, 10 anderweitig entlassen, 4 verstarben, 5 bleiben am 1. April 1906 Bestand.

Von den 12 Verstorbenen starben im Krankenhause nur 3; und zwar ein Heizer von S. M. S. „Möwe“ an Lungentuberkulose; ein Gouvernementsangehöriger, Wegebauer, an akuter Lungenentzündung; ein erst kürzlich von Australien eingewanderter An-

siedler an Herzmuskelentartung nach nur zweitägigem Krankenhausaufenthalt. Ein zweiter Ansiedler, ein älterer Mann mit bewegter Vergangenheit, starb plötzlich an Gehirnschlag oder vielleicht Herzkollaps außerhalb ärztlicher Behandlung in den Baining-Bergen. Ferner starb an Lungentuberkulose ein seit langer Zeit hier ansässiger Pflanzer. Dieser, ein starker Potator, leidenschaftlicher Zigarettenraucher und zuletzt Morphinist, hatte sich vor 9 Jahren bei einem Selbstmordversuch eine Revolverkugel in die linke Brust geschossen, die später am Rücken unter dem linken Schulterblatt deutlich zu fühlen war. Auf diese Verletzung führte er die Entstehung seiner Krankheit zurück. In seinem Auswurf konnte ich im Jahre 1903 Tuberkel-Bazillen nachweisen. Ein Händler starb fern von Herbertshöhe auf der Insel Nugarea, wahrscheinlich im Alkohol-Delirium, wegen dessen er im Jahre 1904 schon einmal zur Aufnahme in das Krankenhaus gekommen war.

Da die anderen 6 Todesfälle durch äußere Ursachen bedingt sind, 4 mal Ertrinken, 1 mal Ermordung, 1 mal Selbstmord durch Erschießen, ist klimatischen Faktoren bzw. spezifisch tropischen Erkrankungen kein einziger Todesfall zur Last zu legen. —

B. Farbige.

Anlage III gibt eine Übersicht über die teils im Gouvernements-Krankenhaus, teils im Isolierhause der Neu-Guinea Compagnie behandelten farbigen Kranken.

Die Iststärke der eingeborenen Bevölkerung wird auf der Gazelle-Halbinsel auf etwa 30 000 Köpfe geschätzt. Auf den benachbarten Inseln der Neu-Lauenburg-Gruppe beträgt sie nach dort zuletzt im Jahre 1903 vorgenommenen Volkszählungen 3268 Köpfe. Von diesen suchen nur eine relativ geringe Anzahl die Hilfe des Arztes nach, und meist nur in chirurgischen Fällen, Knochenbrüchen, schweren Verletzungen und ausgedehnten Zellgewebsentzündungen, trotzdem sie die Heilmittel umsonst geliefert erhalten. Die Hauptklientel bilden die aus allen Teilen des Schutzgebiets angeworbenen Arbeiter der Pflanzungen, Missionen und Firmen, deren Zahl auf der Gazelle-Halbinsel gut 3000 beträgt, nebst deren Familienangehörigen. Hinzu kommen noch die dem Gouvernement, Bezirksamt und der Post unterstehenden Polizeisoldaten, Arbeiter nebst deren Frauen und Kindern, Fron-

arbeiter und Gefangene. Die Zahl dieser ist mit durchschnittlich 800 Köpfen in Rechnung zu setzen.

Außer der Poliklinik und dem Gouvernements-Krankenhause für Farbige bestehen hier noch 2 Hospitäler der Neu-Guinea Compagnie, ferner eins der Firma E. E. Forsayth und eins der katholischen Mission gehörend, alle in erster Linie den angeworbenen Arbeitern dienend.

Im Gouvernements-Krankenhause für Farbige waren am 1. April 1905 34 Kranke Bestand. Hinzu kamen im Laufe des Berichtsjahres 965 Kranke, mithin betrug die Summe der behandelten Kranken 999.

Von diesen wurden geheilt 853, anderweitig entlassen 28, 40 starben, 78 bleiben am Schlusse des Berichtsjahres Bestand.

Die Todesursache war in 27 Fällen blutige Ruhr; zweimal Tuberkulose; dreimal Beri-Beri; einmal chronische Opium-Vergiftung (bei einem chinesischen Heizer); einmal Hirnhautentzündung; einmal Gehirnschlag; dreimal akute Lungenentzündung; einmal Zellgewebsentzündung; einmal ausgedehnte Verbrennung (durch Benzinexplosion).

Die Summe der Behandlungstage im Krankenhause beträgt 22 460, welches einem durchschnittlichen täglichen Bestand von 61,5 Kranken entspricht. Von diesen 22 460 Tagen fallen 18 021 Behandlungstage auf das Gouvernements-Krankenhaus = 49,3 durchschnittlicher täglicher Krankenbestand, 4439 auf das Isolierhaus der Neu-Guinea Compagnie = 12,2 täglicher Bestand.

Von den 999 Kranken waren 767 dem Kaiserlichen Gouvernement unterstellt. 206 Kranke gehörten Firmen und Schiffsbesatzungen an, nur 16 waren freie Eingeborene. Da die Iststärke der dem Gouvernement unterstehenden Farbigen auf durchschnittlich etwa 800 angenommen ist, würde (bei 767 Erkrankungen) demnach jeder Mann etwa einmal im Jahr erkranken. In Wirklichkeit ist der Prozentsatz der Erkrankungen nicht so hoch. Er erklärt sich teils durch die starke Fluktuation dieser Farbigen. Täglich werden Leute entlassen, neue eingestellt, oder es finden Abkommandierungen und Versetzungen statt. Eine große Anzahl schwächlicher Arbeiter erkrankt ferner mehrmals im Jahr; dafür gibt es jedoch einen Stamm älterer Soldaten, der fast nie die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch nimmt.

Einen Anhaltspunkt für die Häufigkeit der Erkrankungen der farbigen Arbeiter gibt die Statistik der Pflanzungsarbeiter der

Neu-Guinea Compagnie. Von den durchschnittlich 1350 hier anwesenden Arbeitern der Neu-Guinea Compagnie wurden in den Hospitälern der Compagnie im letzten Jahr 1074 an 23 680 Tagen behandelt, was einem täglichen Krankenbestand von 64,8 Kranken = 5 % aller Arbeiter entspricht. Diese Erkrankungen sind in der Tabelle nicht berücksichtigt. Sie sind etwa die gleichen wie die im Gouvernements-Krankenhause beobachteten.

In der Poliklinik wurden 235 farbige Kranke behandelt, die meist mit leichteren äußeren Hautaffektionen, kleinen Unterschenkelgeschwüren und dergl. behaftet, nachdem sie verbunden waren, zur Arbeit entlassen wurden; ferner 48 mit Tinea behaftete Kranke.

In Tabelle II sind nur die im Krankenhaus behandelten Kranken berücksichtigt.

II. Teil. Klinisches.

I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Bei Europäern 119 Erkrankungen = 45,4 % aller Erkrankungen, bei Farbigen 306 Erkrankungen = 31,2 % aller Erkrankungen.

1. Malaria.

Bei Europäern 1 Bestand, 103 Zugänge = 40 % aller Erkrankungen, bei Farbigen 5 Bestand, 184 Zugänge = 19,2 % aller Erkrankungen. Summa 6 Kranke Bestand, 287 Zugänge. Letztere verteilen sich folgendermaßen auf die Vierteljahre:

April—Juni:	96	Zugänge.
Juli—September:	53	„
Oktober—Dezember:	51	„
Januar—März:	87	„
Summa	287	Zugänge.

Todesfälle infolge von Malaria kamen nicht vor. Folgender Fall ist von Interesse:

Ein Steuermann eines Schiffes wurde in komatösem Zustand eingeliefert. Ringe der Malaria tropica fanden sich im Blut. Der Urin enthält 1 Prozent Eiweiß. Der Kranke wurde nach 27 tägigem Krankenhausaufenthalt als tropendienstuntauglich nach Hause gesandt.

2. Schwarzwasserfieber.

Es kamen in Summa 3 Fälle zur Behandlung, einer bei einem Europäer, einer bei einem Chinesen, einer bei einem Samoaner.

Bei dem Europäer handelte es sich um einen älteren Mann, der in Simpsonhafen beim Norddeutschen Lloyd angestellt war. Er hatte sehr oft an Malaria gelitten und schon einmal Schwarzwasserfieber gehabt.

Alle Fälle verliefen leicht und endeten in Genesung.

3. Ruhr.

Bei Europäern 7 Erkrankungen = 2,6 % aller Erkrankungen, bei Farbigen 83 Erkrankungen = 8,3 % aller Erkrankungen.

Ruhr herrschte das ganze Jahr endemisch hier. Nur vom Juli bis September traten die Fälle etwas seltener auf.

Die 7 Fälle bei Europäern verliefen relativ leicht ohne besondere Komplikationen. Nur 4 von ihnen nahmen die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch an 112 Tagen. Sie genasen sämtlich. Dagegen forderte die Seuche bei den Farbigen viele Opfer. Unter 83 Fällen endeten 27 tödlich, was einer Mortalität von 33 % entspricht. Diese hohe Sterblichkeit erklärt sich daraus, daß ein großer Teil der Kranken erst sehr spät in stark heruntergekommenem und geschwächtem Zustand in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Fast die Hälfte der Fälle war mit Tinea imbricata und einige auch mit Zellgewebsentzündungen der unteren Extremitäten kompliziert. Etwa 80 % dieser Kranken stammten aus Simpsonhafen und waren dort als Arbeiter, teils beim Bezirksamt, teils beim Norddeutschen Lloyd angestellt.

Als Ursache dieser Seuche glaube ich folgendes annehmen zu müssen. Die Arbeiter wohnen in Simpsonhafen größtenteils in kleinen, primitiven, selbsterbauten Hütten etwa 500 Meter vom Strande entfernt. In Ermanglung von Aborten entleeren die Leute ihre Exkremente in der Nähe ihrer Häuser in den benachbarten Busch bzw. Pflanzung. Durch die zahlreichen Fliegen, welche die Kothaufen erfahrungsgemäß besetzen, werden die Krankheitserreger verschleppt und auf die Speisen übertragen, zumal bekanntlich auch die Küchen ein Lieblingsaufenthalt der Fliegen sind. So gelangen die Krankheitserreger mit der Nahrung in den Magendarmkanal, wo sie die Erscheinungen der blutigen Ruhr hervorrufen. Anlegung guter Aborte, Desinfektion der

Fäkalien mit Saprol und dergl., Vernichtung der Fliegenlarven, Verbrennung aller Kehrichthaufen und überhaupt peinlichste Sauberkeit in den Häusern und deren Umgebung würden am besten der Seuche Einhalt gebieten.

4. Vergiftung.

Ein Chinese, ein alter Opiumraucher, der auch durch Malariafieber geschwächt war, starb an Opium-Cachexie.

5. Beri-Beri.

20 Fälle, gleich 2 % aller Erkrankungen bei Farbigen, wurden nur bei Farbigen beobachtet, und zwar betrafen die 20 Erkrankungen: 8 Chinesen und 12 Melanesen. Die 8 Chinesen hatten sich in Hongkong als blinde Passagiere auf den Postdampfer geschlichen und wurden in das Gefängnis in Simpsonhafen abgeliefert. Hier erkrankten sie bald, und es scheint, daß von ihnen die Krankheit ihren Ausgang nahm. Wenigstens stammten die Mehrzahl der wegen Beri-Beri aufgenommenen Melanesen ebenfalls von Simpsonhafen.

Es kam fast ausschließlich die atrophische Form der Beri-Beri zur Beobachtung. 3 Kranke starben, 13 wurden, sobald sie ihre Bewegungsfreiheit wiedererlangt hatten, in ihre Heimat abgeschoben.

II. Krankheiten des Nervensystems.

6. Paranoia.

Vor 3 Jahren kaufte ein etwa 28 jähriger Mann, der sich als Schriftsteller bezeichnete, von einer hiesigen Firma eine kleine Kokosnußpflanzung auf der 12 Seemeilen von Herbertshöhe gelegenen Insel Kabakon. Der Mann, namens E., der es auf der Schule bis zum Primanerzeugnis gebracht hatte, gehörte zu den sogenannten „Naturmenschen“. E. hält völlige Rückkehr in den Naturzustand für das einzig Wahre. So geht er auf seiner Insel völlig nackt, läßt sich die Haare wachsen, die ihm schon bis über die Schulterblätter fallen, und lebt ausschließlich von Früchten. Er verehrt die Sonne als die alleinige Lebensspenderin. Die Früchte, die der Sonne am nächsten wachsen, das sind die Kokosnüsse, seien daher die naturgemäßeste Nahrung. Durch dauernden Genuß von Kokosnüssen müsse man hier auf Erden allmählich zu dem von ihm erträumten Idealzustand kommen, einem ätherischen

unsterblichen Dasein, ähnlich dem im Paradiese verheißenen. Selbstverständlich ist er Anhänger sämtlicher Naturheilmethoden, wobei er mitunter die seltsamsten Ideen über Anatomie und Physiologie entwickelt: „Da es undenkbar sei, daß ein so edles Organ, wie das Gehirn, von einem so schmutzigen Körperteil, wie es der Magendarmkanal ist, ernährt werden kann, ziehe das Gehirn seine Kraft aus den ihm naheliegenden Haarwurzeln; diese hingegen werden als der Sonne am nächsten vom Körper befindlich von dieser ernährt. Es sei daher schädlich, eine Kopfbedeckung zu tragen usw.“ Ähnliche konfuse Ideen äußert er über Zeugung, Fortpflanzung und Entstehung von Krankheiten. Diese seine Absichten trägt er in Wort und Schrift vor, und gründete einen „Sonnenorden“, für den er Mitglieder wirbt. Wie jeder Prophet, und mag er auch noch so töricht sein, fand er Anhänger. Sein erstes Opfer war ein junger Helgoländer, etwa 24 Jahr alt. Sechs Fuß groß, kräftig gebaut, mit wallendem blonden Haar und blauen Augen, ähnelte er einem Urgermanen. Mitte Dezember 1903 traf er hier ein. Vielleicht infizierte er sich während seines kurzen Aufenthalts in Friedrich-Wilhelmshafen oder Herbertshöhe mit Malariafieber, das er natürlich nicht mit Chinin behandelte, die Insel Kabakon scheint, wie z. B. Matupi, malariafrei zu sein; — vielleicht auch übte die Sonneneinwirkung — er ging sofort nach seiner Ankunft auf der Insel nackt und barhaupt — einen schädlichen Einfluß auf seine Hirnhäute aus. Er starb bereits 6 Wochen später am 27. Januar 1904, ohne daß ich als Arzt zugezogen wurde. Eine sichere Diagnose konnte daher nicht gestellt werden.

Der dritte Sonnenanbeter war ein Kapellmeister, ein hervorragender Klavier- und Geigenvirtuose, überzeugter Spiritist, exzentrisch und hochgradiger Neurastheniker. Er hoffte auf diesem Wege von seinen Leiden Heilung zu finden. Nach sechsmonatigem Aufenthalt auf Kabakon war er, zweifelnd an der Wahrheit der E.'schen Ideen, derart heruntergekommen, daß er beschloß, die Hilfe des Krankenhauses in Herbertshöhe in Anspruch zu nehmen. Da gerade in jener Zeit (Anfang Februar 1905) ein außergewöhnlich starker Nordwest-Monsun herrschte, wurde er mit seinem Segelboot nach dem St. Georgs-Kanal verschlagen. Seinen schwarzen Begleitern gelang es, das Boot auf einer der im Kanal gelegenen Inseln zu bergen, wo der Kranke bald nach seiner Landung den ausgestandenen Strapazen erlag und sein Grab fand.

Das vierte Mitglied des Sonnenordens, ein junger Kaufmann, der von dem angeblichen Paradiese verlockt nach Kabakon ging, wurde dort so enttäuscht, daß er die Insel bald verließ und eine Stellung suchte, die er bei einer hiesigen Firma auch fand.

Der fünfte „Sonnenbruder" ließ sich seit Ende November 1905, sehr in der Ernährung heruntergekommen, in das Krankenhaus aufnehmen, weil er an Malariafieber erkrankt war. Er trug eine sehr gedrückte Stimmung zur Schau, äußerte aber keine Wahnideen. Durchaus folgsam nahm er das ihm verordnete Chinin ohne Schwierigkeit. Infolge der guten und reichlichen Ernährung erholte er sich sehr schnell. Trotzdem kehrte er nach Deutschland zurück, weil, wie er enttäuscht äußerte, er hier das erhoffte Paradies nicht gefunden hätte, und er sich überhaupt hier alles anders vorgestellt hatte, wie es in Wirklichkeit war.

Vom sechsten Mitglied dieser Gesellschaft ist mir nur bekannt geworden, daß es nach kurzem Aufenthalt in Kabakon auf einer Bootsfahrt bei schwerer, stürmischer See mit seinem Segelboot kenterte und am 1. Januar 1906 ertrank. Einer seiner schwarzen Bootsjungen wurde nach fast elfstündigem Schwimmen ohne Rettungsgürtel in der hohen, stürmischen See gegen 9 Uhr abends — das Boot war etwa um 10 Uhr vormittags gekentert — von einem zufällig vorüberfahrenden Dampfer auf hoher See, zwar stark erschöpft, aber lebend aufgefischt. Von ihm, einem kräftigen Salomons-Insulaner, erfuhr ich später die Einzelheiten des Unglücks und seine wunderbare Lebensrettung, die mir nachher auch vom Kapitän des betreffenden Dampfers bestätigt wurde.

Der Stifter des Sonnenordens E. suchte Mitte Januar 1906 auf Zureden anderer Leute das Krankenhaus auf. Er litt am ganzen Körper an Krätze, hatte eine Menge Hautgeschwüre, besonders an den unteren Extremitäten, ferner eine Narbenkontraktur am äußeren Knöchel des linken Fußes, so daß er nur mit dem äußeren Fußrand auftreten konnte. Zunächst aber war er infolge äußerster Entkräftung überhaupt nicht imstande zu gehen. Sein Körpergewicht betrug bei der Aufnahme nur 39 Kilogramm bei einer Körpergröße von etwa 166 cm. Ich sah ihn nach meiner Rückkehr vom Urlaub erst am 5. Tage nach seiner Aufnahme. Gegen seine Behandlung mit warmen Seifenbädern, einer Einreibung mit einer Salbe aus Perubalsam und Styraxlösung und antiseptischen Verbänden seiner eiternden Geschwüre erhob er

keinen Einspruch, vielleicht nur, weil ihm gesagt war, daß er im Krankenhaus sich den Anordnungen des Arztes natürlich unterwerfen müsse. Nach seiner Ansicht aber kämen durch den Eiter der Geschwüre die letzten krankhaften Stoffe aus seinem Körper heraus, die ihn bis jetzt verhindert hätten, in den ätherischen Idealzustand überzugehen.

Durch reichliche Milchdiät, Eier, Darreichung von Bananen und dergl. — selbst etwas Hühnerfleisch genoß er zuletzt — gelang es, seinen Ernährungszustand derart schnell zu heben, daß er bei seiner Entlassung am 8. Februar, die auf seinen Wunsch erfolgte, bereits 55 kg (= + 16 kg) wog. Seitdem habe ich den Kranken nicht wiedergesehen. Von anderer Seite hörte ich, daß er inzwischen wieder in seiner Ernährung stark heruntergekommen ist. Zweifellos wird er in längerer oder wahrscheinlich kürzerer Zeit seinen Ideen zum Opfer fallen.

Er ist in der Anlage I unter „Unterschenkelgeschwür" geführt, weil ihn dieses Leiden zur Aufnahme in das Krankenhaus zwang.

Bedenklich ist der Umstand, daß durch die schriftstellerische Tätigkeit des E., der die Insel Kabakon als das Paradies oder dergl. in Zeitschriften für Naturheilverfahren anpreist, auf der man für 2½ Pfennig pro Tag seinen reichlichen Lebensunterhalt findet, unkundige Leute vielleicht angezogen werden, die nachher als mittellos dem Schutzgebiet zur Last fallen oder ihrer Unvernunft früher oder später erliegen. Bereits ist an Stelle der ausgeschiedenen Leute wieder ein neues Mitglied eingetreten, dessen Bekanntschaft ich noch nicht gemacht habe. Er ist, da er erst kurze Zeit hier ist, noch in gutem Ernährungszustand.

III. Krankheiten der Atmungsorgane.

Bei Europäern 8 Fälle = 3 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 67 „ = 6,7 % „ „

bieten klinisch kein besonderes Interesse. Ebenso nicht die

IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.

Bei Europäern 11 Fälle = 4,1 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 13 „ = 1,3 % „ „

V. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Bei Europäern 31 Fälle = 11,9 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 24 „ = 2 % „ „

7. Zahnfleischentzündung.

Kommt besonders oft bei neuangeworbenen Arbeitern vor. Sie äußert sich durch einen schmierig-grauen, übelriechenden, leicht blutenden Belag am Zahnfleisch. Wahrscheinlich trägt zur Entstehung der Krankheit außer der ihnen ungewohnten Kost bei, daß die Leute nach ihrer Anwerbung den gewohnten scharfen Reiz des Betels in Ermanglung von Nüssen, die sie sich nicht so bequem wie in ihrer Heimat verschaffen können, entbehren müssen. In vorgeschrittenen Fällen kommt es zur Lockerung, selbst zum Ausfall von Schneidezähnen.

Pinselungen mit Tinct. Ratanhiae und Tinct. Myrrhae usw., mit daran anschließenden Mundspülungen mit Kali permanganicum in schwacher Lösung, führten am schnellsten zur Heilung.

8. Kotstauung

erheblichen Grades kam bei einem Europäer zur Behandlung.

VI. Venerische Krankheiten.

Bei Europäern 12 Fälle = 4,1 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 71 „ = 7 % „ „

9. Weicher Schanker.

Unter dieser Diagnose ist eine Reihe von Fällen mitgezählt, bei denen es sich um Geschwüre an den äußeren, oder auch nur um Schleimhauterosionen an den inneren Schamlippen bei den Frauen der schwarzen Arbeiter bzw. Soldaten handelt. Diese Geschwüre haben keins der charakteristischen Merkmale des echten, harten Schankers. Syphilitische Allgemeinerscheinungen treten nach ihnen nicht auf. Sie heilen unter antiseptischer Behandlung in 3 bis 6 Wochen glatt. Nur sehr selten erkranken die benachbarten Leistendrüsen, was doch häufiger der Fall wäre, wenn es sich bei diesen Geschwüren um weichen Schanker handeln würde. Wie ich schon im Jahresbericht 1903/04 erwähnte, halte ich Unreinlichkeit, zu häufigen Coitus und vielleicht Kratzen mit unreinen Fingernägeln für die Entstehungsursache dieser Geschwüre. Jedoch kommt auch echter weicher Schanker vor.

Ein spezifisches Leiden dieses Schutzgebiets, das bisher nur einmal meines Wissens bei einem Europäer beobachtet wurde, ist das venerische Granulom.

Mehrere dieser Fälle kamen bei den Arbeitern der Neu-Guinea-Compagnie vor und wurden operiert. Die Infektionsquelle war immer Neu-Mecklenburg. Photographische Aufnahmen von dieser Krankheit und exstirpierte Geschwulstmassen sandte ich an das Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg.

10. Syphilis.

An Syphilis kamen 2 Europäer in Behandlung, beide Seeleute, die sich ihre Infektion außerhalb des Schutzgebiets geholten hatten.

Unter den 7 Fällen bei Farbigen waren 3 Chinesen. Auch ich kann die von Hoffmann (Friedrich-Wilhelmshafen) im Jahresbericht 1903/04 erwähnte Empfindlichkeit der Melanesen gegen die graue Quecksilbersalbe bestätigen, die sich durch Auftreten von Stomatitis bei Schmierkuren äußert.

VII. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Bei Europäern 38 Fälle = 14,1 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 401 „ = 41,6 % „ „

11. Krätze

ist bei den Farbigen sehr häufig; von den Europäern kam nur ein Fall in Behandlung. Nicht selten ziehen durch Kratzen entstandene Geschwüre die Heilung in die Länge.

12. Akute Hautkrankheiten.

Unter diesen ist bei Europäern „Roter Hund“, besonders bei den neu in das Land Gekommenen, öfter Gegenstand ärztlicher Behandlung; dann kommt auch Tinea circinata, mit dem Lieblingssitz an der Innenseite der Oberschenkel und am Hodensack, nicht selten vor.

Urticaria (Nesselfieber) ist bei Weißen und Farbigen beobachtet. 3 farbige Kranke kamen mit einem bläschenförmigen Hautausschlag (vesiculärem Ekzem) an Kopf, Rumpf und Gliedern zur Aufnahme. Gleichzeitig bestand Fieber bis 39° C. Die Krankheit war angeblich plötzlich aufgetreten, die Ursache derselben war den Betroffenen unbekannt und konnte auch nicht

festgestellt werden. In 3 bis 4 Tagen fiel das Fieber lytisch zur Norm ab, wenn keine neuen Nachschübe des Ausschlags auftraten. Die Behandlung bestand in Aufstechen der etwa linsengroßen Bläschen, aus denen eine wasserklare Flüssigkeit sich entleerte, und darauf folgender Einreibung mit Borsalbe. Eine Übertragung der Krankheit auf andere Hospitalinsassen fand nicht statt. Mit Pocken hat die Krankheit nichts zu tun; denn die nach Heilung vorgenommene Schutzpockenimpfung war in allen Fällen erfolgreich.

13. Chronische Hautkrankheiten.

Unter diesen spielen bei Farbigen die Erkrankungen an Tinea imbricata und Tinea circinata die größte Rolle. Nicht weniger als 20 bis 25 % aller Arbeiter leiden an Tinea. Sie empfinden ihr Leiden nicht als Krankheit und sind im allgemeinen sehr gleichgültig gegen dasselbe. Zur Bekämpfung dieser Hautkrankheit ist nach Rückkehr des Berichterstatters vom Urlaub die poliklinische Behandlung derselben eingeführt. Jeden Morgen werden die Kranken nach vorangegangener Abwaschung mit Wasser und grüner Seife mit einer Mischung von Schwefelblüte und Petroleum behandelt, die mit einem dicken Borstenpinsel auf die erkrankte Haut aufgetragen wird. Nachteilige Folgen, wie Nierenreizung und Augenbindehautentzündung, die trotz aller Vorsicht bei der früheren Behandlung mit Chrysarobinsalben auftraten, habe ich bisher nicht gesehen. Beschränkte sich die Krankheit auf kleine engumgrenzte Hautpartien, wurde Pinselung der Ränder der erkrankten Hautpartie mit Jodtinktur erfolgreich angewandt. Bei frischen, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen wurde mit der Schwefel-Petroleum-Behandlung in 3 bis 4 Wochen Heilung erzielt. Bei alten eingewurzelten Fällen dauerte die Behandlung wesentlich länger und führte nicht immer zur völligen Heilung, wenn auch eine erhebliche Besserung nie zu verkennen war.

Nachmittags wurden die im Krankenhause befindlichen Tinea-Kranken, die aber nicht wegen dieser Hautkrankheit, sondern wegen anderer Krankheiten aufgenommen waren, in gleicher Weise behandelt, wofern ihr Allgemeinzustand es erlaubte. Ferner wurden alle 8 Tage die Decken und Lendentücher dieser Kranken im Dampfdesinfektionsapparat desinfiziert. Die meisten kamen gern und freiwillig zu dieser Behandlung, besonders als sie den

Erfolg sahen, nur auf wenige mußte ein leichter Zwang ausgeübt werden.

In Summa wurden auf die Weise in den letzten 2 Monaten des Berichtsjahres 66 Kranke wegen Tinea behandelt, darunter 48 sonst gesunde Leute (sie sind in Tabelle 2 nicht mit aufgeführt), 18 im Krankenhaus wegen anderer Krankheiten Befindliche.

Framboesia tropica ist im Berichtsjahr nicht zur Behandlung gekommen, wenigstens fand ich im Krankenjournal keinen Fall erwähnt. Die Krankheit ist hier nicht sehr häufig und befällt vorzugsweise Kinder.

Dagegen wurden mehrere Fälle Framboesia ähnlicher Geschwüre bei Erwachsenen behandelt, die mit Vorliebe am Gesäß und an den Oberschenkeln ihren Sitz haben, aber auch am Rücken und ganzen Körper mitunter sich finden. Es sind erbsen- bis haselnußgroße warzenförmige Granulationen, deren Oberfläche durch Verunreinigung geschwürig zerfallen ist. Mit Dermatitis ulcerosa tropica (Plehn) scheint die Krankheit nicht identisch zu sein, da die bei dieser Krankheit vorhandenen Schmerzen und Beschwerden hier fehlen. Seifenbäder, Ätzungen mit Blaustein und Einreibungen einer Mischung von Perubalsam, Styrax und Olivenöl brachte dieselben mehr oder weniger schnell zur Heilung.

14. Unterschenkelgeschwür.

Unterschenkelgeschwüre sind eine hier bei Weißen und Farbigen sehr häufige Erkrankung. Vier hier vorkommende Hauptformen möchte ich unterscheiden:

a) das echte chronische Unterschenkelgeschwür, das sich auf Grund alter Narben entwickelt. Man sieht nicht selten Farbige mit ausgedehnten, meist pigmentlosen, fest mit der Knochenhaut verwachsenen, also nicht verschieblichen Narben am Unterschenkel.

Durch irgend einen Insult, den die Narbe erleidet, bricht dieselbe wieder auf, und es entsteht ein Geschwür von mehr oder weniger großer Ausdehnung. Diese Geschwüre heilen schwer. Thierschsche Transplantationen sind bei Farbigen erfolglos, weil die farbigen Kranken nicht zu mehrtägiger ruhiger Bettlage zu bewegen sind, wenn sie keine Schmerzen haben, und z. B. auch nur höchst ungern Stechbecken benutzen, wenn sie imstande sind, auf den Abort zu gehen. Rezidive sind nach erfolgter Heilung häufig.

b) Unterschenkelgeschwüre auf wahrscheinlich syphilitischer Basis, wie sie Fisch von der Goldküste beschreibt. Sie sind seltener, als die vorigen. Die Haut der Unterschenkel bei Kranken mit diesen Geschwüren ist meist mit vielen alten Narben bedeckt. Zwischen denselben sieht man etwa linsen- bis erbsengroße Erhabenheiten der Haut, die sich rosa verfärbt und allmählich ganz dünn wird. Dann fühlt man diese Stellen weich werden, auf Druck oder nach einem kleinen Einschnitt entleert sich eine gelbliche, gallertige Masse. Wartet man ab, bricht die Haut von selbst auf, und es entstehen dann multiple, kleine gezackte Geschwüre mit erhabenem Rand, deren Grund mit einer Borke bedeckt ist. In diesem Zustand kommen die Kranken in der Regel zur Aufnahme.

Hier ist Jodkali am Platz. Die Heilung verzögert sich durch häufige Nachschübe. Rezidive sind nicht selten.

c) das durch „Buschmucker", eine Milbenart (Trombidium), verursachte Geschwür, das stets multipel auftritt. Die Geschwüre entstehen meist bei Leuten, die Busch-Expeditionen mitgemacht haben, und können durch Einreibung von Perubalsam verhütet werden. Die Heilung der Geschwüre ist langwierig. Bei Europäern bleiben nach der Heilung bräunlich pigmentierte, flächenförmige Narben zurück.

d) das durch irgend eine Verletzung, die meist nicht mehr nachzuweisen ist, entstandene Fuß- oder Unterschenkelgeschwür. Letzteres ist die bei weitem häufigste Art der hier vorkommenden Bein-Geschwüre. Es liegt auf der Hand, daß die nur mit einem Lendentuch bekleideten Arbeiter besonders oft Insulten der unteren Extremitäten ausgesetzt sind, die sich durch Unreinlichkeit oder Infektion durch Insekten (Fliegen) verschlimmern und zur Entstehung von Geschwüren Anlaß geben. Sehr oft kommen ausgedehnte und stark vernachlässigte, übelriechende Geschwüre von torpidem Charakter in Behandlung, deren Heilung 2 bis 3 Monate Zeit in Anspruch nimmt.

15. Zellgewebsentzündungen.

Diese entstehen, ebenso wie die letzterwähnten Beingeschwüre, durch unbeachtete Verletzungen und sind daher fast ebenso häufig wie Geschwüre. Nicht ganz selten werden sie auch durch Insektenstiche verursacht.

VIII. Mechanische Verletzungen.

Bei Europäern 17 Fälle = 6,5 % aller Erkrankungen,
„ Farbigen 50 „ = 5 % „ „

Nicht ganz selten sind eitrige Sehnenscheidenentzündungen am Fuß und Unterschenkel, die meist dadurch entstehen, daß der Kranke in einen Nagel getreten ist und die ihm anfangs unbedeutend scheinende Verletzung unbeachtet gelassen hat.

III. Teil. Allgemeines.

Die sanitären und hygienischen Verhältnisse lassen hier noch manches zu wünschen übrig. Eine Gesundheitskommission und sanitätspolizeiliche Vorschriften, wie sie in anderen Kolonien mit Erfolg wirksam sind, gibt es hier noch nicht. Sie sind hier auch nicht so dringend notwendig, wie an anderen Plätzen, weil die Häuser der Europäer räumlich ziemlich weit getrennt auseinanderliegen. Auf die Dauer aber oder im Fall des Auftretens einer schweren Seuche wird man ohne dieselben nicht auskommen.

Die Wohnungsverhältnisse haben sich nicht gebessert. Trotzdem eine Anzahl Beamter nach Simpsonhafen versetzt ist, ist infolge der Vermehrung der Beamtenstellen am Ende des Berichtsjahres wieder Wohnungsnot aufgetreten, so daß mehrere neu angekommene Beamte in den Hotels untergebracht werden mußten.

Als Trinkwasser wird nach wie vor Regenwasser in eisernen Tanks aufgefangen, die aber nur zum kleinen Teil abgedichtet sind, und daher den Mücken beliebte Brutplätze bieten.

Die Verpflegungsverhältnisse sind zufriedenstellend, aber, soviel ich weiß, teurer als in anderen Kolonien. Der Preis für ein Dutzend Eier beträgt 1,50 M., für ein junges Schlachthuhn minderwertiger Rasse ebenfalls 1,50 M., für ein Zuchthuhn besserer Rasse 3 bis 3,50 M., für eine Ente 3 bis 3,50 M., für einen Puter 15 bis 20 M., für eine Gans das gleiche. Schweinefleisch wird mit 60 Pfg. das Pfund, Rindfleisch mit 80 Pfg. bezahlt. Letzteres wird auf Eis meist von den Postdampfern aus Australien eingeführt, nachdem der hiesige Viehbestand der Neu-Guinea Kompagnie durch die im Februar 1905 von Hongkong eingeschleppte Rinderpest stark gelitten hat und daher hier nur selten geschlachtet wird. Verschiedene Gemüse liefern chinesische Gemüsegärtner, falls man es nicht vorzieht, sich einen eigenen Gemüsegarten an-

zulegen, was jedoch hier nur wenige tun. Früchte (Ananas, Bananen, Papayas, Melonen u. a.) kann man jederzeit von einigen Pflanzern kaufen.

Verteuert wird der Lebensunterhalt nicht zum wenigsten durch den chinesischen Koch, dessen Mindestlohn, auch wenn er für einen einzelnen Herrn kocht, 60 M. pro Monat bei freier Verpflegung beträgt. Sobald er für zwei Herren kocht, verlangt und bekommt er meistens 80 M. oder mehr. Dazu kommen noch die Kosten für Hin- und Rückreise nach Hongkong mit je etwa 60 M. Leider eignen sich die Melanesen, auch die intelligenteren unter ihnen, nicht für diesen Beruf.

Beamten-Messen bestehen nicht. Die unverheirateten Beamten essen teils im Hotel, teils beziehen sie ihre Verpflegung aus demselben; sie läßt aber viel zu wünschen übrig, wie allgemein verlautet.

Die zur Zeit mangelnden Abortverhältnisse der Wohnungen der farbigen Soldaten und Arbeiter des Gouvernements in Simpsonhafen erwähnte ich bereits bei Besprechung der wahrscheinlichen Ursachen der Dysenterie. Aber auch in Herbertshöhe, wo ein Abort für die Farbigen besteht, ziehen die meisten Farbigen es vor, ihre Exkremente in die den Häusern benachbarte Pflanzung der Neu-Guinea Kompagnie oder auch direkt dicht am Hauptverkehrswege zu entleeren, ein Brauch, der für die in der Nähe wohnenden Europäer Gefahren für die Gesundheit mit sich bringen kann.

Als wesentlichster Fortschritt in sanitärer Beziehung ist die Ende Januar 1906 erfolgte Aufstellung eines Dampf-Desinfektions-Apparates auf dem Polizeiplatz neben der Regierungs-Apotheke anzusehen. Der Apparat, Modell M. L. III von Hartmann, Berlin, ist außerordentlich einfach zu handhaben, genügt allen Anforderungen und hat sich bereits auf das beste bewährt. Er ist bisher durchschnittlich zweimal wöchentlich in Betrieb gesetzt.

Da das Isolierhaus des Hospitals der Neu-Guinea Kompagnie schon seit längerer Zeit den Anforderungen nicht mehr genügte, wurde im März d. J. vom Gouvernement die Errichtung zweier Isolierhäuser für ansteckende Krankheiten nebst Küche und Aborten in Herbertshöhe genehmigt. Das eine derselben, das Platz für 24 Kranke in 2 getrennten Abteilungen bietet, konnte bereits im Mai d. J. bezogen werden. Nach Fertigstellung des zweiten

Gebäudes wird einem bisher sehr fühlbaren Mangel in sanitärer Hinsicht abgeholfen sein.

Hingegen haben zur Errichtung einer Quarantänestation bisher die Mittel nicht ausgereicht. Auch war ein geeigneter Platz für dieselbe in Herbertshöhe nicht vorhanden. Jetzt ist die Platzfrage zugunsten von Simpsonhafen entschieden, und es sind zunächst die Mittel für ein Isolierkrankenhaus für Farbige (Anfang einer Quarantänestation) in den Etat 1907/08 eingestellt.

Mit den Schutzpockenimpfungen wurde im Berichtsjahr fortgefahren. Impfzwang besteht nicht. Von dem Berichterstatter wurden im März 577 Leute, meist Plantagenarbeiter, geimpft, vom Regierungsarzt Dr. Seibert ca. 1500 in den vorangegangenen Monaten. Die Lymphe wurde aus Sydney bezogen. Sie wurde möglichst bald nach der Ankunft des Dampfers verbraucht. Die Impfung war bei 98% der Leute erfolgreich. Meist waren alle 6 Impfpusteln gut aufgegangen. Durch vorherige gründliche Waschung des linken Oberarms und Belehrung der Leute über Reinhaltung und Schonung des Arms gelang es, die Zahl der früher sehr häufigen, mitunter schweren Entzündungen der Impfpusteln einzuschränken. Nur bei etwa 5% der Geimpften war es zu einer mäßigen Entzündung gekommen, die bei allen in wenigen Tagen unter Salbenverbänden heilte.

Von sonstigen in medizinischer Hinsicht bemerkenswerten Vorkommnissen wäre zu erwähnen die Ansiedlung von 7 bis 8 Familien deutscher Bauern aus Queensland in den Bainingbergen. Die Niederlassungen befinden sich 1 bis 2 Stunden von der Küste entfernt, mit einer Ausnahme in einer Höhe von 250 bis 350 m über dem Meeresspiegel gelegen. Die bisher nur wenige Monate hindurch dort angestellten Temperaturmessungen ergaben eine durchschnittliche Wärme zwischen 20 und 30 Grad Celsius; nur einmal wurde vor Sonnenaufgang ein Sinken des Thermometers auf 17,2 Grad beobachtet. Die Niederschläge sind häufiger und reichlicher als in Herbertshöhe und dürften 3500 mm pro Jahr erreichen, vielleicht noch mehr. Die Hoffnung (des Gouverneurs), daß das Land bereits in dieser Höhenlage sich als fieberfrei erweisen würde, bestätigte sich nicht. Vielleicht auch ist die Malaria erst durch die schwarzen Arbeiter, von denen jeder Ansiedler ca. 8 erhielt und unter denen sich zweifellos manche Parasitenträger befanden, dorthin eingeschleppt. Mücken, ob Anopheles ist mir nicht bekannt, sollen sich, wenn auch nicht übermäßig, be-

merkbar gemacht haben. Jedenfalls haben bisher die Ansiedler ziemlich viel unter Malaria zu leiden gehabt. In nicht weniger als 10 Fällen wurde von ihnen im Berichtsjahre die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch genommen und 12 wurden ambulant allein in den letzten 3 Monaten behandelt. Allerdings waren einige zu einem Aufenthalt in den Tropen körperlich absolut nicht geeignet. Einer starb, kaum herausgekommen, nach viertägigem Krankenhaus-Aufenthalt an einem Herzleiden, ein anderer an einem Schlaganfall in seiner Niederlassung. Beide waren bereits um 50 Jahre alt. Aber auch unter den jüngeren Leuten gab es körperlich unbrauchbare Individuen: So hatte z. B. ein Mann, Mitte zwanziger, kaum einen gesunden Zahn mehr, er litt daher dauernd an Magenbeschwerden und häufigen Zahnschmerzen, ein anderer an nervösen Herzbeschwerden. Die weite Entfernung von Herbertshöhe hinderte die Leute, noch öfter ärztlichen Rat und Hilfe nachzusuchen, wie es geschah. Durch kostenlose Abgabe von Arzneien und unentgeltliche Gewährung ärztlicher Hilfe geschah von seiten des Gouvernements auch in medizinischer Hinsicht alles, was geleistet werden konnte, den Leuten zu helfen.

Anlage I.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Herbertshöhe.

Iststärke der Bevölkerung 354 Köpfe.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Malariafieber	1	103	104	104	.	.	104	.	523	.
2	Schwarzwasserfieber	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
3	Tuberkulose der Lunge . .	1	1	2	.	1	.	1	1	8	.
4	Ruhr	.	7	7	7	.	.	7	.	112	.
5	Gelenkrheumatismus, subakuter	.	3	3	2	.	1	3	.	.	.
6	Blutarmut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
7	Akute Vergiftung d. Alkohol	.	1	1	1	.	.	1	.	5	.
		2	117	119	116	1	1	118	1	665	.
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
8	Fallsucht	.	1	1	.	.	1	1	.	.	.
9	Neurasthenie	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
10	Hysterie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
		.	4	4	3	.	1	4	.	.	.
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
11	Akuter Bronchialkatarrh . .	.	5	5	5	.	.	5	.	.	.
12	Akute Lungenentzündung . .	.	2	2	1	1	.	2	.	4	.
13	Lungenblutung ohne Veränderung des Lungengewebes .	.	1	1	1	.	.	1	.	30	.
		.	8	8	7	1	.	8	.	34	.
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
14	Idiopathische Herzvergrößerung	.	2	2	.	.	2	2	.	.	.
15	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	4	4	4	.	.	4	.	7	.
16	Herzmuskelentartung . . .	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
17	Entzündung d. Leistendrüsen	.	4	4	4	.	.	4	.	79	.
		.	11	11	8	1	2	11	.	88	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
18	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	7	7	7	.	.	7	.	6	.
19	Mandelentzündung	.	5	5	4	.	.	4	1	.	.
20	Rachenkatarrh	.	5	5	5	.	.	5	.	20	.
21	Akuter Magenkatarrh	1	3	4	3	.	1	4	.	82	.
22	„ Darmkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	.	.
23	Katarrhalische Gelbsucht	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
24	Gallensteine	.	1	1	.	.	1	1	.	.	.
25	Akuter Mastdarmkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
26	Eingeweidewürmer (Taenia mediocellanata)	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
27	Kotstauung	.	1	1	1	.	.	1	.	35	.
		1	30	31	28	.	2	30	1	143	.
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
28	Verengerung der Harnröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
		.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
	VII. Venerische Krankheiten.										
29	Tripper	.	7	7	6	.	.	6	1	.	.
30	Nebenhodenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
31	Bubo	.	2	2	2	.	.	2	.	120	.
32	Konstitutionelle Syphilis	.	2	2	.	.	1	1	1	22	.
		.	12	12	9	.	1	10	2	142	.
	VIII. Augenkrankheiten.										
33	Entzündung der Augenbindehaut	.	4	4	4	.	.	4	.	10	.
34	Presbyopie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
35	Augenschwäche (infolge Nikotinvergiftung)	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
		.	6	6	6	.	.	6	.	10	.
	IX. Ohrenkrankheiten.										
36	Furunkel im äußer. Gehörgang	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
		.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
37	Krätze	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
38	Akute Hautkrankheiten	.	5	5	5	.	.	5	.	.	.
39	Chronische Hautkrankheiten	.	2	2	1	.	1	2	.	.	.
40	Unterschenkelgeschwür	.	11	11	10	.	1	11	.	70	.
41	Panaritium	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
42	Zellgewebsentzündungen	1	12	13	13	.	.	13	.	134	.
43	Furunkel	.	4	4	4	.	.	4	.	.	.
		1	37	38	36	.	2	38	.	204	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
44	Erguß im Kniegelenk	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
45	Muskelrheumatismus	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
46	Sehnenscheidenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
		.	3	3	3	.	.	3	.	.	.
	XII. Mechanische Verletzungen.										
47	Quetschung des Unterleibs (durch Hufschlag)	.	2	2	2	.	.	2	.	31	.
	Quetschung der Herzgegend	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
	„ des Brustkorbes	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
48	Knöchelfraktur am Unterschenkel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
49	Verstauchung des Fußgelenks	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
50	Doppelter Bauchschuß durch Leber und Magen und Schuß in den Unterkiefer	.	1	1	.	1	.	1	.	.	.
51	Hieb- und Schnittwunden	.	4	4	4	.	.	4	.	.	.
52	Quetschwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
53	Brandwunde	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
54	Speerwunde am Kinn	.	1	1	1	.	.	1	.	.	.
		.	17	17	16	1	.	17	.	31	.
	XIII. Andere Krankheiten.										
55	Körperschwäche (bei einem Säugling)	.	1	1	.	.	1	1	.	.	.
		.	1	1	.	.	1	1	.	.	.
	XIV. Frauenkrankheiten.										
	Entbindung	.	2	2	2	.	.	2	.	65	.
	Fehlgeburt	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
	Drohende Fehlgeburt	.	2	2	1	.	.	1	1	3	.
	Gebährmutterentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	71	.
	Brustdrüsenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	.
		.	10	10	9	.	.	9	1	139	.
	Gesamtsumme	4	259	263	244	4	10	258	5	1456	.

Anlage II.

Nachweisung

über die in der Zeit vom 1. April 1905 bis 31. März 1906 verstorbenen Europäer.

Laufende Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahr	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	D.	männl.	18	unbekannt	1¼ Jahre	9. 4. 05	Tuberkulose	Im Krankenhause gestorben.
2	N.	„	32	.	7 Jahre	10. 5. 05	Ertrunken	
3	M.	„	47	unbekannt	2 Monate	4. 6. 05	Herzmuskelentartung	Desgl.
4	B.	„	44	.	ca. 3 Jahre	6. 6. 05	Lungenentzündung	Potator. Desgl.
5	L.	„	45	.	10 Jahre	7. 6. 05	Lungentuberkulose	Potator. Starb in Kolon.
6	E.	„	?	unbekannt		23. 6. 05	Ertrunken	
7	S.	„	?	unbekannt		Nov. 05	Ermordet	
8	A.	„	28	.	2½ Jahre	25. 11. 05	Alkoholdelirium?	Potator. Starb auf der Insel Nagarea.
9	H.	„	?	.	3 Monate	1. 1. 06	Ertrunken	
10	H.	„	?	.	3 Monate	19. 1. 06	Ertrunken	
11	L.	„	?	unbekannt		3. 2. 06	2 Schüsse in Leber und Magen, 1 Schuß in Unterkiefer.	Selbstmord. Potator. Starb in Kambaira.
12		„	?	.	6 Monate	Febr. 06	Herzcollaps oder Gehirnschlag	Starb in Bainingen.

Anlage III.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Herbertshöhe.

Berichtsjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Malaria	5	184	189	185	.	.	185	4	1485	.
2	Schwarzwasserfieber	.	2	2	2	.	.	2	.	20	.
3	Tuberkulose der Lungen	.	8	8	.	2	4	6	2	159	.
4	Ruhr	2	81	83	50	27	.	77	6	2228	.
5	SubakuterGelenkrheumatismus	.	3	3	3	.	.	3	.	62	.
6	Chronische Opiumvergiftung	.	1	1	.	1	.	1	.	27	.
7	Beri-Beri	.	20	20	.	3	13	16	4	1068	.
		7	299	306	240	33	17	290	16	5049	.
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
8	Hirnhautentzündung	.	1	1	.	1	.	1	.	4	.
9	Gehirnschlag (Apoplexie)	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
10	Hüftweh (Ischias)	.	1	1	.	.	.	.	1	9	.
		.	3	3	.	2	.	2	1	14	.
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
11	Akuter Bronchialkatarrh	.	55	55	49	.	4	53	2	470	.
12	Akute Lungenentzündung	.	10	10	7	3	.	10	.	166	.
13	Brustfellentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	49	.
		.	68	68	59	3	4	66	2	685	.
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
14	Erkrankung der Herzklappen	.	2	2	.	.	2	2	.	4	.
15	Entzündung der Lymphgefäße	.	1	1	1	.	.	1	.	8	.
16	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	9	10	8	.	.	8	2	268	.
		1	12	13	9	.	2	11	2	280	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhause	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
17	Mandelentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	10	.
18	Zahnfleischentzündung	.	4	4	4	.	.	4	.	63	.
19	Akuter Magenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	10	.
20	Akuter Darmkatarrh	.	15	15	12	.	1	13	2	128	.
21	Katarrhalische Gelbsucht	.	1	1	.	.	.	.	1	24	.
		.	24	24	20	.	1	21	3	235	.
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
22	Nierenentzündung	2	3	5	4	.	1	5	.	105	.
23	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	15	15	15	.	.	15	.	94	.
		2	18	20	19	.	1	20	.	199	.
	VII. Venerische Krankheiten.										
24	Tripper	3	25	28	28	.	.	28	.	560	.
25	Spitze Feigwarzen	.	4	4	3	.	1	4	.	68	.
26	Weicher Schanker	.	27	27	20	.	2	22	5	1079	.
27	Bubo	.	5	5	5	.	.	5	.	250	.
28	Konstitutionelle Syphilis	1	6	7	6	.	.	6	1	189	.
		4	67	71	62	.	3	65	6	2146	.
	VIII. Augenkrankheiten.										
29	Augenbindehautentzündung	.	7	7	7	.	.	7	.	64	.
30	Erkrankungen der Hornhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	53	.
		.	8	8	8	.	.	8	.	117	.
	IX. Ohrenkrankheiten.										
31	Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	2	2	2	.	.	2	.	12	.
32	Krankheiten des mittleren Ohres	.	3	3	2	.	.	2	1	128	.
		.	5	5	4	.	.	4	1	140	.
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
33	Krätze	1	40	41	40	.	.	40	1	462	.
34	Akute Hautkrankheiten	.	7	7	7	.	.	7	.	93	.
35	Chronische Hautkrankheiten	1	4	5	5	.	.	5	.	241	.
36	Unterschenkelgeschwür	5	190	195	173	.	.	173	22	5930	.
37	Panaritium	1	3	4	4	.	.	4	.	138	.
38	Zellgewebsentzündungen	5	135	140	124	1	.	125	15	4845	.
39	Furunkel	2	7	9	9	.	.	9	.	87	.
		15	386	401	362	1	.	363	38	11796	.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
40	Akute Gelenkentzündung . .	2	1	3	3	.	.	3	.	33	.
41	Chronische Gelenkentzündung	.	1	1	.	.	.	.	1	36	.
42	Muskelrheumatismus	.	10	10	10	.	.	10	.	44	.
43	Eitrige Sehnenscheidenentzündung	.	4	4	3	.	.	3	1	159	.
		2	16	18	16	.	.	16	2	272	.
	XII. Mechanische Verletzungen.										
44	Quetschung der Weichteile ohne äußere Verletzung . .	.	1	1	1	.	.	1	.	25	.
45	Knochenbruch des Oberschenkels	.	3	3	2	.	.	2	1	113	.
46	Knochenbruch der großen Zehe	.	1	1	1	.	.	1	.	34	.
47	Knochenbruch der Schädelbasis	.	1	1	.	.	.	.	1	40	.
48	Verstauchung der oberen Gliedmaßen	.	2	2	2	.	.	2	.	22	.
49	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen . . .	.	4	4	4	.	.	4	.	29	.
50	Schußwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	35	.
51	Hieb- und Schnittwunden . .	1	15	16	13	.	.	13	3	364	.
52	Riß- und Quetschwunden . .	.	17	17	15	.	.	15	2	468	.
53	Bißwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	29	.
54	Verbrennung	.	2	2	1	1	.	2	.	12	.
		1	49	50	42	1	.	43	7	1171	.
	XIII. Andere Krankheiten.										
55	Allgemeine Körperschwäche (Unterernährung)	.	3	3	3	.	.	3	.	57	.
		.	3	3	3	.	.	3	.	57	.
	XIV. Frauenkrankheiten.										
56	Gebärmutterentzündung . .	2	3	5	5	.	.	5	.	173	.
57	Entzündung der Brustdrüse .	.	1	1	1	.	.	1	.	20	.
58	Scheidenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	21	.
59	Dammriß.	.	2	2	2	.	.	2	.	85	.
		2	7	9	9	.	.	9	.	299	.
	Gesamtsumme . . .	34	965	999	853	40	28	921	78	22460	.

B. Kaiser-Wilhelmsland.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Hoffmann.)

I. Europäer und Europäerhospital.

Über den allgemeinen Gesundheitszustand und über hygienische Veränderungen in diesem Berichtsjahre ist wesentlich Neues nicht zu berichten.

Von den durchschnittlich etwa 30 Beamten der Neu-Guinea Kompagnie bedurften im Laufe des Berichtsjahres 40 Kranke mit 383 Behandlungstagen der Aufnahme in das Hospital. Dabei ist zu berücksichtigen, daß verschiedene Beamte im Laufe des Jahres mehrmals aufgenommen wurden und daß anderseits das Personal im Laufe des Jahres wiederholt wechselte.

Auf einen Krankheitsfall im Hospital kamen 6,4 Behandlungstage. Für das nächste Jahr bleibt im Hospital Bestand: 1.

Von der Zahl der Kranken entfielen 67,5% auf Malaria und Schwarzwasserfieber; von den Gesamt-Behandlungstagen 57,4%. Dabei kamen auf Schwarzwasserfieber im ganzen 2 Fälle mit 38 Behandlungstagen.

Heimsendungen aus Gesundheitsgründen bei Beamten des Gouvernements wurden nicht notwendig. Von Beamten der Neu-Guinea Kompagnie mußte ein Steuermann weggeschickt werden, der trotz regelmäßiger reichlicher Chiningaben wiederholt an Malaria tropica mit Hirnerscheinungen erkrankte, und bei dem im Verlaufe der Krankheit eine Nierenreizung auftrat; ferner ein Beamter, der schon bei seiner Ankunft im Schutzgebiete an hochgradiger Neurasthenie litt, die durch hinzukommende Malariaerkrankung noch erhöht wurde; drittens ein Beamter, der wegen seiner allgemein schwachen Körperbeschaffenheit keine Gewähr bot, daß er den Anstrengungen einer längeren Dienstzeit im Lande gewachsen sein würde. Todesfälle unter den Beamten des Gouvernements und der Neu-Guinea Kompagnie waren nicht zu beklagen.

Von den Erkrankungen sind besonders erwähnenswert 3 Fälle von Malaria wegen ihrer Reaktion auf Chinin. In 2 von ihnen stellte sich nach jedesmaliger Chininnahme eine stark juckende Urticaria (Nesselausschlag) ein. In den ersten Jahren des Tropen-

aufenthalts war in beiden Fällen diese Reaktion auf Chinin nicht aufgetreten; sie zeigte sich in dem einen Falle erst nach 3jährigem, im anderen nach noch längerem Aufenthalte. Im 3. Falle trat ebenfalls erst nach jahrelangem Aufenthalt nach Chininnahme am Bauch ein fleckenweises Exanthem (Ausschlag) auf, das stark juckte und später abschuppte. Bedeutend schwächer war der Ausschlag, wenn das Chinin eingespritzt wurde. Zweimal blieb er bei innerlicher Einnahme aus. Dafür aber trat ein leichter Schwarzwasserfieberanfall ein mit stark blutigem Urin für wenige Stunden, aber ohne Schüttelfrost und ohne schwere Allgemeinerscheinungen.

Von den sonstigen Krankheitsfällen ist bemerkenswert ein Fall von Blinddarmentzündung. Patient mußte wegen dieses Leidens gleich bei seiner Ankunft im Lande aufgenommen werden. Ein operativer Eingriff war nicht notwendig.

Ich selbst blieb bei der 5 tägigen Chininprophylaxe in diesem Berichtsjahr vollkommen fieberfrei. Erst auf der Heimreise im April, wobei ich die Prophylaxe nur 14 Tage fortsetzte, erkrankte ich nach 5 Wochen leicht an Malaria tropica. Auch in Deutschland hatte ich dann noch mehrere leichte Anfälle, ohne daß ich Chinin längere Zeit regelmäßig nahm.

II. Farbige und Hospital für Farbige.

Während unter den Arbeitern der Neu-Guinea Kompagnie der Gesundheitszustand in diesem Berichtsjahre zufriedenstellend war, war er unter den Gouvernementsangestellten ungünstiger. An den Krankheits- und Todesfällen beteiligten sich auch wieder die Gefangenen aus den Bainingbergen besonders. Außerdem wurde der Gesundheitszustand dadurch ungünstig beeinflußt, daß in den letzten Monaten des Berichtsjahres unter den Polizeisoldaten mehrere Fälle von Beri-Beri auftraten. Die Erkrankungen scheinen dadurch zum Ausbruch gekommen zu sein, daß ein Soldat, der vor Jahren an Beri-Beri gelitten hatte, plötzlich ein Rezidiv bekam, und dadurch mehrere andere angesteckt wurden. Am Ende des Berichtsjahres befanden sich nur noch 2 Fälle von Beri-Beri im Hospital.

Epidemisch trat im April eine Influenza auf. 15 Leute mußten deshalb in das Hospital aufgenommen werden.

Von Gouvernementsangestellten (Arbeitern, Polizeisoldaten und Gefangenen) bedurften 132 Kranke mit 1961 Behandlungstagen der Hospitalaufnahme mit 10 Todesfällen. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß manche der Leute mehrmals im Laufe des Jahres aufgenommen werden mußten und daß außerdem das Personal wiederholt wechselte.

Im ganzen wurden im Laufe des Jahres ins Hospital aufgenommen 762 Kranke mit 10 230 Behandlungstagen und 22 Todesfällen.

Von den durchschnittlich 414 Arbeitern der Neu-Guinea Kompagnie in Friedrich-Wilhelmshafen und Jomba wurden im Berichtsjahre ins Hospital aufgenommen 418 = 104,3%. Auch die Arbeiter der Kompagnie wechseln im Laufe des Jahres häufiger durch Neuanwerbungen, Abkommandierungen usw. Es starben im Laufe des Jahres 12 = 2,9% der durchschnittlichen Arbeiterzahl.

Der höchste Zugang war in den Monaten Januar, März, April und Juli zu verzeichnen; der geringste im Februar, Mai und August.

Von der Zahl der Kranken im Hospital entfielen 30,8% auf chirurgische Erkrankungen; 19,4% auf Malaria; 18,1% auf Geschlechtskrankheiten. Sonst kamen noch Lungenentzündungen, Erkältungskrankheiten, Dysenterie, Beri-Beri, Tuberkulose, Wurmkrankheit, Erkrankungen der Sinnesorgane und der Haut, Mundfäule u. a. vor.

Besonders zu erwähnen ist ein Fall von Schwarzwasserfieber bei einem Chinesen, der mit Harnstockung einherging und tödlich endete. Es ist dies während meiner 3¾ jährigen Tätigkeit in Wilhelmshafen der einzige Fall von Schwarzwasserfieber, den ich bei einem Chinesen auftreten sah. Ob und wieviel Chinin in diesem Falle vorher genommen war, ließ sich nicht feststellen. Von einer Sektion mußte wegen Widerspruchs seiner Landsleute abgesehen werden.

Viehseuchen traten im Berichtsjahr in Kaiser-Wilhelmsland nicht auf.

C. Käwieng.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Danneil.)

Allgemeines.

Zu den ausführlichen Angaben im letzten Jahresbericht über die allgemeinen Verhältnisse des hiesigen Bezirks und der engeren Station ist nicht viel hinzuzufügen, da wesentliche Veränderungen nicht statthatten.

Während des Südost-Passat traten einige längere Trockenperioden ein, welche großen Wassermangel brachten.

Die Periode des Nordwest-Monsûns war nicht sehr scharf charakterisiert und längere Perioden schweren Monsûns fehlten gänzlich.

Gewitter, d. h. elektrische Entladungen, gehen in nächster Nähe unserer Station ganz auffallend selten nieder; sie werden offenbar durch die Berge Neu-Hannovers im Westen und durch die Hügel und Berge Neu-Mecklenburgs im Süden und Südosten abgefangen. In diesen Richtungen sieht man sehr oft schwere Wetter niedergehen.

Wahrnehmbare Erdbeben haben im Berichtsjahre nicht stattgefunden.

Der zu einiger Hoffnung berechtigende Viehbestand des Gouvernements wurde im Mai 1905 durch die Rinderpest fast völlig vernichtet.

Europäer.

Die durchschnittliche Iststärke der weißen Bevölkerung des Bezirkes Nord-Neu-Mecklenburg kann für das Berichtsjahr auf 27 festgestellt werden. Die Zahl der Personen, welche für die ärztliche Behandlung in Betracht kommen, ist jedoch wesentlich größer, da auch die weiße Bevölkerung einer ziemlich lebhaften Fluktuation unterliegt, weil die Besetzung der Handels- und Pflanzungsstationen oder der Beamtenposten durch Beurlaubung, Versetzung oder aus anderen Gründen einem häufigen Personalwechsel unterliegt und weil die zahlreich hier vorhandenen Schiffe und Schiffchen eine häufige Veranlassung zu ärztlichen Konsultationen, ja zu zeitweiliger Landung Erkrankter geben.

Wenn auch im ganzen genommen der Gesundheitszustand der Europäer nicht ungünstig war, so ist doch die Inanspruchnahme des Arztes gegenüber dem Vorjahre erheblich stärker gewesen, was zum Teil seine Ursache mit darin haben mag, daß man sich mehr und mehr gewöhnt, den Arzt, da man ihn haben kann, auch wirklich zu Rate zu ziehen.

Todesfälle kamen unter den Europäern nicht vor; dagegen fand eine Geburt statt. Illegitime Halbblutkinder sind für diese Angaben außer Betracht geblieben.

In bezug auf Malaria hat sich die Beobachtung des ersten Berichtsjahres auch fernerhin bestätigt, nämlich, daß die meisten von Europäern besetzten Plätze weder ganz malariafrei noch besonders schwer damit behaftet sind. Sämtliche Stationen liegen entweder auf den flachen Koralleninseln oder in unmittelbarster Nähe der Meeresküste längs Neu-Mecklenburg; fast überall hat man den Grundsatz richtig erfaßt, die Umgebung der Wohngebäude möglichst frei von höherem Pflanzenwuchs zu halten und etwaige Pflanzungsanlagen nicht unmittelbar am Meer und dicht an den Häusern beginnen zu lassen, ein Übelstand, an dem viele Europäerwohnungen an der Blanche-Bai noch heute kranken. Auch die Erkenntnis von der Wichtigkeit, welche die farbige Dienerschaft des Hauses in der Übertragung der Malaria zu spielen geeignet ist, bricht sich mehr und mehr Bahn, und es ist vielfach mehr Energie und Nachdruck als früher in der Verabreichung von Chinin an malariakranke Diener wahrzunehmen; auch wird bei Neubauten der Dienerbehausungen schon in höherem Grade darauf gesehen, dieselben möglichst weit vom Hause des Europäers abzuschieben.

Ganz ohne persönliche Chinintherapie ist wohl kein einziger Europäer ausgekommen; aber die meisten konnten sich auf jene, bereits im Vorjahr erwähnte unregelmäßige Prophylaxe beschränken, welche darin besteht, daß auf Grund gewisser, individuell verschiedener Vorboten oder Verdachtssymptome hin mindestens an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Gramm Chinin genommen wird. Die zur ärztlichen Beobachtung gekommenen Anfälle betrafen denn auch fast ausschließlich durchpassierende Leute oder Neulinge oder solche Personen, die sich trotz ihrer Vorboten nicht zu einer rechtzeitigen Prophylaxe hatten entschließen können. Eine Ausnahme von obigen Angaben macht die bereits im vorigen Jahre besonders erwähnte Pflanzungsstation auf der Insel

Manne am Albatroßkanal, auf welcher der Gesundheitszustand allgemein ungünstig ist und auch viel Malaria herrscht. Die Insel ist ein Gemisch von Korallenland und junger Vulkanformation mit vielen Sumpf- und Tümpelstrecken und bestanden mit schwerem Urwald. Der dort stationierte Pflanzer hat zeitweilig heftig unter Malaria zu leiden gehabt und eine strenge Prophylaxe durchführen müssen. Es ist zu hoffen, daß der unermüdliche Fleiß im Klären des Urwaldes und Dränieren der stehenden Wasser im Laufe der Jahre Besserung schafft.

Sonst kamen „schwere" Fälle von Malaria nur bei zwei Durchreisenden vor, von denen einer an Land genommen werden mußte, der andere zufällig für kürzere Zeit hier Aufenthalt nahm. Keiner von beiden hatte sich hier infiziert.

Der erstere hatte seit etwa 14 Tagen Malaria und befand sich in einem ziemlich bedenklichen Zustand: „Chinin habe er aber nicht genommen; denn „alle" hätten ihm gesagt, er solle hier draußen nur kein Chinin nehmen, man bekomme sonst Schwarzwasserfieber." Der rasche Erfolg einer zweckmäßigen Chinintherapie fand dann seinen ungeteilten Beifall, was ihn jedoch nicht abhielt, nach eingetretener Besserung allerhand kleine Durchstechereien in der Befolgung der Chinin-Nachbehandlung zu machen, wofür denn auch prompt die Strafe in Form von Rückfällen erfolgte.

Auch der zweite Fall betraf eine Vernachlässigung. Es handelte sich um einen Herrn, der schon eine ganze Reihe von Jahren in den Tropen lebte, darunter auch mehrere Jahre in Malaria-Gegenden. Gleichwohl hatte er nicht gelernt, seine Malaria rationell zu bekämpfen, und wußte gegen jedes Gramm Chinin schwere Bedenken zu erheben. Obwohl er selbst den Ernst seines Zustandes fühlte, als er in Behandlung kam, und obwohl er die prompte Wirkung schon des ersten Gramms Chinin erprobte, bedurfte es einige Tage später eines besonderen Nachdruckes, ihm auch nur ein viertes Gramm beizubringen. Eine bald darauf sich bietende Schiffsgelegenheit benützte der Patient dann, um sich an einen fernen Punkt der Küste, in einen anderen Bezirk zu begeben, wo er mit seinem von Alkohol, Malaria und chronischem Rheumatismus zerrütteten Körper ein neues Pflanzungsunternehmen zu begründen beabsichtigte. Wenige Wochen später ist er dort — fern von ärztlichem Beistand — gestorben, ein typisches Beispiel für jene Klasse von Leuten, deren Akklimatisation in den Tropen nicht möglich ist, und welche diese Gegenden unnütz in Verruf bringen.

Alle weiteren Malariafälle, welche zur Beobachtung kamen, verliefen rasch und leicht bei sofortiger Chinintherapie. Der Typus der Fieber war — soweit überhaupt noch eine Entscheidung möglich war — Tertiana und Tropica. Eine dauernde Kontrolle

mit dem Mikroskop gestattete die Dürftigkeit der äußeren Verhältnisse noch nicht.

Schwarzwasserfieber kam gar nicht zur Beobachtung.

Dysenterie

machte sich im Verlauf des Jahres auch bei den Europäern erheblich bemerkbar; es kamen allein im engeren Bezirk von Käwieng — auf 14 Europäer zu veranschlagen — fünf Fälle zur Behandlung. Obschon einige dieser Fälle sehr stürmisch und schwer einsetzten, verliefen alle rasch und gut. Dies bildet einen charakteristischen Gegensatz zum gewöhnlichen Verlauf bei den Schwarzen, und beruht auf dem verständigen Verhalten der Europäer, welche sich mit ihrer Erkrankung sofort melden und die bei dieser Krankheit so besonders wichtigen allgemeinen Verhaltungsmaßregeln mit Verständnis und Ausdauer durchführen.

Der schwerste zur Beobachtung gekommene Erkrankungsfall überhaupt betraf eine Polyneuritis, deren genaueren ätiologischen Charakter festzustellen nicht möglich war. Da die Schwierigkeit der Differentialdiagnose dem Fall ein gewisses Interesse verleiht, so soll etwas näher auf denselben eingegangen werden.

Der Patient, seit etwa 20 Jahren in den Tropen, hatte von jeher einem starken Alkoholgenuß gehuldigt. Wennschon er sich auf seine unverwüstliche Widerstandskraft etwas zugute tat, hatte er doch à conto des Alkoholmißbrauchs von Zeit zu Zeit nicht unerhebliche gastrische Krisen durchzumachen — gänzliche Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schlafsucht und demzufolge Unterernährung. Während einer solchen, anscheinend schon viele Wochen bestehenden Krisis befiel ihn eine schwere Wundrose, ausgehend von einer alten recidivierenden Schienbeinverletzung; dieser Zwischenfall führte einen plötzlichen und völligen Zusammenbruch herbei, der ihn endlich veranlaßte, sich in die Hände des Arztes zu geben. Der in Muskulatur und Fettpolster sonst normale Körper zeigte eine skelettartige Abmagerung — ein förmliches Verhungertsein. Das Erysipel war ernst und mit aufsteigender Lymphangitis und Lymphadenitis der Inguinaldrüsen verknüpft. Möglichst prolongierte laue Vollbäder und Sublimatpackungen des kranken Gliedes brachten das Erysipel mit allen Folgeerscheinungen innerhalb weniger Tage zu einem erstaunlich schnellen Rückgang. Kaum war dieser eingetreten, als eine heftige Malaria-Attacke einsetzte. An eine Chinintherapie per os war bei der bestehenden Unfähigkeit des Magens, etwas zu behalten, nicht zu denken, so daß subkutane Injektionen gegeben werden mußten; auch diese wirkten prompt und konnten bald durch die bekannten Chinin-Arsenikpillen ersetzt werden. Da das Leben des Patienten nur an einem Faden hing, so fiel es zunächst nicht als etwas Besonderes auf, daß derselbe trotz des Rückgangs der objektiven Krank-

heitssymptome in kurzer Zeit so große körperliche Schwäche zeigte, daß er ohne fremde Hilfe sich nicht mehr aus sitzender Stellung erheben und einige Schritte tun konnte. Als aber in den nächsten Tagen — bei immer fortschreitender Besserung sowohl des Erysipels wie der Malaria — die Schwäche in Beinen und Armen immer größer, die Stimme ebenfalls leise und heiser wurde, da lenkte sich der Verdacht doch darauf, daß hier nicht nur Schwäche nach schwerer Erkrankung, sondern echte Lähmungserscheinungen vorlagen. Die Bestätigung ergab sich sehr schnell. Eine Beteiligung des Nervenzentrums ließ sich ausschließen; es konnte nur ein peripherer Prozeß vorliegen. Wenn nun auch im Anschluß an akute Infektionskrankheiten bisweilen Polyneuritis beobachtet wird, so lag in diesem Falle näher, dem Erysipel höchstens einen „letzten Anstoß" einzuräumen und die Polyneuritis als eine alcoholica aufzufassen. Bei dieser Diagnose würde es geblieben sein, wenn nicht bald darauf uns völlig unerwartet ein Beriberi-Fall unter den Schwarzen aufgetreten wäre. Dieser Schwarze war ein Arbeiter ebendesselben Herrn und dessen chinesischem Zimmermann zugeteilt gewesen. Der Chinese selbst war damals schon entlassen „wegen andauernd geringer Leistungen" und mit einem Schiff weggegangen. Von diesem einen Fall ging in rascher Folge eine größere Beriberi-Epidemie mit ausgesprochen bösartigem Charakter aus. Diese Tatsache mußte stutzig machen und die Frage nahelegen, ob die Erkrankung des Europäers nicht auch als eine echte Beriberi aufzufassen sei und Herr und Diener aus derselben Quelle infiziert seien. Eine bestimmte Entscheidung ist niemals möglich gewesen, da weitere differentialdiagnostische Momente nicht hervortraten bzw. ja bekanntlich meist nicht gewonnen werden können. Der Zustand des Europäers besserte sich unter sorgfältiger Pflege und den sonstigen erforderlichen Maßnahmen langsam. Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung konnte er mit Hilfe eines Stockes kleine Wege machen und kehrte dann zur Erholung nach Europa zurück.

Von sonstigen akuten Infektionskrankheiten kam eine Polyarthritis rheumatica zur Beobachtung, welche die Eigentümlichkeit bot, daß fast ausschließlich die sogenannten falschen Gelenke befallen waren, die Wirbelsäule, die Artikulationen der Schlüsselbeine und besonders die Verbindungen der Rippen mit dem Brustbein. Die andauernd heftigen Schmerzen auf der Brust hatten den Patienten zu dem Glauben gebracht, er sei schwer herzkrank. Das Herz war aber durchaus normal, ebenso die Lungen und Pleura. Dagegen rief schon die sanfteste Perkussion der Brust die heftigsten Schmerzen hervor.

Unter den Erkrankungen der Verdauungsorgane zeichnete sich eine Stomatitis aus, wohl die übelste, die ich je gesehen habe und die selbst schwere Merkurial-Stomatitiden weit übertraf. Persönliche Vernachlässigung jeder Mund- und Zahnpflege des alten, unzweifelhafte Symptome von Dementia senilis zeigenden Man-

nes hatten wohl die Sache soweit kommen lassen. Verdacht auf tertiäre Lues lag auch vor. Der Kranke wurde geheilt.

Zahnwurzelabszesse, auch Fistelbildung am Kiefer von einer alten Wurzel ausgehend, wurden mehrfach behandelt. Verschiedentlich traten leichte Darmstörungen auf, sowohl Obstipationen als Diarrhoen, zweimal auch angeblich unerträgliche Kolikerscheinungen im Unterleib, für welche nicht der geringste objektive Anhaltspunkt zu gewinnen war. Es handelte sich um den vorerwähnten senilen Patienten.

Von Erkrankungen der Atmungsorgane traten, abgesehen von einigen Schnupfenerkrankungen und Bronchitiden, nur je eine leichte Brustfellreizung und eine ebenso kurz dauernde lobuläre Pneumonie als interkurrente Erscheinungen auf.

Von sogenannten venerischen Erkrankungen wurde sowohl frische als veraltete Lues behandelt, letztere zumeist als ulceröses Syphilid, Fistelbildung und Periostitis. In einem Falle, wo der Patient unzweifelhaft als Kind ganz unschuldig zu der Affektion gekommen war — vermutlich Übertragung bei Wundbehandlung durch Laien — wurden die Symptome viele Jahre lang als Rheumatismus gedeutet und demgemäß erfolglos behandelt, obschon neben den Knochen- und Gelenkschmerzen Fisteln und Ulcera jahrelang bestanden hatten, welche jeder Therapie trotzten, da die allein richtige nicht zur Anwendung kam. Die Sicherstellung der Diagnose ergab sich, wie so oft bei tertiären Erscheinungen, ex juvantibus.

Von Krankheiten der äußeren Bedeckungen kamen mehrfach Ulcera cruris, Furunkel, eine größere Zellgewebsentzündung am Rücken, einige leichtere Ekzeme zur Behandlung; auch wurde eine kleine gestielte Geschwulst — Lipoma — angeblich seit der Geburt bestehend — entfernt.

Ein Europäer war bei Gelegenheit der Arbeiteranwerbung von den Eingeborenen angefallen und hatte einen Speerwurf in die Brust unmittelbar über der Aorta ascendens erhalten. Der Speer hatte jedoch nur die Weichteile durchbohrt und eine ungefährliche äußere Wunde bewirkt.

Die Entbindung einer Primipara veranlaßte einen mäßigen Dammriß, der ohne Zwischenfälle verheilte.

Eingeborene.

Es ist ein ganz erheblicher Rückgang an Malaria zu verzeichnen, nämlich 33 gegen 91 Fälle. Dies kann wohl mit einigem Recht auf die Einrichtung eines ärztlichen Betriebes hier zurückgeführt werden. Ohne die verständnisvolle Mitarbeit aller Europäer wäre der Arzt freilich allein auch nicht imstande, Erfolge zu erzielen; aber dieses Verständnis bricht sich doch mehr und mehr Bahn, daß nur pünktliche Unterdrückung jeder Infektionsquelle Wandel schaffen kann. Zur Beobachtung kommen hier fast ausschließlich Tertiana und Tropica, und zwar erstere noch erheblich häufiger als letztere.

Dysenterie. Auf diesem Gebiete sind Besserungserfolge bisher nicht zu verzeichnen. Abgesehen von den 15 Erkrankungen, welche als solche von vornherein eingeliefert wurden, erkrankte daran auch noch eine große Anzahl von Leuten, welche wegen anderer Leiden eingeliefert waren. Die primitiven Hospitalverhältnisse machen einen Kampf gegen die Verbreitung der Dysenterie im Hospital selbst fast aussichtslos. Auch die angestrebte Verbesserung der Wasserverhältnisse wird ihr Teil zur Verbesserung beizutragen haben. Bisher liefern noch immer die bekannten großen eisernen Tanks für Regenwasser unseren gesamten Bedarf an Wasser. Es sollen nun eine Anzahl abessynischer Röhrenbrunnen an verschiedenen Punkten niedergebracht werden. Man wird zwar das Wasser nicht allein als Infektionsträger verantwortlich machen können, sowenig wie die unmittelbare Übertragung von Mensch zu Mensch eine genügende Erklärung für die Weiterverbreitung dieser Erkrankung abgibt; auch die von manchen neuerdings so in den Vordergrund geschobene Theorie, daß besonders Früchte und Nahrungsmittel aus den Händen von Eingeborenen, die an chronischer Dysenterie leiden, die Hauptträger der Keime sein sollen, ist mehr als unzulänglich. Die Dysenterie ist eine der schlimmsten Plagen im Bismarck-Archipel, und bei weitem die meisten schweren Erkrankungen anderer Art kombinieren sich bei längerer Dauer mit ihr; ja, es muß hervorgehoben werden, daß fast kein Todesfall an anderen Krankheiten eintritt, den nicht eine interkurrente Dysenterie noch beschleunigt hätte. Diese Beobachtung habe ich in ganz gleicher Weise in den Jahren 1896 bis 1899 unter den relativ guten Hospitalverhältnissen der Neu-Guinea Kompagnie in Herbertshöhe gemacht; auch

andere Ärzte in anderen Tropengegenden haben wiederholt darauf hingewiesen. Das Interesse an der Malaria und ihrer Bekämpfung steht aber heutzutage so sehr im Vordergrund, daß der Kampf gegen diese in den Tropen wohl mindestens ebenso bedeutungsvolle Erkrankung mehr als wünschenswert zurücktritt. Es mag dies zum Teil seinen Grund mit darin haben, daß der Europäer im allgemeinen durch seine Lebensweise, sein verständigeres Verhalten, seine größere Reinlichkeit besser gegen die Dysenterie und ihre Konsequenzen geschützt ist. Für die Schwarzen aber — sowohl die freien Eingeborenen als die Arbeiter — spielt sie eine große und schlimme Rolle in unseren Gegenden. Ihr Wertverhältnis zur Malaria läßt sich vielleicht in folgender Weise ausdrücken: „Die Malaria bringt den Menschen herunter, die Dysenterie aber bringt ihn vollends um."

Bei dem reichen Material, welches man im Laufe der Jahre hier zu beobachten Gelegenheit hat, drängt sich immer wieder die Überzeugung auf, daß — abgesehen von den als Ursache festgestellten Bazillen bzw. Amöben — nicht ein einzelner Faktor für die Übertragung verantwortlich gemacht werden kann, sondern daß der Erreger dieser Krankheit in gewissem Sinne ubiquitär ist, daß die Möglichkeit der Erkrankung in viel höherem Grade von der momentanen Disposition des Betreffenden als von einer Gelegenheit sich zu infizieren abhängt. Dies allein würde zur Genüge die Komplikation der meisten schweren Erkrankungen mit Dysenterie erklären, sowie auch die fast regelmäßige terminale Dysenterie; es würde erklären, wie jemand als Folge einer starken Durchnässung unmittelbar Dysenterie bekommt, ohne daß weit und breit auch nur eine einzige lebende Infektionsquelle nachzuweisen wäre; es würde ferner erklären, weshalb man bei Schwarzen fast niemals eine Diarrhöe ohne dysenterischen Charakter beobachtet u. s. f. — Daß die Exkremente den Hauptinfektionsstoff enthalten, ist ohne weiteres klar, und daß den Fliegen jedenfalls eine nicht unbedeutende Rolle in direkter und frischer Übertragung zukommt, wird kaum zu bezweifeln sein; aber man wird gewiß nicht fehlgehen, in der Beschaffenheit des Trinkwassers ein gewichtiges Moment, sei es direkt durch Vermittlung von Keimen, sei es indirekt durch Beeinträchtigung des sonst widerstandsfähigen Magendarmkanals, zu suchen. Von den selbstverständlichen Reinlichkeits- und Desinfektionsmaßregeln in Kasernen und Arbeiterhäusern abgesehen, würden sich als wichtige Bekämpfungsmomente ergeben: Beschaffung einwandfreien Trink-

wassers, und zweitens Desinfizierung der Exkrementenablage. Letzteres Moment ist in unseren Gegenden das allerschwierigste; denn es steht im Gegensatz zur Gepflogenheit des Schwarzen, der eigentliche Aborte nicht kennt und nicht liebt, sondern sich einen beschaulichen Winkel am Strande oder irgendwo im Busche sucht. Soweit der Strand in Frage kommt, liegen die Verhältnisse noch günstig, denn das Hochwasser wäscht die Exkremente weg und macht die Keime unwirksam.

Die medikamentöse Behandlung der Dysenterie hat bis zum heutigen Tage noch keine großen Triumphe gefeiert. Als wichtiges und richtiges Prinzip ist allgemein anerkannt, daß in den ersten Tagen abgeführt werden muß. Die aus manchen Gegenden Afrikas sehr gelobte Behandlung mit kleinen Dosen Kalomel hat sich bei dem tiefen Niveau unserer Eingeborenen als undurchführbar erwiesen. Alle guten Vorstellungen und alle persönliche Aufmerksamkeit vermochten nicht, die ohnehin bei dieser Erkrankung ziemlich apathischen Schwarzen zu einer regelmäßigen Mundpflege zu bewegen. Stets trat daher eine Merkurialstomatitis auf, welche die Krankheit nur noch mehr komplizierte. Vereinzelte große Dosen brachten jene Gefahr weniger mit sich. Wir ziehen hier das Rizinusöl vor, das sich auch stets gut bewährt hat und zu den wenigen Medikamenten gehört, denen von seiten vieler Schwarzer einiges Vertrauen entgegengebracht wird. Opium als Tinktur oder in der noch günstigeren Verbindung mit Ipekakuanha als Dowersches Pulver geben wir nur, wenn es nötig erscheint, um einem dieser gequälten Kranken einige Stunden ruhigen Schlafs zu verschaffen. Von spezifischen Mitteln ist bisher immer nur die Ipekakuanha, vom Brechstoff befreit, von guter Wirkung gewesen. Aufgüsse von Simaruba und ähnlichen Dingen schmecken höchst widerwärtig und erfordern schon beim Europäer eine gewisse Portion moralischer Willenskraft, um sie mehrmals herunterzuschlucken und dann auch wirklich zu behalten, was jeder bestätigen wird, der eine schwere Dysenterie mit ihrem ausgesprochenen Widerwillen gegen Speisen und Getränke durchgemacht hat. Bei unseren Melanesen darf man auf diesen moralischen Willen gar nicht rechnen.

Ganz außerordentlich viel vermögen in akuten Fällen permanente warme Überschläge zu leisten; aber so einfach dieses Mittel klingen mag, so schwierig würde die Durchführung in einem Krankenhaus für Schwarze sein.

Beri-Beri. Recht unerwartet, aber auch recht unerwünscht war das Auftreten von Beri-Beri auf unserer Station. Über das erste Auftreten der Erkrankung ist bereits oben unter dem Abschnitt „Europäer" Ausführliches gesagt.

Beri-Beri ist eine Erkrankung, welche ursprünglich im Bismarck-Archipel sicher nicht heimisch war; es liegt auch kein Grund vor anzunehmen, daß sie auf dem Festland von Deutsch-Neu-Guinea unter den Papuas heimisch war. Wohl aber ist sie nach Stephansort und Friedrich-Wilhelmshafen frühzeitig eingeschleppt worden durch Javanen und Chinesen, welche in der Zeit des intensiven Tabakbaues das Gros der Arbeiter dort ausmachten. Von diesen wurden auch verschiedentlich melanesische Arbeiter angesteckt. Als dann Anfang 1896 zum ersten Mal ein ärztlicher Betrieb im Bismarck-Archipel, und zwar in Herbertshöhe eingerichtet wurde, kamen von den vorerwähnten Stationen Neu-Guineas wiederholt beri-berikranke Melanesen nach Herbertshöhe in das Hospital, in erster Linie, weil man von einem Ortswechsel eine Besserung oder eine Heilung der Leute erhoffte. Es waren recht schwere Fälle darunter. Obschon in diesem ersten Jahre die dortigen Hospitalverhältnisse auch noch äußerst primitive waren und alle Arten von Kranken in einem Raum vereinigt werden mußten, fand doch merkwürdigerweise nicht eine einzige Übertragung von Beri-Beri auf andere Kranke statt. Von den aus Neu-Guinea gesandten Fällen starben einige, andere wurden gesund und gingen meist in ihre Heimat, einige aber nahmen auch neue Dienste an der Blanche-Bai. So wurde einer der schwersten Fälle nach seiner Wiederherstellung der Hauptkoch des Hospitals und hat diesen Posten während der ganzen Dauer meines dortigen Aufenthalts — bis Februar 1899 — ausgefüllt. In diesem ganzen Zeitraum ist niemals ein Fall von Beri-Beri unter den Melanesen an der Blanche-Bai oder sonstwo im Archipel zur Behandlung oder auch nur zu meiner Kenntnis gekommen.

Die weitere Entwicklung der Krankenverhältnisse bis August 1903 entzieht sich meiner persönlichen Beurteilung. An letzterem Termin aber waren jedenfalls schon wieder eine Reihe von neuen Beri-Berifällen nach dem Bismarck-Archipel verschleppt. Vermutlich sind es Chinesen gewesen, welche den Krankheitskeim ins Land brachten. Während in früheren Zeiten Chinesen nur ganz vereinzelt nach dem Archipel gekommen waren, hatte der Bau der großen Pier-Anlage des Norddeutschen Lloyds in Simpsonhafen eine immerhin erhebliche Anzahl als Zimmerleute und Handwerker

herbeigezogen, von denen mancher das Engagement nur als Sprungbrett benutzte, um sich irgendwo im Gebiet als Händler niederzulassen. Aber auch auf dem Gouvernementsdampfer Seestern haben sich von Anfang an Beri-Berifälle gezeigt, zunächst ebenfalls unter den Chinesen, welche den Hauptteil des Maschinenpersonals und der Bedienung ausmachen. Weiterhin sind dann auch Übertragungen auf an Bord befindliche Melanesen vorgekommen.

Der Bezirk Käwieng war jedenfalls 1903 frei von Beri-Beri und blieb es bis Ende 1905, wo der früher erwähnte Fall auftrat, dem sich in rascher Folge andere anschlossen. Der spezielle Weg der Einschleppung hat sich, wie aus den früheren Ausführungen zu entnehmen ist, nicht mit Sicherheit feststellen lassen, nur leitet der Verdacht auch hier auf einen Chinesen hin. Eigenartig und einigermaßen beunruhigend ist dagegen, daß es zum Ausbruch einer wirklichen kleinen Epidemie von sehr bösartigem Charakter ganz allein unter den Melanesen kam. Die meisten Fälle traten im Hospital bei bereits vorhandenen Insassen auf, die ursprünglich eine ganz andere Erkrankung hereingeführt hatte; doch muß erwähnt werden, daß insbesondere auch ein Fall vorkam, wo der betreffende Polizeisoldat monatelang von der Station ganz fern an einem weitabgelegenen Punkt der Küste stationiert war und von dort krank zurückkam, ohne daß auch nur die geringste Berührung mit einem Beri-Berikranken nachzuweisen wäre. Es wurde bereits erwähnt, daß die Epidemie ausgesprochen bösartig war. Die sogenannte hydropische Form kam gar nicht zur Beobachtung; wenigstens waren gelegentlich auftretende Ödeme auf dem Fußrücken oder über dem Schienbein unbedeutend. Dagegen kamen mehrere Fälle der perniciös-akuten Form mit schnellem Exitus letalis vor; die meisten Erkrankungen betrafen schwere Fälle der trockenen atrophischen Form, die zu einem guten Teil nach monatelangem Krankenlager starben, bisweilen, schon gebessert, von interkurrenten Krankheiten — namentlich Dysenterie — hingerafft wurden. Wenn ausgesprochene Besserung vorlag, wurden die Kranken, soweit angängig, in ihre Heimat expediert.

Gelenkrheumatismus trat unter den Schwarzen in 4 Fällen auf; er scheint durchaus keine seltene Erkrankung hier zu sein, und sein Erreger ist wohl identisch mit dem in Europa; denn die Salizylpräparate wirken hier ebenso spezifisch wie dort. Sämtliche vier Fälle wurden geheilt.

Influenza. Es vergeht fast kein Jahr, ohne daß zu irgendeiner Zeit eine Influenzaepidemie auftritt; es ist dies auch in früheren Jahren an der Blanche-Bai beobachtet worden. Wie in Europa ist auch hier eine gewisse Abhängigkeit des Auftretens dieser Erkrankung von der Witterung bemerkbar, doch immerhin nicht in dem Grade, daß nicht deutlich erkennbar bliebe, daß es sich in erster Linie um eine infektiöse Krankheit handelt. So traten sämtliche Fälle des Berichtsjahres im April und Mai auf — also nicht in der eigentlich unfreundlichen Zeit des Nordwest-Monsuns, sondern in der Übergangszeit. Während der oben genannten Monate war das Wetter still und schwül mit gelegentlichen Regenböen. Die 14 notierten Fälle werden nur einen kleinen Teil der Erkankungen umfassen, soweit sie nämlich die Träger arbeitsunfähig machten. Auch sind nur diejenigen Fälle unter dieser Rubrik geführt, welche unkompliziert blieben. Die in derselben Zeit auftretenden Pleuritiden und Pneumonien werden in letzter Linie ihren Anstoß auch in einem Influenzaanfall gefunden haben.

Pneumonie. In einigen Fällen ließ sich die Entstehung der Pneumonie direkt im Anschluß an Influenza verfolgen. Sämtliche Erkrankungen verliefen glücklich; einer der Patienten, bei welchem zugleich ein Vitium cordis bemerkt wurde, ging als arbeitsuntauglich in seine Heimat zurück.

Pleuritis. Als Grundursache der Pleuritiden ist wohl auch hier meist eine latente Tuberkulose anzunehmen, insbesondere bei den Rezidiven. Deshalb wird all diesen Erkrankungsfällen auch nach dem Verschwinden der objektiven Symptome eine möglichst ausgiebige Erholungszeit gewährt und die Leute werden erst entlassen, wenn sie einen guten Ernährungszustand aufweisen. Auch wird in allen Fällen bei der Entlassung auf die erforderliche Schonung bei der Arbeit hingewiesen.

Soweit es sich um flüssige Exsudate handelte, resorbierten sich dieselben stets, ohne eine Punktion nötig zu machen.

Tuberkulose der Lungen. Außer den beiden unter hiesigen Gefangenen vorgekommenen Fällen wurde noch ein dritter Schwindsüchtiger von privater Seite eingeliefert. Alle drei Fälle waren schon ziemlich weit vorgeschritten und endigten verhältnismäßig rasch mit dem Tode. Zwei Fälle waren mit wiederholter Hämoptoë verbunden.

Von Erkrankungen des Verdauungstraktus kam Stomatitis oft, aber stets als interkurrente Erkrankung zur

Beobachtung. Die akuten Verdauungsstörungen bestanden in den fünf notierten Fällen entweder in Leibschmerzen oder Erbrechen oder Verstopfung, wohl fast immer nur Resultate der Unmäßigkeit. Wer die ungeheuren Massen von Futter gesehen hat, die solch ein Schwarzer in seinem Bauch verschwinden läßt, insonderheit, wenn es bei festlichen Gelegenheiten gute Bissen für seinen Gaumen gibt, der kann sich höchstens wundern, daß Verdauungsstörungen nicht noch viel häufiger sind.

Ascites. Zwei dieser Fälle waren Bestand aus dem vorigen Berichtsjahr, ein dritter trat neu hinzu. Eine sichere Diagnose ließ sich in keinem Fall stellen, nur konnte Nierenaffektion jeweils ausgeschlossen werden. Die Gesamtheit der Symptome und der Verlauf wiesen mit Wahrscheinlichkeit auf eine Störung im Pfortaderkreislauf hin und die Diagnose „interstitielle Hepatitis" wird das richtige treffen, zumal keinerlei Anhaltspunkte für Tuberkulose des Bauchfells gegeben waren. Zwei dieser Leute gingen in ihre Heimat zurück, einer blieb Bestand.

Nephritis. Der einzige, aus dem vorigen Berichtsjahr übernommene Fall dieser Art, ein Gefangener, wurde nach mehr als einjährigem Aufenthalt im Hospital begnadigt und in seine Heimat, die Bainingberge auf der Gazellenhalbinsel, gesandt. Sein Zustand war sehr wechselnd, jedoch erholte er sich selbst von schweren Ödemerscheinungen und urämischen Krampfanfällen immer wieder.

Prostatahypertrophie wurde bei einem älteren Manne, einem Gefangenen, bemerkt und machte oft den Gebrauch des Katheters nötig.

Gonorrhoe. Diese Erkrankung ist eine rechte Plage in unserem Gebiet geworden und durch die Anwerbung längst über alle Inseln verschleppt. Untersuchungen auf diese Krankheit müssen mit äußerstem Mißtrauen durchgeführt werden, da die Leute ein ganz außerordentliches Raffinement besitzen, das Bestehen der Krankheit zu verheimlichen. Die positive Heilung erfordert meist recht lange Zeit, am meisten bei den Frauen, welche gewöhnlich schon eine Endometritis haben, wenn sie zur Beobachtung kommen. Wenn man bedenkt, daß die Gonorrhöe eine der häufigsten Ursachen für Sterilität, besonders der Frauen ist, wenn man ferner bedenkt, daß der Melanese fast aller medizinischen Kenntnisse und Hilfsmittel bar, persönlich dazu ungeheuer un-

sauber ist, nichts für seine Körperpflege tut und freiwillig so gut wie niemals zum Arzt kommt, so muß man die weite Verbreitung der Gonorrhöe mit Hinsicht auf eine numerische Entwicklung der Bevölkerung aufs tiefste bedauern. Am allermeisten aber ist zu bedauern, daß in diesem Kampfe gegen Gonorrhöe der Arzt einen großen Teil der Europäer nicht als Bundesgenossen für sich hat. Man möchte keine Hospitalkosten haben.

Lues. Auch diese Erkrankung hat seit jener Zeit, als ich den Archipel zuerst kennen lernte, mehr überhand genommen. Es sind nur die frischen und ganz zweifelsfreien Fälle in die Rubrik eingetragen; aber unter dem Kapitel der Ulcera usw. ist eine ganze Anzahl von Fällen, welche kaum etwas anderes als tertiäre Lues sein konnten und denen erst eine antiluetische Kur definitive Heilung brachte.

Augenerkrankungen. Außer einer Conjunctivitis kamen nur gelegentlich Prozesse aus früherer Zeit in abgelaufenem Zustand zur Beobachtung, dies allerdings nicht ganz selten. Hornhauttrübungen und Narben bis zu fast völliger Aufhebung der Sehfähigkeit, traumatischer Katarakt, Linsenluxation usw. Auch von Erkrankungen des Ohres kam nur ein Fall von Caries des Felsenbeins zur Beobachtung. Die Vornahme einer diffizilen Operation gestatteten die hiesigen Verhältnisse noch nicht; deshalb wurde nur dem Eiter dauernd Abfluß verschafft und der Kranke später nach Herbertshöhe überwiesen.

Mechanische Verletzungen schwerer Art kamen auf unserer Station nicht vor, sondern nur kleinere Verwundungen, wie Beilhiebe bei der Arbeit, meist in die unteren Extremitäten, Verletzungen durch Glasscherben, Abreißen von Nägeln an Zeh oder Finger usw. Dagegen wurden von auswärts einige schwere Verletzungen eingeliefert. Die eine war ein komplizierter Bruch eines Unterschenkels infolge Auffallen eines Baumstammes beim Fällen; eine andere war ein komplizierter Bruch beider Unterschenkel infolge Abstürzens von einer Kokospalme. Beide Kranke hatten den ersten Verband von Laien erhalten und dann eine mehrstündige Bootsfahrt hierher zurücklegen müssen, hatten aber dennoch das Glück, daß keine Infektion der Wunden eintrat. Es ist immerhin von Interesse, daß, obwohl die Behandlung lediglich durch Lagerung auf Volkmann'schen Schienen durchgeführt werden mußte, in beiden Fällen ein tadelloses Resultat erzielt

wurde. Die hier vorhandenen, in Tins eingeschlossenen Gipsbinden versagten völlig. Selbstverständlich war ein häufiger Verbandwechsel, eine stete Kontrolle der Gliedstellungen, ein fortwährendes Nuancieren in der Art der Polsterung usw. erforderlich. Aber das Resultat übertraf doch weit die Hoffnung.

Zu dem großen Kapitel der

Ulcera, Phlegmonen, Furunkel, Entzündungen

ist nur zu bemerken, daß es sich um leichteste und schwerste Affektionen handelte, und daß die darunter verzeichneten Todesfälle stets durch interkurrente Dysenterie veranlaßt sind.

Auch über die verschiedenen Arten von Hautaffektionen ist neues nicht zu bemerken, mit Ausnahme eines echten Falles von

Hautkrebs. Vor einigen Jahren wurde von ernst zu nehmender Seite, der allerdings eigene Tropenerfahrungen nicht zu Gebote standen, auf die merkwürdige Tatsache hingewiesen, daß Berichte über das Auftreten von Carcinom in den Tropen in der Literatur kaum zu finden seien, und daran wurde die Vermutung geknüpft, daß möglicherweise Malaria und Carcinom sich ausschlössen. Es ist dem allerdings bald widersprochen worden, und der Gedanke dürfte auch recht wenig Wahrscheinlichkeit für sich haben. Immerhin möchte ich ihn in diesem Zusammenhang berühren und über den vorliegenden Fall eine genauere Angabe machen, zumal der Sitz des Carcinoms ein für europäische Beobachtungen ungewöhnlicher war, nämlich auf der Fußsohle.

Etwa in der Mitte der Sohle, ein wenig mehr nach den Zehen hin gelagert, hatte der Patient eine harte, grauschwarze, scheibenförmige Geschwulst mit zerklüfteter und höckriger Oberfläche, die teilweise zerfallen war; die Geschwulst überragte etwa 2 bis 3 cm das gesunde Gewebe und war mit ihrer Unterlage fest verwachsen. Das ganze erinnerte sogleich beim ersten Anblick lebhaft an unseren sogenannten Schornsteinfegerkrebs am Scrotum, nur daß letzterer meist nicht erheblich in die Tiefe reicht. Der bösartige Charakter der Geschwulst wurde aber erst eigentlich dadurch manifest, daß eine gewaltige Metastase vorhanden war; und zwar waren am oberen Teil des Oberschenkels sowohl die oberflächlichen als die tiefen Inguinaldrüsen zu einem gewaltigen Tumor vereinigt, der ebenfalls nach allen Seiten hin fest verwachsen, aber an der Oberfläche noch größtenteils von der Haut bedeckt war. Nur am höchsten Punkt dieser mehr als handgroßen Geschwulst war ein Durchbruch nach außen erfolgt in Größe etwa eines Markstückes. Auch dieser Durchbruch zeigte den Charakter eines Carcinoms.

Da die Metastase ersichtlich die großen Gefäße schon umwachsen hatte, war an einen so gefährlichen operativen Eingriff unter den hiesigen Verhältnissen gar nicht zu denken; aber auch unter besten Verhältnissen würde die Metastase sich wohl als inoperabel erwiesen haben. Der Patient — es muß erwähnt werden, „ein freier Eingeborener und ausnahmsweise einmal freiwillig gekommen" — wurde nach kurzer Beobachtung in seine Heimat entlassen. Er war bereits deutlich kachektisch.

Zugleich mag hier im Zusammenhang eine andere, ältere Beobachtung Platz finden. Im Jahre 1897 oder 1898 wurde ich von dritter Seite veranlaßt, einem farbigen Missionslehrer von den Fidji-Inseln, der seit Jahren auf der Gazelle-Halbinsel wirkte, ärztlichen Rat zu erteilen. Ich erfuhr, der Mann fühle sich schon lange krank und erbreche fast alle genossenen Speisen wieder und habe viel Schmerzen im Leib. Ich fand einen körperlich ziemlich heruntergekommenen Mann von mittlerem Alter, und bei der Untersuchung ließ sich der Magen als eine einzige härtliche Geschwulst in all seinen Konturen deutlich durchfühlen. Ich kam daher zu dem Schluß, daß es sich nur um ein ziemlich weit vorgeschrittenes Carcinom des Magens bzw. carcinomatöse Degeneration, vermutlich vom Pylorus ausgehend, handeln könne. Der Missionslehrer erlag zwei oder drei Wochen später seinem Leiden, ohne daß ich Gelegenheit gehabt hätte, ihn wiederzusehen, da er fern von meinem Wohnsitz war. Obschon eine Autopsie die Diagnose nicht gestützt hat, wird ihre Richtigkeit nicht zu bezweifeln sein.

Es kann an sich nicht in meiner Absicht liegen, a priori bestreiten zu wollen, daß Carcinom möglicherweise selten in den Tropen ist; aber ich möchte doch zur objektiven Klarstellung der Frage an eines erinnern: Wir stehen noch sehr im Anfang unserer Studien über tropische Gesundheitsverhältnisse, besonders der Eingeborenen. Das in früheren Zeiten gewonnene und tatsächlich publizierte Beobachtungsmaterial entstammt fast ausschließlich den Kolonialarmeen der bedeutenden Kolonial-Staaten. Unser gegenwärtiges Material wird überwiegend an den jungen Burschen gesammelt, deren Konstitution sie zu Soldaten und Arbeitern geeignet erscheinen läßt, mithin also überwiegend einer Altersstufe, in welcher Carcinom an sich schon in Europa selten ist. Es mag ja sein, daß die übrigen Lebensalter in anderen Gegenden sich etwas weniger zurückhaltend in der freiwilligen Inanspruchnahme des Arztes verhalten, als es bei unserer tiefstehenden Bevölkerung der Fall ist. Sehr erheblich scheint diese Inanspruchnahme aber noch nirgends gewesen zu sein. Die besten und allgemeinsten Aufschlüsse können uns vorläufig wohl noch die größeren Gefängnisse für Eingeborene geben, in denen die Lebensalter gleichmäßiger vertreten sind.

Maligne Lymphome. Diese Erkrankung wurde schon früher hier beobachtet. Der vorliegende Fall kam von Herbertshöhe mit einem Anwerbeschiff und gehörte zu einer Partie heimzubefördernder Leute. Offenbar war der schon ziemlich elende Mann dem Anwerber nur lästig, und so landete er den Mann unter einem ziemlich nichtigen Vorwande und ohne vernünftigen Grund; denn es wäre viel besser gewesen, den unheilbaren Kranken in seiner Heimat sterben zu lassen. Hier hat denn auch eine interkurrente Dysenterie sein Ende noch beschleunigt. Die Lymphome saßen wie meist hauptsächlich am Halse und in den oberen Brustpartien.

Zum Schluß wäre noch einer linksseitigen Ischias zu gedenken, welche durch Schonung und Massage allmählich in Heilung übergeführt wurde.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Käwieng im Berichtsjahr 1905/06.

Laufde Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Malaria	1	32	33	32	.	.	32	1	.	584
2	Dysenterie	1	14	15	7	5	1	13	2	.	1 189
3	Beriberi	.	1	1	.	.	.	.	1	.	4
4	Gelenkrheumatismus	.	4	4	4	.	.	4	.	.	250
5	Influenza und akute Bronchitis	.	14	14	14	.	.	14	.	.	161
6	Pleuritis	1	3	4	4	.	.	4	.	.	205
7	Pneumonie	1	5	6	5	.	1	6	.	.	379
8	Lungentuberkulose	.	2	2	.	2	.	2	.	.	162
9	Akute Verdauungsstörungen	.	5	5	5	.	.	5	.	.	122
10	Chron. Darmkatarrh	1	.	1	1	.	.	1	.	.	52
11	Parotitis (nicht epidemisch)	.	1	1	1	.	.	1	.	.	42
12	Ascites	2	1	3	.	.	2	2	1	.	500
13	Nephritis	1	.	1	.	.	1	1	.	.	177
14	Prostatahypertrophie	.	1	1	.	.	.	.	1	.	8
15	Gonorrhoe	4	36	40	19	.	3	22	18	.	5 245
16	Lues	.	2	2	1	.	.	1	1	.	299
17	Augenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	13
18	Ohrkrankheiten	.	1	1	.	.	1	1	.	.	165
19	Verletzungen, Verwundungen, Kontusionen, Brüche usw.	1	5	6	5	.	.	5	1	.	60
20	Ulcera, Furunkel, Phlegmonen, Entzündungen usw.	15	37	52	36	5	3	4	8	.	3 535
21	Ekzem	1	.	1	1	.	.	1	.	.	14
22	Scabies	3	24	27	26	.	1	27	.	.	702
23	Ringwurm	1	.	1	.	.	1	1	.	.	2
24	Carcinom	.	1	1	.	.	1	1	.	.	6
25	Maligne Lymphome	.	1	1	.	1	.	1	.	.	17
26	Endometritis	.	2	2	.	.	.	.	2	.	163
27	Neuralgien	.	1	1	1	.	.	1	.	.	41
28	Ermüdungen und Verschiedenes	.	11	11	10	.	1	11	.	.	246
		33	206	239	174	13	16	203	36	.	14 369
	Außerdem wurden Angestellte Privater behandelt	.	.	83	.	.	.	.	.	mit	4 850
	Also in Summa	.	.	322	.	.	.	.	.	mit	19 219

VI. Karolinen und Marshall-Inseln.

A. Westkarolinen.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Born.)

I. Allgemeines.

Am 1. Januar kehrte Berichterstatter von einem längeren Heimatsurlaub auf seinen Posten zurück. In der Zwischenzeit hatte der Polizeimeister Kayser den nötigsten Sanitätsdienst versehen, unterstützt durch die früher ausgebildeten eingeborenen Lazarettgehilfen, sowie im Dezember 1905 der Regierungsarzt Dr. Girschner aus Ponape. Ernstliche Erkrankungen waren unter der durch die Telegraphenbeamten erheblich vermehrten weißen Bevölkerung nicht vorgekommen, auch kein Todesfall. Geburten von weißen Frauen hatten zwei stattgefunden, die normal verlaufen waren.

Die Revision der Sanitätsstationen, auf denen die eingeborenen Lazarettgehilfen selbständig gearbeitet hatten, ergab befriedigende Resultate; ganz besonders hatte der Gehilfe Kotomak aus Kadai sehr gute Heilerfolge bei seinen Patienten aufzuweisen. Auch hatte er sich mehrfach bei schwereren Verletzungen durch Besonnenheit und Umsicht ausgezeichnet und kleinere chirurgische Eingriffe, sogar Ligatur von Arterien gut ausgeführt.

II. Spezieller Krankheitsbericht.

Statistisches.

Im ganzen kamen vom 1. Januar bis 31. März 1906 zur Behandlung 458 Patienten (gegen 420 im ganzen Jahre 1902/03). Davon waren der Nationalität resp. dem Stamme nach 7 Deutsche, 1 Norweger, 12 Engländer, 3 Spanier, 1 Portugiese, 3 Japaner,

6 Chinesen, 5 Malayen, 10 Chamorros, 7 Sonsoroleingeborene, 1 Oleeimann, 5 Paulauleute, 1 Halbblut (Nauru-Amerika) und 397 Japeingeborene. Von diesen letzteren waren 165 Männer, 160 Frauen und 72 Kinder. Die große Zahl der Frauen und Kinder muß als ein erfreuliches Zeichen zunehmenden Vertrauens seitens der Eingeborenen betrachtet werden.

Von diesen 458 Patienten wurden geheilt resp. gebessert entlassen 277 Kranke, aus der Behandlung schieden vorzeitig ungeheilt aus 24 Kranke. Gestorben ist nur 1 Sonsorolmann an tuberkuloser Pneumonie. Die anderen 156 Patienten sind im Bestande geblieben.

Hautkrankheiten.

Was die vorgekommenen Krankheiten im einzelnen betrifft, so kamen wieder vorzugsweise Hautkrankheiten zur Behandlung, und zwar 50 Fälle von einfachen, d. h. nicht konstitutionellen, 51 Fälle von framboesischen, 125 Fälle von spätluetischen Geschwüren. Die Behandlung dieser Krankheiten nahm den größeren Teil der täglichen Arbeitszeit in Anspruch und erforderte sehr häufig kleinere chirurgische Eingriffe.

Ausgedehnte phagedänische Geschwüre am ganzen Körper, die aber mehr in die Fläche als in die Tiefe gingen, beobachtete ich bei einer alten Japfrau, die nach monatelanger Behandlung doch endlich Heilungstendenz zeigten und nun fast sämtlich vernarbt sind.

Von anderen Hautkrankheiten kam vor: Ringwurm in 6 Fällen, Tinea imbricata in 17 Fällen, Erythema solare in 2 Fällen, akutes Ekzem am Ohre bei einem Japknaben, chronisches Schmutzekzem in 2 Fällen, Furunkulose der Haut bei einem jungen Japmann.

Krankheiten des Nervensystems und der Bewegungsorgane.

Eine alte Facialislähmung, wohl auf einer Erkältungsotitis beruhend, sah ich bei einem jungen Japmann, Neuralgien an den verschiedensten Körperstellen, vorzugsweise im Bereich der Kopfnerven in 11 Fällen, Epilepsie bei einem etwa 6 jährigen Knaben mit Hydrocephalus. Ein Malaye hatte eine Atrophie der Muskeln des linken Oberschenkels. Bei einem Europäer behandelte ich einen leichten Sonnenstich mit gastrointestinalen Erscheinungen.

Muskelrheumatismus kam bei 20 meist älteren Japeingeborenen beiderlei Geschlechts zur Behandlung, Gelenkrheumatismus, stets in der chronischen fieberlosen Form, bei 10 Japleuten. In der Behandlung des letztgenannten Leidens wandte ich Aspirin mit gutem Erfolge neben Ichtyoleinreibungen an.

Augen- und Ohrenkrankheiten.

Von Augen- und Ohrenkrankheiten kamen nur wenige Fälle vor: eine beginnende Katarakta senilis bei einem Japmanne und zwei Fälle von Conjunktivitis, ebenfalls bei Japleuten. Eine diffuse Otitis externa behandelte ich bei einem jungen norwegischen Matrosen. Seltsamerweise habe ich diese Affektion gerade bei Matrosen von Kohlenladeschiffen hier in Jap schon häufiger beobachtet.

Erkrankungen der Brustorgane.

Erkrankungen der Atmungsorgane kamen diesmal sehr zahlreich vor und zwar 33 Fälle von Bronchitis im akuten wie chronischen Stadium, sowie 11 Fälle von Asthma bronchiale, zu dessen Behandlung ich Charta nitrata und Amylnitrit in Kapillaren anwandte. Wie mir Herr Bezirksamtmann F r i t z mitteilte, soll auf Saipan Datura Strammonium wild wachsen, deren Blätter von alters her bei den Eingeborenen dort gegen Asthma in Gebrauch stehen sollen. Es wäre wohl der Mühe wert, diese wertvolle Pflanze hierher nach Jap zu überführen, wo die älteren Leute gerade unter Asthma zu leiden haben.

Von chronischen Kehlkopfkrankheiten kamen 2 Fälle zur Behandlung, bei der der neue Inhalationsapparat sehr gerne von den Kranken benutzt wurde.

Ein Fall von interstitieller Pneumonie tuberkulöser Natur endete letal. Von Herzkrankheiten kamen nur 4 Fälle von nervöser Störung der Herztätigkeit vor.

Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Erkrankungen der Verdauungsorgane waren diesmal sehr zahlreich. Vielleicht lag dies daran, daß die Regenmengen der letzten Monate eine sehr geringe war und infolgedessen altes abgestandenes Wasser getrunken werden mußte. Um diese Erkrankungen, die sich meist als akuter Brechdurchfall zeigten, nach Möglichkeit

unter den Europäern einzuschränken, habe ich die Kabelgesellschaft veranlaßt, mehrere Filter zu bestellen, so daß keiner der Beamten nebst ihren Familien mehr unfiltriertes Wasser zu trinken nötig hat. Im ganzen kamen 21 Fälle von Magendarmkatarrh zur Behandlung, die alle günstig verliefen.

Chronischen Dickdarmkatarrh behandelte ich bei einem jüngeren Japmann, ferner beobachtete ich Cholelithiasis bei einem Europäer mit seltenen Attacken, Askariden bei einem kleinen Japmädchen, auch einen Fall von chronischer Nephritis. Ein Fall von äußeren Hämorrhoiden bei einem Europäer wurde durch Hamamelislanolin günstig beeinflußt.

Eine stomatitis mercurialis bei einer älteren Japfrau ging nach Kal. chlor.-Behandlung zurück, zwei Fälle von akuter Angina mit hohem Fieber endigten auch schnell in Genesung.

Konstitutionelle Krankheiten.

Bei einem Chamorrokinde sah ich eine ausgebildete Rachitis, sowie bei 10 jungen Japmädchen während der Entwicklungsjahre chlorotische Erscheinungen, die ich durch Milchdarreichung, Arsen, Sirup, Feri jodati und Blaudsche Pillen bekämpfte. 8 Fälle von Skrophulose bei Japkindern behandelte ich mit Lebertran, der wunderbarerweise gern von den Kindern genommen wurde.

Infektionskrankheiten.

Von Infektionskrankheiten kamen 3 sporadische Fälle von Schnupfenfieber vor, ferner 4 Fälle von Gonorrhoe, 1 Fall von Nebenhodenentzündung und 2 Fälle von Syphilis, einer davon mit Primäraffekt, Infektionsort angeblich Yokohama, indolenten Bubonen und Sekundärerscheinungen.

Tuberkulose kam in 5 Fällen zur Behandlung. Die lokal befallenen Organe waren zweimal die Lungen, je einmal das Knie, die Halsdrüsen und die Wirbelsäule.

Verletzungen und chirurgische Erkrankungen.

Verletzungen meist leichter Art kamen 17 zur Behandlung, von chirurgischen Erkrankungen 20 Fälle, darunter Phlegmonen, Tumoren, Drüsenerweiterungen nicht tuberkulösen Ursprungs, klimatische Bubonen, nichtgonorrhoische Nebenhodenentzündung,

Phimose, Nekrose der Tibia, Elephantiasis des Präputiums, cornu cutaneum, gangränescierende Sehnenscheidenentzündung, Caries dentium, doppelte Hasenscharte und Wolfsrachen.

Größere Operationen.

Von größeren Operationen wurden ausgeführt: 1 Oberschenkelamputation, 2 Unterschenkelamputationen, 1 modifizierte Chopartsche Amputation, 1 Fingeramputation, Exstirpation eines apfelgroßen Fibrolipoms vom linken Nasenbein ausgehend mit konsekutiver leichter Schielstellung des linken Auges nach außen, Phimosenoperation, Sequestrotomie, Amputation des elephantiastischen Präputiums. Sämtliche Operationen verliefen glücklich, ebenso die Narkosen, und führten zu voller Heilung bis auf eine Unterschenkelamputation, die wegen geschwüriger Zerstörung des Fußes und Unterschenkels zu konservativ vorgenommen wurde, indem am nahezu verheilten Stumpf neue periostitische Herde von der Tibia ausgehend aufbrachen.

Sämtliche anderen Amputationen mußten ebenfalls wegen geschwüriger Zerstörung der betreffenden Gliedmaßen vorgenommen werden.

Geburtshilflicher Eingriff.

Bei einer Europäerin wurde nach 80 stündiger Geburtsdauer mit sehr schmerzhaften, aber erfolglosen Krampfwehen, in Chloroformnarkose der künstliche Blasensprung gemacht, worauf spontan ein sehr stark entwickeltes Kind geboren wurde. Das Wochenbett verlief fieberfrei.

B. Ostkarolinen.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Girschner.)

Am 20. April 1905 zog über Ponape ein schwerer Taifun von Kussai kommend dahin und richtete gewaltige Verwüstungen auf der Insel an. Kein lebender Eingeborener weiß sich eines derartigen Unwetters zu entsinnen, doch geht die Überlieferung, daß vor etwa achtzig Jahren ein langanhaltender Sturm im Verein mit starken Meeresfluten das Land einst gänzlich verwüstet und arge Hungersnot veranlaßt habe. Der Sturm vom vorigen Jahre ver-

nichtete die Waldungen, zerstörte die Hütten der Eingeborenen und sämtliche Häuser der Kolonie. Auch das alte, noch aus spanischer Zeit stammende Krankenhaus mit seinem neuen Anbau und dem größten Teil des Inventars ging dabei zugrunde. Sobald es die Umstände erlaubten, wurde eine kleine Notbaracke errichtet, in der die Kranken untersucht und behandelt werden konnten, soweit es das spärlich vorhandene Sanitätsmaterial erlaubte. Am 22. Januar 1906 wurde mit dem Bau des neuen Krankenhauses begonnen, am 18. März wurde es vollendet und konnte bezogen werden. Der Grundriß des Gebäudes ist aus der Anlage ersichtlich. Der Raum links vom Eingang dient zu Untersuchungszwecken und zur Aufstellung der Medikamente und Instrumente, der rechte Raum ist für die Unterbringung der Kranken bestimmt; ringsherum läuft eine Veranda, auf der sich die Kranken bei Tage gern aufhalten. Der kleine abgesonderte Raum, mit dem Hauptgebäude durch einen Gang verbunden, ist hauptsächlich zur Vornahme von aseptischen Operationen bestimmt; im Notfall können hier auch erkrankte Europäer aufgenommen werden.

Anlage I.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung war im allgemeinen kein guter. Durch die Vernichtung der Fruchtbäume und Pflanzungen fehlt es an vegetabilischen Nahrungsmitteln, und da auch keine Copra mehr verkauft werden konnte und somit die Haupteinnahmequelle fehlt, so vermögen die Eingeborenen vielfach auch nicht durch Kauf von Biskuits und Reis diesem Mangel abzuhelfen. Dazu gesellen sich noch manche andere Übelstände. Zunächst fehlte ausreichender Schutz gegen die stürmische und regnerische Witterung, da alle Hütten mit Matten, Decken und Kleidern zerstört waren, und eine immerhin beträchtliche Zeit verlief, bis man sich mit dem Notwendigsten wieder versehen hatte. Das zum Trinken benutzte Wasser der Bäche war durch die massenhaft hineingefallenen organischen Substanzen (Blätter, Baumzweige usw.), die allmählich in Zersetzung übergingen, verdorben und erregte Diarrhoe und allerlei Verdauungsstörungen. Auch die Plage der Moskitos nahm in einem bis dahin unerhörten Grade zu und beraubte die Eingeborenen, die keine Moskitonetze mehr besaßen, der Nachtruhe. Die hauptsächlichsten Nahrungsmittel bot das Meer, doch konnte der Fischfang nicht so ergiebig wie in früheren Zeiten ausgeübt werden, da es wieder zunächst an Netzen und vielfach auch an Fahrzeugen fehlte. Die Gesamtverluste der Bevölkerung werden sich erst genauer durch eine Zählung feststellen lassen. Im Taifun selbst sind 15 Menschen umgekom-

men, viele wurden leicht verletzt. Von Europäern hat nur einer eine schwere Beschädigung davongetragen; ein herabgerollter Felsblock hatte ihm den Unterschenkel gequetscht und eine umfangreiche Zerstörung der Weichteile verursacht.

Auf den Nachbarinseln, die durch den Taifun mitbetroffen sind, wurden nach den Berichten, die dem Bezirksamt zugegangen sind, getötet: in Kussai: fünf, Mokil: einer, Namuin: zwei, Pingelap: vier Personen.

Auf der letzteren Insel ist unter den Eingeborenen eine Krankheit ausgebrochen, die mit Beri-Beri große Ähnlichkeit zeigt, und die von dem Stabsarzte S. M. S. „Seeadler", der sich zurzeit hier aufhielt, als Pseudo-Beri-Beri bezeichnet wurde; im ganzen sind an Krankheiten 113 Personen verstorben.

Meine ärztliche Tätigkeit in Ponape begann im abgelaufenen Berichtsjahre am 2. Mai 1905 nach der Rückkehr von den Marianen und erlitt noch einmal eine Unterbrechung vom 15. November 1905 bis 14. Januar 1906 durch die Reise nach Jap zur Vertretung des dortigen Regierungsarztes.

Während meines Aufenthalts in Ponape wurden folgende Kranke von mir behandelt:

A. Eingeborene.

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
I. Infektionskrankheiten:				
Influenza	58	181	34	Ein Patient gestorben.
Syphilis	6	83	.	
Frambösie	14	75	.	
Malaria	1	22	.	
Varicellen	4	11	.	
Dysenterie	17	121	15	
Tetanus	2	7	.	Ein Patient gestorben.
II. Krankheiten der Verdauungsorgane.				
Gingivitis	1	1	.	
Stomatitis	1	3	.	
Angina	13	50	13	
Indigestionsstörungen	40	88	25	
Diarrhoe	94	264	9	
Obstipation	13	27	.	
Gastritis ac.	1	2	.	
Ulcus ventric.	1	10	.	
Peritonitis	1	10	.	Noch nicht abgeschlossen.
Übertrag	268	955	96	

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
Übertrag . . .	268	955	96	
III. Krankheiten der Atmungsorgane.				
Laryngitis	2	14	.	
Bronchitis	121	401	11	
Asthma br.	1	9	.	
Phthisis pulm.	2	24	.	Ein Patient gestorben.
Pleuritis	1	12	.	
IV. Krankheiten der Zirkulationsorgane.				
Aorteninsufficienz	1	11	.	
V. Krankheiten des Nervensystems.				
Cephalalgia nervos.	30	59	.	
Neuralgie	11	58	.	1 noch nicht abgeschlossen.
Facialislähmung	1	1	.	
Polyneuritis	1	2	.	1 noch in Behandlung.
Herpes zoster	1	3	.	
VI. Krankheiten der Bewegungsorgane.				
Rheumatism. musc. ac.	59	230	.	
Rheumatism. artic. ac.	9	59	.	
VII. Krankheiten der Sinnesorgane				
Conjunctivitis catarrh.	4	13	.	
Blepharitis ciliar.	2	5	.	
Keratitis	10	47	35	
Otitis externa.	15	45	.	
Otitis media acut.	4	15	.	
Otitis med. chronic.	2	2	.	
Rhinitis chronic.	2	19	.	
Entzünd. d. Nebenhöhl. d. Nase .	1	4	.	
VIII. Hautkrankheiten.				
Tinea imbricata	122	212	.	1 in Behandl.
Eczema	29	183	15	1 in Behandl.
IX. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.				
Balanitis	1	3	.	Noch nicht abgeschlossen.
Prostatahypertrophie	1	9	.	
Cystitis	1	20	.	Noch nicht abgeschlossen.
Übertrag . . .	701	2415	157	

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
Übertrag . . .	701	2415	157	
Gonorrhoe	13	120	.	1 noch nicht abgeschlossen.
Partus immatur.	1	4	.	
Partus c. forcip.	1	5	.	
X. Chirurgische Krankheiten.				
Weichteilverletzungen	149	821	58	
Schußverletzung	1	.	25	
Fractura cruris	1	32	.	
Akut entzündliche Proz. . . .	40	261	32	
Hodenentzündung	4	13	.	
Sehnenscheidenentzündung . . .	1	7	.	
Chronisch entzündl. Proz. . . .	45	262	152	3 noch in Behandlung.
Lymphdrüsenschwellung	25	222	11	1 noch in Behandlung.
Hernia umbilicalis	1	4	.	
Elephantiasis	2	11	25	
Neoplasmen	5	31	31	
Zahnextractionen	21	22	.	
Scolopenderbisse	5	12	.	
Ascaris lumbricoides	1	2	.	
Summa . . .	1 017	4 244	491	

B. Europäer.

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
Verdauungsstörungen	1	3	.	
Peritonitis	1	3	.	Gestorben.
Neurasthenie	1	4	.	
Blepharitis ciliaris	11	34	.	
Conjunctivitis catarrh	1	8	.	
Eczema	2	13	.	
Tinea imbricata	1	4	.	
Gonorrhoe	1	6	.	
Vulvovaginitis	2	93	.	
Abortus	1	8	.	
Verletzungen	5	34	.	
Furunkel	1	3	.	
Panaritium	2	18	.	
Ulcus cruris	1	28	.	
Leistendrüsenentzündung . . .	2	8	.	
Unguis incarn.	1	9	.	
Zahnextraction	1	1	.	
Summa . . .	35	277	.	

In Jap wurden behandelt:

A. Eingeborene.

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
Syphilis	8	47	.	
Influenza	2	27	.	
Phthisis pulmon.	1	4	.	
Bronchitis	6	20	.	
Verdauungsstörungen	7	13	2	
Rheumatismus	9	20	4	
Cephalalgie	4	8	.	
Blasenleiden	1	3	.	
Conjunctivitis	1	4	.	
Verletzungen	5	20	.	
Phimose	1	6	.	
Chronische ulcera	11	83	.	
Tinea imbric.	3	8	4	
Summa	59	261	15	

B. Europäer.

Krankheit	Kranke	Behandlungstage	Krankenhaustage	Bemerkungen
Furunkel des Gehörganges	1	3	.	
Otitis externa	1	3	.	
Verdauungsstörungen	1	3	.	
Diarrhoe	1	4	.	
Verletzungen	2	10	.	
Summa	6	23	.	

Nachweisung

über die im Jahre 1905/06 verstorbenen Europäer.

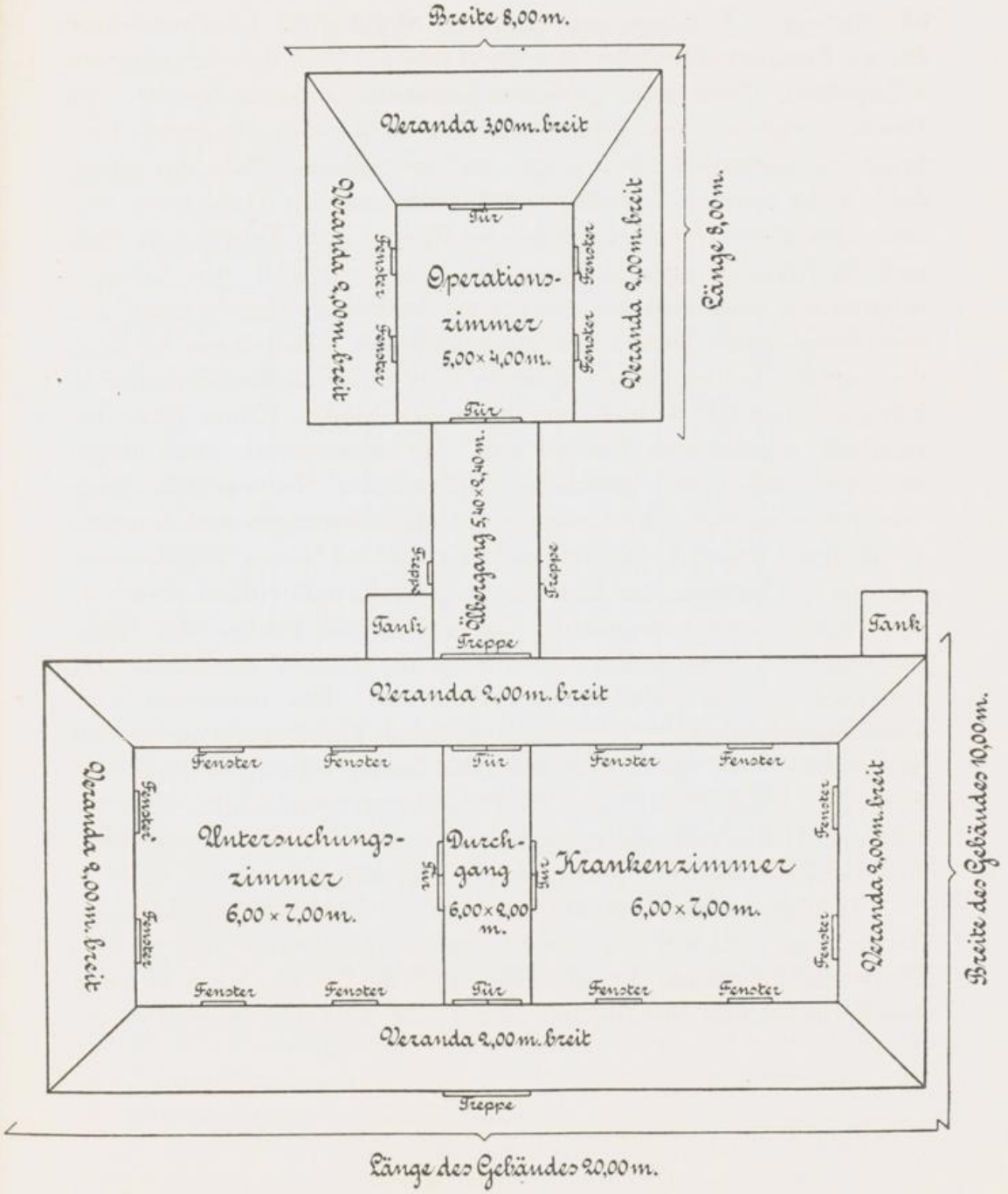
1. April — 1. April.

Iststärke: 77.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7	8
1	P.	weibl.	48	Seit 1876	1876	7. 2. 06.	Peritonitis
2	S.	männl.	52	Seit 20. 9. 1889	1889	Juni 1905 in Oleai	Entkräftung

Anlage I.

Grundriß des Krankenhauses.



C. Marshall-Inseln.

Im Berichtsjahre wurden ärztlich behandelt 119 Weiße und 343 Farbige. Von letzteren litten an Syphilis 32, an Framboesie 26, an Lungentuberkulose 2. Es starben 2 von den internierten 4 Leprösen. Von einer größeren Influenza-Epidemie wurden die Inseln verschont, wenngleich sich eine solche von kleinerem Umfange im Dezember 1905 zeigte und sporadische Fälle das ganze Jahr nicht fehlten. Letzteres gilt auch von der Dysenterie und den infektiösen Darmkatarrhen; im Januar und Februar häuften sich die Erkrankungen letzterer Art. Der eine Fall von Lungentuberkulose hatte sich bei einer sonst kräftigen Eingeborenen auf dem Boden einer Zuckerharnruhr entwickelt. Bei einem Weißen, der bereits früher wegen tuberkulösen Lungenspitzenkatarrhs in Europa behandelt worden war, übte das hiesige Klima einen ersichtlich ungünstigen Einfluß aus. Erwähnenswert sind einige leichtere Fälle von infektiöser allgemeiner Nervenentzündung, ferner rheumatische Erkrankung mit Hautblutungen und Lungenentzündung durch Infektion mit Fränkel'schen Diplococcen. Bei einem Chinesen, der hier vor längerer Zeit Beri-Beri überstanden hatte, wurde gelegentlich das anhaltende Fehlen der Kniesehnenreflexe festgestellt. Zwei Seeleute wurden wegen Malaria behandelt, die in Südafrika erworben war. Des selteneren Vorkommens wegen erwähne ich die spezifische Entzündung der großen Rosenvene bald nach Auftreten des ersten Hautausschlages bei Syphilis. Unaufgeklärt in ihrer Entstehungsursache blieb eine mit mäßiger Heftigkeit auftretende, harte Entzündung der Leisten- und Beckendrüsen mit gleichzeitiger Herzklappenentzündung.

Infolge der durch den Orkan vom 30. Juni 1905 geschaffenen Verhältnisse, die sich bisher nicht geändert haben, soweit sie hier in Betracht kommen, konnte eine ärztliche Tätigkeit nur in ganz beschränkter und unvollkommener Weise ausgeübt werden.

VII. Samoa.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Franke.)

I. Meteorologisches.

Die meteorologischen Beobachtungen ergaben:

Monat	Zahl der Regentage	Regenmenge in mm	Durchschnittstemperatur	Durchschnittsmaximum	Durchschnittsminimum	Durchschnittsfeuchtigkeitsgehalt der Luft in %
1905. April . . .	16	165,4	26,3	29,3	23,6	85,6
Mai . . .	8	14,0	25,5	29,2	21,9	80,6
Juni . . .	12	154,6	25,1	27,9	22,2	80,6
Juli . . .	8	53,5	24,9	27,9	22,4	83,2
August . .	11	168,4	25,0	27,6	22,5	82,9
September	8	113,3	25,1	28,1	22,2	82,9
Oktober .	15	59,4	26,1	29,1	22,8	81,7
November	15	193,5	26,3	28,8	23,1	82,6
Dezember	16	190,7	26,2	29,3	23,0	83,0
1906. Januar . .	19	205,8	27,2	30,1	24,1	84,7
Februar .	17	135,9	26,9	30,3	23,6	83,2
März . . .	25	528,4	27,0	29,9	24,3	86,0

An dem seit 1902 in Mulinuu bei Apia bestehenden Samoa-Observatorium der Kgl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen — derzeitiger Leiter: Dr. phil. Linke — werden in erster Linie erdmagnetische, seismische und luftelektrische Messungen und Registrierungen angestellt. Das Observatorium hat aber auch das Studium der meteorologischen Erscheinungen in sein Programm aufgenommen.

Das Kaiserliche Gouvernement hat dem Observatorium die Einrichtung und Beaufsichtigung eines Beobachtungsnetzes über die beiden Inseln Upolu und Savaii übertragen. Es bestehen über 40 Regenstationen, an einigen werden auch Temperatur- und Luftdruckbeobachtungen angestellt.

Nach den Resultaten des Jahres 1905, die veröffentlicht sind, weisen die Niederschlagsverhältnisse in den verschiedenen Gegenden der Inseln große Verschiedenheiten auf. Da Samoa im Be-

reich des Südostpassates liegt, sind die südöstlichsten Teile, besonders die hochgelegenen, die regenreichsten mit einem höchsten Jahresmittel bis zu 8000 mm, während die nordwestlichen Teile die trockensten — unter 2000 mm jährlich — sind, was bei der geringen Erstreckung der Inseln sehr bemerkenswert ist.

Die Verteilung auf Regen- und Trockenzeit ist ebenfalls sehr verschieden.

In den nordwestlichen Gegenden regnet es in der Regenzeit viermal so viel als in der Trockenzeit, während im Süden der Unterschied zwischen den Jahreszeiten fast verschwindet.

Nach den auf der hochgelegenen Pflanzung Afiamalu angestellten Beobachtungen beträgt die Temperaturerniedrigung bei je 100 m Erhebung fast 1° Cels., so daß die höchstgelegenen Ansiedelungen in 700 m Höhe eine Mitteltemperatur von ca. 20° Cels. haben, sich also als Erholungsstation vorzüglich eignen würden.

Die bisherigen Beobachtungen haben also gezeigt, daß das Klima Samoas durchaus nicht einheitlich ist.

II. Gesundheitszustand und Krankheitsbewegung.

A. Allgemeiner Teil.

Im Berichtsjahre mußten infolge des Heimatsurlaubs des Regierungsarztes Dr. Schwesinger zuerst von dem praktischen Arzte Dr. H. Klee — 1. Mai bis Anfang Oktober —, welcher bei der „Deutschen Handels- und Plantagen-Gesellschaft der Südseeinseln" als Gesellschaftsarzt angestellt war, und nach dessen Heimreise von dem seit 26 Jahren hier ansässigen Dr. Funk — Anfang Oktober bis 17. November — die Geschäfte des Regierungsarztes vertretungsweise geführt werden. Am 16. November traf ich in Apia ein und übernahm am 18. November den Dienst.

Es waren folgende Ärzte in Samoa, und zwar sämtlich in Apia wohnhaft, ansässig: Die beiden Regierungsärzte Dr. Schwesinger und Dr. Franke, Dr. Funk, Dr. Klee und Dr. Zschieschank, welcher Dr. Klee bei der D. H. u. P. G. ablöste, und ein amerikanischer Arzt Vollmer, welcher in dem hiesigen amerikanischen Sanatorium und in einer ausgedehnten Privatpraxis tätig war. Er verließ infolge hochgradiger Lungenschwindsucht im Oktober Samoa und starb auf der Rückreise nach den Vereinigten Staaten von Nordamerika in Honolulu. Ein

Nachfolger wird voraussichtlich nicht eintreffen, da kein Bedürfnis vorhanden ist.

Die Gesundheitsverhältnisse in der Kolonie waren im allgemeinen gute; Epidemien oder sonst irgendwelche das Gemeinwohl des Landes gefährdende Krankheiten traten weder unter den Weißen oder Mischlingen noch unter den Farbigen auf.

Die Lebensbedingungen auf den landschaftlich schönen Samoainseln sind für Weiße im Durchschnitt günstige, wenn es auch in der Zeit von Dezember bis Februar wochenlang außerordentlich heiß und drückend sein kann, was namentlich in diesem Jahre der Fall war, so daß selbst Leute, welche ein Menschenalter und länger bei durchschnittlich gutem Wohlbefinden in Samoa leben, die diesjährige Regenzeit als zeitweise besonders schwül bezeichneten.

Malaria oder andere spezifische Tropenkrankheiten kommen hier endemisch nicht vor.

Die meisten Neuangekommenen müssen, nachdem sie etwa 4 bis 6 Wochen hier sind, auch in Samoa einen akuten Magendarmkatarrh durchmachen, welcher mitunter mit Fieber bis zu 41° Cels. einhergeht. Bei verschiedenen Weißen wiederholt sich innerhalb des ersten Jahres ihres Hierseins diese Magendarmstörung in verschieden langen Zwischenräumen mit wechselnder, allmählich abnehmender Heftigkeit, bis Akklimatisation eingetreten ist.

Neben dieser Magendarmstörung beobachtet man bei einer Anzahl von Neuankömmlingen zeitweise hohes Fieber, welches sofort hoch, selten mit Schüttelfrost einsetzt, nur wenige Tage anhält und dann meistens plötzlich abfällt, um eine hartnäckige, oft wochenlange Schwäche zurückzulassen. Auch diese Fieberanfälle pflegen sich einige Male zu wiederholen, zeigen bei jedem neuen Auftreten eine geringere Höhe, und beim Abklingen äußert sich die Krankheit nur noch in einem allgemeinen Unbehagen und Unlust zur Tätigkeit. Es ist bis jetzt noch nicht gelungen, einen einwandsfreien Nachweis für die Ursache des Fiebers zu führen. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß beide Krankheiten dieselbe Veranlassung haben; weshalb sie das eine Mal mit Magendarmstörungen, das andere Mal ohne solche einhergehen, ist mir nicht bekannt. Unter den Ansiedlern geht die zuletzt gekennzeichnete Krankheit als „Samoafieber".

Im übrigen ist der Weiße allen Krankheiten, denen man in Europa begegnet, mehr oder weniger auch hier ausgesetzt, und es ist nicht zu leugnen, daß bei längerem Aufenthalte und namentlich bei geistiger Tätigkeit auch in dem im Vergleich mit manchen anderen Tropengegenden als „gesund" zu bezeichnenden Samoa die Energie nachläßt und sich früher oder später nervöse Erscheinungen bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger zeigen, welche in gewissen Zwischenräumen einen Aufenthalt in einem Lande mit gemäßigtem Klima erheischen, denn die kühle Jahreszeit, in welcher sicher jeder Weiße sehr wohl imstande ist, auch körperliche Arbeit zu verrichten — arbeiten doch verschiedene Pflanzungsbesitzer auch während der heißen Jahreszeit eigenhändig in ihren Pflanzungen mit, ohne an ihrer Gesundheit dadurch wesentlich mehr Schaden zu nehmen — genügt auf die Dauer als Erholung nicht.

Es darf vielleicht an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß die Dienstwohnungen dieses oder jenes Angestellten des Gouvernements den allgemeinen tropenhygienischen Ansprüchen nicht immer vollkommen entsprechen, während sich in unmittelbarer Nähe Apias und auf manchen Pflanzungen Privatwohnungen selbst von Halbweißen befinden, welche infolge ihrer erhöhten Lage, fern von Sumpf, infolge ihrer hohen und luftigen Räume und Veranden selbst weiße Frauen das Klima gut vertragen lassen.

Auch die Melanesier, welche von der D. H. u. P. G. als Arbeiter aus dem Neu-Guinea-Schutzgebiete eingeführt werden, vertragen das hiesige Klima sehr gut, was ebenso von den wenigen Polynesiern aus Nine gilt, so daß verschiedene nach Ablauf ihrer Kontraktzeit es vorziehen, nicht in ihre Heimat zurückzukehren, sondern sich mit Samoanerinnen verheiraten und hier seßhaft werden.

Von den chinesischen Kontraktarbeitern kann man wohl mit vollem Recht sagen, daß sie hier weit bessere Lebensbedingungen als in ihrer Heimat vorfinden. Manche von ihnen kommen hier in einem durchaus nicht kräftigen Körperzustande an, erholen sich aber mit Ausnahme einiger weniger direkt mit einer schweren, nicht ansteckenden Krankheit Behafteten ganz auffallend schnell, nehmen an Körpergewicht zu und erfreuen sich, abgesehen von den Akklimatisationsdarmkatarrhen, abgesehen von häufig vorkommenden Beingeschwüren, was

mit der ungewohnten Arbeit im Busch zusammenhängt, abgesehen von der Ruhr, welche bereits vor Ankunft der Chinesen unter den Samoanern endemisch herrschte und abgesehen von einigen wenigen Beri-Beri-Fällen einer guten Gesundheit.

Außer der D. H. u. P. G. haben einen eigenen Arzt zu regelmäßigen Besuchen und Behandlung ihrer Kontraktarbeiter auf den Pflanzungen verpflichtet die Deutsche Samoa-Gesellschaft (Dr. Funk) und die Safata-Samoa-Gesellschaft (Dr. Zschieschank).

Letztere besitzt auf ihrer Pflanzung Tuanaimato ein kleines Hospital, aus Wellblech erbaut, welches je zwei übereinanderstehende Betten und einen kleinen, von allen Seiten mit Drahtgeflecht umgebenen, verschließbaren Vorraum hat, in welchem sich die nicht bettlägerigen Kranken immer unter Aufsicht tagsüber aufhalten können.

Die Samoa-Kautschuk-Kompagnie hat jetzt ein recht schönes Hospital auf ihrer Pflanzung in Solaua erbaut. Das Gebäude ist bis zum Ansatz des Daches 3½ Meter hoch, 10 Meter lang und 7 Meter breit. Vor der Hauptfront befindet sich eine 10 Meter lange und 2 Meter breite Veranda. Der Fußboden ist durchweg zementiert. Das Haus ist vollkommen aus Wellblech erbaut, innen und außen mit Ölfarbe gestrichen. Zurzeit ist es nur mit einem Arzneischrank ausgestattet. Die Fenster und Türen sind groß; außerdem wird die Ventilation noch dadurch erhöht, daß zwischen Seitenwänden und dem weit vorspringenden Dach sich ein etwa 20 cm breiter, freier Spalt befindet. Bei normalem Betriebe sollen im Hospital 20 Betten aufgestellt sein, bei erhöhtem Betriebe lassen sich 27 Betten unterbringen; im Höchstfalle lassen sich durch Übereinanderstellen von je zwei Betten für kurze Zeit im Falle einer Notlage auch einmal 55 Betten in dem Hospital unterbringen.

Dicht daneben befindet sich ein noch gut erhaltenes geräumiges Samoahaus, in welchem in Ausnahmefällen geeignete Kranke auch für einige Zeit untergebracht werden können.

Hinter dem Hospital liegt die Hospitalküche, ebenfalls aus Wellblech erbaut. In einer Entfernung von 55 Metern befindet sich eine Latrine, welche zur ausschließlichen Benutzung für die Kranken angelegt worden ist.

Die ganze Anlage soll mit einem Stacheldrahtzaun umgeben werden.

Im Berichtsjahre wurden 100 chinesische Kontraktarbeiter auf der Pflanzung beschäftigt, nach Eintreffen des neuen, Anfang Juli 1906 zu erwartenden Chinesentransportes von etwa 660 Köpfen wird sich die Zahl verdoppeln.

Die innerhalb des Pflanzungsbezirkes gelegenen Betriebe gehören zur sogenannnten Chinesenkrankenkasse und werden in vierwöchentlichen Zwischenräumen von dem Regierungsarzte besucht und die erkrankten Arbeiter soweit wie angängig auf den Pflanzungen selbst behandelt, um den z. T. etwas weiten Weg nach der Poliklinik nach Möglichkeit zu vermeiden.

Auf allen größeren Betrieben werden bereits die allernotwendigsten Arzneimittel und Verbandstoffe freiwillig von der Pflanzungsleitung vorrätig gehalten, eine Einrichtung, welche in dem kommenden Jahre entsprechend der Kopfzahl der Kuli im Verordnungswege geregelt werden soll.

Über die Samoaner wird jetzt ein genaues Geburts- und Sterberegister geführt, letzteres mit Angabe der Todesursache in samoanischer Bezeichnung, wenn kein europäischer Arzt den Kranken gesehen hat. Es hat sich die erfreuliche Tatsache ergeben, daß die Zahl der Geburten die der Todesfälle um zwei Hundertteile übertrifft.

Der Samoaner leidet, abgesehen von der gar nicht seltenen Lungentuberkulose, hauptsächlich an zwei sehr oft anzutreffenden Krankheiten: erstens an Frambösie (Polypapilloma tropicum) und zweitens vor allem an Tripper.

Betreffs der Frambösie, welche der Samoaner als „Tona" bezeichnet, ist anzuführen, daß dieselbe von dem Berichterstatter öfters auch bei chinesischen Kontraktarbeitern in der Poliklinik und während seiner Besuche auf den Arbeitsplätzen angetroffen worden ist, und zwar war bisher stets das Primärgeschwür zu finden, was zwar bei der großen Häufigkeit der Fußgeschwüre bei den chinesischen Kontraktarbeitern nicht so absolut beweisend für die Annahme ist, daß stets dem allgemeinen Ausbruch der Framboesia tropica ein Eingangsgeschwür voraufgehe, aber immerhin beachtenswert erscheint, zumal ich auch bei allen Fällen von Frambösie bei den Samoanern einen solchen „Primäraffekt" nachweisen konnte.

Der Samoaner bezeichnet ein bei Pferden hier häufig vorkommendes Granulationsgeschwür und einen Granulationstumor,

welche fast immer nur direkt unter den Augen oder in der Fessel vorkommen, gleichfalls mit „Tona", worüber Henggeler („Über einige Tropenkrankheiten der Haut"; Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. 40, 1904) schreibt: „Bei Krämer finde ich die Mitteilung, daß es auf Samoa frambösiekranke Pferde gebe; ‚wenigstens hatten dieselben hühnerei- bis apfelgroße Geschwülste an Kopf und Beinen, die papillomatöses Aussehen aufwiesen; die Samoaner nennen diese Pferdekrankheit auch „Tona" wie beim Menschen".

Die „Tona" des Pferdes hat nach meiner Ansicht nicht das Geringste mit der „Tona" des Menschen gemein (Frambösie). Die „Tona" entsteht bei den Pferden infolge Vernachlässigung frischer Wunden, denen die Tiere infolge der Stacheldrahtzäune, mit denen fast sämtliche Plätze abgegrenzt sind, nur zu häufig ausgesetzt sind. Die Verletzungen kommen nicht zur Heilung, weil sich die stets zahlreichen, zu gewissen Zeiten stets massenhaft vorhandenen Fliegen auf die gar nicht oder mangelhaft verbundenen Wunden niederlassen und Infektionskeime in dieselben bringen. Es kommt so zu Granulationsgeschwülsten von mitunter Kindskopfgröße besonders direkt oberhalb der Hufe an der Innenseite der Beine, welche bei Bewegungen des Tieres durch Streichen immer von neuem Reizungen ausgesetzt sind. Diese Tumoren zerfallen zeitweise in der Mitte und weisen dann tiefgehende Löcher auf, welche sich allmählich in Geschwüre mit zerklüftetem, überhängendem Rande und speckig belegtem Grunde umbilden. Letzteres gilt namentlich für „Tona" direkt unterhalb der Augen, wo es sehr oft gar nicht zu Granulationsgeschwülsten kommt, sondern sich von vornherein tiefgehende, kraterförmige, schmutzig belegte Geschwüre ausbilden.

Tripper ist unter den Eingeborenen sehr verbreitet. Er scheint allerdings bei beiden Geschlechtern wenig Beschwerden zu machen und selten zu Komplikationen, wie Blasenkatarrh, Nebenhodenentzündung, gonorrhöischem Rheumatismus und Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane und deren Adnexe zu führen.

Außerordentlich häufig ist der Augentripper. Derselbe hat zum großen Teil recht ernste Folgen, so daß man Eingeborene mit einem vollständig erblindeten und mißgestalteten Auge nicht selten trifft. Nebelflecken auf einer oder beiden Hornhäuten sind oft zu sehen. Vollkommene Erblindung scheint nicht sehr häufig

zu sein. Ich habe bis jetzt im Regierungshospital und auf meinen Dienstreisen nur vier angetroffen.

Wenn man öfters Gelegenheit gehabt hat zu beobachten, mit welcher für Europäer unfaßbaren Gleichgültigkeit Samoanerkinder fünf und mehr Fliegen an jedem Auge ruhig und ungestört sitzen lassen, ohne sich die Mühe zu geben, die allerdings mit einer unglaublichen Hartnäckigkeit stets sofort wiederkehrenden kleinen Plagegeister zu verscheuchen, so sollte man meinen, daß auch der Laie über die in Samoa hauptsächlichste Übertragungsweise des Tripperkokkus von einem Auge auf das andere sich eine Vorstellung machen kann.

Daß diese stürmisch verlaufende Augenkrankheit oft tiefergehende Zerstörung am Auge verursacht, liegt ohne Zweifel daran, daß der Samoaner mit wenigen Ausnahmen bei Beginn der Krankheitserscheinungen keine sachkundige ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Primäre Syphilis habe ich während meiner Tätigkeit noch nicht zu Gesicht bekommen.

Tertiäre Erkrankung habe ich mitunter gesehen.

Weicher Schanker dürfte ebenfalls selten sein.

Ein Samoaner mit erkennbaren Zeichen von Aussatz kam nicht zur Beobachtung, obwohl ich nach verschiedenen Plätzen gerufen wurde, aus denen man eine lepraverdächtige Person gemeldet hatte, da der Eingeborene große Furcht vor der ihm seit altersher bekannten Lepra zeigt.

Ein solcher als an Aussatz leidender angezeigter Kranker wies infolge Lähmung beider Beine einen sehr ausgedehnten Druckbrand auf, in dessen Tiefe das Lendenkreuzbeingelenk, die Lendenwirbelsäule und das Kreuzbein selbst bloßgelegt war. Er war vollständig vernachlässigt und befand sich in einer kleinen abseits gelegenen Hütte isoliert, welche infolge des intensiv fauligen Geruches nur ausnahmsweise jemand aus Furcht von dem „Aussatz" angesteckt zu werden, zu betreten wagte. Jetzt geht es dem Kranken etwas besser, nachdem ich die Familie und den Beamten des Dorfes über die Ungefährlichkeit der Erkrankung für die Umgebung aufgeklärt, Arznei und Verhaltungsmaßregeln gegeben habe.

Der letzte Samoaner mit erkennbaren leprösen Erscheinungen ist im vorhergehenden Berichtsjahre verstorben.

Obwohl die katarrhalische Ruhr unter den Samoanern, welche sie mit „sanatoto" bezeichnen, und von der sie behaupten, daß sie von den ersten Papalagi (Weißen) eingeschleppt sei, nichts Seltenes ist und hier wahrscheinlich endemisch vorkommt, wird das Regierungshospital wegen dieser Erkrankung nur in ausnahmsweise schweren Fällen in Anspruch genommen.

Durch allmählich immer größere Anpassung an die samoanischen Gewohnheiten, soweit es sich mit dem Betriebe des Hospitals und der Poliklinik einigermaßen vereinbaren läßt, hoffen wir mehr und mehr die Eingeborenen zur Benutzung dieses Institutes zu veranlassen.

Der Samoaner ist im Durchschnitt sehr um seine Gesundheit besorgt und sucht auch bei Kleinigkeiten ärztliche Hilfe, allerdings in der Poliklinik meistens erst dann, wenn alle anderen Hilfsquellen sich als nicht heilbringend erwiesen haben.

Von großem Nachteil für den samoanischen Patienten sowohl als für den Arzt in Hinsicht auf eine längere Beobachtung und Studium der Eingeborenenkrankheiten ist die Unsitte, daß der Samoaner fast immer von der Medizin oder der vorgeschriebenen Diät, nach welcher er bei jeder, selbst geringfügiger äußerer Art einer Erkrankung ausnahmslos gewissenhaft fragt, innerhalb zweier, höchstens vier Tage, Heilung erwartet, andernfalls er sich nach Ablauf dieser Frist neue Arznei und anderen Rat verschafft, so daß bei einer länger dauernden Krankheit unzählige Male der „Arzt" und die „Arznei" wechseln.

Mit diesem Übelstande haben wir selbst bei den samoanischen Kranken zu rechnen, welche ins Hospital aufgenommen worden sind, indem ihnen namentlich bei innerer Erkrankung sehr oft und bald die Geduld schwindet.

Oft sendet ein Kranker oder dessen Bekannte ein Familienmitglied zum Arzt oder in die Poliklinik um Arznei zu erwerben, ohne daß der wohl transportable und nicht weit abwohnende, gar nicht bettlägerige Kranke es für nötig hält, den Arzt persönlich aufzusuchen.

Solange gewisse Laien in pfuscherischer oder gewinnsüchtiger Weise bereitwilligst dem Willen des unwissenden Kranken entsprechen und „Arznei" abgeben, ohne von der Art der Krankheit eine Ahnung zu haben, wird es schwer fallen, den Samoaner zu überzeugen, daß es im Interesse des Kranken unbedingt nötig

ist, vor Abgabe von Heilmitteln den Kranken selbst in Augenschein zu nehmen und einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen.

B. Spezieller Teil.

1. Weiße und Halbweiße (Mischblut).

Es wurden im ganzen 67 (1 Bestand, 66 Zugänge) behandelt, davon wurden 56 geheilt, 3 starben, 7 wurden z. T. auf eigenen Wunsch ungeheilt entlassen, 1 blieb Bestand.

Es ergaben sich 454 Behandlungstage im Krankenhaus und 328 in der Poliklinik.

Die drei Todesfälle betrafen:

a) eine weiße Ansiedlersfrau, welche nach ihrer Entbindung einer allgemeinen Tuberkulose, namentlich der Knochen, erlag;

b) einen weißen Ansiedler, welcher sich durch eine Dynamitpatrone eine sehr schwere Verletzung zugezogen hatte;

c) einen weißen Händler, welcher an einem Mediastinalsarkom litt und bald nach der Operation seinem zu weit fortgeschrittenen Leiden erlag.

2. Farbige (in der Mehrzahl chinesische Kontraktarbeiter).

Es wurden im ganzen 915 behandelt (6 Bestand, 909 Zugänge), davon wurden 831 geheilt, 29 starben (siehe anliegende Tabelle), 30 wurden auf Wunsch des Arbeitgebers ungeheilt entlassen; bleiben Bestand 25.

Es ergaben sich 4839 Behandlungstage im Krankenhause und 3572 in der Poliklinik.

Sowohl die Poliklinik als die Samoanerabteilung, letztere aus vier Samoahäusern bestehend, wurde im Berichtsjahre mehr und mehr von den Eingeborenen in Anspruch genommen.

Es wurden von mir fünf Operationen, sämtlich mit vollkommenem Erfolg, an Samoanern vorgenommen:

1. Tuberkulöse Erkrankung eines Fußes.

2. Ausgedehnte, eitrige Unterminierung der linken Hinterbacke und Oberschenkel und des rechten Ober- und Unterschenkels. Das Leiden soll nach wiederholter Angabe des Patienten seit 28 Jahren bestehen. Nach der Operation wurde infolge des großen

Hautdefektes Transplantation nötig. Mit der Abnahme der nötigen Hautstücke erklärte sich nach vieler Überredungskunst ein Verwandter des Operierten einverstanden.

3. 17 Pfund schwerer elephantiatischer Tumor ausgehend von den rechten Schenkeldrüsen.

4. Rippenresektion bei einem etwa vier Jahre alten Kinde wegen Pyothorax.

5. Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

An chinesischen Kontraktarbeitern wurden von mir zwei größere Operationen ausgeführt:

1. Eitrige Wurmfortsatzentzündung.

2. Leberabszeß; das Leiden bestand bei der Einlieferung ins Hospital schon seit langer Zeit; Patient war hochgradig abgemagert. Acht Tage nach der Operation starb der Kranke infolge allgemeiner Schwäche; Eiweiß war im Urin niemals vorhanden.

III. Schutzpockenimpfung.

Sämtliche neuangekommenen chinesischen Kontraktarbeiter wurden geimpft.

Die Impfung der Samoaner wird im Jahre 1906/07 nach Möglichkeit wieder aufgenommen werden.

IV. Krankenhausangelegenheiten.

Für die I. und II. Klasse der Europäerabteilung des Regierungshospitals sind neue größere Betten beschafft worden. Die Zahl der ständig aufgestellten Betten beträgt jetzt 13 (inkl. ein Kinderbett).

Das Operationshaus ist mit dem Europäerhospital und der Poliklinik durch einen 2½ Meter breiten überdeckten Gang verbunden worden.

An die Nord- und Südseite des Poliklinikgebäudes wurde je ein größerer Raum mit Zementwänden und Zementfußboden angebaut; der nach Süden gelegene wurde als Bureauraum für die Verwaltung eingerichtet; der nach Norden gelegene zum Laboratorium umgestaltet und mit den notwendigsten Utensilien für chemische, bakteriologische und mikroskopische Untersuchungen ausgestattet.

Die Vergrößerung der Chinesenbaracke auf das Doppelte, so daß jetzt 28 Betten gestellt werden können, erwies sich mit Rücksicht auf die gemachten Erfahrungen beim letzten Chinesentransport im Mai — es sind jetzt 749 chinesische Kontraktarbeiter und 13 freie männliche Chinesen in Samoa — und mit Rücksicht auf den Anfang Juli 1906 zu erwartenden neuen Transport von etwa 660 Köpfen als absolut notwendig. Ebenso mußte ein in der Nähe des Hospitals gelegenes Chinesenarbeiterwohnhaus, so gut es ging, als Isolierbaracke benutzt werden. Das Haus ist jetzt abgebrochen worden und wird auf dem Hospitalgrundstück mit einigen Änderungen wieder aufgebaut werden; bisher konnten in demselben im Notfalle 30 Kranke untergebracht werden, da von den längs der Wände festangebrachten Betten je zwei übereinander standen, so daß jedes Bett nur von einer Seite zugänglich war.

Anlage I.

Nachweisung

über die kranken Europäer des Schutzgebietes Samoa.

Etatjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pyämie	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
2	Unterleibstyphus	.	1	1	1	.	.	1	.	36	.
3	Grippe	.	2	2	2	.	.	2	.	10	11
4	Tuberkulose der Gelenke	.	1	1	.	1	.	1	.	7	.
5	Tuberkulose der Weichteile	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
6	Ruhr	.	3	3	3	.	.	3	.	33	5
	Summe	.	9	9	7	1	1	9	.	95	17
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
7	Geisteskrankheiten	.	2	2	.	.	2	2	.	36	5
8	Andere Krankheiten des Nervensystems: Migräne	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe	.	3	3	1	.	2	3	.	36	6
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
9	Akuter Luftröhrenkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
10	Mediastinalsarkom	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
	Summe	.	2	2	1	1	.	2	.	2	5
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
11	Entzündung der Lymphgefäße	.	3	3	3	.	.	3	.	24	4
	Summe	.	3	3	3	.	.	3	.	24	4
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
12	Krankheit der Zähne	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
13	Akuter Magenkatarrh	.	8	8	8	.		8	.	22	38
14	Akuter Darmkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
	Summe	.	10	10	10	.	.	10	.	22	48

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhause	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
15	Hodenabsceß	.	1	1	1	.	.	1	.	26	.
	Summe . .	.	1	1	1	.	.	1	.	26	.
	VII. Venerische Krankheiten.										
16	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	27	9
17	Bubo	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
18	Konstitutionelle Syphilis . .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	5
	Summe . .	.	4	4	2	.	2	4	.	27	15
	VIII. Augenkrankheiten, nicht ansteckend.										
19	Krankheit der Bindehaut . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	19
20	Krankheit der Hornhaut . .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
21	Krankheit der Regenbogenhaut	.	1	1	1	.	.	1	.	23	.
22	Einwärtswachsende Wimpern .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe . .	.	4	4	2	.	2	4	.	23	21
	IX. Ohrenkrankheiten.										
23	Krankheit des äußeren Gehörganges	.	3	3	3	.	.	3	.	.	8
	Summe . .	.	3	3	3	.	.	3	.	.	8
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
24	Akute Hautkrankheiten . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
25	Chronische Unterschenkelgeschwulst	.	3	3	3	.	.	3	.	31	9
26	Zellgewebsentzündung . . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	30
27	Furunkel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
	Summe . .	.	7	7	7	.	.	7	.	31	44
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
28	Akute Gelenkentzündung . .	1	.	1	1	.	.	1	.	95	15
29	Muskelrheumatismus	.	4	4	4	.	.	4	.	40	13
	Summe . .	1	4	5	5	.	.	5	.	135	28

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XII. Mechanische Verletzungen.										
30	Knochenbruch des Unterarmes	.	1	1	.	.	.	.	1	.	31
31	Knochenbruch des Schlüsselbeines	.	1	1	1	.	.	1	.	20	.
32	Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
33	Schußwunde	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
34	Hieb- und Schnittwunde	.	1	1	1	.	.	1	.	.	25
35	Riß- und Quetschwunde	.	8	8	8	.	.	8	.	12	34
36	Bißwunde	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
37	Verbrennung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	33
	Summe	.	15	15	13	1	.	14	1	34	131
	XIII. Frauenkrankheiten.										
38	Scheidenverwachsung	.	1	1	1	.	.	1	.	8	.
39	Normaler Partus	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
	Summe	.	2	2	2	.	.	2	.	25	.
	Gesamtsumme	1	66	67	56	3	7	66	1	454	328

Anlage II.

Nachweisung

über die kranken Farbigen des Schutzgebietes Samoa.

Etatjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Krankheiten.										
1	Windpocken	.	2	2	2	.	.	2	.	4	2
2	Karbunkel	.	1	1	.	.	.	.	1	15	.
3	Unterleibstyphus	.	1	1	.	.	.	.	1	14	.
4	Malariafieber	.	2	2	2	.	.	2	.	18	.
5	Grippe	.	57	57	56	.	.	56	1	89	244
6	Akute Miliartuberkulose	.	1	1	.	1	.	1	.	1	.
7	Tuberkulose der Lunge	.	7	7	4	2	1	7	.	27	19
8	Tuberkulose der Knochen	.	1	1	.	.	.	.	1	57	.
9	Ruhr	.	67	67	47	17	.	64	3	928	13
10	Akuter Gelenkrheumatismus	.	7	7	5	.	.	5	2	80	29
11	Blutarmut	.	1	1	1	.	.	1	.	.	20
12	Skorbut	.	1	1	1	.	.	1	.	22	.
13	Andere allgemeine Erkrankungen: Beriberi	.	10	10	2	5	.	7	3	478	.
	Summe	.	158	158	120	25	1	146	12	1 733	327
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
14	Fallsucht	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
15	Erkr. i. Geb. einzeln. Nervenbahnen	.	6	6	6	.	.	6	.	.	32
16	Andere Krankh. des Nervensystems	.	12	12	12	.	.	12	.	11	30
	Summe	.	19	19	19	.	.	19	.	11	71
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
17	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
18	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	9	9	9	.	.	9	.	7	23
19	Akuter Bronchialkatarrh	.	43	43	43	.	.	43	.	12	252
20	Chron. Katarrh der Luftwege	.	3	3	3	.	.	3	.	.	29
21	Akute Lungenentzündung	.	2	2	1	.	1	2	.	5	9
22	Lungenblutung	.	2	2	1	1	.	2	.	50	.
23	Brustfellentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	.	48
24	Asthma	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
	Summe	.	65	65	61	1	3	65	.	74	364

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- usw.-Organe.										
25	Nerv. Störung d. Herztätigkeit	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
26	Andere Herzkrankheiten	.	1	1	.	1	.	1	.	5	.
27	Hämorrhoiden	.	2	2	2	.	.	2	.	.	30
28	Entzündung der Lymphgefäße	.	18	18	17	.	.	17	1	15	64
29	Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	1	1	1	.	.	1	.	.	26
30	Krankheiten der Lymphdrüsen	1	7	8	8	.	.	8	.	.	84
31	Kropf	.	1	1	.	.	1	1	.	18	.
	Summe	1	31	32	29	1	1	31	1	38	212
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
32	Krankheiten d. Kiefer u. Zähne	.	17	17	17	.	.	17	.	51	44
33	Mandelentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	.	7
34	And. Mund- u. Rachenkrankh.	.	10	10	9	.	1	10	.	20	49
35	Krankheit. der Speicheldrüsen	.	4	4	4	.	.	4	.	4	9
36	Krankheiten der Speiseröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
37	Akut. Magenkatarrh	.	67	67	66	.	1	67	.	239	225
38	Chron. Magenkatarrh	.	12	12	6	.	6	12	.	.	18
39	Akut. Darmkatarrh	.	10	10	10	.	.	10	.	30	26
40	Chron. Darmkatarrh	.	39	39	38	.	1	39	.	83	116
41	Brechdurchfall	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
42	Blinddarmentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	21	4
43	Krankheiten der Leber	.	1	1	.	.	1	1	.	.	3
44	Krankheiten des Mastdarms	.	6	6	6	.	.	6	.	97	8
45	Eingeweidewürmer	1	1	2	2	.	.	2	.	41	30
46	Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	2	2	.	.	2	2	.	.	7
	Summe	1	176	177	164	.	13	177	.	502	447
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.										
47	Chronische Nierenentzündung	2	1	3	2	1	.	3	.	42	.
48	Krankheiten der Eichel	.	2	2	2	.	.	2	.	.	15
49	Verengerung der Harnröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
50	Wasserbruch	.	1	1	.	1	.	1	.	.	6
51	Krampfaderbruch	.	3	3	3	.	.	3	.	.	30
52	Andere Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	.	3	3	3	.	.	3	.	.	23
	Summe	2	11	13	11	2	.	13	.	42	83
	VII. Venerische Krankheiten.										
53	Tripper	.	11	11	9	.	.	9	2	.	165
54	Hoden- u. Nebenhodenentzünd.	.	20	20	20	.	.	20	.	162	82
55	Bubo	.	3	3	3	.	.	3	.	46	8
56	Konstitutionelle Syphilis	1	6	7	2	.	3	5	2	40	127
	Summe	1	40	41	34	.	3	37	4	248	382

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhause	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	VIII. Augenkrankheiten.										
	a. ansteckende.										
57	Akute Blennorrhoe	.	3	3	2	.	1	3	.	4	3
58	Tripper-Blennorhoe	.	2	2	1	.	1	2	.	2	16
	Summe . . .	.	5	5	3	.	2	5	.	6	19
	b. nicht ansteckende.										
59	Krankh. d. Lider	.	2	2	2	.	.	2	.	.	9
60	„ „ Bindehaut . . .	.	22	22	21	.	.	21	1	40	49
61	„ „ Hornhaut . . .	.	7	7	5	.	2	7	.	35	42
62	„ „ Regenbogenhaut .	.	1	1	1	.	.	1	.	25	.
63	„ „ Linse	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe . . .	.	33	33	29	.	3	32	1	106	101
	IX. Ohrenkrankheiten.										
64	Krankh. d. äußer. Gehörganges										
65	„ „ mittleren und inneren Ohres	.	5	5	5	.	.	5	.	.	21
		.	4	4	4	.	.	4	.	15	7
	Summe . . .	.	9	9	9	.	.	9	.	15	28
	X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.										
66	Krätze	.	25	25	25	.	.	25	.	231	.
67	Akute Hautkrankheiten . .	.	20	20	20	.	.	20	.	114	94
68	Chron. Unterschenkelgeschwür	.	43	43	40	.	.	40	3	375	207
69	Panaritium	.	6	6	6	.	.	6	.	3	74
70	Zellgewebsentzündung . . .	.	39	39	36	.	.	36	3	382	157
71	Furunkel	.	19	19	19	.	.	19	.	55	103
72	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	16	16	15	.	.	15	1	.	74
	Summe . . .	.	168	168	161	.	.	161	7	1160	709
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
73	Mißbildung der Knochen . .	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
74	Akute Gelenkentzündung . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	16
75	And. Verbildungen des Fußes	.	2	2	2	.	.	2	.	.	17
76	Muskelrheumatismus . . .	1	30	31	31	.	.	31	.	27	130
77	Krankheiten der Sehnen . .	.	4	4	4	.	.	4	.	6	13
	Summe . . .	1	43	44	44	.	.	44	.	33	201

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang				Bestand bleiben	Behandlungstage	
					geheilt	gestorben	anderweitig	Summe		im Krankenhause	in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	XII. Mechanische Verletzungen.										
78	Verstauchung des Gelenkes der oberen Gliedmaßen	.	2	2	2	.	.	2	.	3	9
79	Verstauchung des Gelenkes der unteren Gliedmaßen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
80	Verrenkung des Gelenkes der oberen Gliedmaßen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	21
81	Schußwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	45	78
82	Hieb- und Schnittwunden	.	27	27	27	.	.	27	.	97	120
83	Riß- und Quetschwunden	.	99	99	99	.	.	99	.	620	353
84	Bißwunden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
85	Verbrennung	.	5	5	5	.	.	5	.	26	37
86	Andere Wunden und Verletzungen	.	3	3	3	.	.	3	.	7	2
	Summe	.	142	142	142	.	.	142	.	798	623
	XIII. Andere Krankheiten.										
87	Allgemeine Körperschwäche	.	8	8	4	.	4	8	.	62	1
	Summe	.	8	8	4	.	4	8	.	62	1
	XIV. Frauenkrankheiten.										
88	Frühgeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	11	4
	Summe	.	1	1	1	.	.	1	.	11	4
	Gesamtsumme	6	909	915	831	29	30	890	25	4839	3572

Anlage III.

Verzeichnis

der im Etatjahr 1905 verstorbenen chinesischen Kontraktarbeiter.

Nr. des Kuli	Todesursache	Ort des Todes	Nr. des Kuli	Todesursache	Ort des Todes
3	Beriberi	Reg. Hospital	795	Dysenterie	Reg. Hospital
43	Hämoptoë	„	390	„	„
76	Beriberi	„	600	„	„
130	„	„	239	Beriberi	„
193	Dysenterie	„	585	Dysenterie	„
307	„	„	45	Abzehrung	Alafua
341	„	Tapatapao	625	Dysenterie	Reg. Hospital
344	„	„	567	Körperschwäche	Solaua
443	„	Reg. Hospital	137	Abzehrung	Reg. Hospital
456	„	„	175	Beriberi	„
468	„	„	447	Nierenentzündung	„
511	„	„	697	Beriberi	„
550	„	Saluafata	514	„	Alafua
570	Selbstmord	Eva	526	Herzlähmung	Reg. Hospital
599	Dysenterie	Solaua	787	Lungenschwindsucht	„
643	„	Reg. Hospital	593	Dysenterie	Solaua
694	„	„	210	Körperschwäche	Avele
715	„	„	649	Dysenterie	Reg. Hospital
557	„	„	630	„	Saluafata
623	Nierenentzündung	„	699	„	Reg. Hospital
810	Abzehrung	Saninoga			

Anlage IV.

Verzeichnis

der im Etatjahr 1905 gemeldeten Todesfälle der schwarzen Arbeiter der Hauptagentur der „Deutschen Handels- und Plantagen-Gesellschaft der Südsee-Inseln zu Hamburg“ in Apia.

Nummer des Journals	Heimat	Todesursache
1097	Neu-Pommern	Abscеß im Unterleib
1076	„	Malaria
1106	Neu-Lauenburg	Nierenentzündung
255	Neu-Mecklenburg	Wassersucht
468	Neu-Pommern	Schwindsucht
880	Bougainville	Abzehrung
965	Gardner Inseln	Schwindsucht
278	Neu-Mecklenburg	Sonnenstich
508	„	Schwindsucht
597	Neu-Pommern	Lungentuberkulose
723	Neu-Mecklenburg	Herzfehler
1	Bougainville	Geschlechtskrankheit
859	„	Schlaganfall
976	Gardner Inseln	Abzehrung
1007	Neu-Hannover	Schwindsucht
1082	Neu-Pommern	Lähmung
254	Neu-Mecklenburg	Tuberkulose
701	Neu-Pommern	Chronischer Lungenkatarrh
948	„	Tuberkulose
955	Neu-Lauenburg	„
1008	Neu-Mecklenburg	Ruhr
1117	Neu-Pommern	Starrkrampf
440	„	Tuberkulose
475	Neu-Mecklenburg	Herzschlag
492	„	Blutvergiftung
1115	Neu-Lauenburg	Rückenmarksverletzung
861	Bougainville	Rückenmarksleiden
869	„	Nierenleiden
977	Gardner Inseln	Abzehrung
953	Neu-Lauenburg	Nierenerkrankung
941	Neu-Hannover	Totschlag
1128	Neu-Pommern	Schwindsucht
1046	Kaan-Inseln	„
1275	Neu-Pommern	Lungenentzündung

VIII. Arbeiten

auf tropenmedizinischem und tierärztlichem Gebiete, welche im Jahre 1905/06 von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten usw. abgefaßt bzw. mit Unterstützung der Kolonial-Abteilung des Auswärtigen Amts und des Oberkommandos der Schutztruppen entstanden sind.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Berké, Oberarzt	Anthropologische Beobachtungen an Kamerunnegern	Als Dissertation gedruckt
Dr. Bofinger, Stabsarzt	Über die in Lüderitzbucht beobachteten Ruhrerkrankungen und ihre bakteriologische Untersuchung	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1906
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Brieger	Über Schutzimpfung gegen Typhus und Cholera	Verhandlung. d. deutschen Kolonialkongress., 1905
Dr. Diesing, Stabsarzt	Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra	Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1906
Derselbe	Nachtrag dazu	Desgl.
Derselbe	Der Schwefel in der Therapie der Malaria	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1906
Derselbe	Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen	Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, 1906
Dr. Franz, Stabsarzt	Kriegschirurgische Erfahrungen in Deutsch-Südwestafrika	Archiv für klinische Chirurgie, 81 Bd. II
Dr. Fabry, Assistenzarzt	Über die Behandlung der Hemeralopie mit Lebersubstanz	Berliner Klin. Wochenschrift, 1906
Dr. Feldmann, Stabsarzt	Berichtigung zu meiner Mitteilung über Filaria perstans im Bezirk Bukoba	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1906
G. Giemsa, Apotheker, Assistent am Institut f. Schiffs- u. Tropenkrankheiten in Hamburg	Irrespirable Luft in Schiffsräumen.	Desgl.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Glatzel, Stabsarzt	3 Monate im Sewa Hadji-Hospital in Daressalam	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1906
Dr. Kirsch, Stabsarzt	Kriegschirurgische Erfahrungen im Hottentottenaufstand 1904/05	Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 1906
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Koch	Über Rückfallfieber in Deutsch-Ostafrika (Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft)	Berliner Klin. Wochenschrift, 1906
Dr. Krueger, Regimentsarzt	Die Gelbfiebererkrankungen in Togo vom 19. 4. bis 4. 5. 06	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1906
Dr. Morgenroth, Stabsarzt	Erfahrungen über die Chininprophylaxe bei der südwestafrikanischen Schutztruppe aus dem Jahre 1904/05	Desgl.
Dr. Martin, Regierungsarzt	Diabetes mellitus bei Negern der afrikanischen Westküste	Desgl.
Derselbe	Ein Fall von Heilung eines Tetanus traumaticus durch Seruminjektion in den Tropen	Desgl.
Derselbe	Über einen Fall gleichzeitigen Bestehens von Typhus und Amöbendysenterie, kompliziert durch Milz- und Leberabscesse	Deutsche Medizinische Wochenschrift
Med.-Rat Prof. Dr. Nocht	Über Tropenkrankheiten im Seeverkehr	Verhandlung. d. deutschen Kolonialkongresses, 1905
Geh. Reg.-Rat Dr. F. Stuhlmann	Über Tsetse-Fliege	„Der Pflanzer", Ratgeber für tropische Landwirtschaft. Nr. 25 vom 31. 12. 05
Derselbe	Abhandlung über die Anatomie und Physiologie der Tsetse-Fliege	Desgl. Nr. 24, 1905
Oberkommando der Schutztruppen	Beobachtungen über Ergebnisse der Typhusschutzimpfung in der Schutztruppe für Südwestafrika.	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Dasselbe	Typhusschutzimpfung bei den Truppen in Südwestafrika	Deutsches Kolonialblatt, 1905, vom 1. 11.

Anhang.

Die Generalsanitätsberichte der Schutztruppen aus früheren Jahren sind in den „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte“ erschienen.

Infolge des Aufstandes in Südwestafrika hat die Veröffentlichung dieser Berichte eine Verzögerung erfahren. Für die Zukunft sollen dieselben regelmäßig an dieser Stelle zum Abdruck gelangen.

A. Deutsch-Ostafrika.

1. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr 1902/03.

Erstattet von Stabsarzt Dr. Brückner.

A. Krankenzugang.

Die Zahlen der Jahresrapporte ergeben für den Gesundheitszustand der Schutztruppe ein günstiges Resultat. Wenn die Zahl der Zugänge und der Behandlungstage eine größere ist, als im Vorjahre, so hängt dieses gewiß zum größten Teil mit der erhöhten Iststärke zusammen. Die Zahl der Todesfälle und namentlich der als ganzinvalide Entlassenen zeigt eine wesentliche Herabminderung, trotz größerer Iststärke.

	1901/02	1902/03	
Bei einer Iststärke von . . .	150	162	
erkrankten	358	388	
starben	2	1	(Unglücksfall)
Behandlungsdauer	3006	4338	Tage
heimgesandt als dienstunfähig	5	4	
ganzinvalide	17	8	

Bei den Farbigen haben wir bei nahezu gleicher Iststärke ein Mehr von über 100 Zugängen in diesem Jahre, demnach ist der allgemeine Gesundheitszustand nach dem Rapport in diesem Jahre als günstiger zu bezeichnen, wenn man bedenkt, daß unter der Rubrik Venerische Erkrankungen in diesem über 400 Zugänge mehr verzeichnet sind, als im Vorjahre. Diese scheinbare Zunahme der Geschlechtskrankheiten ist bedingt durch die im Berichtsjahre auf allen Stationen eingeführten regelmäßigen Untersuchungen der Askari.

In erfreulicher Weise ist der Zugang von Malaria- und Schwarzwasserfieberkranken zurückgegangen.

	1901/02	1902/03
Es erkrankten Europäer an Malaria .	229	209
gestorben	1	1
an Schwarzwasserfieber	12	8
gestorben	1	0

Bei den Farbigen haben wir 290 Zugänge an Malaria gegen 490 des Vorjahres. Wenn man auch zugestehen muß, daß früher vielleicht mancherlei fieberhafte Erkrankungen anderer Organe irrtümlich als Malaria angesehen wurden, da nicht allenthalben eine mikroskopische Diagnose zu stellen möglich war, und dadurch in den Rapporten die Zahl der Malariaerkrankungen erhöht wurde, so ist doch sicherlich der weitaus größte Anteil an diesen günstigeren Gesundheitsverhältnissen der fast auf allen Stationen durchgeführten Koch'schen Chininbehandlung zuzuschreiben, welche ihre gute Wirkung trotz der in vielen Gegenden der Kolonie lang anhaltenden und starken Regenzeit gezeigt hat.

Was die Beschaffenheit des farbigen Ersatzes betrifft, so wurden Neueinstellungen von Sudanesen in diesem Jahre nur vereinzelt vorgenommen. Die Schutztruppe rekrutierte sich aus den Stämmen der Kolonie, welche in körperlicher und gesundheitlicher Beziehung ein durchaus brauchbares Soldatenmaterial stellen.

Die militärischen Unternehmungen dieses Jahres hatten durchweg keine Verluste im Gefolge.

Unter Epidemien von besonderem Umfange hatte die Schutztruppe nirgends zu leiden.

In Bukoba sind in diesem Jahre keine Erkrankungen an Pest vorgekommen.

Pocken herrschen in vielen Bezirken unter der Bevölkerung endemisch, namentlich in Neu-Langenburg traten sie während des Berichtsjahres sehr stark auf, außerdem wird noch von Usumbura, Muansa, Bagamoyo, Daressalam über Pockenepidemien berichtet. In der Schutztruppe ist nur 1 Askari den Pocken erlegen. Schutzpockenimpfungen werden fortgesetzt. Die neu eingestellten Askari werden geimpft.

Aus Tanga wird über ein epidemisches Auftreten der ägyptischen Augenkrankheit in der Regierungsschule berichtet, doch

gelang es durch strenge Absperrung eine weitere Verbreitung der Erkrankung zu verhüten.

In Wilhelmsthal herrschte im Januar—Mai 1903 unter den Eingeborenen eine Influenzaepidemie, welche viele Todesfälle im Gefolge gehabt haben soll.

In Schirati, einem im Bezirk Muanza gelegenen Offiziersposten, sind 6 Fälle von Schlafkrankheit unter der eingeborenen Zivilbevölkerung vorgekommen, von denen 3 starben.

B. Die im Rapportjahr zur Ausführung gelangten sanitären Mafsnahmen.

Unterkunft.

In der Unterbringung der Europäer und der Farbigen sind wesentliche Veränderungen nicht zu verzeichnen. Die im vorigen Berichtsjahre begonnenen Neubauten von Askariwohnungen wurden fortgesetzt. Doch ist in diesem Jahre für die bessere Unterbringung der Kranken durch Neubau von Lazaretten und Krankenstuben auf mehreren Stationen Sorge getragen.

In Mpapua wurde ein Haus mit Europäerkrankenstube und Wohnung für den Arzt neu hergerichtet.

In Tabora wurde in der Boma noch 1 Haus mit 2 Europäerwohnungen und Europäerkrankenstube neu erbaut. Ferner ein 2 stöckiges Lazarettgebäude vollendet und bezogen. Als Nebengebäude wurden aus Luftziegeln aufgeführt: 1 Haus für Poliklinikkranke mit 3 Räumen, 1 kleineres für den Krankenwärter, 1 ebenso kleines für Obduktionen.

In Bukoba wurde hinter dem alten Lazarettgebäude ein Neubau aufgeführt, der dem dringenden Bedürfnis nach Isolierräumen angesichts der durch Pest und Schlafkrankheit drohenden Gefahr, abhelfen soll. Der aus gebrannten Ziegeln aufgeführte, vorläufig mit einem Strohdach gedeckte Bau, enthält 3 geräumige sehr helle und gut ventilierte Zimmer.

In Muanza wurde der Neubau eines Lazaretts ausgeführt. Dasselbe besteht aus einem Mittelgebäude und 2 Flügeln. Die Hauptfront ist 30 m lang. Die beiden Seitenfronten 25 bzw. 30 m. Mittelgebäude und linker Seitenflügel sind aus gebrannten Ziegeln, der rechte Seitenflügel ist aus Feldsteinen gemauert, die Mauern sind 5, das Dach 2 m hoch, letzteres ist nach Art eines Tembendaches in Ermanglung von Wellblech oder Dachpappe hergestellt.

Das Lazarett hat 11 Zimmer, welche in folgender Weise verwandt werden. 1 für Inder, Araber und Goanesen, 2 für Kettengefangene, 3 und 4 Krankenzimmer für Europäer, 5 ist der Raum für die Poliklinik und zugleich Operationszimmer, 6 dient zur Aufbewahrung des Inventars, sowie des Bestandes an Arznei- und Verbandmitteln, 7 als Laboratorium, 8 als Krankenraum für Askari, 9 für Eingeborene, 10 ist Isolierzimmer, 11 Sektionsraum. Zimmer 5, 6, 7 stehen miteinander in Verbindung, während jeder der anderen Räume einen besonderen Eingang von dem an der Hofseite umlaufenden überdeckten Säulengang aus hat. Die Latrine liegt auf dem Hof, die offene Seite des Hofes ist durch eine Hecke abgeschlossen. Das Lazarett ist angelegt zur Unterbringung von 8 Europäern und 30 Eingeborenen, im Bedarfsfall kann jedoch noch eine größere Zahl von Kranken untergebracht werden.

In Moschi ist der Bau eines Lazaretts begonnen, zu welchem vom Gouvernement 3000 Rupien bewilligt sind. Der Bau wird aus Bruchsteinen aufgeführt, zur Bedeckung des Daches wird Wellblech verwandt. Das Gebäude ist 33 m lang, 8 m breit und hat 12 Räume. 1 Zimmer als Krankenstube für Farbige, 12 Betten, daneben an einer Seite ein Wohnraum für den Lazarettaskari, auf der anderen Seite Krankenstube für Europäer mit 2 Betten. Aus diesem Raum führt eine Tür in das Revierzimmer, welches einerseits mit dem Operationszimmer, anderseits mit der Apotheke durch Türen verbunden ist. Aus den beiden Krankenstuben führen Türen in den Baderaum, welcher an beiden Seiten 1 Abort hat. Ferner sind noch Räume als Küche, Weiber-, bzw. Isolierzimmer, daneben 1 Abort. Auf der Südwestseite ist das Gebäude von einer 2 m breiten Veranda umgeben. Die Fußböden sind zementiert. Außerdem ist das Lazarett von einem zementierten Kanal durchzogen, wodurch eine fortwährende Durchspülung der Abortanlage erreicht werden wird. In den Kanal führende Ausgüsse werden das Operations-, Bade- und Apothekerzimmer erhalten.

Trinkwasser.

In Mpapua wurde in der Nähe der Station ein Brunnen gegraben und in 18 m Tiefe Wasser gefunden. Dasselbe hat vorläufig, weil noch nicht klar, zu Trinkwasser nicht Verwendung gefunden, auch soll vor der Benutzung des Brunnens noch eine chemische Analyse des Wassers gemacht werden.

In Pangani wurden die sämtlichen offenen Brunnen, deren obere Öffnung mit der Erde gleich lag, mit einem 1 m hohen gemauerten Rande umgeben. Zudecken der Brunnen mußte aus Mangel an Mitteln unterbleiben. Mehrere Brunnen, deren Wasser nicht einwandsfrei war, weil Senkgruben in der Nähe oder das Wasser mit Meerwasser vermengt war, wurden zugeschüttet.

Kondoa-Irangi. Der in der Boma gelegene Brunnen wurde zugedeckt, in der Ortschaft sind Brunnen für die Eingeborenen ausgehoben.

Tabora. In den im vorigen Jahre gebohrten Kesselbrunnen ist eine Pumpe mit Arbeitsventil eingesetzt, welche klares, geruchfreies Wasser liefert, doch ist die Bedeckung und Verkleidung immer noch mangelhaft.

Im übrigen wird das Wasser auf allen Stationen, wo nicht ganz einwandfreies Wasser ist, von Europäern gekocht oder filtriert genossen.

Verpflegung.

Der Verpflegung der Eingeborenentruppe stellen sich nirgends Schwierigkeiten entgegen. Für die Europäer der Schutztruppe ist es von hygienischer Bedeutung, daß fast auf allen Stationen mannigfaltige europäische Gemüse gedeihen, so daß sie nur auf Märschen und Expeditionen auf Konservengemüse angewiesen sind.

C. Klinische Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Malaria.

Die Zahl der Malariaerkrankungen unter den europäischen Schutztruppenangehörigen hat absolut und relativ abgenommen. Im Jahre 1901/02 erkrankten 153, 3 % der Iststärke, im Jahre 1902/03 128, 3 %. Die Zahl der Zugänge betrug im Vorjahre 229, in diesem 209. Als Neuerkrankungen wurden 119, als Rückfälle 90 angegeben.

Von den in Zugang gekommenen 209 Malariafällen wurden wissenschaftlich beobachtet 104. Darunter fanden sich Malaria tropica 92, tertiana 9, quartana 3 Fälle.

Über günstige Erfahrungen mit prophylaktischem Chiningebrauch, jeden 9. und 10. Tag wird von einzelnen Stationsärzten berichtet. Überall wurde die Chininnachbehandlung nach Koch ausgeübt.

Die Verteilung der Malariazugänge auf die einzelnen Monate vollzog sich in der Art, daß Februar mit 32 die meisten Zugänge, August, September mit 11 die niedrigsten Zahlen zeigen.

Auch unter den farbigen Angehörigen der Schutztruppe zeigte sich eine nicht unbeträchtliche Verminderung der Zugänge an Malaria. Während im vorigen Jahre 25, 4 % erkrankten, werden in diesem Berichtsjahre nur 14, 4 % der Iststärke von Malaria befallen. Die Formen der 72 wissenschaftlich beobachteten Erkrankungen zeigten 62 mal Tropica, 1 mal Tertiana, 1 mal Quartana.

Die Monate November (11), August (10), September (14) zeigten die niedrigsten Zugangsziffern, während die Monate März (31), April (32) am höchsten belastet waren.

In Daressalam wurden seit August ds. Js. sämtliche Kasernen-insassen alle 10 Wochen einer Blutuntersuchung unterzogen. Die Parasitenträger werden in Chininbehandlung genommen und erhalten 2 Monate hindurch jeden 9. und 10. Tag 1,0.

Mit Schwarzwasserfieber kamen im Berichtsjahre 8 Fälle in Zugang, von denen 2 als tropendienstunfähig in die Heimat gesandt wurden. Ein Todesfall ist nicht zu verzeichnen. Bei sämtlichen 7 Fällen, über welche berichtet ist, war Malaria vorangegangen, und das Schwarzwasserfieber durch eine Chinindose ausgelöst. Chiningewöhnungskur gelang nur in 1 Fall nicht.

Über 6 Fälle von Recurrens berichtet der Stationsarzt von Muanza. Stabsarzt Dr. Lott ist der Ansicht, daß das Rückfallfieber am Victoriasee endemisch ist, da er die Recurrensspirillen im Blute dortiger Eingeborener und auch bei einem Eingeborenen in Entebbe gesehen hat. Klinisch bemerkenswert ist, daß es meist bei einem allerdings unter den schwersten Allgemeinerscheinungen verlaufenden Anfall bleibt. Nur in 2 Fällen wurde 1 Rückfall beobachtet.

Fälle von Unterleibstyphus kamen 3 im Berichtsjahre vor. Davon 2 in Tanga, 1 in Muanza. Die Ansteckungsquelle konnte nicht ermittelt werden. Doch erscheint in dem Falle in Muanza die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß die Ansteckung von Wolldecken aus Südafrika herrührt, welche in den Besitz der dortigen englischen Mission gelangt seien.

Der aus Muanza berichtete Fall zeigte einen atypischen Verlauf, insofern als das Stad. incrementi ausblieb und Patient nach vollkommenem Wohlbefinden mit einem Schüttelfrost erkrankte. Begleitet wurde die Erkrankung durch Entzündung des linken

Lungenoberlappens. Ein Recidiv, welches einen abgekürzten Verlauf nahm, wurde wiederum von einer Lungenentzündung begleitet.

Beri-beri ist von dem Stationsarzt in Bukoba bei einem Askari beobachtet worden. Die Symptome, welche beschrieben sind, waren folgende. Der Kranke kam mit Erbrechen, Schmerzen im Halse und allgemeinem Krankheitsgefühl in Behandlung. Er war in letzter Zeit sehr abgemagert und klagte über Schwindel. Der Gang war unsicher, bei geschlossenen Füßen schwankte Patient. Die Ansätze der Wadenmuskeln waren druckempfindlich, an den Streckseiten beider Unterschenkel befanden sich umschriebene Hautanästhesien. Einzelne Zwischenrippennerven waren druckempfindlich. Die Kniesehnenreflexe waren verstärkt. Die rechte Herzkammer war erweitert. Die Pulsfrequenz betrug 90 in der Minute, bei den geringsten Bewegungen trat eine Beschleunigung bis zu 200 Schlägen auf. Die Beschaffenheit des Pulsschlages war unregelmäßig. Unter Arsenikbehandlung gingen die Symptome allmählich zurück, so daß der Mann nach 6 wöchiger Behandlung wieder als dienstfähig zur Truppe entlassen werden konnte.

Ferner wird aus Bukoba ein Fall von Leberabsceß berichtet, welcher in die Lunge durchbrach, der Eiter wurde ausgehustet, und es trat Spontanheilung ein.

Mechanische Verletzungen.

Schußwunden.

Schußverletzungen kamen im Berichtsjahre zur Behandlung 4. Bei diesen handelte es sich bei zweien um Streifschüsse. Ein Streifschuß an der Schulter aus nächster Nähe mit Mausergewehr Mod. 71 abgegeben zeigte 5 cm lange, 3 cm breite Wunde. Der andere Streifschuß mit Jägerbüchse Mod. 71 war aus 30 m Entfernung abgegeben. Er zeigte in der Kleidung eine Einschußöffnung von der Größe des Kalibers der Kugel, mit glatten Rändern, rund. Der Ausschuß war etwa 3 mal so groß, viereckig, mit zerrissenen Rändern. Die Hautwunde hatte die Form einer Ellipse, von 6 cm Länge, 4 cm Höhe, 1 cm Tiefe.

Ein Selbstmordversuch mit dem gleichen Gewehrmodell wird aus Songea berichtet.

Der Schuß, aus nächster Nähe, machte einen kalibergroßen Einschuß in der linken Achselhöhle. Der Ausschuß war 5-Markstück groß, strahlig, an der Gräte des linken Schulterblattes. Der

Oberarmknochen war anscheinend unverletzt, Akromion und Schulterblatt zertrümmert. Es trat Heilung mit Ankylose des linken Schultergelenks ein.

Beim 4. Fall handelt es sich um eine Verletzung mit dem 7,62 mm Ganzmantelgeschoß einer Browningpistole aus nächster Nähe. Der Einschuß war 3 cm unterhalb der rechten Leistenbeuge, 1 cm nach außen von den großen Gefäßen. Der Schußkanal durchsetzte den ganzen Oberschenkel der Länge nach. Die Ausschußöffnung befand sich dicht oberhalb und außen vor der rechten Kniescheibe, war rund, von der Größe des Geschoßkalibers. Die Streckmuskulatur des Oberschenkels war verletzt. Starke Schwellung, geringe äußere Blutung. Das Geschoß lag unverändert neben dem Verletzten, es war unter der Hose hervorgeglitten. Über dem Einschuß waren die Kleider etwas verbrannt.

2. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr 1903/04.

Erstattet von Stabsarzt Dr. Exner.

A. Krankenzugang.

Die Jahresrapporte des Berichtsjahres 1903/04 ergeben gegenüber dem Vorjahre sowohl für die deutschen Militärpersonen als auch für die Farbigen niedrigere Zahlen der Krankenzugänge und der Behandlungstage. Die Iststärke der Europäer war geringer als im Vorjahre, die der Farbigen fast die gleiche.

Bei den deutschen Militärpersonen betrug

	1902/03	1903/04
die Iststärke	162	130,5
die Zahl der Zugänge .	388	348
der Behandlungstage . .	4338	4269
der Todesfälle	1	2
Bei den Farbigen		
die Iststärke	1805,9	1786,9
die Zahl der Zugänge .	2694	2276
der Behandlungstage . .	40515	36245
der Todesfälle	32	25

Der Häufigkeit nach ist das Malariafieber noch die wichtigste Krankheit. Bei den Europäern waren im vorigen Jahre 209 Ma-

lariaerkrankungen bei 162 Köpfen = 129 %, in diesem Jahre 142 Fälle bei 130 Köpfen = 131 %. Für die Farbigen machen bei fast gleicher Iststärke die Malariafieber im Berichtsjahre 11 % gegen 16 % im Vorjahre aus.

Wenn man bei den Europäern die Malariaerkrankungen in Vergleich zu den übrigen Krankheiten stellt, so ergaben im Vorjahre 209 Malariafälle und 8 Schwarzwasserfieber = 217 von 388 Erkrankungen, im ganzen 56 %, im Berichtsjahr 162 Malariafälle und 9 Schwarzwasserfieber = 171 bei 348 Zugängen nur 50% sämtlicher Erkrankungen.

Als Rückfälle wurden im Vorjahre bei den Europäern 70, im Berichtsjahre 41 angegeben, bei den Farbigen im Vorjahre 50, in diesem 46.

Demnach haben die Rückfälle eine wesentliche Abnahme erfahren. Der Grund dafür ist die mehr und mehr eingeführte Chininnachkur nach überstandenem Fieber, ferner die Chininprophylaxe, welche von den meisten Europäern wenigstens während des Marsches durch ungünstige Gegenden geübt wurde, und für Daressalam die Malariabekämpfung nach der Methode von Robert Koch.

Neu erscheint im Rapport über die deutschen Militärpersonen in diesem Jahre das Rückfallfieber, eine Infektionskrankheit, welche durch einen als Spirochäte Obermeyeri bezeichneten Blutparasiten hervorgerufen wird. Es kamen 16 Fälle bei Europäern zur Beobachtung, von denen jedoch nur 8 Neuerkrankungen waren. Die anderen 8 sind Rückfälle bei denselben Kranken.

Unter den Farbigen war diese Krankheit bereits im vorigen Jahre in 6 Fällen in Muansa festgestellt worden. Im Berichtsjahr sind unter den Askari 4 Fälle vorgekommen, einer in Muansa und 3 in Ssongea. Die Europäer zogen sich das Rückfallfieber während des Marsches auf der großen Karawanenstraße zu.

Unter den Farbigen nehmen die venerischen Krankheiten einen breiten Raum ein. Für Tripper und Syphilis lauten die Zahlen etwas günstiger als im Vorjahre.

	1902/03	1903/04
Tripper	653	506
Syphilis	50	43

Weiche Schanker traten dagegen häufiger auf: im Vorjahre 114, im Berichtsjahr: 145.

Epidemien.

Malariafieber und Rückfallfieber müssen als endemisch in Deutsch-Ostafrika bezeichnet werden.

Von Epidemien unter den Askari ist eine Pockenepidemie zu erwähnen, welche in der Kaserne der 5. Kompagnie in Daressalam von Oktober bis Dezember 1903 herrschte und 20 Fälle umfaßte. Sämtliche Erkrankungen nahmen einen günstigen Verlauf.

Ferner ist eine kleine, nur 5 Fälle betreffende Epidemie von Mumps unter den Askari in Daressalam zu nennen. Die Erkrankungen verliefen ohne Komplikationen.

Im übrigen sind Epidemien unter den Schutztruppenangehörigen nicht vorgekommen. In Iringa und in Schirati erkrankte je ein farbiger Soldat an der Pest. Beide Fälle endeten tödlich.

Einflüsse und Beschaffenheit des Ersatzes.

In Moschi wurden einige Abessinier, Somali und Sudanesen eingestellt. Über die körperliche Leistungsfähigkeit der ersteren und ihr Anpassungsvermögen an das Klima liegt wegen der Kürze der Zeit noch kein Urteil vor. Die sonstigen neueingestellten Askari sind den Eingeborenen der Kolonie entnommen, hauptsächlich den Wanyamwesi, den Wasukuma und den aus dem Kongostaat stammenden Manyema. Angehörige dieser Stämme eignen sich im allgemeinen noch am besten als Soldaten und vertragen das Klima an der Küste wie in kalten Berggegenden gut.

Klimatische und Witterungsverhältnisse.

Das Berichtsjahr war im allgemeinen ein regenreiches. Nur im Bezirk Muansa sollen die Niederschläge geringer gewesen sein, als im vorigen Jahre. Der Einfluß der Jahres- bzw. Regenzeit auf die Zahl der Malariaerkrankungen ist unverkennbar, zumal die meisten Erkrankungen auf die Monate April und Mai fallen.

Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung.

Die europäische Zivilbevölkerung litt ebenfalls am häufigsten unter Malariafiebern. Malaria wie auch Schwarzwasserfieber tritt bei europäischen Zivilpersonen im Innern verhältnismäßig häufiger auf, als bei den Schutztruppenangehörigen. Es handelt sich da, wie z. B. aus Muansa berichtet wird, vielfach um Händler, welche schlecht ausgerüstet sind, oft sogar kein Moskitonetz haben, unzweckmäßig leben und ungenügend oder gar kein Chinin nehmen.

Unter den Eingeborenen ist die Malaria, abgesehen von den höheren Bergländern endemisch. Blutuntersuchungen in verschiedenen Gegenden der Kolonie ergaben namentlich unter den Kindern bei einem hohen Prozentsatz Malariaparasiten.

Über eine Epidemie unter Eingeborenen, welche ärztlicherseits als Malaria gedeutet wurde, wird aus Moschi berichtet. Es erkrankten da gleichzeitig zahlreiche Leute aus der Berglandschaft Uru, westlich von Moschi, und 54 der Erkrankten starben. Die Erkrankten waren sämtlich Männer, welche zur Arbeit im Tieflande gewesen waren.

In Ssongea wurde im Dezember 1903 und Januar 1904 eine Epidemie von 27 Fällen von Rückfallfieber beobachtet. Es handelte sich um Eingeborene aus dem Bezirk, welche in der Nähe der Station Arbeit angenommen hatten und so in ärztliche Behandlung kamen. Die Erkrankungen waren schwere, liefen aber günstig ab.

Mumps herrschte im Dezember 1903 unter den Schülern in Pangani.

Masern traten bei Inder- und Eingeborenenkindern in Pangani vom April bis Juni 1904 epidemisch auf. Auch aus Bukoba wird über eine Masernepidemie berichtet, derentwegen die Stationsschule geschlossen werden mußte.

Ruhr kam vereinzelt in fast sämtlichen Bezirken, häufiger, in 19 Fällen, in Muansa zur Beobachtung.

Über Pockenepidemien wird nur aus dem Bezirk Bukoba berichtet. Im Gegensatz zu früheren Jahren sind in Langenburg, Schirati und Usumbura keine häufigeren Pockenerkrankungen gemeldet worden.

Im Bezirk Iringa herrschte unter den Eingeborenen bei der Mission Madibira eine Epidemie von granulöser Bindehautentzündung, welche eine Anzahl Erblindungen im Gefolge hatte.

Während in den Bezirken Bukoba und Muansa in diesem Jahre keine Pesterkrankungen bekannt geworden sind, trat im Bezirk Iringa eine starke Pestepidemie unter den Eingeborenen auf, welche zahlreiche Opfer forderte. Bei dieser Gelegenheit erkrankten auch zwei Schwestern und ein Laienbruder der Mission, welche einen Lungenpestkranken, ohne zu wissen, daß es sich um Pest handelte, zur Pflege bei sich aufgenommen hatten. Ferner erkrankte noch eine Ansiedlersfrau an Pest. Von diesen vier Kranken starben zwei, die beiden anderen genasen. Unter den Eingeborenen sollen jährlich während der Regenzeit zahlreiche derartige Erkrankungen mit

häufig tödlichem Ausgang vorkommen. Der Zusammenhang des Auftretens der Krankheit mit dem Sterben der Ratten ist den Eingeborenen bekannt.

Von Schirati wird über 3 Fälle von Schlafkrankheit berichtet, welche in Udemi an der englischen Grenze beobachtet und tödlich verlaufen sind. In Muansa starb ein vor 3 Jahren aus Uganda eingewanderter Knabe an Schlafkrankheit. In Bukoba war das Lazarett während des ganzen Berichtsjahres mit Schlafkranken belegt. Von 35 in Zugang gekommenen sind 32 gestorben, 3 sind im Bestand geblieben.

B. Sanitäre Mafsregeln.

Unterkunft.

In Bismarckburg wurde die seit mehreren Jahren im Bau befindliche neue Boma soweit fertiggestellt, daß sie im August 1904 bezogen werden konnte. Dieselbe liegt, dem Wind von allen Seiten zugängig, auf der Spitze einer Halbinsel mit felsigem Untergrund. Das Hauptgebäude 47 m lang und 17 m breit ist aus gebrannten Ziegeln gebaut, einstöckig und mit Ziegeln gedeckt. Im Erdgeschoß befinden sich Bureaus, die Kammer und Unteroffizierwohnungen, im ersten Stock Wohnungen und Messe für die Offiziere. Die Nebenräume, Küchen, Bade- und Aborträume, Poliklinik und Medikamentenaufbewahrungsraum, das Wachtlokal, die Räume für die Gefangenen und die Magazine begrenzen auf den anderen drei Seiten einen großen Hof.

Für die Askari wurden in der Nähe der neuen Boma 43 neue Häuser gebaut, von denen eines immer zwei Familien als Wohnung dient.

In Tabora waren durch schwere Wetter mehrere Häuser abgedeckt worden, in andere regnete es ein. Die Häuser erhielten Wellblechdächer.

In Bukoba wurden bauliche Veränderungen an den Häusern vorgenommen und mit dem Bau eines neuen Unteroffizierhauses begonnen. Neben dem im Vorjahre erbauten Isolierhaus, welches zur Aufnahme der Schlafkranken dient, wurde ein Backsteinbau, welcher ein Laboratorium und einen Sezierraum enthält, neu gebaut. Der Desinfektionsapparat ist unter einem Wellblechdach untergebracht.

In Muansa hielt das Tembendach des im vorigen Jahr gebauten Lazaretts dem Regen nicht stand, und als ein Strohdach darauf an-

gebracht wurde, hielt das Balkenwerk die Schwere nicht aus. Das Lazarett soll deshalb ein Wellblechdach erhalten. Ferner wurde ein neues Haus für den Stationschef gebaut, da das alte baufällig war.

In Iringa wurden, um die Vernichtung und Fernhaltung der Ratten zwecks Bekämpfung der Pest möglich zu machen, statt der großen tembenartigen Askarikasernen Einzelhäuser für je 2 Familien gebaut und mit Fenstern versehen. Etwas außerhalb der Stadt, etwa 5 Minuten weit davon entfernt, wurden ein Pestkrankenhaus und ein Laboratorium für bakteriologische Arbeiten errichtet.

In Moschi wurde das neue Hospital bezogen. Die Wasserleitung versagte wegen zu geringen Gefälles des Abzugskanals, und die Krankenräume reichten zeitweise nicht aus.

In Mahenge wurde auf ein massives Steinhaus ein Stockwerk aufgesetzt. Das Haus dient nunmehr sämtlichen Europäern, mit Ausnahme des Stationschefs, als Wohnung.

In Udjidji wurde das Lazarett umgebaut, oben Wohnungen für Arzt und Sanitätsunteroffizier eingerichtet, unten die Zahl der Krankenzimmer von zwei auf drei vermehrt. Auch wurde mit dem Bau neuer Askariwohnungen begonnen.

Trinkwasser.

Neuanlagen wurden im Berichtsjahre nicht geschaffen. In Daressalam wurden Bohrungen zur Auffindung von gutem Trinkwasser als Vorarbeit für die Anlage einer Wasserleitung vorgenommen. Diese Arbeiten haben noch kein endgültiges Resultat ergeben. Fast an sämtlichen Orten der Kolonie wird das Trinkwasser für die Europäer vor dem Gebrauch abgekocht.

Verpflegung.

Die Verpflegung der Farbigen ist überall eine ausreichend gute. Der Preis schwankt allerdings nach der Gegend nicht unerheblich.

Die Verpflegung der Europäer hat, was Fleischkost anlangt, an einigen Orten, wo bisher fast nur Ziegen und Schafe zu haben waren, Fortschritte gemacht, indem öfter Rinder geschlachtet wurden. Allerdings ist das Rindfleisch zähe und steht an Schmackhaftigkeit hinter dem europäischen bedeutend zurück. Auf verschiedenen Innenstationen sind die Europäer noch ganz oder zum großen Teil auf Konservengemüse angewiesen. Mehl muß fast

überall aus Europa bezogen werden. In Daressalam ist frisches Gemüse so gut wie gar nicht, frische Butter selten, Milch in spärlicher Menge zu haben.

Bekleidung.

In der Bekleidung der Schutztruppenangehörigen sind Änderungen nicht vorgenommen worden.

Latrinen.

Für die Europäerlatrinen bedient man sich auf sämtlichen Innenstationen des Tonnensystems.

Für die Farbigen sind Gruben angelegt. In Iringa wurde für die Askari eine neue Abortgrube, welche mit einer Zementmauer eingefaßt ist, geschaffen.

Grund und Boden.

In Muansa wurde die Entwässerung eines großen Sumpfes am Fuße des Hügels, auf welchem das Haus des Stationschefs steht, begonnen. Es wurden Abzugsgräben angelegt und Eucalyptusbäume gepflanzt.

In Udjidji, dessen Straßen von altersher regellos und eng angelegt waren und infolgedessen vielfach nicht den Forderungen der Reinlichkeit genügten, wurde mit dem Durchschlagen neuer, gerader, breiter Straßen begonnen.

Die Gesundheitspflege der Truppe betreffende Verhältnisse.

Der Wichtigkeit und Häufigkeit der Krankheit entsprechend, ist an erster Stelle die Bekämpfung der Malaria zu nennen. In Daressalam wurde dieselbe nach der Koch'schen Methode in der gleichen Weise wie in den vorhergehenden Jahren fortgesetzt. Wie die übrigen Eingeborenen, so wurden auch die Askari, deren Weiber, Kinder und Boys, etwa alle 10 Wochen auf Malariaparasiten untersucht und die krank Befundenen erst 4 Tage lang mit je 1 g Chinin und dann während zweier Monate am 6. und 7. Tage mit je 1 g Chinin, Kinder entsprechend mit 0,5 Chinin behandelt. Ferner wurden besonders die farbigen Diener, welche für ihre Herren häufig die Infektionsquelle abgeben, da sie sich abends in den Europäerwohnungen aufhalten, öfter untersucht und notwendigenfalls mit Chinin behandelt. Bei den Europäern, welche Ma-

laria durchmachten, wurde nach Möglichkeit die Durchführung einer regelrechten Chininnachkur angestrebt, jeden 8. und 9. Tag je 1 g Chinin zwei Monate lang. Auf einzelnen Stationen wurde während der ungünstigen Jahreszeit von den Europäern prophylaktisch Chinin genommen, allgemeiner aber von den Schutztruppenangehörigen, welche durch Gegenden marschieren mußten, in denen erfahrungsmäßig häufig Malariainfektionen vorkommen.

Nachdem Rückfallfieber bei den in Daressalam eintreffenden Europäern festgestellt war, wurde, um die Einschleppung dieser Krankheit in die Stadt durch die Träger zu verhüten, ein Sanitätsdienst in der Karawanserei eingerichtet. Ein Arzt untersuchte täglich die angekommenen Träger, stellte, wenn Verdacht vorlag, die Temperatur fest und entnahm eine Blutprobe. Diese Maßnahme bekämpfte zugleich die Einschleppung von Malariakeimen. Den ins Innere marschierenden und den zur Küste zurückkehrenden Schutztruppenangehörigen wurde befohlen, statt der Straße Daressalam—Mafisifähre—Morogoro den Weg Bagamojo—Morogoro zu benutzen. Eine Untersuchung der Eingeborenen der Dörfer an der Karawanenstraße hatte bei drei Leuten aus den Dörfern unmittelbar vor und hinter der Mafisifähre Rückfallfieberspirillen im Blut finden lassen, die weitere Strecke frei ergeben. So besteht Hoffnung, den Infektionsherd zu umgehen.

Besondere Maßregeln wurden zur Bekämpfung der Pest in Iringa getroffen. Im Februar 1904 wurde die Vernichtung der bei der Verbreitung der Pest die Hauptrolle spielenden Ratten ins Werk gesetzt, indem den Eingeborenen für die eingelieferten Ratten Prämien gezahlt wurden; bis zum 1. Oktober 1904 sind bereits 535 000 Ratten eingeliefert worden. Um die Feldratten von der Stadt Iringa fernzuhalten, wurde die Anlage von Feldern in der nächsten Umgebung der Stadt verboten. In der Stadt stellte man den Ratten durch Fallen, Gift und Katzen nach. Die Eingeborenen wurden durch öftere Kontrolle gezwungen, ihre Höfe sauber zu halten. Die Abfälle wurden in Gruben außerhalb der Stadt gesammelt und wöchentlich einmal verbrannt. In den Häusern der Eingeborenen in der Stadt Iringa wurden Fenster angebracht, um die Auffindung der Ratten in den Wohnungen zu erleichtern. Aus demselben Grunde wurden, wie oben erwähnt, Einzelhäuser für die Askari gebaut. Da die Wahehe ihre Leichen in den Busch zu werfen pflegen, wurde die Beerdigung sämtlicher Leichen in tiefen Gruben angeordnet. Die Eingeborenen des Bezirks wurden ange-

wiesen, bei Erkrankungen an Pest und bei Rattensterben der Militärstation Anzeige zu machen. Ferner wurde ein Pestkrankenhaus mit bakteriologischem Laboratorium, 5 Minuten von der Stadt entfernt, erbaut und im März 1904 ein zweiter Arzt zur Bekämpfung der Seuche nach Iringa gesandt.

In Muansa wurde, da auf einem englischen Dampfer ein Pestfall vorgekommen war, die Quarantänestation instandgesetzt und der Militärstation ein Dampfsterilisierapparat überwiesen.

Um die Geschlechtskrankheiten in der Truppe einzuschränken, wurden die Askari in Daressalam monatlich zweimal, auf den sonstigen Stationen einmal untersucht. Die öffentlichen Weiber wurden an den Küstenplätzen wöchentlich einmal untersucht. Tripper und Syphilis zeigten, wie oben erwähnt, eine Abnahme, der weiche Schanker trat häufiger auf. Die Besserung der Gesundheitsverhältnisse ist hier noch schwieriger als in Europa, da man hier der geheimen Prostitution noch weniger beikommen kann, als zu Hause.

C. Klinische Beobachtungen.

Pocken.

Farbige. Die Erkrankungen waren sämtlich leichter Art. Nur in fünf Fällen fanden sich auch Pusteln auf den Schleimhäuten. Sämtliche Kranke genasen und wurden dienstfähig entlassen.

Rückfallfieber.

Deutsche Militärpersonen. Die Erkrankungen traten als hohe, mehrere Tage anhaltende Fieber auf, welche sich in Pausen von 8 bis 10 Tagen mehrfach wiederholten. Bei sämtlichen 8 Erkrankungen unter Europäern wurden während der Anfälle Spirillen im Blut gefunden. Das Krankheitsgefühl sämtlicher Befallenen war ein schweres. Zwei der Kranken wurden tropendienstunfähig in die Heimat gesandt. Nach späteren Mitteilungen sind im Gefolge des Rückfallfiebers bei zwei der Kranken Lähmungen der Gesichtsnerven aufgetreten.

Malariafieber.

a) Deutsche Militärpersonen. Von den 162 unter den europäischen Schutztruppenangehörigen in Zugang gekommenen Malariafieberfällen wurden 58 wissenschaftlich beobachtet.

Zweimal wurde Malaria tertiana festgestellt, in den übrigen 56 Fällen handelte es sich um Malaria tropica.

Tropendienstunfähig entlassen wurde ein Kranker.

b) Farbige. Unter den Farbigen wurden von 196 Erkrankungen 51 wissenschaftlich beobachtet. Mit Ausnahme eines Falles, in welchem Tertian-Parasiten gefunden wurden, handelte es sich immer um Malaria tropica.

Sämtliche farbige Erkrankte wurden dienstfähig entlassen.

Die Behandlung bestand in Chinin, welches zunächst 3 bis 4 Tage nacheinander in Dosen von 1 g verabfolgt wurde, und dann in einer 2 bis 2½ monatigen Nachkur von je 1 g Chinin am 9. und 10. oder 8. und 9. Tage. Ein Todesfall ist nicht vorgekommen.

Schwarzwasserfieber.

Deutsche Militärpersonen. In Behandlung kamen 9 Fälle und 1 Fall, bei welchem das Schwarzwasserfieber im Rapport als Komplikation geführt ist, also im ganzen 10. Von diesen wurden 8 Fälle wissenschaftlich beobachtet. Sämtliche Anfälle waren durch eine Chinindosis von 1 g, welche mehrere Stunden oder am Tage vorher genommen worden war, ausgelöst. In 6 Fällen wurde eine Chiningewöhnungskur mit gutem Erfolge angeschlossen, ein Kranker starb an Herzschwäche, die übrigen wurden dienstfähig entlassen.

Pest.

Farbige. In Iringa erkrankte der Ombascha Mohamed Nasor plötzlich in der Nacht vom 25. zum 26. März mit hohem Fieber und Schmerzen in der rechten Leistengegend. In seinem Hause wurden beim Nachsuchen 3 tote Ratten gefunden, in deren Milz Pestbazillen nachgewiesen werden konnten. Bei dem Kranken hatten die Drüsenschwellungen in der rechten Leistengegend die Größe eines plattgedrückten Hühnereies, waren hart und sehr schmerzhaft. Die Körperwärme schwankte zwischen 39,1 und 40,6. Im Verlauf waren im Blut des Kranken Pestbazillen nachweisbar. Am 28. März vormittags, schon nach einer Krankheitsdauer von 2½ Tagen, erfolgte der Tod.

Schußwunden.

a) Deutsche Militärpersonen. Es kam zunächst eine Schußwunde, welche durch einen vergifteten Pfeil hervorgerufen wurde, im Berichtsjahre in Behandlung. Die Verwundung

war schon am 21. September 1903 im Gefecht erfolgt und betraf einen Unteroffizier der Abteilung Schirati. Der Pfeil drang in den linken Oberarm ein, ohne sich durchzubohren. Der Verwundete zog den Pfeil sofort aus der Wunde, nahm das ihm von den Eingeborenen gereichte Gegengift und wusch sich etwa eine Stunde später die Wunde aus. Es trat Fieber und Schwellung an Arm und Hand auf, und der Ellenbogen konnte nicht mehr bewegt werden. Der Kranke kam 12 Tage nach der Verwundung in ärztliche Behandlung. Die vollständige Heilung erfolgte in 4 Wochen. Er wurde dienstfähig entlassen.

Unter Europäern kam noch eine Schußverletzung durch das Gewehr Modell 71 vor, welche den sofortigen Tod zur Folge hatte. Ein Feldwebel von der Polizeiabteilung Tanga erhielt am 16. August 1904 auf der Löwenjagd durch einen unglücklichen Zufall einen Schuß in den Rücken, welcher den Brustkorb von rechts hinten nach links vorn durchsetzte. Der Arzt fand bei der Leichenschau die Einschußöffnung unterhalb des rechten Schulterblatts mit 11 mm Durchmesser. Die Ausschußöffnung saß unterhalb des linken Schlüsselbeins, war oval, 2,5 : 1,0 cm groß und hatte glatte Ränder. Als Todesursache wurde Verbluten angenommen. Das Geschoß wurde nicht gefunden.

b) Farbige. Bei diesen kamen 3 Gewehrschußverletzungen vor, von denen eine in Heilung ausging, zwei tödlich endeten. Im ersten Fall, einem angeblichen Selbstmordversuch eines Askari der Abteilung Usumbura, handelte es sich um einen Schuß mit Gewehr Modell 71 in den linken Oberschenkel. Die Wunde heilte glatt.

Im zweiten Fall wurde in mörderischer Absicht von einem Schausch ein Schuß mit dem Karabiner Modell 71 auf den Sol Ali Machmut der Abteilung Usumbura abgegeben.

Das Geschoß durchschlug den linken Unterarm, drang an der linken Seite des Leibes in der Achsellinie ein und trat an der entsprechenden Stelle der rechten Seite aus. Die Einschußöffnung war rund, 1,5 cm im Durchmesser, die Ausschußöffnung größer und hatte zerrissene Ränder. Das Geschoß wurde nicht gefunden. Der Tod erfolgt nach etwa 3 Stunden. Als Todesursache wird innere Verblutung angegeben. Die Leichenöffnung wurde nicht gemacht.

Der dritte Fall betrifft einen Selbstmord durch Schuß in den Mund mit Gewehr Modell 71 bei einem Askari der 5. Kompagnie Daressalam. Die Einschußöffnung, welche vermutlich am Gaumen

und der Schädelbasis saß, wurde nicht festgestellt. Die Ausschußöffnung befand sich am Hinterhaupt, war länglich, 4 : 3 cm groß und hatte zerrissene Ränder. Aus ihr quoll Blut und Gehirn hervor. Der Tod war sofort eingetreten.

3. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika über das Berichtsjahr 1904/05.

(Erstattet von Stabsarzt Dr. Schörnich.)

(Vorbemerkung: Zufolge der Unruhen waren die Rapporte aus Mahenge seit Juni, aus Ssongea seit Juli und aus Iringa seit August 05 beim Abschluß der Generalrapporte ausgeblieben. Die inzwischen aus Mahenge und Ssongea eingetroffenen Meldungen sind in diesem Bericht verwertet, so daß er nur bezüglich Iringa Lücken aufweist.)

A. Krankenzugang.

Allgemeines.

	1903/04	1904/05
Bei den deutschen Militärpersonen betrug		
die durchschnittliche Iststärke . . .	130,5	137,9
die Zahl der Zugänge	348	356
die Zahl der Behandlungstage . . .	4269	4212
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	266,6%	258,2%
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten die allgemeinen und Infektionskrankheiten	208	192
Fälle, also auf das Hundert der Zugänge	59,8%	53,9%
Bei den farbigen Soldaten betrug die durchschnittliche Iststärke . . .	1786,9	1913,7
die Zahl der Zugänge	2276	2652
die Zahl der Behandlungstage . . .	36 245	37 526
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	127,4%	138,5%
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten hier die Geschlechtskrankheiten mit	740	655
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	32,5%	24,7%

Dann folgen mit Zugängen:	1903/04	1904/05
Allgemeine Krankheiten	328	464
Krankheiten der Atmungsorgane . .	293	276
„ „ Ernährungsorgane .	199	257
„ „ äußeren Bedeckungen	193	324

Epidemien.

In der Schutztruppe traten im Berichtsjahre Epidemien nicht auf. Auch das vermehrte Vorkommen von Ruhr in Daressalam im Mai und Juni trug keinen epidemischen Charakter, da bei einer Durchschnittsiststärke von damals 485 farbigen Soldaten nur 36 (rund 8%) erkrankten und keiner starb.

Endemien.

Erkrankungen an Rückfallfieber, Malaria, Ruhr und Geschlechtskrankheiten sind bei den deutschen Militärpersonen und bei farbigen Soldaten im Berichtsjahre wieder in so gleichmäßiger Verteilung auf die einzelnen Monate in Zugang gekommen, daß man diese Seuchen als „in der Schutztruppe endemisch" bezeichnen muß. Eine örtliche Begrenzung der Seuchenherde ist jedoch aus dem Anteil, den die einzelnen Stationsbesatzungen an diesen Zugängen haben, nicht erkennbar, weil Versetzungen und militärische Unternehmungen einen fortwährenden Personalwechsel mit sich gebracht haben.

Bei den deutschen Militärpersonen betrug die Zahl der Zugänge und ihr Verhältnis zum Hundert der Iststärke:	1903/04	1904/05
an Rückfallfieber	16 (12 %)	23 (16 %)
an Malaria	162 (131 %)	140 (102 %)
an Ruhr	7 (5,4 %)	8 (6 %)
an Geschlechtskrankheiten	6 (4,6 %)	9 (6,5 %)

Bei den farbigen Soldaten betrug die Zahl der Zugänge und ihr Verhältnis zum Hundert der Iststärke:	1903/04	1904/05
an Rückfallfieber	4 (0,3 %)	19 (1 %)
an Malaria	196 (11 %)	273 (14 %)
an Ruhr	53 (3 %)	98 (5 %)
an Geschlechtskrankheiten	740 (41 %)	655 (39 %)

Es ergeben sich also beim Vergleich dieser wichtigsten Zahlen aus den beiden letzten Jahren Schwankungen, die einheitliche Schlüsse auf dauernde Veränderungen im Gesundheitszustand der Schutztruppe nicht zulassen.

Zivilbevölkerung.

Als Quelle sowohl für die besprochenen endemischen Seuchen, als auch für die sporadisch in der Truppe beobachteten Infektionskrankheiten müssen die Eingeborenen des Schutzgebietes angesprochen werden. Die örtlichen Krankheitsherde unter ihnen aufzufinden, ist schwierig, da überall durch Karawanen, in den meisten Bezirken auch durch unkontrollierbare Freizügigkeit, eine beträchtliche Fluktuation der Bevölkerung stattfindet. Immerhin hat sich im Berichtsjahre folgendes feststellen lassen:

Pocken.

Aus Bukoba wird berichtet, daß in den Landschaften Kisiba, Bugabu, Kianya, Kiamtuara und Nordkaragwe wiederholt kleine Pockenepidemien zum Ausbruch kamen.

Ssongea meldet, daß der Bezirk von Pocken frei geblieben sei. Auf der Karawanenstraße Iringa—Daressalam hat sich ein farbiger Soldat, der als Rekrut noch nicht erfolgreich geimpft war, an Pocken angesteckt; ein weiterer Fall ist in der Schutztruppe nicht vorgekommen.

Masern.

In Tanga (Gouvernementsschule), Tabora und Aruscha sind kleine Epidemien von Masern unter den Eingeborenen zur ärztlichen Kenntnis gekommen. Im Zusammenhang damit stehen die zwei Zugänge an Masern unter den farbigen Soldaten in Tabora.

Rückfallfieber.

Als Infektionsherde für Rückfallfieber sind für Daressalam die Straße Mafisi—Kilossa, für Kilimatinde die Straße nach Morogoro, für Tabora alle zuführenden Straßen außer der nach Bismarckburg nachgewiesen, während die genannten Stationen und ebenso Kilwa Ssongea noch nicht verseucht sind. Im Bezirk Muansa ist Rückfallfieber im Berichtsjahr vermehrt aufgetreten, im Bezirk Usumbura ist es zum ersten Mal beobachtet und als bisher einziger Herd das Russissital festgestellt worden.

Malaria.

Von den seit lange bekannten Malariaherden wird eine Zunahme der Erkrankungen in der weißen Zivilbevölkerung aus Daressalam berichtet, und durch den Zuzug von griechischen, italienischen u. a. Arbeitern zum Bahnbau erklärt, da diese Leute vielfach unter dürftigen Bedingungen leben und es an den einfachsten Vorsichtsmaßnahmen fehlen lassen. Der alte Zustand endemischer Malaria wird aus Tanga, Bagamojo, Mohoro, Tabora, Udjidji, Usumbura, Muansa, Bukoba, Bismarckburg berichtet. In Ssongea sind im Berichtsjahr die ersten, bisher nie gefundenen Anophelesmücken, und zugleich in 7 von 21 untersuchten Kindern Malariakeime gefunden. Neu-Langenburg führt seine Malariafälle auf Ansteckung in Wiedhafen Nwaya zurück, Mahenge ebenso nur auf die Ebene am Upogoro-Gebirge. Die Stationen Mpapua, Kondoa-Irangi und Kilimatinde sind infolge durchlässigen Bodens bzw. hoher Lage arm an Anophelesmücken und weisen nur geringe Prozentsätze malariakranker Kinder auf (in Moschi konnten bei Ortseingeborenen überhaupt keine Malariakeime gefunden werden, der Ort selbst kann zurzeit als sicher malariafrei gelten); infolgedessen erfolgen in den Orten selbst nur selten Malariaansteckungen.

Grippe.

In demselben für Malaria so günstigen Moschi, sowie am ganzen Kilimandjaro herrscht jedoch endemisch Grippe, und hat dort auch unter den deutschen Militärpersonen zwei, unter den farbigen Soldaten 18 Zugänge im Berichtsjahr verursacht.

Tuberkulose.

Für die Art der Einschleppung der Tuberkulose in die Schutztruppe (2 Zugänge in Muansa, 1 in Ssongea, sämtlich farbige Soldaten), hat sich in der Zivilbevölkerung kein Anhaltspunkt ergeben.

Ruhr.

Den erwähnten Zugängen an Ruhr in Daressalam lag Ansteckung aus der Zivilbevölkerung zugrunde. Ebenso führte eine besonders im letzten Viertel des Berichtsjahres in Muansa unter den Eingeborenen herrschende Ruhrepidemie dort zu 8 Zugängen bei farbigen Soldaten.

Pest.

Im Berichtsjahr ist auffallenderweise in Bukoba kein Pestfall vorgekommen; über Iringa fehlt der endgültige Bericht. Indirekt erlitt die Schutztruppe durch Schutzimpfung gegen Pest je einen Zugang bei deutschen Militärpersonen und farbigen Soldaten.

Aussatz.

Aus Lindi wird eine Vermehrung der Aussätzigen — 6 gegen 3 im Vorjahre — berichtet, die sämtlich aus dem Hinterland eingeliefert sind. Die Quelle der Ansteckung bei dem einzigen Zugang — Bismarckburg — an Nervenaussatz unter den farbigen Soldaten ist nicht ermittelt.

Schlafkrankheit.

Im Bezirk Bukoba nimmt die Schlafkrankheit zu, ist jedoch noch nicht zur Epidemie angewachsen; im Zusammenhang damit ging der erste Fall an dieser Seuche in der Truppe — ein farbiger Soldat — zu. In Muansa wurden die ersten, wahrscheinlich dort angesteckten Fälle beobachtet. In Udjidji ist für alle dort bisher festgestellten Fälle die Ansteckung im Kongostaat nachgewiesen.

Geschlechtskrankheiten.

Aus Tabora, Bukoba, Usumbura und Schirati wird über Vermehrung von Geschlechtskrankheiten unter den dagegen indolenten Eingeborenen, bzw. über den verderblichen Einfluß der Zivilbevölkerung auf den Gesundheitszustand der Truppe in dieser Hinsicht berichtet.

Verschiedenes.

In Bukoba und Usumbura ist Filariakrankheit, in Usumbura Starrkrampf, in Muansa Gundu, in Lindi Wurmkrankheit unter den Eingeborenen beobachtet, ohne daß es zu einer Übertragung auf Angehörige der Schutztruppe gekommen wäre.

Ersatz.

Obwohl der Ersatz an farbigen Soldaten der Schutztruppe im Berichtsjahr fast ausschließlich aus der so vielseitig durchseuchten Eingeborenenbevölkerung des Schutzgebietes genommen ist, hat sich ein Einfluß dieses Faktors auf die Krankenzugänge — abgesehen von dem angeführten einzigen Pockenfall — nicht bemerkbar

gemacht, da im allgemeinen sich über den Bedarf Rekruten meldeten und nur das körperlich beste Material eingestellt werden konnte.

Klima.

Bei der großen Ausdehnung des Schutzgebietes und bei den örtlichen Verschiedenheiten der einzelnen Stationen sind eindeutige Beziehungen zwischen den Witterungsverhältnissen und den Krankenzugängen der Truppe nicht mit Sicherheit zu erkennen. Während in Muansa ein Anschwellen der Ruhr in der regenarmen Zeit festgestellt wurde, wird in Usumbura die dort zum ersten Mal beobachtete fast niederschlagsfreie Trockenzeit von Mai bis September als wesentlicher Grund für den günstigen Gesundheitszustand angeführt.

In Daressalam fiel im März und April der meiste Regen; April und Mai weisen die meisten Malariazugänge bei den deutschen Militärpersonen auf: 8 gegen 9 in den zehn anderen Monaten.

Militärische Unternehmungen.

Seit August 05. sind zur Unterdrückung der Eingeborenen-Unruhen in verschiedenen Bezirken kriegerische Expeditionen unternommen, über deren Einfluß auf den Krankenzugang jedoch — abgesehen von Meldungen über Verluste — noch fast gar keine Berichte vorliegen.

Vorher, im Oktober 04. von Kondoa-Irangi, im November 04. von Lindi und im Dezember 04. von Udjidji ausgesandte kleinere militärische Expeditionen hatten keinen wesentlichen Anteil an den Krankenzugängen.

B. Sanitäre Maßregeln.

Unterkunft.

An Neubauten für deutsche Militärpersonen wurden in Mohoro ein Haus für den Sanitätsunteroffizier, in Morogoro zwei Häuser mit je zwei Europäerwohnungen errichtet, in Bukoba ein Unteroffizierhaus (2 Wohnungen, 1 Messe, 2 Nebengebäude) fertiggestellt, ein Offizierhaus (3 Zimmer im Parterre, 2 im ersten Stock) neu errichtet und zu diesem Nebengebäude, sowie ein neues Gebäude für Magazine, Kammer usw. begonnen; ebenso in Neu-Langenburg ein dreizimmeriges Ziegelsteinhaus (Krankenstube und Messe) fertiggestellt; endlich hat in Muansa das Lazarett eine neue

Wellblechbedachung und kleinere Verbesserungen (Glasfenster usw.) erhalten.

Für farbige Soldaten sind Neubauten teils fertiggestellt, teils begonnen in Morogoro, Kondoa-Irangi, Tabora, Udjidji und Usumbura.

Erweiterungen fanden die Unterkunftsräume für deutsche Militärpersonen in Daressalam durch Ermietung von Privatwohnungen und in Kilwa durch Überlassung einer Döckerschen Baracke (mit Drahtschutz und Strohüberdach) für 4 Kranke, wodurch die bisherige Krankenstube als Wohnraum frei wurde.

Für farbige Soldaten wurden in Kilwa 2 Inderhäuser ermietet, in denen 22 Mann unterkamen, und in Mohoro wurden im Gebäude des aufgehobenen Zollamtes Krankenstuben eingerichtet.

Umbauten sind in Mpapua, Tabora, Udjidji, Bukoba, Bismarckburg und Moschi vorgenommen.

Trotz dieser umfangreichen Fürsorge für Unterkunft sind durchaus nicht auf allen Stationen die diesbezüglichen hygienischen Anforderungen auch nur für die bisherige Iststärke der Schutztruppe erfüllt. In Kilimatinde müssen deutsche Militärpersonen im ersten Stock über den engen, dunklen Räumen für 70 bis 80 Kettengefangene wohnen, in Muansa ist ein Offizierswohnhaus wegen Baufälligkeit geräumt und in Bismarckburg hat die begonnene Neubedachung unterbrochen werden müssen, weil die Balken sich als zu wurmzerfressen erwiesen, so daß zurzeit dort nicht genügender Regenschutz vorhanden ist.

Verpflegung.

Im Berichtsjahr war die Beschaffung von Rindfleisch in Lindi und Bismarckburg, die von frischen Gemüsen in Daressalam, Lindi, Kilimatinde und Bismarckburg erschwert. Günstig dagegen lagen die Verpflegungsverhältnisse für deutsche Militärpersonen in Bagamojo, Mohoro, Morogoro, Schirati, Bukoba und Aruscha.

Die Selbstverpflegung der farbigen Sodaten bot nirgends nennenswerte Schwierigkeiten, nur aus Bismarckburg wird über Mangel an einheimischen Feldfrüchten und Vieharmut berichtet.

Zeitlich hat sich seit Ausbruch der Unruhen vielfach, und namentlich an der Küste, eine Verteuerung der Lebensmittel bemerkbar gemacht. In Ssongea mußte, damit das Vieh nicht den Aufständischen in die Hände fallen könnte, ein großer Teil des

Bestandes geschlachtet werden; das eingesalzene und an der Luft getrocknete Fleisch ist, ohne Verdauungsstörungen hervorzurufen, verbraucht worden.

Trinkwasser.

Neue Brunnen sind in Lindi und Mpapua angelegt; in Kilwa und Bukoba sind Quellen eingefaßt. Der neue Brunnen in Mpapua hat auch in der trockensten Zeit reichlich gutes Wasser geliefert, ein Ergebnis, das aus den früheren Anlagen nicht zu erzielen gewesen war. Er ist im Bett des Mpapuabaches etwa 600 m oberhalb der Station 16 m tief gegraben, mit Bruchsteinen ausgemauert, durch eine starke Zementschicht ausgekleidet und mit einer die Öffnung völlig abschließenden Druckpumpe versehen.

Bekleidung.

Über Bekleidung sind keinerlei Veränderungen zu berichten, ebensowenig über Latrinen.

Grund und Boden.

Von vielen Stationen werden Verbesserungen berichtet, die zwar aus Mangel an Mitteln langsam fortschreiten, aber fast überall kleine Erfolge aufweisen.

In Bagamojo ist der Dundasumpf durch Zementröhren entwässert. In Kilwa, Lindi und Kilimatinde sind die Planierungsarbeiten fortgesetzt und dabei viele Gruben und Pfützen (Mückenbrutstätten) zugeschüttet. In Tabora sind die von der Station ausgehenden Straßen mit Schattenbäumen bepflanzt. In Udjidji hat die Durchführung eines Straßennetzes mit Seitengräben zu umfangreichen Zuschüttungen von Gruben und zur Aufführung von Quermauern Veranlassung gegeben. In Muansa hat die Anpflanzung von 2300 Eucalyptusbäumen ein versumpftes Gebiet bei der Station fast trocken gelegt; neu angelegte Saatbeete werden Material für weitere Anpflanzungen geben. In Bismarckburg ist um die Station alles Gebüsch entfernt, durch Erdaufschüttung ein Exerzierplatz gewonnen, ein Überschwemmungsgebiet am See drainiert und mit Mais bepflanzt, und ein Seitenarm des Kawebaches reguliert.

Nur in Mohoro ist es nicht möglich gewesen, mit den verfügbaren Mitteln eine Assanierung des unebenen Geländes (mit üppiger

Pflanzendecke und vielen Pfützen) in Angriff zu nehmen; doch wird die Umgebung der Europäerwohnungen von Gestrüpp und Gras freigehalten.

Anderweitige Gesundheitsverhältnisse.

Die allgemeinen sanitären Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten im ganzen Schutzgebiet kommen in erster Linie der Schutztruppe zugute, wie sie anderseits nur durch militärische Unterstützung durchgeführt werden können.

Von hohem Wert in sanitärer Hinsicht waren im Berichtsjahr die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expedition des Geh. Med. Rats Dr. R. Koch, für dessen Ratschläge auch die Schutztruppe zu besonderem Dank verpflichtet ist.

Pocken.

Impfungen gegen Pocken wurden an 528 farbigen Soldaten vorgenommen und hatten bei 239 (45,3 %) Erfolg. Außerdem sind im Bezirk Mikindani (von Lindi aus) 1876, im Bezirk Bukoba 4540 Eingeborene (darunter 2196 Kinder; 4167 [92 %] erfolgreich) geimpft. In Ssongea und Usumbura gelang es durch Isolierung der ersten Fälle (in Usumbura aus dem Kongostaat eingeschleppt) eine Ausbreitung der Seuche zu verhindern.

Rückfallfieber.

Nachdem Geh. Rat Koch die Übertragung des Rückfallfiebers durch eine Zeckenart (Ornithodorus moubata) bzw. durch deren Brut für Ostafrika nachgewiesen hatte, wurde durch Bekanntmachung des Gouvernements vom 9. August 1905 die Benutzung der Rasthäuser, Eingeborenenhütten usw. an den Karawanenstraßen untersagt und die Anlage jeweils frischer Lagerplätze im zeckenfreien Gelände angeordnet.

Malaria.

Die systematische Bekämpfung der Malaria nach den Direktiven Geheimrat Koch's wurde in Daressalam in gleichem Umfang wie bisher fortgeführt, und in Tanga seit Mai 1905 begonnen.

Durch Gouvernementsverfügung vom 4. September 1905 wurde für das ganze Schutzgebiet die unentgeltliche Abgabe von Chinin an deutsche und nichtdeutsche Ansiedler bis zur Vollendung ihrer Niederlassung angeordnet.

Ruhr.

Die erwähnten kleinen Ruhrepidemien in Daressalam und Muansa wurden durch Desinfektionen und Überwachung der Reinlichkeit bekämpft, in Muansa ist das Trinkwasser zeitweise aus der Mitte der Hafenbucht, statt wie sonst vom Seeufer herbeigeholt.

Pest.

Gegen die Gefahr eines Aufflackerns der Beulenpest im Innern wurden die im vorjährigen Bericht erwähnten Maßnahmen im Bezirk Iringa fortgesetzt, und insbesondere mit Schutzimpfungen vorgegangen. Ein zusammenfassender Bericht über die Ergebnisse derselben steht noch aus.

Die Rattenvertilgung wurde — auf Vorschlag Geh. Rat Kochs — dahin modifiziert, daß man vorzugsweise den Hausratten nachstellt, auf die kostspielige Prämienzahlung für getötete Feldratten (die für Pestübertragung wenig in Betracht kommen), verzichtet. (Verfügung des Gouvernements vom 22. Juli 1905.)

Zur Abwehr der Pest von der Küste, wohin die Einschleppung aus Zanzibar seit August 1905 droht, sind strenge Quarantäneverordnungen am 9. September 1905 erlassen.

Aussatz. Geschlechtskrankheiten.

Eine neue Leproserie ist in Lindi erbaut worden.

Die monatlichen Gesundheitsbesichtigungen der farbigen Soldaten, Diener und Prostituierten auf Geschlechtskrankheiten sind überall wie in früheren Jahren durchgeführt. In Bismarckburg ist durch besondere Kontrolle der verheirateten Soldatenfrauen (Erkennungsmarke) und Verbot des Betretens der Soldatenwohnungen für andere Weiber der Erfolg erzielt, daß monatelang keine Ansteckungen vorkamen.

C. Erläuterung wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Pocken.

(Farbige Soldaten.) Der einzige Fall in Daressalam bei einem neu eingestellten und deshalb noch nicht erfolgreich geimpften Rekruten verlief sehr leicht mit 38,9° als höchster Temperatur, ohne Beteiligung der Schleimhäute.

Masern.

(Farbige Soldaten.) Als Beispiel für den leichten Verlauf der Erkrankung wird aus Tabora ein Fall erwähnt, in welchem die Behandlung nur 4 Tage dauerte, Fieber nicht auftrat, die Schleimhäute frei blieben und nur der reichliche sand- und hirsekorngroße Knötchenausschlag neben allgemeinem Unwohlsein das Krankheitsbild ausmachte.

Rückfallfieber.

Die Diagnose wurde nur gestellt, wenn die Krankheitserreger (Spirillen) im Blut gefunden wurden. (Deutsche Militärpersonen). Neben den regelmäßigen Erscheinungen des mehrtägigen hohen Fiebers, bei dem Schweißabsonderung verschiedenartig auftritt, werden als Komplikationen wiederholt Reizerscheinungen an den Augen, und als Nachkrankheit Regenbogenhautentzündung beschrieben.

Die Rekonvaleszenz war — abgesehen von etwaigen Rückfällen — oft sehr langwierig.

(Farbige Soldaten.) Der Verlauf der Erkrankungen wird durchweg als leicht geschildert und von Nachkrankheiten nichts berichtet.

Malaria.

Wissenschaftlich beobachtet wurden

	bei deutschen Militärpersonen			bei farbigen Soldaten		
	Tert.	Quart.	Trop.	Tert.	Quart.	Trop.
Tanga	.	.	4	.	.	3
Pangani	.	.	.	.	.	2
Daressalam	.	1	10	.	.	25
Mpapua	1	.	6	.	.	18
Kilimatinde	.	.	16	.	.	1
Tabora	2	.	8	.	.	6
Usumbura	.	.	2	.	.	5
Muansa	.	.	6	.	.	.
Bukoba	3	.	.	.	.	.
Bismarckburg	.	.	2	.	.	.
Moschi	.	.	1	5	1	15
Summe	6	1	55	5	1	75

Soweit über die Dosierung des Chinins zur Vorbeugung, Behandlung und Nachkur berichtet ist, kamen nur ganze Grammdosen zur Anwendung.

Schwarzwasserfieber.

(Deutsche Militärpersonen.) Von den beiden einzigen vorgekommenen Fällen verlief der eine leicht (in Muansa) und bei dem anderen (in Bagamojo) ist der Tod 10 Tage, nachdem der Urin klar geworden war, infolge komplizierender Ruhr durch Herzschwäche eingetreten.

Ruhr.

(Deutsche Militärpersonen.) Über einen schweren Fall wird aus Bukoba berichtet:

Die Infektion war im Januar auf dem Marsche von Tabora nach Muansa erworben worden und hatte von Anfang an die Tendenz, einen schleichenden chronischen Charakter anzunehmen.

Demnach handelte es sich höchstwahrscheinlich um Amöbendysenterie, wenn auch im Stuhl Amöben nicht mehr nachzuweisen waren (Geheimrat Koch).

Was hier aller Behandlung trotzte, waren als Folgezustände einer wohl abgelaufenen Infektion ein ungemein hartnäckiger chronischer Dickdarmkatarrh und die mit ihm verbundenen tiefen Störungen des Lebensprozesses.

Ganze Darmausgüsse, lange Stränge aus Zylinderepithel und Schleim bestehend, die häufig entleert wurden, bewiesen die bedenkliche Intensität der Erkrankung. Stauungserscheinungen in den inneren Organen, Leber, Herz und Milz, hochgradige Abmagerung und zunehmende Anämie vervollständigten das unerfreuliche Bild.

Gelenkrheumatismus.

(Deutsche Militärpersonen.) Ein Fall war mit Rückfallfieber verbunden. Der Betreffende erkrankte auf der Station Mahenge im Oktober 1904 an akutem Gelenkrheumatismus. Da im November und Dezember Rückfälle der Krankheit auftraten, wurde der Kranke Ende Januar 1905 zur Küste gesandt.

Bei der Ankunft in Daressalam waren noch Schwellungen der Kniegelenke vorhanden. Die Diagnose bei der Aufnahme lautete demgemäß Gelenkrheumatismus; später wurde außerdem Rückfallfieber festgestellt und als Nachkrankheit kam noch Regenbogenhautentzündung hinzu.

Schlafkrankheit.

(Farbige Soldaten.) Über den einzigen in Bukoba vorgekommenen Fall soll zusammen mit den Beobachtungen an Zivilpersonen an anderer Stelle berichtet werden.

Calabarschwellungen.

(Deutsche Militärpersonen.) Unter dieser Krankheitsbezeichnung berichtet der Stationsarzt aus Bukoba:

Ein Europäer, der seit seiner Stationierung in Kamerun an Calabarschwellungen leidet, ist hier vom Berichterstatter behandelt worden. Der Fall wird der Kasuistik wegen registriert, obwohl der Kranke dienstlich nicht krank geführt worden ist.

Der Kranke, der wegen großer Fettleibigkeit den Einflüssen des Tropenklimas besonders unterworfen war, litt seit seinem Aufenthalt im Bezirk Bukoba an einer solchen Häufung der Schwellungen mit ihren Gefäße und Nerven irritierenden Wirkungen, daß sein Zustand ein wenig erträglicher war. Die ödemartigen Schwellungen traten fast täglich an den verschiedensten Stellen des Leibes und der Extremitäten auf; dabei bestanden spärliche fleckige Hautrötungen und an den Unterarmen hellfleckige Marmorierungen der Haut.

In am Tage entnommenen Blutpräparaten konnte Berichterstatter Embryonen der Filaria loa — Filaria diurna — nachweisen.

Stauungserscheinungen im Gefäßsystem, Herzerweiterung, Leber- und Milzschwellung vervollständigten das Krankheitsbild.

Der Kranke wurde als dauernd tropendienstunfähig zur Küste geschickt.

Schußwunden.

(Farbige Soldaten.) Mit einem Dienstgewehr aus unbekannter Entfernung durch den Hals geschossen wurde ein Soldat in Udjidji; die Wunde heilte primär.

Ohne daß Waffe und Entfernung ermittelt werden konnten, wurde in Daressalam eine Schußverletzung am linken Oberarm durch Entfernung mehrerer kirschgroßer Sequester behandelt; der Soldat hatte monatelang Eiterungen und Fisteln, wurde aber zuletzt wieder dienstfähig.

Über 6 Verwundungen durch Vorderlader aus Entfernungen von unter 100, meist rund 50 m wird aus Ssongea (1 bis 4), Tabora (5) und Neu-Langenburg (6) berichtet.

1. Einschuß Streckseite des linken Vorderarms und rechter Handrücken, ein Ausschuß von 2 cm Durchmesser, rund, an der Beugeseite desselben Arms, ein Geschoß aus der Haut des Handrückens operativ entfernt; langsame Heilung.

2. Einschuß und Ausschuß klein und rund im linken Bein oberhalb der Kniekehle, Schußkanal quer verlaufend, Nerv. peroneus verletzt. Glatte Heilung, aber Lähmung des genannten Nerven.

3. Einschuß über dem rechten Handgelenk, Geschoß aus der Muskulatur nahe dem Ellenbogen operativ entfernt; glatte Heilung.

4. Einschuß und Ausschuß klein, rund, quer durch den rechten Oberschenkel. Freilegung der Wundhöhle; glatte Heilung.

5. Streifschuß am linken Oberarm, Heilung durch Granulation.

6. Einschuß in der Höhe des 3. Kreuzbeinwirbels; Geschoß mit Kornzange entfernt, später Eiterung, Entfernung von Knochensplittern, langsame, fieberfreie Heilung.

Ein vergifteter Pfeil traf einen farbigen Soldaten in Muansa am 10. August 1905 in den rechten Unterschenkel. Der Verletzte kam erst am 7. September in Behandlung. Die Schußwunde war äußerlich verheilt, aber schon in 2 cm Entfernung von der Stelle war die Haut brandig. 10 cm unterhalb des Kniegelenks beginnend war der ganze Unterschenkel brandig, mit einer schmutziggrauen, jauchigen Granulationsfläche bedeckt. Das Sprunggelenk lag völlig frei und hing nur noch an Sehnenfetzen, 4 Zehen waren völlig abgestorben. Temperatur 38,7.

Am 8. September Exartikulatio im rechten Kniegelenke. Spätere teilweise Vereiterung des Hautlappens in der Umgebung der Schußwunde. Im übrigen normaler Verlauf, baldige völlige Herstellung zu erwarten.

Andere Verletzungen.

In Mohoro erlitt ein Soldat schwere Brandwunden durch Explosion eines Pulverhorns infolge Spielerei; die Heilung erfolgte in 20 Tagen.

In Ssongea wurde ein Soldat beim Einsturz eines Ziegelofens unter den Trümmern begraben. Außer Hautabschürfungen hatte er eine Quetschung des Rückgrates ohne äußere Wunde erlitten, wovon eine Lähmung des linken Beines zurückblieb.

In Mahenge erlitt ein Soldat im Streit mit anderen durch Stockhiebe eine Zertrümmerung der Schädeldecke, der er erlag.

In Udjidji wurde einem Soldaten im Streit durch einen Messerhieb das Nasenbein zertrümmert, woran er verstarb.

4. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika für das Berichtsjahr 1905/06.

(Erstattet von Oberstabsarzt Dr. Meixner.)

A. Krankenzugang.

Allgemeines.

Bei den deutschen Militärpersonen betrug

	1904/05	1905/06
die durchschnittliche Iststärke . . .	137,9	241,8
die Zahl der Zugänge	356	561
die Zahl der Behandlungstage	4 212	6 670
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	258,2 %	232 %
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten die Allgemeinen und Infektionskrankheiten mit	192	326
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	53,9 %	58,2 %
Bei den farbigen Soldaten betrug		
die durchschnittliche Iststärke . . .	1 913,7	3 840,1
die Zahl der Zugänge	2 652	5 551
die Zahl der Behandlungstage . . .	37 526	72 215
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	138,5 %	144,6 %
Den Hauptanteil an den Zugängen hatten hier ebenfalls Allgemeine und Infektionskrankheiten mit	464	1 545
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	17 %	27,8 %
Dann folgen mit Zugängen:		
Krankheiten der Atmungsorgane . .	276	766
Venerische Erkrankungen	655	744
Krankheiten der Ernährungsorgane .	257	711
Krankheiten der äußeren Bedeckungen .	324	626

Epidemien.

Von den im Berichtsjahre in der Kolonie zur Kenntnis gelangten Epidemien kommt für die Schutztruppe nur die vom Juli

bis September in Lindi herrschende Windpockenepidemie in Betracht; es erkrankten in ihrer Folge 7 Askari.

Die anderen durch Infektionskrankheiten bedingten Zugänge sind wohl zum großen Teil durch die im Schutzgebiet während des Berichtsjahrs aufgetretenen Epidemien veranlaßt worden, nahmen in der Schutztruppe aber nie epidemischen Charakter an, da sich dieselben fast gleichmäßig auf die einzelnen Monate verteilen.

Endemien.

Die Erkrankungen an den in der Schutztruppe „endemisch herrschenden Krankheiten", als Rückfallfieber, Malaria, Ruhr und Geschlechtskrankheiten, weisen bei deutschen Militärpersonen wie Farbigen teilweise nicht unerhebliche Schwankungen gegen das vorhergehende Berichtsjahr auf.

Die Zahl der Zugänge und ihr Verhältnis zum Hundert der Iststärke betrug bei

	1904/05		1905/06	
deutschen Militärpersonen:				
bei Rückfallfieber	23	(16 %)	15	(6,2 %)
bei Malaria	140	(102 %)	252	(104,2 %)
bei Ruhr	8	(6 %)	15	(6,2 %)
bei Geschlechtskrankheiten . . .	9	(6,5 %)	8	(3,6 %)
farbige Soldaten:				
bei Rückfallfieber	19	(1 %)	44	(1,1 %)
bei Malaria	273	(14 %)	1099	(28,6 %)
bei Ruhr	98	(5 %)	178	(4,6 %)
bei Geschlechtskrankheiten . . .	655	(39 %)	744	(19,4 %)

Während also bei den deutschen Militärpersonen der Prozentsatz der Erkrankungen an Malaria und Ruhr annähernd gleich geblieben ist, haben die Erkrankungen an Rückfallfieber fast um ⅓, die an Geschlechtskrankheiten beinahe um die Hälfte abgenommen. Bei den Farbigen dagegen sind die Erkrankungen an Rückfallfieber und Ruhr annähernd gleich geblieben, die für Geschlechtskrankheiten auf die Hälfte zurückgegangen, während dagegen für Malaria eine Vermehrung auf etwas über das Doppelte gegen das Berichtsjahr 1904/05 stattgefunden hat.

Wenn es überhaupt bei dem fortwährenden Personal- und Ortswechsel sowohl der deutschen Militärpersonen wie auch der farbigen Soldaten mißlich ist, aus dem Anteil der einzelnen Stationsbesatzungen an Zugängen der oben genannten Krankheiten

Schlüsse auf eine örtliche Begrenzung der Seuchenherde ziehen zu wollen, so ist das namentlich im Berichtsjahre im Hinblick auf die durch den Aufstand der Eingeborenen gebotenen andauernd erfolgten Veränderungen der Fall. Immerhin wird man für die Vermehrung der Zugänge an Malaria auf über das Doppelte bei den Farbigen der Schutztruppe die Einstellung einer großen Zahl Askari aus mehr oder minder malariafreien Ländern und deren mangelnde Immunität zweifellos heranziehen dürfen, während die Kenntnis des Übertragungsmodus des Rückfallfiebers durch Zecken und das Verbot, die besonders für die Infektion in Betracht kommenden Rasthäuser und Schutzbauden zu benutzen, für die auffällige Abnahme dieser Erkrankung bei den deutschen Militärpersonen sicherlich den Grund darstellt, obwohl gerade gelegentlich der kriegerischen Expeditionen die Infektionsgefahr besonders groß war.

Zivilbevölkerung.

Bei dem großen Einfluß, den sowohl für die oben genannten endemischen Krankheiten der Schutztruppe wie auch für die sporadisch in der Truppe auftretenden Infektionskrankheiten die Erkrankungsverhältnisse der Zivilbevölkerung ausüben, sind die hierüber gemachten Feststellungen der unter der Zivilbevölkerung zur Beobachtung gekommenen Erkrankungen von größter Bedeutung.

Pocken.

In Bukoba trat eine kleinere Pockenepidemie auf; in Tabora sowie in Kilwa brach unter den Kettengefangenen, in Wilhelmstal unter den aus dem Süden des Schutzgebietes eingeführten Zwangsarbeitern ebenfalls eine Epidemie von Pocken aus; während in Wilhelmstal die Garnison verschont blieb, erkrankte in Tabora 1 Askari; ebenso kamen hier noch 2 leichte Pockenfälle bei der 5. Kompagnie kurz nach ihrem Eintreffen in Tabora vor.

Masern.

In Muansa kamen 8 Fälle von Masern zur ärztlichen Beobachtung, doch blieben dieselben stets auf 1 bis 2 Familien beschränkt; 2 Kinder starben. Im Monat September brach unter den Schülern der Gouvernementsschule in Tanga mit 15 Fällen eine Epidemie aus.

Rückfallfieber.

In Usumbura, Tabora und Bukoba wurden nur vereinzelte Fälle, in Muansa 14 Fälle von Rückfallfieber beobachtet; hier wie

in Bukoba handelte es sich meistens um Leute, die erst wenige Tage im Orte waren, also unterwegs wahrscheinlich in den Rasthäusern infiziert worden waren; doch kamen in Muansa auch Fälle vor, die direkt im Orte zur Feststellung der Zecken in den betreffenden Wohnungen führten.

Malaria.

Für die auch in diesem Jahre wieder berichtete Zunahme der Malariaerkrankungen unter der Zivilbevölkerung in Daressalam gegen das Vorjahr dürfte der dauernde Zuzug von zahlreichen, meist in dürftigen Verhältnissen lebenden Eisenbahnarbeitern meist fremder Nationen (Italiener, Griechen, Montenegriner) anzuschuldigen sein. Endemisches Vorkommen von Malaria wird außer von Daressalam aus Udjidji, Bukoba, Muansa, Lindi, Kilimatinde und Tabora berichtet.

Im übrigen bestehen wohl die im vorhergehenden Jahr berichteten Verhältnisse weiter.

Grippe.

Grippe kommt in Moschi endemisch während des ganzen Jahres vor ohne besondere Bevorzugung einzelner Monate und ohne epidemische Ausbreitung.

Ruhr.

In Aruscha trat zweimal eine kleine Ruhrepidemie auf, die zum Zugang von im ganzen 6 Askari führte, aber alsbald wieder erlosch; endemisch kommt die Ruhr vor in Moschi und Tabora.

Pest.

Aus Bukoba wird über einen Fall von Pest bei einem Europäer berichtet, der aus dem Süden des Bezirks kam, dessen Boy an vereiterten Leistenbubonen gelitten hatte.

Denguefieber.

Ebenfalls in Bukoba herrschte in den Küstenlandschaften des Bezirks Denguefieber epidemisch. Die Krankheit breitete sich unter Europäern und Eingeborenen mit großer Schnelligkeit aus, ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht.

Trypanosomiasis.

Während des ganzen Berichtsjahres befanden sich in Bukoba Trypanosomiasiskranke in Lazarettbehandlung; bei der Truppe

starb ein Kranker während seiner Lazarettbehandlung an Trypanosomiasis, während 1 Askari wegen der gleichen Krankheit als dienstunbrauchbar entlassen werden mußte.

In Muansa wurden 3 Fälle von Schlafkrankheit behandelt, die sämtlich zum Tode führten; in allen 3 Fällen wurden Trypanosomen gefunden. Ferner war noch 1 Fall zur Beobachtung auf Schlafkrankheit im Hospital; eine Arsenikkur besserte seinen Zustand wesentlich, so daß er nach Uganda, woher auch die 3 anderen Fälle stammten, zurückgekehrt ist.

In Usumbura ist zum ersten Male die Schlafkrankheit aufgetreten; die ersten Erkrankten stammten aus Rumonge, im Süden des Bezirks, die letzten waren 2 Askariboys und 1 Askariweib; bei allen diesen Erkrankten konnte die Herkunft der Krankheit aus dem Kongostaat erwiesen werden.

Geschlechtskrankheiten.

Aus Lindi und Pangani wird über Zunahme von Geschlechtskrankheiten unter der Zivilbevölkerung und im Zusammenhang damit unter der Truppe berichtet; für Pangani wird sie mit mangelnder Kontrolle begründet.

Verschiedenes.

In Morogoro und Muansa kamen einige Fälle von Framboesie, in Usumbura 1 Fall von Typhus exanthematicus mit Darmblutungen zur Beobachtung.

Ersatz.

Während in früheren Jahren der Ersatz an Farbigen der Schutztruppe fast ausschließlich aus der Eingeborenenbevölkerung des Schutzgebiets genommen wurde, sah man sich beim Ausbruch des Eingeborenenaufstandes im Jahre 1905/06 vor die Notwendigkeit gestellt, bei der erforderlich gewordenen Verstärkung im Interesse der moralischen Zuverlässigkeit der Truppe nach Möglichkeit Rekruten nicht eingeborener Stämme zu bevorzugen. Leider hatten diese Angehörigen fremder Stämme, ihrer Stammesangehörigkeit nach zumeist Sudanesen, Somali, Habeschi, Abessinier, Dankali und Araber, unter den hiesigen klimatischen Verhältnissen und Krankheiten, speziell Malariaerkrankungen, sehr zu leiden. Auch in nicht krankem Zustande waren sie den an sie gestellten Anforderungen und Strapazen nicht gewachsen; ihre Marschfähigkeit blieb weit hinter der der eingeborenen Askari zurück, ins-

besondere kamen mehrfach schwere Erkrankungen an Hitzschlag zur Beobachtung. So z. B. kamen von 90 Askari obengenannter Stämme der 15. Kompagnie nur 43 in Usumbura an und auch von diesen standen dauernd 20 bis 30 % in ärztlicher Behandlung.

Der aus den eingeborenen Stämmen eingestellte Ersatz bewährte sich wie auch früher in gesundheitlicher Beziehung im allgemeinen recht gut.

Klima und Witterungsverhältnisse.

Von der Mehrzahl der Stationen wird von einer auffallend langdauernden Regenzeit mit übermäßigen Niederschlägen berichtet, der ungewöhnlich kalte Monate folgten, in der sich katarrhalische Erkrankungen der Luftwege bei schwarzer Zivilbevölkerung und Militär häuften. Bei den Chininprophylaxe treibenden Europäern war kaum eine größere Malariamorbidität festzustellen, wohl aber bei den Farbigen, speziell aus nicht eingeborenen Stämmen.

In Muansa schreibt man den sehr großen Niederschlägen, vielleicht der durch den großen Zufluß von Wasser zum See entstandenen Bewegung, einen günstigen Einfluß auf die Einschränkung der Dysenterie zu, während sie anderseits auf die Malariamorbidität eben dort sehr ungünstig einwirkten.

Militärische Unternehmungen.

Über den Einfluß der zur Unterdrückung des Eingeborenenaufstandes im Jahre 1905/06 in einer Reihe von Bezirken unternommenen kriegerischen Expeditionen ist — abgesehen von den Verlusten — das Nähere unter Ersatz und Klima mitgeteilt.

Iringa speziell berichtet über Zunahme von allgemeiner Nervosität bei allen Teilnehmern an den an Aufregung und Strapazen reichen Expeditionen.

B. Sanitäre Maßregeln.

Unterkunft.

An Neubauten für deutsche Militärpersonen wurde in Wilhelmstal ein Haus in Zieglrohbau mit 2 hellen, hohen, luftigen Wohnzimmern errichtet, in Bukoba die zum Chefhaus gehörigen Nebengebäude (für Küche, Magazin und Boys) sowie das am Schlusse vorigen Berichtsjahres im Rohbau befindliche Haus (das im Parterre Arrestzellen und Magazinräume, im 1. Stock in 3

großen hellen Zimmern Kompagnie-Schreibstube, Feldwebelwohnung und Kompagniekammern enthält), fertiggestellt; weiterhin wurde hier ein neues Gebäude errichtet, das in seinem Parterre 4 helle Zimmer, Schreibstuben, Geldraum, Badezimmer, im 1. Stock je eine Leutnants- und Unterzahlmeisterwohnung von je 2 Zimmern enthält.

In Bismarckburg erfolgte ein Umbau der Boma in der Weise, daß der 1. Stock vollständig heruntergerissen und das Gebäude in 2 Einzelhäuser geteilt wurde, von denen das eine bereits fertiggestellt ist; neben diesem Umbau wurde ein einstöckiges massives Wohnhaus mit 3 Zimmern neu erbaut.

In Aruscha wurde ein drittes Europäerhaus erbaut, das 4 Zimmer als Wohnung für Unteroffiziere und Bureauräume enthält, in Mahenge der Neubau eines Offizierhauses mit 2 Wohnungen in der I. Etage und 2 Bureauräumlichkeiten im Parterre beendigt und endlich in Iringa das Haus für den Leiter der Pestexpedition vollendet.

Für Farbige sind Neubauten teils fertiggestellt, teils begonnen in Usumbura (9 Blocks der Askarikaserne fertiggestellt, so daß jetzt alle Askari in festen Wohnungen untergebracht sind), Kilimatinde (Kasernenneubau in Tembenform aus Luftziegeln, für 25 Askarifamilien ausreichend, begonnen), Udjidji (Beginn mit Bau von Steinhäusern, für je 2 Familien bestimmt), Langenburg (2 größere Luftziegelhäuser für Polizeitruppe von 8 Wohnungen erbaut), ferner Kilwa, Aruscha, Mahenge und Iringa, wo der Ausbau der Askarieinzelhäuser so gefördert ist, daß jetzt jeder Askari für sich wohnt.

In Daressalam wurde eine Anzahl deutscher Militärpersonen, da die Gouvernementshäuser nicht ausreichten, in Hotels und Privathäusern eingemietet.

In Pangani wurde für die aus Anlaß der Unruhen vermehrte Polizeitruppe ein mehrstöckiges Inderhaus ermietet und zur Kaserne eingerichtet.

Verpflegung.

Günstig lagen auch in diesem Berichtsjahre die Verpflegungsverhältnisse für deutsche Militärpersonen in Bukoba, Schirati, Aruscha und Iringa.

In Mahenge sowie Udjidji war die Fleischversorgung eine Zeitlang recht mangelhaft, doch ist es in Udjidji etwas besser geworden, da als Unterbrechung des sonst ausschließlich genossenen

Ziegenfleisches es jetzt 2 mal in der Woche frisches Rindfleisch gibt.

Auch in Bismarckburg war frisches Fleisch eine Zeitlang knapp, doch haben sich jetzt die Fleischverhältnisse durch Niederlassung eines europäischen Händlers sehr gebessert, so daß genügend Fleisch zu einem annehmbaren Preise zu haben ist.

Schlecht für Europäer wegen Mangels an frischen Gemüsen sowie Kartoffeln war, wie immer, Kilimatinde; Gemüse war ziemlich selten und teuer in Bismarckburg, während in Udjidji hauptsächlich Kartoffeln fehlten und frisches Gemüse nur während einiger Monate in der Regenzeit erstanden werden konnte.

Die Selbstverpflegung der schwarzen Militärpersonen bot im allgemeinen keine Schwierigkeiten, doch dauert seit Ausbruch der Unruhen eine Verteuerung der Lebensmittel an.

Speziell Neu-Langenburg berichtet, daß die Reisverpflegung für Askari teuer sei. Den auf Expeditionen befindlichen Truppen mußte in verschiedenen Gegenden dauernd Verpflegung, besonders Reis, geliefert werden.

Trinkwasser.

In Kondoa-Irangi wurde der im Vorjahr mit Bruchsteinen ausgemauerte Brunnen im Bomahofe vollkommen zugedeckt und eine Pumpe aufgesetzt, so daß Verunreinigungen des Wassers ausgeschlossen sind.

In Udjidji wurde eine Quelle am Westabhang des Bomahügels, die krystallklares, vollkommen einwandfreies Trinkwasser liefert, mit Zement eingefaßt, mit einer Pumpe versehen, das Ganze dann überdacht und mit Stacheldraht eingezäunt; zu jeder Jahreszeit ist dort genügend klares Wasser vorhanden.

In Muansa lieferte eine am Orte bestehende Sodawasserfabrik stets gutes Wasser; das Wasser wurde aus dem See entnommen mit einem Boot, das weit in den Hafen hinausfährt. Eine Kontrolle des Fabrikbetriebes bezüglich der Sauberkeit und Hygiene wurde dauernd vom Stationsarzt ausgeübt; die Verbreitung irgend einer Krankheit, besonders Dysenterie, durch Sodawasser konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

In Moschi wird für die Askari aus einem 2 km entfernten Bache mit gutem klarem Wasser in einem gedeckten Graben das Wasser hergeleitet, um an seinem Ende 2 Klärbassins zu passieren und dann von einem großen zementierten Sammelbassin auf-

genommen zu werden, aus dem das ganz klare Wasser durch einen Abfluß entnommen wird.

Die Europäer genießen nach wie vor das aus einer Quelle in einer nahegelegenen Schlucht bezogene Wasser.

Bekleidung.

Die Bekleidung war im Verhältnis zum Vorjahr unverändert; der Sanitätsoffizier, welcher während des Eingeborenenaufstandes längere Zeit der in Vidondo operierenden 15. Kompagnie zugeteilt war, berichtet, daß für die rauhe Witterung in der Gebirgsgegend weder die Kleidung der Europäer noch die der Askari ausreichend gewesen und durch auf Antrag erfolgte Lieferung von Litewken einem dringenden Bedürfnisse entsprochen sei.

Latrinen.

Iringa berichtet, daß an Stelle einer früher für die Askari gemeinsamen großen Latrine in den Höfen der Askarieinzelhäuser Einzellatrinen eingerichtet worden sind, die ärztlicherseits revidiert werden.

Grund und Boden.

Auch in diesem Jahre ist auf Sanierung der einzelnen Stationen hingearbeitet:

In Udjidji wurde eine große Anzahl der in der Eingeborenenstadt massenhaft vorhandenen Tümpel und Wasserlöcher zugeschüttet, die nach den Beobachtungen des Stationsarztes eine Brutstätte gerade für Anopheles bildeten; doch existieren immer noch einige Tümpel, zu deren Zuschüttung mehr Material und vor allem Arbeiter nötig sind, als die Station stellen kann, ganz abgesehen davon, daß die ausgedehnten zwischen Stadt und See befindlichen Sümpfe geradezu ein Dorado für Moskitos bilden, durch deren Zuschütten gewiß eine fast vollkommene Sanierung möglich wäre, wenn es nicht Tausende von Arbeitern erfordern würde und mit zu großen Kosten verknüpft wäre. Ebenfalls in Udjidji wurde eine Versuchsschamba, auf der Eucalyptus- und Kasuarinensamen gesät wurde, angelegt, jedoch ging nur wenig auf und das wenige, kümmerliche Pflänzchen, ging bald wieder ein.

Eine Hauptarbeit der Trockenzeit bildete ferner die Anlage einer neuen Bara-bara durch das Lintschital. In der Sehne des Bogens, den die frühere Straße beschrieb, wurde ein neuer Weg

von 20 m Breite angelegt und in der Mitte zirka 2 m hoch aufgeschüttet.

In Tabora wurde neben einem schon bestehenden in der Schamba ein breiter zirka 2000 qm großer Teich angelegt, der als zum Baden für Europäer geeignet gedacht ist, eine Vermehrung der schon in großer Anzahl vorhandenen stehenden Wasserreservoirs in der Nähe der Wohnungen der Europäer, die vom hygienischen Standpunkte aus kaum als ganz einwandsfrei gelten dürfte.

In Muansa hat sich die im Vorjahre erwähnte Eucalyptusschamba weiter ausgedehnt. Auch an einigen anderen tief gelegenen, sumpfigen Stellen im Orte Muansa wurde Anpflanzung von Eucalyptus vorgenommen.

In Lindi sind durch die in nächster Nähe der Stadt befindlichen, zur Regenzeit sumpfigen Strecken mit Schleusen versehene Abflußgräben und Steinwälle gezogen, doch sind diese Anlagen bei starker Flut schon wiederholt zerstört worden. Mit großer Mühe wird auf dieser Strecke die Anpflanzung mit Kokospalmen und Kasuarinen versucht, um so dem Boden möglichst viel Feuchtigkeit zu entziehen.

Andere sanitäre Maßnahmen.

Inbezug auf die allgemeinen sanitären Maßnahmen im Schutzgebiet hat sich gegenüber dem Vorjahre nichts geändert.

Zum Schutze gegen die immer noch ziemlich häufig auftretenden kleineren Pockenepidemien unter der farbigen Zivilbevölkerung wurden im Berichtsjahr geimpft:

16 deutsche Militärpersonen,

2478 farbige Soldaten, von letzteren mit Erfolg 787 Mann; bei 821 Askari konnte eine Nachschau infolge des sofortigen Abrückens auf Expedition nicht stattfinden.

Außerdem wurden 24 640 farbige Zivilpersonen geimpft, von denen bereits 1583 einmal geimpft waren; von den Geimpften waren 9215 Kinder, davon 319 schon einmal geimpft.

Mit nachweisbarem Erfolg wurden insgesamt 9755 Farbige geimpft.

Von den im Schutzgebiet befindlichen Europäern wurden 104, davon 33 mit Erfolg geimpft.

C. Erläuterungen wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Pocken.

(Farbige Soldaten.) Ein Fall wurde in Mohoro beobachtet, welcher mit schwerem Fieber einsetzte. Es handelte sich um einen vor 29 Tagen mit wenig Erfolg geimpften Askari, welcher sich bei einer im August ausgebrochenen Epidemie im Bezirk Mohoro infizierte. Die Pockenpusteln hinterließen strahlige Narben; Ausgang der Erkrankung in Heilung. Die anderen zur Kenntnis gelangten Fälle waren einzeln auf Expedition erworben. 7 davon waren bereits früher mit Erfolg geimpft und zwar:

1 Askari vor 4 Tagen, 1 Askari vor 22 Tagen, 1 Askari vor 45 Tagen, 2 Askari vor 6 Monaten, 2 Askari vor 1 Jahr.

Der Verlauf war durchweg normal.

Windpocken.

(Farbige Soldaten.) Von einer im Juli bis September in Lindi ausgebrochenen Epidemie wurden 7 Askari ergriffen. Alle Fälle verliefen leicht. Es ist die einzige Epidemie, von der berichtet wird. Auf anderen Stationen kamen vereinzelte leichte Fälle vor.

Die in Kilwa zur Behandlung gelangten 19 Fälle waren durchweg auf Expeditionen erworben und von leichtem Verlauf.

Rückfallfieber.

(Deutsche Militärpersonen.) Eine deutsche Militärperson infizierte sich auf der Hauptkarawanenstraße in der Nähe von Tabora, bei den anderen ist die Infektionsstelle nicht bekannt.

Obwohl die Hauptkarawanenstraße von Daressalam nach Tabora häufig begangen wurde, fehlen Nachrichten über Erkrankungen von deutschen Militärpersonen an Rückfallfieber auf dieser Strecke, was wohl nicht zum mindesten darauf zurückzuführen ist, daß nach Belehrung an der Küste die alten Rastplätze vermieden wurden.

(Farbige Soldaten.) Diese erkrankten häufiger an Rückfallfieber, besonders auf der Straße Daressalam—Morogoro—Tabora. Wissenschaftlich wurden in Morogoro 2, in Tabora 4 Fälle, in

Daressalam 1 Fall beobachtet. Ebenfalls wurde 1 Fall in Lindi, 1 Fall in Bismarckburg mikroskopisch festgestellt.

Grippe.

Von deutschen Militärpersonen erkrankten an Grippe insgesamt 11. Die Fälle verliefen leicht und sind ihrer Infektionsquelle nach nur in Moschi bekannt, wo Grippe endemisch ist.

(Farbige Soldaten.) Von farbigen Soldaten wurden 32 leichte Fälle in Moschi und 7 in Mahenge behandelt.

Malaria.

Wissenschaftlich beobachtet wurden bei

	deutschen Militärpersonen Malaria			Farbigen Malaria		
	Tert.	Quart.	Trop.	Tert.	Quart.	Trop.
Tanga	1	.	2	.	.	10
Daressalam	.	1	27	10	4	231
Kilwa	.	.	5	.	.	1
Lindi	.	.	9	.	.	5
Morogoro	.	.	3	.	.	.
Mpapua	.	1	.	.	.	4
Kilimatinde	.	.	3	.	.	3
Tabora	.	.	.	6	1	25
Udjidji	.	1	3	.	.	.
Usumbura	.	.	1	.	.	1
Muansa	1	.	11	1	.	21
Bukoba	.	.	5	.	.	.
Neu-Langenburg	.	.	2	.	.	1
Moschi	.	.	1	4	.	15

Bei 94 Fällen blieb die Untersuchung resultatlos (43 bei deutschen Militärpersonen, 51 bei Farbigen).

Was die Dosierung des Chinins zur Vorbeugung, Behandlung und Nachkur anbelangt, so wird von Kilimatinde und Mahenge aus darauf hingewiesen, daß die unangenehmen Nachwirkungen des Chinins bei einer Dosis von 1 g pro Tag dadurch wesentlich vermindert werden, daß man das Gramm in kleinen Dosen von $5 \times 0{,}2$ oder $4 \times 0{,}25$ in ein- bis zweistündigen Intervallen verabreicht.

Schwarzwasserfieber.

(Deutsche Militärpersonen.) Wissenschaftlich beobachtet wurden:

	Neuerkrankung	Rückfall
Daressalam . . .	.	1
Kilimatinde . . .	.	1
Tabora	1	.
Usumbura	1	.
Muansa	1	.
Neu-Langenburg .	1	.
	4	2

Im Blut wurden bei positivem Befund stets Tropikaparasiten gefunden.

Die nachfolgende Chiningewöhnungskur wurde stets gut vertragen.

Dysenterie.

(Deutsche Militärpersonen.) 3 Fälle werden aus Tabora gemeldet, von denen jedoch keiner als Rückfall einer früheren Erkrankung an Dysenterie aufzufassen ist. 1 Fall davon endete, kompliziert mit Sepsis und Malaria, mit dem Tode.

(Farbige Soldaten.) 6 Fälle kamen im Bezirk Moschi zur Beobachtung, von denen 2 tödlich verliefen. Bei einem aus Tabora berichteten Falle handelte es sich um eine verschleppte Dysenterie, während aus Ssongea ein allem Anscheine nach an Ort und Stelle infizierter Soldat in Lazarettbehandlung kam.

Gelenkrheumatismus.

(Farbige Soldaten.) Durch Behandlung mit Natr. salicyl. wurde in allen Fällen Heilung erzielt.

Lungentuberkulose.

(Farbige Soldaten.) Unter den 5 beobachteten Fällen von Lungentuberkulose befand sich ein Somali, der an diesem Leiden starb; die anderen 4 Fälle betrafen Askari aus den Stämmen unserer Kolonie (Mjao, Denkani, Msukuma, Mnjamwesi), von denen 2 (Dnekani, Msukuma) starben, die anderen als dienstunbrauchbar von der Truppe entfernt wurden.

Miliartuberkulose.

(Farbige Soldaten.) Mit Miliartuberkulose kam 1 Fall, auf Expedition erworben, zur Beobachtung. Derselbe betraf einen Sudanesen-Schausch und verlief mit 11 Tagen tödlich.

Krankheiten der Ernährungsorgane.

(Farbige Soldaten.)

Bilharziasis des Rectums.

In Moschi wurde längere Zeit ein Askari an dysenterischen Erscheinungen behandelt. Mikroskopisch fanden sich im Stuhl Bilharziaeier mit Seitenstachel. Der Urin war ohne Eier.

Die Therapie war erfolglos.

Schußverletzungen.

(Farbige Soldaten.) Während der Expeditionen im Berichtsjahr erhielt in Liwale ein Soldat einen Schuß in den linken Oberschenkel auf der Hinterfläche desselben. Der Schußkanal verlief von hinten unten außen nach vorn oben innen. Das Geschoß war unter der Haut der Vorderfläche deutlich zu fühlen. Es wurde nach hinten zurückgedrängt und mit der Pinzette entfernt. Das Geschoß stammte aus einem Vorderlader.

Zwei andere Schußverletzungen aus Vorderladern kamen im Bezirk Kilwa vor. Ein Soldat erhielt einen Schuß in den rechten Oberarm, der den Knochen völlig zerschmetterte. Mehrwöchiges Wundfieber und sehr langsame Heilung des Knochenbruchs verzögerten die Heilung, da Patient erst am 9. Tage nach der Verletzung in Behandlung kam im Zustande stinkender Fäulnis an der Wunde. Nach definitiver Heilung mußte der Soldat dienstunfähig entlassen werden, da die Bewegung im Ellenbogengelenk stark herabgesetzt war.

Bei einem anderen Soldaten wurden durch das Geschoß mehrere Handwurzelknochen der linken Hand zertrümmert, so daß er ebenfalls wegen beschränkter Beweglichkeit im linken Handgelenk nach 3 monatiger Behandlung als dienstunfähig entlassen werden mußte.

In Ssongea wurde einem Soldaten durch einen Vorderladerschuß das linke Ellenbogengelenk zertrümmert, so daß dasselbe unbeweglich blieb.

Einem anderen Soldaten wurde das rechte Ellenbogengelenk zertrümmert, jedoch konnte der Askari bei erschwerter Supination der Hand dem Dienst erhalten werden.

Ein dritter Askari erhielt durch einen Unglücksfall einen Schuß aus einem 71 er Gewehr in den rechten Daumenballen. Das Geschoß ging glatt durch. Heilung ohne Bewegungsstörungen.

Im Sewa-Hadji-Hospital zu Daressalam wurde ein Askari eingeliefert, der bei einem Gefecht einen Schuß in die Bauchhöhle erhalten hatte. Der Mann starb an Bauchfellentzündung.

3 weitere Askari mit Schußverletzungen der Weichteile durch Vorderlader wurden geheilt entlassen.

Durch Schuß eines vergifteten Pfeiles verletzt wurde in Mahenge ein Soldat. Geringfügige Weichteilwunde, da der Pfeil durch den Riemen des Tornisters aufgehalten wurde. Der Pfeil wurde sofort extrahiert. Der Askari kam mit Augenflimmern und leichter Temperatursteigerung davon.

Andere Verletzungen.

(Farbige Soldaten.) In Wiedhafen wurde ein Askari von einem Krokodil gefaßt, wobei ihm der rechte Arm zermalmt wurde.

Trotz Amputation trat der Tod ein.

Wurmkrankheit.

(Farbige Soldaten.) Zwei Soldaten erkrankten in Tanga an Wurmkrankheit. In beiden Fällen wurde durch Thymol Heilung erzielt.

Elephantiasis scroti.

(Farbige Soldaten.) Durch Operation wurde in Udjidji ein 3 kg schwerer Hodensack bei einem Soldaten abgetragen.

Beri-beri.

(Farbige Soldaten.) Aus Neu-Guinea wurden 150 Leute als Askari eingestellt. Da unter ihnen 9 Fälle von Beri-beri auftauchten und sie auch anderweit für den Dienst im Schutzgebiet

nicht brauchbar erschienen, wurden sie sämtlich in ihre Heimat zurückgesandt, um eine Ausbreitung der Erkrankung im Schutzgebiet zu verhindern.

Framboesie.

(Farbige Soldaten.) Von den 3 beobachteten Fällen machte der Kranke stets die Angabe, daß der Ausschlag mit einem Geschwür begann. Diese Muttereffloreszenz hatte ihren Ort einmal am Hodensack, einmal am linken Ellenbogen, einmal am linken Fußrücken.

Zur Beobachtung kamen diese 3 Patienten in entwickeltem Sekundärstadium.

B. Kamerun.

1. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Kamerun für das Berichtsjahr 1901/02.

(Erstattet vom Stabsarzt Dr. Heuermann.)

Kranken-Zu- und Abgang.

a. Deutsche Militärpersonen.

A. Krankenzugang.

Im Berichtsjahr 1901/02 betrug der Krankenzugang für weiße Angehörige der Schutztruppe für Kamerun bei einer Iststärke von 85 Köpfen 233 Mann = 2744 °/₀₀ der Iststärke, von denen 180 = 2117 °/₀₀ in Lazarett-, 49 = 577 °/₀₀ in Revier-, 4 = 47 °/₀₀ in Revier- und Lazarettbehandlung waren. Die gleichen Zahlen für das Vorjahr lauten: 340 = 4415 °/₀₀ in Lazarett-, 56 = 727,3 °/₀₀ in Revier-, 2 = 26 °/₀₀ in Revier- und Lazarettbehandlung.

Der Bestand aus dem Vorjahre belief sich auf 4 Lazarettkranke, so daß die Gesamtsumme der Behandelten 237 betrug. Diese beanspruchten im ganzen 2720 Behandlungstage, davon 2280 im Lazarett und 440 im Revier; demnach waren täglich 6,3 Mann lazarett-, 1,2 Mann revierkrank, zusammen also 7,5 Mann, = 88,2 °/₀₀, und betrug die Behandlungsdauer eines Falles durchschnittlich im Lazarett 12,6, im Revier 8,98 Tage, auf alle Fälle zusammen bezogen 11,47 Tage.

Im Vergleich zum vorigen Jahre stellt der jetzige Rapport eine sehr wesentliche Verminderung des absoluten Krankenzugangs fest.

Diese Abnahme betrifft hauptsächlich die Malaria, bei der der Rapport eine Abnahme von über die Hälfte an Zugängen nachweist. Diese Abnahme ist wohl sicher der immer mehr durchgeführten Chininprophylaxe zuzuschreiben.

Das Hauptkontingent der Zugänge stellt Gruppe I des Rapportschemas mit 172 Zugängen = 2023,5 ‰ und 1826 Behandlungstagen und hier wieder die Nr. 16 — Malaria — mit 151 Zugängen = 1776,2 ‰. 3 Fälle waren Bestand vom Vorjahre. Auf die Monate verteilen sich die Zugänge wie folgt:

Oktober . . .	Iststärke:	76	Zugang	16	=	210,5	‰	der Iststärke.
November . .	„	78	„	16	=	205,1	„	„ „
Dezember . .	„	81	„	15	=	185,1	„	„ „
Januar	„	83	„	14	=	168,67	„	„ „
Februar . . .	„	81	„	10	=	123,45	„	„ „
März	„	78	„	19	=	243,58	„	„ „
April	„	78	„	11	=	141	„	„ „
Mai	„	73	„	10	=	137	„	„ „
Juni	„	73	„	9	=	120	„	„ „
Juli	„	75	„	15	=	200	„	„ „
August	„	63	„	4	=	63,5	„	„ „
September . .	„	57	„	12	=	210,5	„	„ „

Trennen wir das Sommerhalbjahr April-September vom Winterhalbjahr Oktober-März, so läßt sich auch in diesem Rapportjahr feststellen, daß das Winterhalbjahr mehr Malariazugänge aufweist, als das Sommerhalbjahr. Die Zahlen sind folgende:

Winterhalbjahr (durchschnittliche Iststärke 79,5) mit 90 Zugängen, Sommerhalbjahr (durchschnittliche Iststärke 70,01) mit 61 Zugängen.

Worin dieser Unterschied begründet liegt, ist schwer zu ermitteln. Jedenfalls kann man ihn nicht in Verhältnis stellen zu den Entwicklungszeiten der Anopheles. Denn die Übergangsmonate zur Regenzeit bzw. zur Trockenzeit, die besonders geeignet sind, die Vermehrung der Anopheles zu begünstigen, zeichnen sich durchaus nicht durch einen größeren Malariazugang aus. Außerdem spielen bei dieser Statistik weniger die Neuinfektionen, als die Rezidive eine Rolle. In Beziehung der Rezidivität der Malaria habe ich in China die auffällige Erfahrung gemacht, daß gerade in der heißen Zeit die Malaria leicht rezidiviert, selbst nach monatelanger Latenz. Dort erwarb sich eine ziemlich große Anzahl von Soldaten eine Erstinfektion in den Monaten August-Oktober 1901. Nachdem diese Fälle nach K o c h längere Zeit mit Chinin nachbehandelt waren, blieben die Befallenen bis zum Sommer 1902 rezidivfrei. Im Juni und Juli dieses Jahres, Monate,

in denen eine exzessive große trockene Hitze auftrat (es wurden an 2 Tagen 43 bzw. 45° C. im Schatten beobachtet) rezidivierte eine ganze Anzahl der im Vorjahre erkrankten Soldaten. Eine Neuinfektion war ausgeschlossen, da lediglich früher an Malaria erkrankte Soldaten befallen wurden.

Vielleicht ist auch hier in Kamerun die Hitze in der trockenen Zeit (Winterhalbjahr) ein Moment, das Rezidive begünstigt.

Meine Erfahrung hat mich zu der Auffassung gebracht, daß in der Regel jedes Fieber, mag es 1, 6, 10 Monate oder darüber nach dem ersten Fieber auftreten, als Rezidiv aufzufassen ist. Dafür spricht die Erfahrung, daß die meisten Fieber kurze Zeit, 1 bis 3 Tage, nach einer Gelegenheitsursache, die eine Disposition zu einem Rezidiv darstellt, ziemlich plötzlich auftreten. Diese Beobachtung hat wohl jeder gemacht, der nach längerem Tropenaufenthalt in Europa häufiger an Malariaanfällen litt, wo er doch sicher vor jeder Neuinfektion war. Ich erinnere an die Rezidive, die nach starker Durchnässung, starker Sonnenbescheinung ohne genügenden Kopfschutz, nach starken Exzessen in baccho, großen Erregungen usw. eintreten. In allen diesen Fällen macht sich das Fieber kurze Zeit, manchmal sogar schon einige Stunden nach dieser erworbenen Disposition bemerkbar.

Ich leugne durchaus nicht, daß vollkommene Heilungen hier vorkommen können. Die Hauptrolle aber bei den Fiebern spielen die Rezidive. Diese zu vermeiden, muß die Prophylaxe hauptsächlich anstreben. Alle Gelegenheitsursachen sind zu vermeiden bzw., wenn das nicht möglich, sofort mit Chinin unschädlich zu machen. Bei der K o c h ' schen Prophylaxe ist der Zeitraum zwischen den Chinintagen zu groß. In den chininfreien 8 Tagen ist zu häufig Gelegenheit zu einem Rezidiv gegeben. Auf dem Lazarett-Hulk „Cyclop", der mit 5 Matrosen besetzt ist, beobachtete ich in der kurzen Zeit einer Vertretung bei 2 Matrosen Rezidive trotz gewissenhafter Prophylaxe nach K o c h.

Hier in der Kolonie wird diese Methode nur von sehr wenigen noch geübt. Soweit ich es in Erfahrung bringen konnte, werden hier folgende Methoden angewandt:

1. Jeden 5. Tag 1 g Chinin,
2. Jeden 5. Tag ½ g Chinin,
3. Jeden 5. und 6. Tag je ½ g Chinin,
4. Jeden 2. und 5. Tag je ½ g Chinin.

Man sieht hieraus das Bestreben, möglichst häufig Chinin zu nehmen, wenn auch nicht in der großen Dosis von 1 g.

Ich empfehle, jeden 5. Tag 1 g Chinin zu nehmen. Für sehr wichtig habe ich empfunden, jede beginnende Malaria zu bekämpfen. Jeder Anfall kündet sich durch Vorzeichen an, welche für jedes Individuum typisch sind. Diese Anzeichen sind sehr verschieden bei den einzelnen Personen. Am gewöhnlichsten sind Kopfschmerzen, Schmerzen im Kreuz, Schwere in den Gliedern, Neuralgie im Gebiet einzelner Nerven, Störungen in der Verdauung, im Appetit, im psychischen Befinden. Bei allen diesen Anzeichen empfehle ich, sofort 2 Tage hintereinander 1 g Chinin, was je nach Umständen in zwei, bzw. mehreren Tagen zu wiederholen ist. In diesen Anfängen ist auf diese Weise die Malaria fast immer zu unterdrücken.

Ich lasse jetzt von jedem Schutztruppenangehörigen beim Verlassen der Kolonie einen Fragebogen ausfüllen, in welchem derselbe seine Prophylaxe und deren Wirkung verzeichnet.

153 Malariaanfälle beanspruchten 1369 Behandlungstage = 8,9 Tage für den einzelnen Fall.

An Schwarzwasserfieber wurden 18 Fälle beobachtet, von denen 2 tödlich verliefen.

Es liegen 9 Krankenblätter darüber vor. Bei diesen 9 Fällen wurde die Erkrankung durch vorheriges Chininnehmen ausgelöst, nachdem häufige Malariaanfälle voraufgegangen waren. In 6 dieser Fälle handelte es sich um erstes Schwarzwasserfieber. Von diesen traten auf:

1 nach einem Aufenthalt hier von $19^{10}/_{30}$ Monaten,
2 nach einem Aufenthalt hier von 12 Monaten,
1 nach einem Aufenthalt hier von $11^{20}/_{30}$ Monaten,
1 nach einem Aufenthalt hier von $7^{19}/_{30}$ Monaten und
1 nach einem Aufenthalt hier von 7 Monaten.

Von den übrigen 3 Fällen wurden die ersten Schwarzwasserfieberanfälle nicht beobachtet. Bei einer dieser Personen trat Schwarzwasserfieber auf nach 6 Monate langem Aufenthalt hier in der 2. Verpflichtung, nachdem sie in der 1. Verpflichtung das erste Schwarzwasserfieber überstanden hatte. Eine andere Person überstand in dem Berichtsjahr 3 Anfälle von Schwarzwasserfieber, das erste nach $11^{7}/_{30}$ Monaten, das zweite nach $20^{17}/_{30}$ Monaten, das dritte nach 23 Monaten Aufenthalt hier. Eine weitere Person machte desgleichen 3 Anfälle durch, den ersten nach $16^{20}/_{30}$

Monaten, den zweiten nach 17 Monaten, den dritten nach 21 Monaten.

Die beiden Todesfälle traten bei ersten Schwarzwasserfieberanfällen auf. Bei einem erfolgte der Tod in einem Zustand klonisch-tonischer Krämpfe, nachdem 3 Tage lang derartige Krampfzustände bei Bewußtlosigkeit mit krampflosen Zuständen bei vollem Bewußtsein gewechselt hatten.

Im 2. Todesfall traten nur geringe tonisch-klonische Krämpfe der Gesichtsmuskulatur auf. In beiden Fällen war der Tod einige Tage vorauszusehen; er trat in einem Falle am 9. Tage, im anderen am 13. Tage der Erkrankung ein bei zuletzt fast vollkommener Anurie.

In zwei Fällen, bei denen kurze Zeit nach Ablauf der Hämoglobinurie wieder Fieber einsetzte, wurden Chinin-Injektionen gut vertragen und das Fieber dadurch beseitigt. Als bei einem dieser Fälle der Kranke Chinin per os nahm, trat wieder ein Schwarzwasserfieberanfall auf. Im späteren Verlauf wurden 3 Chinin-Injektionen an verschiedenen Tagen gut vertragen.

An Dysenterie sind 4 Zugänge mit 126 Behandlungstagen zu verzeichnen = 31,5 Tage für einen Fall. Von diesen wurden 3 dienstfähig entlassen, der 4. Fall blieb im Bestand.

Auffallend ist, daß keine Geschlechtskrankheiten verzeichnet sind, trotzdem meine bisherigen Erfahrungen hier mich zu der Gewißheit gebracht haben, daß die Kolonie sowohl mit Syphilis wie Tripper stark verseucht ist. Ich glaube nicht zu hoch zu greifen, wenn ich annehme, daß 50 % aller hiesigen Europäer von Geschlechtskrankheiten befallen werden. Daß Tripper oder Syphilis bösartiger wie in Europa verlaufen, habe ich nicht beobachtet.

B. Krankenabgang.

Von den 237 Krankheitsfällen wurden 224 als dienstfähig, 7 anderweitig entlassen, 2 Fälle (Schwarzwasserfieber) kamen durch Tod in Abgang, 4 Fälle blieben im Bestand.

b. Farbige.

A. Krankenzugang.

Es waren Bestand vom vorhergehenden Berichtsjahr im ganzen 95 Fälle. Es kamen im Berichtsjahr 1901/02 in Zugang 2010 = 1953,3‰ der Iststärke. Hiervon entfallen 1563 = 1519‰ der Iststärke auf die Lazarettbehandlung und 447 =

434,4‰ der Iststärke auf die Revierbehandlung. Sie beanspruchten im ganzen 32 559 Behandlungstage. Mithin betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 16,2 Tage, und zwar im Lazarett 26 114 Tage, also durchschnittlich 16,6 Tage, im Revier 6445 Tage, also durchschnittlich 14,4 Tage. Es waren demnach täglich krank 89,2 Mann, im Lazarett 71,5 Mann, im Revier 17,7 Mann.

Im Vergleich zum Vorjahre zeigt der Rapport eine Abnahme der Zugänge von 596,5‰.

Auf die einzelnen Gruppen verteilen sich die Zugänge wie folgt:

Gruppe	I . .	302	Zugänge	= 293,4	‰	der Iststärke.
„	II . .	10	„	= 9,71	„	„ „
„	III . .	150	„	= 145,7	„	„ „
„	IV . .	37	„	= 36	„	„ „
„	V . .	165	„	= 160,3	„	„ „
„	VI . .	15	„	= 14,5	„	„ „
„	VII . .	425	„	= 413,1	„	„ „
„	VIII . .	31	„	= 30,1	„	„ „
„	IX . .	10	„	= 9,71	„	„ „
„	X . .	399	„	= 387,7	„	„ „
„	XI . .	115	„	= 111,7	„	„ „
„	XII . .	334	„	= 324,5	„	„ „
„	XIII . .	3	„	= 2,91	„	„ „
„	XVI . .	14	„	= 13,6	„	„ „

Die Malaria — Nr. 16 des Rapportschemas — weist im ganzen 221 Zugänge auf = 214,7‰ der Iststärke.

Die Verteilung auf die einzelnen Monate, geordnet nach der Anzahl der Zugänge, ist folgende:

Dezember	1901 =	5 =	4,85	‰	der Iststärke.
Juni	1902 =	9 =	8,74	„	„ „
April	1902 =	16 =	15,54	„	„ „
Mai	1902 =	16 =	15,54	„	„ „
Februar	1902 =	17 =	16,52	„	„ „
Januar	1902 =	19 =	18,46	„	„ „
November	1901 =	20 =	19,43	„	„ „
September	1902 =	21 =	20,4	„	„ „
Oktober	1901 =	23 =	22,35	„	„ „
Juli	1902 =	24 =	23,32	„	„ „
März	1902 =	25 =	24,29	„	„ „
August	1902 =	26 =	25,26	„	„ „

Das Hauptkontingent der Zugänge stellen die Geschlechtskrankheiten:

Nr. 112 (Tripper).

Duala	140	=	892,21	‰ der Iststärke	(167)
Bamenda	80	=	860,2	„ „ „	(93)
Ossidinge	26	=	270,6	„ „ „	(96)
Jaunde	12	=	94,49	„ „ „	(127)
Kribi	8	=	138,27	„ „ „	(58)
Ebolova	7	=	76	„ „ „	(92)
Garua	6	=	111,1	„ „ „	(54)
Banyo	5	=	87,71	„ „ „	(57)
Bangwa-Baf.-Exped.	5	=	40	„ „ „	(125)
Joko	4	=	65,57	„ „ „	(61)
Tinto	2	=	76,9	„ „ „	(26)
Lolodorf	1	=	23,8	„ „ „	(42)

Nr. 117 (Syphilis).

Duala	6	=	35,9	‰ der Iststärke	(167)
Banyo	6	=	105	„ „ „	(57)
Bamenda	5	=	53,76	„ „ „	(93)
Ebolova	4	=	43,47	„ „ „	(92)
Jaunde	3	=	23,62	„ „ „	(127)
Lolodorf	1	=	23,8	„ „ „	(42)
Dikoa	1	=	55,5	„ „ „	(18)
Ossidinge	1	=	10,41	„ „ „	(96)
Bangwa-Baf.-Exped.	1	=	8	„ „ „	(125)

Die große Anzahl der Geschlechtskrankheiten (425 = 413‰) zeigt, wie verseucht das Land mit diesen Erkrankungen ist. Assistenzarzt Berké äußert sich über das Vorkommen der Geschlechtskrankheiten in Bali und Bafut: „Ungemein häufig sind Geschlechtskrankheiten in Bali und Bafut. Ob die mehrfach gehörte Behauptung, dieselben seien in diesen Ortschaften früher durch Wey-Jungen eingeschleppt worden, zutrifft, entzieht sich meiner Beurteilung. Dagegen scheinen mir 2 Fälle in Mluba, 5 Tagemärsche nordwestlich von Bamenda, ein Beweis dafür zu sein, daß Geschlechtskrankheiten hier auch endemisch vorkommen. Ich sah dort einen Knaben von 4—5 Jahren mit konstitutioneller Syphilis und einen Mann, bei welchem eine schwere Harnröhreneiterung mit Verlust von ⅔ des Penis bestand."

Es wird beabsichtigt, gegen die Geschlechtskrankheiten energisch vorzugehen durch häufige ärztliche Untersuchungen, ins-

besondere auch durch die Untersuchung bzw. Behandlung der erkrankten Soldatenweiber. Zur Behandlung der erkrankten Weiber ist eine besondere Baracke zweckentsprechend eingerichtet. Die nötigen Instrumente sind bestellt. Auf Antrag des Kaiserlichen Kommandos wird zu gleicher Zeit das hiesige Bezirksamt ähnliche Vorkehrungen treffen, um der Zunahme der Geschlechtskrankheiten in der Zivilbevölkerung zu steuern.

Die Krankheiten der äußeren Bedeckungen (Gruppe X) stellen nächst der Gruppe VII die meisten Zugänge und zwar 399 = 387,7‰, im Vorjahr 527 = 546,6‰ der Iststärke. Das entspricht einer Abnahme von 158,9‰ der Iststärke.

Die mechanischen Verletzungen (Gruppe XII) stehen mit 334 Zugängen an dritter Stelle. In dieser Gruppe weisen die Wunden die meisten Zugänge auf.

	185 bis 189.		
Duala	14 = 83,83‰	der Iststärke	(167)
Deidodorf	1 = 142,8	„ „ „	(7)
Kribi	9 = 155,1	„ „ „	(58)
Lolodorf	16 = 380,9	„ „ „	(42)
Ebolova	21 = 228,2	„ „ „	(92)
Jaunde	98 = 771,6	„ „ „	(127)
Joko	10 = 163,9	„ „ „	(61)
Banyo	8 = 140,3	„ „ „	(57)
Garua	8 = 148,1	„ „ „	(54)
Dikoa	. .	„ „ „	.
Bamenda	40 = 430,1	„ „ „	(93)
Ossidinge	9 = 93,7	„ „ „	(96)
Tinto	4 = 153,8	„ „ „	(26)
Bangwa-Baf.-Exped.	15 = 120	„ „ „	(125)

B. Krankenabgang.

Von den 2105 Behandelten kamen in Abgang: 1949 nach wiederhergestellter Dienstfähigkeit, 67 anderweitig und 39 durch Tod, 50 blieben Bestand.

Bei Abgang durch Tod stellen die Nr. 58 — Lungenentzündung — und Nr. 185 — Schußwunden — mit je 12 Todesfällen den Hauptprozentsatz.

Von 48 an Lungenentzündung erkrankten Farbigen starben 12, also 25%. In auffallendem Gegensatz steht hierzu das Vorjahr, indem von 30 Erkrankten nur 1 starb.

An Schußverletzungen — Nr. 185 — starben 12 Personen.

2. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Kamerun für das Berichtsjahr 1902/03.

(Erstattet vom Stabsarzt Dr. Heuermann.)

Kranken-Zu- und Abgang.

a. Deutsche Militärpersonen.

A. Krankenzugang.

Im Berichtsjahre betrug für die weißen Angehörigen der Schutztruppe der Gesamt-Krankenzugang 212.

Dieses entspricht bei einer Iststärke von 71 Mann 2986‰.

Im Vorjahre betrug der Gesamtzugang 2743‰, so daß eine Zunahme von 242‰ stattgefunden hat.

Von den 212 Zugängen wurden 142 im Lazarett = 2000‰, 63 im Revier = 887‰ und 7 = 98‰ der Iststärke im Lazarett und Revier behandelt.

Mit dem Bestande von 4 beanspruchten 216 Kranke im ganzen 1986 Behandlungstage, und zwar 1506 im Lazarett und 480 im Revier. Demnach waren täglich 5,45 in ärztlicher Behandlung, und zwar 4,13 im Lazarett und 1,32 in Revierbehandlung.

Im Vergleich zum Vorjahre ist der tägliche Krankenbestand um 3,35 gesunken.

Im Gegensatz zu der Vermehrung des allgemeinen Krankenzuganges weist die Malaria eine Abnahme auf, welche beweist, daß der vorjährige enorme Rückgang kein zufälliger war.

Es waren krank an Malaria

1900/01	1901/02	1902/03
3701 ‰	1776 ‰	1619 ‰

Diese Abnahme ist nur auf die seit 1901 allgemein eingeführte Chininprophylaxe zurückzuführen.

Noch deutlicher wird der Segen der Prophylaxe illustriert durch die für Duala allein aufgestellte Statistik. Da an diesem Ort die ärztliche Aufsicht und Belehrung nach dieser Richtung hin stets energisch von dem jeweiligen Chefarzt betrieben wurde, ist die Prophylaxe hier wohl am genauesten eingehalten.

1900/01	1901/02	1902/03
2869 ‰	1304 ‰	769 ‰

Der Rückgang würde noch größer für Duala sein, wenn nicht viele Europäer, die aus dem Innern kommen, hier vor ihrer Abreise

noch erkrankten und so die Ziffer erhöhten. Bei den ständig in Duala lebenden Angehörigen der Schutztruppe sind Erkrankungen an Malaria sehr selten.

Der Rückgang der Malaria könnte noch ein viel größerer sein, wenn die Prophylaxe von allen geübt und vor allen Dingen von Anfang an und streng durchgeführt würde. Leider stößt sie aber noch auf große Schwierigkeiten.

Auch die frühere Ansicht, daß Schwarzwasser als Chininvergiftung aufzufassen sei, spukt noch in den Köpfen der urteilslosen Laien. Diese Auffassung findet noch dadurch Unterstützung, daß das Schwarzwasser gewöhnlich durch Chinin ausgelöst wird.

Der Arzt in Bamenda berichtet, daß von den 7 Europäern der weißen Stationsbesatzung 2 strenge Prophylaktiker waren, die übrigen gar nicht oder unregelmäßig Chinin nahmen. Während die 2 Prophylaktiker fieberfrei blieben, litten die übrigen sämtlich an Malaria. Anders berichtet der Arzt in Dikoa, der selbst nicht Prophylaktiker in der Berichtszeit war. Er spricht der Prophylaxe jeden Nutzen ab. Nach seiner Erfahrung wären die Prophylaktiker ebenso häufig erkrankt wie die Nichtprophylaktiker. Ich bin der Ansicht, daß dieser Widerspruch mit den sonst allgemein gemachten guten Erfahrungen der Prophylaxe dadurch erklärt ist, daß die Prophylaxe in diesen Fällen nicht genau und streng durchgeführt wurde, was um so eher anzunehmen ist, als der Arzt, die Autorität hierin, selbst nicht Prophylaktiker war.

Ich glaube, daß die Einführung der Chininprophylaxe die größte Bedeutung für die Bekämpfung der Malaria hat, und vor allem die praktischste, weil sie an keinen Ort gebunden ist und überall sofort durchgeführt werden kann.

Die Prophylaxe gewährt keine absolute Sicherheit gegen die Malaria, beschränkt aber die Anfälle auf ein Minimum und bewirkt, daß die Fieberanfälle milde verlaufen, sowohl was die Höhe des Fiebers betrifft als die Dauer. In den meisten Fällen tritt Fieber nur für einen Tag auf.

Eine vor der Prophylaxe bestehende Disposition für Schwarzwasserfieber wird nach meinen Erfahrungen durch die Prophylaxe nicht beseitigt, die späteren Erkrankungen scheinen aber durch die Prophylaxe milder zu verlaufen. Diese Einschränkung und Milderung der Malaria bedeutet einen großen Schutz gegen das Schwarzwasser.

Die von mir empfohlene Prophylaxe zur Bekämpfung der Malaria ist in der folgenden Vorschrift zusammengefaßt:

„Die Infektion durch Moskitostich ist bei dem der Tätigkeit des Soldaten eigentümlichen Leben nicht immer zu vermeiden, wohl aber kann die Entwicklung der Parasiten im Blute eingeschränkt und verhindert werden durch eine streng durchgeführte Chininprophylaxe.

Als sehr wirksam und nicht unzuträglich für den allgemeinen Gesundheitszustand hat sich die 5 tägige Chininprophylaxe von 1 g erwiesen. Selbstverständlich gewährt das 2, 3 oder 4 tägige prophylaktische Chininnehmen einen noch größeren Schutz, ist aber wohl wegen der unangenehmen Nebenerscheinungen nicht durchführbar. Ein häufigeres Chininnehmen ist erforderlich bei Anzeichen eines beginnenden Fiebers. Es gelingt fast immer, dadurch den Anfall zu unterdrücken.

In diesem Falle ist an 2 oder mehreren aufeinanderfolgenden Tagen 1 g Chinin zu nehmen, bis die Beschwerden vorüber sind. Hat die Körpertemperatur 37,5° überschritten, wartet man am besten ab, bis die Temperatur heruntergegangen ist.

Sehr wichtig ist es, ein überstandenes Fieber mit Chinin energisch nachzubehandeln. Das geschieht in der Weise, daß vier Tage nach dem Fieberabfall jeden Morgen 1 g Chinin genommen wird. Einem darauf folgenden chininfreien Tage folgen 2 Tage mit je 1 g Chinin, darauf nach 2 chininfreien Tagen 2 Chinintage, nach 3 und 4 chininfreien Tagen je zwei Chinintage. Hiernach wird wieder die 5 tägige Chininprophylaxe geübt.

Das Schwarzwasserfieber ergreift nur den, der durch viele und schwere Fieber geschwächt ist und sich dadurch für diese Erkrankung disponiert gemacht hat.

Wer die obige Chininprophylaxe ausübt, wird überhaupt oder wenigstens von schwereren Fiebern verschont und schützt sich dadurch vor Schwarzwasser.

Bedingung bei der Prophylaxe ist, daß sie streng durchgeführt wird. Besonders wichtig als Abwehr für Schwarzwasser ist die Nachbehandlung eines Fieberanfalles wie oben angegeben.

Hiernach ist die noch vielfach verbreitete Ansicht, daß die Chininprophylaxe Schwarzwasserfieber hervorruft, falsch, vielmehr ist eine strenge Prophylaxe das sicherste Mittel gegen Schwarzwasserfieber. Chinin löst nur bei zu Schwarzwasser Disponierten diese Erkrankung aus. Dieses Auslösen kann aber auch durch

andere Medikamente wie Antipyrin, Antifebrin usw. oder von selbst erfolgen. Da man aber hierzulande gegen Beschwerden, die ein Fieber andeuten, gewöhnlich Chinin nimmt, so wird das Schwarzwasserfieber gewöhnlich durch Chinin ausgelöst.

Ein weiterer Schutz gegen die Malariainfektion ist der Schutz gegen den Moskitostich. Die Wohnräume der Europäer und der in der Nähe wohnenden Neger sind häufiger auf Moskitos nachzusehen, besonders in der Regenzeit. Gutschließende Moskitonetze sind überall und immer anzuwenden. Moskitos sind überall, wenn sie auch nicht so leicht bemerkbar sind.

Boys oder in der Nähe wohnende Schwarze sind bei Fieberanfällen mit Chinin nachzubehandeln, wie oben geschildert, um diese Infektionsquelle in der Nähe der Europäer zu vernichten."

Eine ungünstige Wirkung der Chininprophylaxe auf Magen, Darm oder sonstige Organe habe ich nicht gesehen.

Stellt man die Malaria-Zugänge nach den Jahreszeiten (Trocken- und Regenzeit) zusammen, so läßt sich eine erhebliche Zunahme in der Regenzeit erkennen.

Von Oktober 02 bis März 03 (Trockenzeit) 44 Zugänge,
von April bis September 03 (Regenzeit) 71 Zugänge.

Im ganzen fallen die Neuerkrankungen in die Regenzeit. Dieses entspricht ganz dem Auftreten der Moskitos. Im Winterhalbjahr ist der Moskito fast verschwunden, nur vereinzelte Culices werden nach langem Suchen gefunden, während das Auffinden mehrerer Moskitoarten im Sommerhalbjahre leicht ist. Auch spricht hierfür, daß die Ersterkrankung aus Europa Eintreffender im Winterhalbjahr seltener als im Sommerhalbjahr ist.

Sehr auffallend ist der große Zugang an Malaria in Dikoa, der 400% der Besatzung beträgt. Die Erklärung hierfür läßt sich wohl mit Sicherheit auf die dortigen Wohnungsverhältnisse zurückführen. Die Europäer bezogen dort als Station eine alte weitläufige Häuptlingsfenz inmitten eines Dorfes, in der sie durch die sehr zahlreich auftretenden Moskitos vielfach infiziert wurden.

Es liegen von den 20 Malariazugängen in Dikoa 2 Krankenblätter vor, wonach es sich in beiden Fällen um Doppelinfektion handelt. Der eine eine doppelte Tertiana, der andere Tertiana mit Quartana kompliziert.

Dieser Fall lehrt wieder, alte, von Eingeborenen bewohnte Gebäude und deren Nähe zu vermeiden. Die Verlegung der Station ist beantragt.

Der einzelne Malariaanfall beanspruchte durchschnittlich 5,9, im Vorjahre 8,8 Tage.

Über die einzelnen Malariafälle bezüglich Verlauf und Behandlung ist Neues nicht zu berichten.

Nr. 16 a das Schwarzwasserfieber zeigt mit 21 Fällen (17 selbständige, 4 als Komplikation) eine Zunahme von 3 Fällen (im Vorjahre 18).

Für die letzten drei Jahre sind die Zahlen folgende:

	1900/01	1901/02	1902/03
	20	18	21
für Duala	6	5	1

Daß hier keine Abnahme stattgefunden hat, liegt in der Natur der Erkrankung und der Verhältnisse. Da die Disposition zu Schwarzwasserfieber mit der Länge des Aufenthaltes in den Tropen zunimmt, die Zahl der älteren Tropenleute mit den Jahren desgleichen zugenommen hat, so ist die Zunahme durch diese beiden Faktoren erklärt. Zum großen Teil handelt es sich bei den Schwarzwasserfiebern um Rückfälle. Neuerkrankungen sind 7 vorgekommen.

Unter den Schwarzwasserfieberkranken des Berichtsjahres ist nur ein Offizier, der in der ersten Verpflichtung war und zugestandenermaßen ganz unregelmäßig Chinin nahm. Dieser Anfall war ein sehr schwerer und veranlaßte seinen Rücktransport aus dem Innern an die Küste. Nachdem er strenger Prophylaktiker geworden war, erkrankte er hier in Duala ein zweites Mal. Dieser Anfall war sehr gering, blutiger Urin bestand nur für einige Stunden. Wie ich schon oben erwähnt habe, scheint die Prophylaxe die einmal bestehende Disposition nicht zu beseitigen, wohl aber die Anfälle zu mildern.

Bei einer strengen Prophylaxe wird bei den Neuhinzutretenden Schwarzwasser nicht auftreten. Tritt bei diesen Schwarzwasser auf, so ist das für mich ein Beweis, daß die Prophylaxe usw. nicht so gehandhabt ist, wie es vorgeschrieben ist. Es würde sich nun empfehlen, mit diesen Leuten eine zweite Verpflichtung nicht einzugehen. Das liegt sowohl im Interesse des Dienstes als im Interesse der betreffenden Personen. Diese Leute sind aus Angst vor dem Schwarzwasser zu einer ordentlichen Prophylaxe nicht mehr zu haben. Durch häufiges Kranksein sind sie dem Dienst entzogen und verursachen große Kosten an Medikamenten,

Stärkungsmitteln und Transport. Ein großer Teil dieser Disponierten erliegt einem der Rückfälle, drückt dadurch die Statistik und schadet so dem Ruf der Kolonie. Da alle Angehörigen der Schutztruppe gerne hier sind, so würde diese Maßregel auch für viele die Veranlassung sein, die Prophylaxe gewissenhaft zu üben.

Im folgenden eine Zusammenstellung über die Rückfälligkeit des Schwarzwassers:

	Anzahl der Personen	Anzahl der Rückfälle im Berichtsjahr
Rückfällig aus dem vorigen Berichtsjahr . .	3	3
Rückfällig in diesem Berichtsjahr	5*)	6
Neuerkrankung ohne Rückfälle	4**)	4

Danach ist von allen an Schwarzwasserfieber Erkrankten nur einer, der nach dem ersten Anfall längere Zeit (14 Monate) ohne Rückfall und tropendienstfähig geblieben ist.

Von den 21 Fällen sind 7 ärztlich beobachtet. Ein von Dr. Krawietz in Dikoa beobachteter Fall bedarf der besonderen Erwähnung insofern, als er durch Eingießungen von Kochsalzlösungen den mehrere Tage fast urinlosen Patienten gerettet zu haben glaubt. Es folgt diese Krankengeschichte:

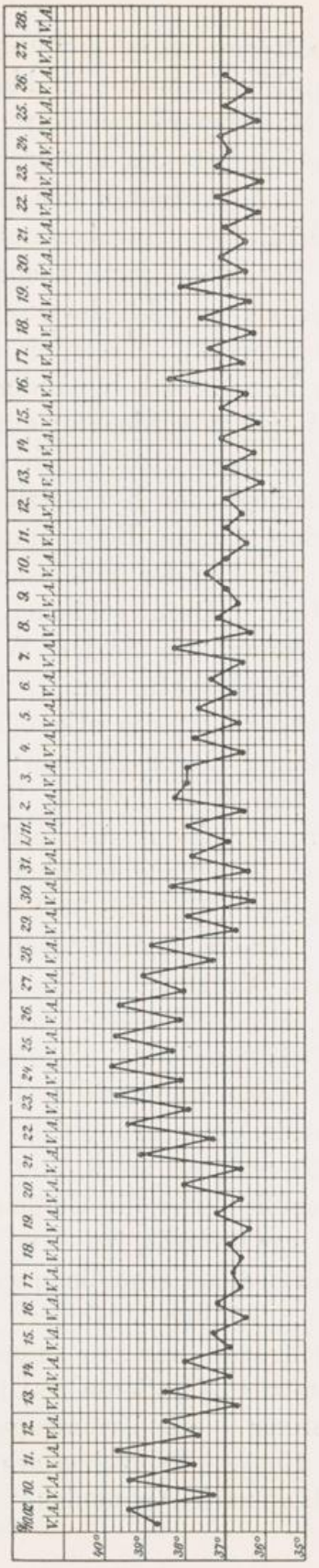
„Nachdem Cz. am Abend des 14. 9. 0,5 g Chinin, am Morgen gegen 9 Uhr des 15. 9. wieder 0,5 g genommen hatte, war der gegen 2 Uhr N. desselben Tages in reichlicher Menge gelassene Urin dunkelschwarzrot verfärbt; nach dieser Zeit wurde Urin angeblich nur tropfenweise beim Stuhlgang entleert. Bei meiner erstmaligen Untersuchung Cz. am 18. 9. war der Blick starr; es bestand leichte Benommenheit; der Patient warf sich unruhig im Bett herum. Die Atmung war ziemlich beschleunigt, es erfolgten 40 Atemzüge in der Minute. Der Puls war regelmäßig hart; man zählte 140 Schläge in der Minute. Der Lungenbefund war regelrecht. Über der Herzspitze und der Aorta war der zweite Ton verstärkt, klappernd. Leber und Milz waren deutlich vergrößert, auf Druck empfindlich; der Unterleib war leicht aufgetrieben; die Nierengegend druckempfindlich. Der Stuhl dunkelbraun, dünnbreiig, erfolgt

*) 4 einmal, 1 zweimal.

**) Von diesen 2 gestorben im ersten Anfall, 1 als dienstunbrauchbar in die Heimat.

viermal täglich. Der Urin hellgelb; die Menge des beim Stuhlgang herausgepreßten Harnes betrug 3 ccm; Eiweiß wurde in kleinen Mengen in demselben nachgewiesen; Malariaparasiten waren im Blute nicht festzustellen, der Hämoglobingehalt des letzteren betrug 48%. Um die durch das fast völlige Aufhören der Harnsekretion im Blute angesammelten schädlichen Harnbestandteile zu entfernen, wurde versucht, den Patienten zum tüchtigen Schwitzen zu bringen; er erhielt daher warmen Fliedertee, 0,02 Pilocarpin subcutan und wurde warm eingepackt. Trotzdem fand verstärkte Transpiration nicht statt, da Patient sich beständig unruhig herumwarf und sich gegen jede Vorsicht aufdeckte; auf ein besseres Gelingen eines nochmaligen Versuches glaubte ich nicht rechnen zu dürfen. Zur Injektion physiologischer Kochsalzlösung schien mir das hiesige Wasser wegen seiner starken Beimengungen nicht brauchbar; es blieb also nur noch der Weg der Ableitung der Harnbestandteile nach dem Darm übrig. Dazu schienen mir Klystiere mit physiologischer Kochsalzlösung, wie sie Dr. Wernitz in Odessa (siehe Therapeutische Monatshefte Nr. 1, Jahrgang 1903) angegeben hat, am zweckmäßigsten. Im allgemeinen wurden täglich 2 Klystiere von einstündiger Dauer gegeben; vom 19. 9. ab erhielt Cz. noch dreimal täglich 8 Tropfen Tinct. strophanti. Schon nach dem 3. Klystiere war eine deutliche Besserung des Allgemeinzustandes eingetreten. Die Benommenheit war verschwunden; der Puls war weich, regelmäßig, zählte 88 Schläge in der Minute; der Schlaf war besser. Die Urinabsonderung ist jedoch dieselbe geblieben. Im weiteren Verlauf der Krankheit verlor sich die Auftreibung des Leibes, Milz und Leber schwollen ab, der Appetit besserte sich. Der Puls war stets regelmäßig, weich, erfolgte 88 mal in der Minute. Ödeme waren nie nachweisbar. Vom 23. 9. ab trat eine unbedeutende Vermehrung des Urins auf, die Harnmenge betrug am 23. 9. 20 ccm, am 26. 9. 350 ccm. Am 13. Tage der Erkrankung (27. 9.) endlich stieg die Urinmenge auf 1520 ccm. Der abgesonderte Urin war hellgelb, ins Grünliche schimmernd; mikroskopisch wurden in demselben gequollene weiße, zusammengeballte rote Blutkörperchen, hyaline Zylinder und Nierenepithelien gefunden. Der Eiweißgehalt war nur unbedeutend. 2 Tage nach den nunmehr ausgesetzten Klystieren trat trotz weiterer Vermehrung der Harnabsonderung — die Urinmenge betrug am 30. 9. 3040, das spez. Gewicht 1006 — Erbrechen des Genossenen ein. Das Erbrochene roch stark nach Ammoniak."

Maltafieber. (Temperaturzettel für den Feldwebel G.)



Obwohl nicht mehr zu dem diesjährigen Jahresberichte gehörig, mag hier noch erwähnt werden, dafs das Erbrechen im späteren Verlauf der Krankheit recht häufig wurde und sich erst, als wieder Klystiere gemacht wurden (1 mal täglich) allmählich verlor.

Nr. 40. Unter dieser Nummer ist ein Krankheitsfall aufgeführt, der in dem vorliegenden Krankenblatt die Diagnose „Typhoid“ erhalten hat. Der Fall betrifft den Feldwebel G., der später invalidisiert wurde. Zu dem Fall erlaube ich mir folgendes zu bemerken. Schon in Ostafrika hatte ich Gelegenheit, in Daressalam 2 Fälle zu behandeln, die dem hier vorliegenden Fall sehr ähnelten. Auch ich hielt damals diese Fälle für Typhus, bin aber später zu der Überzeugung gekommen, dafs es sich um M a l t a f i e b e r handelte.

Bei Einsicht in das Krankenblatt des hiesigen Falles ist es für mich aufser Zweifel, dafs hier ein Fall von Maltafieber vorliegt. Aufser der hierfür typischen Fieberkurve stark remittierendes und rückhältiges Fieber, sprechen für diese Diagnose die dauernd starken Schweifsausbrüche, wodurch starker Frieselausschlag entstand, der harte Stuhl, die Erscheinungen von seiten der Lunge und vor allen Dingen das Fehlen der für Typhus, der allein hier noch in Frage kam, sprechenden Symptome. Malaria ist nach den häufig vorgenommenen Blutuntersuchungen ausgeschlossen. Unter der schwarzen Bevölk rung habe ich das Maltafieber zweimal beobachtet. Der eine Fall

betraf einen Boy, der andere einen Soldaten. Der Soldat litt noch Monate nach dem Fieber an einem Spitzenkatarrh, bei dem T. B. nicht nachgewiesen wurden.

In einem Bericht aus Dikoa wird das Maltafieber auch als häufig bei den schwarzen Soldaten vorkommend erwähnt.

Nr. 98. Betrifft einen Fall von Leberentzündung, der im hiesigen Hospital behandelt wurde. Er beansprucht insofern Interesse, als bei dem Patienten zufällig Filariosis festgestellt wurde nach einem Tropenaufenthalt von 1½ Jahren.

Zu der Annahme, daß die Leberentzündung mit der Filariosis in ursächlichem Zusammenhang stand, lag kein Anlaß vor.

Nr. 148. Unter dieser Nummer sind 8 Fälle von Tropenschwellung aufgeführt.

Zu der neueren Ansicht, daß diese Schwellungen mit Filariosis zusammenhingen, erwähne ich, daß von drei derartigen in Duala beobachteten Fällen einer Filariaembryonen im Blute zeigte. Dieser Fall betraf den unter Nr. 98 erwähnten Patienten. Es herrscht hier die Ansicht, daß die mit Tropenschwellungen behafteten Personen weniger an Malaria leiden. Meine wenigen persönlichen Erfahrungen widersprechen dem nicht. Ich sah diese Schwellungen an den Armen zweimal und einmal am Bein. Die Schwellungen waren lokal, nicht über handgroß und bestanden nicht länger wie 3 bis 4 Tage, wiederholten sich aber in einem Falle fast alle 2 bis 3 Wochen. Außer geringen Druckschmerzen an der befallenen Stelle waren Klagen nicht vorhanden.

B. Krankenabgang.

Von den 216 militärärztlich Behandelten wurden 195 dienstfähig entlassen, 2 endeten durch Tod und 13 kamen anderweitig in Abgang, 6 blieben im Bestand. Die beiden Todesfälle wurden durch Schwarzwasserfieber herbeigeführt.

Als tropendienstunfähig wurden 9 Personen nach Hause gesandt, von diesen befanden sich zur Zeit der Heimsendung 3 in ärztlicher Behandlung.

Der Grund der Tropendienstunfähigkeit war 3 mal allgemeine Schwäche und Blutarmut nach Schwarzwasser,

1 mal Fettherz geringen Grades, chronischer Dickdarmkatarrh und nervöse Reizbarkeit,

1 mal chronischer Dickdarmkatarrh und Furunkulose,

1 mal Folgezustand eines akuten Gelenkrheumatismus,

1 mal tropische Schwellungen mit Milzvergrößerungen und geringer Blutarmut,

1 mal Herabsetzung des allgemeinen Ernährungszustandes mit Blutarmut nach Dysenterie;

1 mal Herabsetzung der allgemeinen Körperkräfte infolge überstandener Leberentzündung.

Nach Suellaba, dem Genesungsheim auf einer Landzunge an der Kamerunflußmündung, wurden 4 Patienten zur vollständigen Wiederherstellung gesandt. Außerhalb der militärärztlichen Behandlung starb ein Sergeant an Schwarzwasser in Kribi und ein Oberleutnant infolge einer Verletzung durch einen vergifteten Pfeil.

b. Farbige.

A. Krankenzugang.

Vom vorigen Berichtsjahre waren im Bestande geblieben 50 Fälle.

In diesem Berichtsjahre kamen 1415 Fälle = 1556,6‰ der Iststärke in Zugang (i. v. J.: 1953,3‰.).

Hiervon wurden 1112,2‰ im Lazarett, 424,6‰ im Revier und 18,7‰ im Lazarett und Revier behandelt.

Bestand und Zugang beanspruchten im ganzen 19 595 Behandlungstage, mithin jeder einzelne durchschnittlich 13,3 Behandlungstage (i. v. J. 16,2).

Es waren täglich 53,6 Fälle in Behandlung (i. v. J. 89,2).

Auf die einzelnen Gruppen verteilen sich die Zugänge wie folgt:

Gruppe	I	222	Zugänge	=	244,2 ‰	(i. v. J.	302	=	293,4 ‰),
„	II	5	„	=	5,5 „	(„ „ „	10	=	9,71 „),
„	III	113	„	=	124,3 „	(„ „ „	150	=	145,7 „),
„	IV	23	„	=	25,3 „	(„ „ „	37	=	36 „),
„	V	190	„	=	209,0 „	(„ „ „	165	=	160,3 „),
„	VI	2	„	=	2,2 „	(„ „ „	15	=	14,5 „),
„	VII	314	„	=	345,4 „	(„ „ „	425	=	413,1 „),
„	VIII	14	„	=	15,4 „	(„ „ „	31	=	30,1 „),
„	IX	11	„	=	12,1 „	(„ „ „	10	=	9,71 „),
„	X	230	„	=	253,0 „	(„ „ „	399	=	387,7 „),
„	XI	101	„	=	111,1 „	(„ „ „	115	=	111,7 „),
„	XII	183	„	=	201,3 „	(„ „ „	334	=	324,5 „),
„	XIII	0	„	=	— „	(„ „ „	3	=	2,91 „),
„	XIV	7	„	=	6,6 „	(„ „ „	14	=	13,6 „),

Nr. 2. Windpocken. Diese Erkrankung tritt in kleinen Epidemien jährlich, wie es scheint, in der ganzen Kolonie auf.

Nach meinen Beobachtungen entstehen unter einem geringen Fieber am ganzen Körper, besonders aber Gesicht, Brust, Bauch und Rücken, kleine stecknadelknopf- bis hirsekorngroße Bläschen mit hellem Inhalt, der sich allmählich trübt und dann eintrocknet. Nach Auftreten des Ausschlages ist Fieber nicht mehr vorhanden. Die Schorfe stoßen sich ab und man sieht an den erkrankten Stellen die rötliche Unterhaut entblößt von der Oberhaut. Die Heilung erfolgt ohne Narbenbildung. Wegen ihrer Geringfügigkeit kommt diese Erkrankung nicht immer zur Kenntnis des Arztes.

Die Abheilung der Pusteln nimmt etwa 2 bis 3 Wochen in Anspruch.

Nr. 16. Malaria. Unter dieser Nummer sind 150 Zugänge aufgeführt.

Ich bemerke hierzu, daß die Diagnosen aus Mangel an Ärzten zum größten Teil von Laien gestellt sind. Da diese fast jede Erkrankung mit Fieber, wenn nicht auffällige andere Symptome hervorragen, als Malaria bezeichnen, so sind ohne Frage unter dieser Nummer auch nicht Malariakranke aufgeführt.

Die Negermalaria verläuft nach meiner Erfahrung sehr milde und läßt sich gewöhnlich mit 1 bis 2 Dosen Chinin beseitigen. Bei Kindern sind die Anfälle heftiger und bedürfen einer längeren Chininbehandlung. Ich beobachtete einmal bei einem Soldatenkinde Malariakachexie, die durch längere Chininbehandlung gehoben wurde. Bei dieser Cachexie bestanden außer allgemeinem Kräfteverfall und Herabsetzung des Hämoglobingehaltes des Blutes Ödeme am ganzen Körper mit Albuminurie. Der einzelne Fall beanspruchte 6 Behandlungstage.

Nr. 22. Ruhr wurde 21 mal beobachtet. Todesfälle an dieser Krankheit sind nicht zu verzeichnen. Der einzelne Fall beanspruchte 14,7 Behandlungstage.

Nr. 27. Akuter Gelenkrheumatismus kam 24 mal zur Behandlung. Der einzelne Fall beanspruchte 22,4 Tage. Von den 24 Fällen kamen 6 als dienstunbrauchbar in Abgang.

Nr. 42. Ein Fall von Rindenepilepsie nach einer vor ca. einem Jahre erlittenen Kopfverletzung durch einen Speer.

Von dieser Verletzung zeugte eine Narbe etwas links und

nach vorne von der Scheitelhöhe. Die Krämpfe betrafen die rechte Körperhälfte und linke Gesichtshälfte. Sie traten plötzlich des Morgens beim Waschen auf. Es stellten sich im Laufe der Behandlung ein mehrere Tage dauernder Zustand von größter Benommenheit und Sprachstörung ein. Der Zustand besserte sich unter Brombehandlung. Mit einer Schwäche im rechten Arm und einer geringen Sprachstörung wurde der Mann als dienstunbrauchbar entlassen.

Nr. 44. Ein Fall von eitriger Gehirnhautentzündung, der in 2 Tagen tödlich endete. Die Diagnose wurde durch die Obduktion bestätigt. Diese sporadisch auftretenden Fälle von Genickstarre werden auch in der übrigen schwarzen Bevölkerung in vereinzelten Fällen beobachtet.

Nr. 56 und 58. Die akuten Erkrankungen der Lungen pflegen in der Regenzeit sich bedeutend zu häufen. Die akuten Bronchialkatarrhe sind sehr hartnäckig und gehen mit mehrere Tage dauerndem Fieber einher.

Die Lungenentzündung fordert jährlich mehrere Opfer. Dieselbe wandert sehr häufig und befällt nicht selten den oberen Lungenlappen. Von 28 an Lungenentzündung Erkrankten starben 5 = 17,9%.

Nr. 64. Von 2 Fällen handelte es sich in einem Falle um einen eitrigen Erguß in den Herzbeutel. Der Fall verlief tödlich.

Nr. 86 und 89. Die akuten Erkrankungen des Magens und Darmes mit 43 bzw. 116 Zugängen sind in der Hauptsache auf Erkältungen zurückzuführen. Sie treten dementsprechend hauptsächlich in der Übergangszeit von der trockenen zur Regenzeit auf, wie folgende Tabelle zeigt:

	Akuter Magenkatarrh	Akuter Darmkatarrh
Von September bis Februar (Trockenzeit)	7	29
Von März bis August (Regenzeit) . .	36	87

Nr. 112. Tripper. Wie im vorigen, so weist auch in diesem Jahre diese Krankheit die meisten Zugänge (200) auf. Durch die eingeschlagenen Maßregeln scheint in den letzten Monaten, wenigstens in Duala, eine Abnahme stattgefunden zu haben. Außer häufigen ärztlichen Untersuchungen werden bei Erkrankungen ausnahmslos auch die Weiber einer Lazarettbehandlung unter Abschluß von jeglichem Verkehr unterzogen. Der Tripper verläuft hier milde. Dieses milde Auftreten ist auch wohl der

Grund, daß die Krankheit nicht immer zur Kenntnis des Arztes kommt und so zur Weiterverschleppung beiträgt. Der einzelne Fall beanspruchte im Durchschnitt 16,9 Tage.

Nr. 115. Weicher Schanker ist nicht selten. Sogenannte phagedänische Schanker habe ich mehrere Male zu Gesicht bekommen. In wenigen Fällen wurde hierdurch der große Teil der Eichel zerstört.

Nr. 117. Konstitutionelle Syphilis. Unter dieser Nummer sind 28 Fälle aufgeführt. Ich erwähne, daß diese Diagnosen in den meisten Fällen von Laien gestellt sind. Ich habe hier in Duala noch keinen sicheren Fall von Lues bei den Soldaten oder deren Angehörigen festgestellt.

Bei dem freien Geschlechtsverkehr hier müßte die Syphilis mehr auftreten und zur Beobachtung kommen, wenn sie in der Bevölkerung nennenswert verbreitet wäre.

Im Graslande ist nach dem Bericht des Oberarztes Dr. Krawietz Syphilis unter der Bevölkerung nicht selten und fraglos durch den Verkehr mit der Nordküste Afrikas dort seit Jahren eingeschleppt.

Nr. 145. Zellgewebsentzündung kam 129 mal in Zugang. Fast ausschließlich betraf die Erkrankung die unteren Extremitäten und von diesen hauptsächlich den Fuß, eine Folge des Barfußgehens. An den oberen Extremitäten kamen Zellgewebsentzündungen wenig zu Gesicht. Ein typisches Panaritium habe ich nie beobachtet. Sehr verbreitet sind torpide flache Geschwüre an den Beinen, die jeglicher Behandlung spotten. Ätzungen mit roher Karbolsäure hatten noch die besten Resultate.

Nicht selten kommen tiefe Eiterungen in oder zwischen der Muskulatur vor, die ätiologisch nicht zu erklären sind. Sie sind häufig mehrfach, und heilen nach Eröffnung schnell.

Nr. 148. Andere Krankheiten der Haut. Unter dieser Nummer sind aufgeführt:

4 Fälle mit Tropenschwellung,
5 „ „ Guineawurm,
2 „ „ Fromboesia tropica,
3 „ „ Cro-Cro.

Bei der Tropenschwellung handelt es sich um nicht umschriebene Schwellungen bis Handtellergröße, die das Unterhautzellgewebe betrafen und spontan entstehen. Sie gehen ohne Behandlung in einigen Tagen von selbst zurück. Diese auf die Anwesenheit von Filarien zurückzuführen, ist nicht begründet, wenn

man bedenkt, daß 80 bis 90 % aller Neger dieses Landes an Filarien leiden.

Den Guineawurm habe ich nur in den unteren Extremitäten beobachtet. Versuche, den Wurm durch Einspritzen von Sublimat und Alkohol zu töten und schneller zur Entbindung zu bringen, waren ohne Erfolg. Ich bin zu der alten Methode der allmählichen Extraktion auf einem Holzstäbchen zurückgekommen und fördere diese durch Umschläge.

Cro-Cro ist kein Begriff für eine einheitliche Erkrankung. Ich kann nicht angeben, was die Diagnosensteller mit dieser Bezeichnung gemeint haben. Im allgemeinen bezeichnet der Neger die meisten Hauterkrankungen mit Cro-Cro, eine Bezeichnung, die unserm Wort Hautausschlag entspricht.

Nr. 185. Schußverletzungen. Diese wohl ausnahmslos durch ein mit Eisenteilchen oder Schrot geladenes Steinschloßgewehr verursachten Verletzungen sind in dem Falle, daß diese Gewehre aus allernächster Nähe abgefeuert werden, häufig sofort tödlich. Ist die Entfernung des Schützen eine größere, so sind die Verletzungen gewöhnlich mehrfach an verschiedenen Körperteilen. Derartige Geschosse heilen sehr häufig in der Muskulatur ohne Schaden ein. Vereinzelt erregen sie oft nach Monaten und Jahren noch Eiterungen, die die Entfernung der Eisenteilchen notwendig machen. Ich habe in Duala 2 mal derartige Fälle behandelt. In dem einen war durch ein altes Geschoß eine Eiterung in der Muskulatur des rechten Oberschenkels und in dem anderen eine solche in der rechten Schultermuskulatur verursacht.

Von den 46 Schußverletzungen fielen 27 auf die Angehörigen der Bangwaexpedition. Von den 46 Fällen wurden 35 wieder dienstfähig, 7 starben, 3 wurden als dienstunbrauchbar entlassen und 1 blieb im Bestande.

Der einzelne Fall beanspruchte 27,7 Tage Behandlung.

B. Krankenabgang.

Von den im ganzen behandelten 1465 Fällen wurden 1364 geheilt, 18 starben, 43 gingen anderweitig ab und 40 blieben im Bestande.

Außerhalb der ärztlichen Behandlung starben 9, so daß im ganzen 27 Todesfälle bei den farbigen Soldaten zu verzeichnen sind. Dies entspricht bei einer Iststärke von 909 Mann 29,7 $^{0}/_{00}$.

Anhang.

Untersuchung über Filariaembryonen im Blute von Negern in Kamerun (Duala).

Bei den häufigen Blutuntersuchungen auf Malariaparasiten fiel mir das außerordentlich häufige Vorkommen von Filariaembryonen bei den Negern auf und veranlaßte mich, meine Aufmerksamkeit bei einer Anzahl Schwarzer verschiedener im Innern und an der Küste wohnender Stämme, die sich in Duala als Träger oder Soldaten zusammenfanden, auf das Vorkommen dieser Embryonen zu richten.

Ich untersuchte 195 Personen, größtenteils Erwachsene, im Alter von 18 bis 30 Jahren männlichen Geschlechts.

Von diesen hatten 169 = 86,5 % Embryonen in ihrem Blute. Ich fand 2 Arten, die nach der Beschreibung in der Literatur filaria nocturna und perstans waren.

Die Filaria perstans überwog bedeutend. Ich fand sie 109 mal, also in 55,9 % der Untersuchten. Filaria nocturna war 38 mal = 19,4 % vertreten. In 22 Fällen = 11,2 % wurden beide Arten in demselben Blute gefunden.

Ich untersuchte das Blut in den Tagesstunden. Häufige, am abend oder in der Nacht vorgenommene Untersuchungen der Filariakranken ergab keinen Unterschied des Filariagehaltes des Blutes während der verschiedenen Tages- und Nachtzeiten.

Die Neger Kameruns scheinen häufiger mit Filaria perstans behaftet zu sein, während bei Negern aus Monrovia, Sierra Leone und Togo filaria nocturna zu überwiegen scheint.

Von denen, deren Nationalität ich notiert habe, haben

	perstans	nocturna	beide Arten
Soldaten von Stämmen aus dem Innern (Jaunde, Buli, Bali)	60	4	5
Soldaten aus anderen Kolonien (Monrovia, Sierre-Leone, Togoleute) . . .	10	30	11

Die Filaria noct. tritt fast stets in größeren Mengen als die fil. perstans auf. Ich sah in einzelnen Fällen in jedem Gesichtsfeld (Zeiss Objectiv A. A. Ocular 4) 13 bis 15 Exemplare, so daß in diesen Fällen die Gesamtmenge im Blute bis zu 40 Millionen betrug. Abweichend von den Angaben in der Literatur zeigten die

fil. noct. eine bedeutend größere Lokomotion als die perstans. Man sieht in frischen Präparaten die noct. in eleganten regelmäßigen Schlangenlinien sich schnell zwischen den Blutkörperchen vorwärtsbewegen; um sie zu verfolgen, muß man das Gesichtsfeld stets wechseln. Die perstans klebt am Ort und zeigt unregelmäßige, schnell aufeinanderfolgende und heftige Bewegungen, wodurch sie sich nur wenig vom Orte bewegt. Durch Einwirkung dünner Essigsäurelösung (5 Tropfen auf 1 Glas Wasser) wird die Hülle der noct. gut sichtbar. Bei längerer Einwirkung trennt sich der Wurm von der Hülle und man sieht den toten Wurm neben der leeren Hülle, welche aufgerollt wie ein breiter und kurzer Sack im Blute liegt.

Färbt man die lebenden fil. noct. im frischen Blut mit einer 1 % Methylenblaulösung, so tritt die Färbung von 3 Punkten aus auf. Am geringsten beginnt die Färbung am Kopfende. Hier tritt nach einiger Zeit ein dünner, kurzer, blauer Strich auf, der vom Kopfende parallel der Längsachse in den Körper hineinragt. Schneller tritt die Färbung von 2 Öffnungen auf, von denen die eine etwa im Anfang des 2. Drittels, die andere etwa im Anfang des letzten Fünftels am Schwanzende sich befindet. Die Öffnungen sind annähernd kreisrund und nehmen 2 Drittel des Umfanges ein. Die Öffnung am Schwanzteil ist etwas kleiner. Von diesen Öffnungen aus tritt der Farbstoff in den Wurm und nimmt allmählich den ganzen Leib ein. Im Beginn der Färbung sieht man also außer dem feinen Strich am Kopfende die zwei Öffnungen im Leibe mit deutlichen Konturen. Bevor der Farbstoff den ganzen Körper einnimmt, stirbt das Tier ab und hat dann gewöhnlich eine fast gestreckte Lage. Unterbricht man im Anfang der Aufnahme des Farbstoffs durch Zusatz von dünner Essiglösung die Färbung, so erhält man Filarien, bei denen die beiden Körperöffnungen durch schöne blaue Konturen bezeichnet sind, während der übrige Körper seine glasige Farbe beibehält. Hat die Färbung den ganzen Körper eingenommen, so sind diese Öffnungen nicht mehr so deutlich zu erkennen.

Daß es sich um Öffnungen handelt, erkennt man auch bei Behandlung mit verdünnter Essigsäure. Durch Einwirkung dieser sieht man aus der größeren Öffnung Inhalt austreten, der wie ein Knopf aus der Öffnung herausragt.

Bei der fil. perstans ist die Beobachtung der Färbung wegen der Kleinheit des Objektes schwerer. Die perstans verschwindet sehr leicht unter den Blutkörperchen. Die Färbung tritt dort

wahrscheinlich wegen Fehlens der Hülle plötzlicher und von der ganzen Peripherie des Körpers aus auf.

Zur Frage der Pathogenität dieser Filarien habe ich folgendes beobachtet. Alle mit Filarien behafteten Neger zeigen mehr oder weniger starke Schwellungen der Schenkel- und Leistendrüsen. Besonders am ovalen Schenkelring fühlt und sieht man häufig bis zur Faustdicke geschwollene harte Drüsen, die keinerlei Schmerzen bedingen. Fingerlange, 1 bis 2 Finger dicke wurstförmige (Lymph-) Stränge fühlt man am oberen Teil des Oberschenkels und in der Leistenbeuge. Drüsen in der Achselhöhle oder sonst wo von ähnlicher Größe habe ich nicht beobachtet.

Fast konstant bei allen, die reichlich Filariaembryonen beherbergen, also gewöhnlich bei mit fil. nocturna Behafteten, ist im Urin Eiweiß nachweisbar in geringerer oder beträchtlicherer Menge, die dem Gehalt des Blutes an Embryonen zu entsprechen scheint.

In zwei Fällen von akuter und spontaner Hydrocele konnte ich in der hellen serösen Flüssigkeit vereinzelte Filarien feststellen. Alte Hydrocelen sind nicht selten. In einem dieser Fälle, den ich punktierte, ließen sich Embryonen nicht nachweisen. In einem Pleuraexsudat, das bei den Negern hier häufiger blutig zu sein scheint, waren zahlreiche Filarien (perstans) vorhanden.

Dagegen ist es mir bis jetzt noch nicht gelungen, im blutigen Auswurf einzelner Fälle von Lungenentzündung Filarienembryonen zu finden. Bei häufigen Urinuntersuchungen sah ich 1 mal einen toten Embryo der Filaria perst., während zahlreiche andere Gebilde im Urin vielleicht als Reste gedeutet werden konnten. Daß die Embryonen durch die Haut den Körper verlassen, habe ich niemals nachweisen können. Die Untersuchungen bläschenartigen und anderen Ausschlags war stets negativ.

Elefantiasis und Chylurie, die nach der Häufigkeit der Filariosis eigentlich nicht selten sein sollten, habe ich noch nicht zu Gesicht bekommen, doch kommt sie nach Aussage der Neger vor, häufiger soll sie am Wurifluß auftreten.

Bei den Europäern ist nach den Schutztruppenberichten der letzten beiden Jahre Filariosis 2 mal beobachtet. In einem dieser Fälle traten die Embryonen im Blut nach 1½ jährigem Aufenthalt hier auf. Ich habe das Blut vieler hier schon seit Jahren ansässiger Europäer auf Filariengehalt untersucht, jedoch stets mit negativem Resultat.

3. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Kamerun für das Berichtsjahr 1903/04.

(Erstattet vom Oberstabsarzt Dr. Heuermann.)

Kranken-Zu- und -Abgang.

a. Deutsche Militärpersonen.

A. Krankenzugang.

Im Berichtsjahr betrug für die weißen Angehörigen der Schutztruppe der Gesamtkrankenzugang 213 = 2536 ‰. Im Vorjahre betrug der Zugang 2986 ‰, so daß in diesem Jahre eine Abnahme von 450 ‰ stattgefunden hat.

Von den Zugängen wurden im Lazarett behandelt 149 = 1774 ‰ der Iststärke, im Revier 61 = 726 ‰ und im Lazarett und Revier 3 = 36 ‰.

Den Bestand von 6 Kranken zugerechnet, beanspruchten 219 Kranke 2548 Behandlungstage und zwar 1936 im Lazarett und 612 im Revier.

Demnach waren täglich 6,98 und zwar 5,3 im Lazarett und 1,68 im Revier krank.

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Zugänge folgendermaßen:

Gruppe	I	134	Gruppe	VI	2
„	II	3	„	VIII	2
„	III	6	„	X	17
„	IV	10	„	XI	10
„	V	25	„	XII	4

Nr. 16. Malariafieber. Von den einzelnen Krankheiten weist die Malaria mit 100 Zugängen die höchste Krankenziffer auf. 48,2 % vom Gesamtzugang betrifft die Malaria.

Im Vergleich zum vorigen Berichtsjahr zeigt sie einen Rückgang von 1619 ‰ auf 1190 ‰ der Iststärke.

Seit 1901, in welchem Jahre die 1 g-Prophylaxe eingeführt

wurde, ist eine beständige Abnahme der Malaria zu verzeichnen, wie folgende Zusammenstellung der Malariazugänge dartut:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
3701 ‰	1776 ‰	1619 ‰	1190 ‰

Einen sechs- bis siebenfachen Rückgang der Malaria weist die allein für Duala aufgestellte Statistik der Malariazugänge auf:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
2869 ‰	1304 ‰	769 ‰	448 ‰

Von den Innenstationen weisen Ebolova (ca. 700 m Höhe) und Bamenda (ca. 1400 m Höhe) mit 42,9% bzw. 50% der Iststärke die wenigsten Malariazugänge auf. Auf den übrigen Stationen sind die Zugänge folgende:

Deidodorf (Küste)	100 %	der	Iststärke
Joko (Grasland)	100 „	„	„
Garua „	100 „	„	„
Dikoa „	167 „	„	„
Banjo „	183 „	„	„
Lolodorf (Busch)	233 „	„	„
Tinto-Fontandorf (Busch) . .	325 „	„	„

Der auffallende Unterschied in der Anzahl der Malariazugänge in Duala und den übrigen Stationen ist zu erklären durch die ungesunden allgemeinen sanitären Verhältnisse, die das Stations- und Buschleben bietet. Anderseits muß festgestellt werden, daß die allgemeinen sanitären Verhältnisse in Duala sich besonders in den letzten beiden Jahren gebessert haben durch Niederlegen des umgebenden Busches, durch Anlegen großer, breiter Straßen und Entwässerungsgräben, sowie durch gute Wohnhäuser und Entfernung der Eingeborenenhäuser aus der Nähe der Europäer-Ansiedelung.

Als Malaria-Prophylaxe, der ohne Zweifel die von Jahr zu Jahr festzustellende Abnahme der Malaria zuzuschreiben ist, wird empfohlen, alle 5 Tage 1 g Chinin zu nehmen. Neben dieser gebräuchlichsten Prophylaxe sind noch im Gebrauch: jeden 4. Tag 1 g Chinin, jeden 7. und 8. Tag je 1 g Chinin, jeden 5. und 6. Tag je ½ g Chinin.

Wenn auch anzunehmen ist, daß eine genaue Prophylaxe wohl noch nicht von allen ausgeführt wird, so ist doch zu erwarten, daß

die Erfolge derselben etwaige Zweifler durch eigenen Schaden zu einer rationellen Prophylaxe führen werden.

Auf die einzelnen Jahreszeiten verteilen sich die Zugänge wie folgt:

Übergangszeit	Trockenzeit
September, Oktober, November	Dezember, Januar, Februar
31	18
Übergangszeit	**Regenzeit**
März, April, Mai	Juni, Juli, August
34	17

Jeder einzelne Malariaanfall beanspruchte im Durchschnitt 6,8 Tage Behandlung. Über die einzelnen Fälle ist Besonderes nicht zu berichten. Von den im ganzen behandelten 104 Malariafällen sind 101 dienstfähig und geheilt entlassen, 3 gingen anderweitig ab.

Nr. 16a. Schwarzwasserfieber. Auffallend ist, daß trotz der starken Abnahme der Malaria eine wesentliche Abnahme des Schwarzwasserfiebers nicht zu verzeichnen ist. Es gingen im Berichtsjahre 23 Fälle mit Schwarzwasser zu, davon 11 Erstlingsfieber.

Folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Zugänge an Schwarzwasserfieber in den Vorjahren und in diesem Jahre:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
20 = 25,9 %	18 = 21,1 %	21 = 29,6 %	23 = 27,3 %
darunter Erstlingsfieber:			
16 = 20,7 %	14 = 16,4 %	8 = 11,2 %	11 = 13,0 %

Aus dem Umstand, daß die Disposition zu Schwarzwasser mit der Länge des Tropenaufenthalts, ebenso wie mit dem längeren Bestehen der Truppe die Anzahl derjenigen, die längere Zeit in den Tropen leben, zunimmt, erklärt sich, daß der Rückgang des Schwarzwassers nicht in gleichem Maße wie der der Malaria stattfindet.

Von den 11 Erstlingsfiebern in diesem Berichtsjahr betreffen 4 Fälle Offiziere bzw. Sanitätsoffiziere, deren Angaben über die angewandte Prophylaxe als richtig angesehen werden müssen. 2 von diesen nahmen prophylaktisch kein Chinin, ein dritter begann nach etwa dreijährigem Aufenthalt, nachdem er viele Fieber

überstanden hatte, 2 Monate vor seinem Schwarzwasser mit einer fünftägigen Prophylaxe, der vierte gibt an, regelmäßig jeden 5. Tag 1 g Chinin genommen zu haben. Trotz dieser Prophylaxe litt er in 16 Monaten 6 mal an Malaria, was nur dadurch erklärt werden kann, daß die Nachbehandlung eines jeden Fiebers nicht energisch und genügend lange geschehen ist.

Von den an Schwarzwasser erkrankten Unteroffizieren weiß ich zum Teil bestimmt, daß sie keine oder eine ganz ungenügende Prophylaxe geübt haben.

Ich habe nach wie vor die Überzeugung, daß die genau durchgeführte Prophylaxe verbunden mit einer energischen längeren Nachbehandlung jedes Malariaanfalles mit Chinin fast mit voller Sicherheit die Anhäufung von Malariaanfällen und damit das Auftreten des Schwarzwassers verhindert.

Das Schwarzwasser wurde, soweit Krankenblätter vorliegen, stets durch Chinin ausgelöst, 1 mal durch 0,2 g Chinin (Rückfall), sonst durch 0,5 bis 1,0 g Dosen.

Nach überstandenem Schwarzwasser fand die allmähliche Angewöhnung durch steigende Chinindosen statt. Die kurz nach dem Schwarzwasser auftretenden Fieber ließen sich durch auffallend geringe Dosen von 0,1 bis 0,3 g Chinin mit Erfolg bekämpfen. Eine Tertiana, die nach überstandenem Schwarzwasser seit Monaten bei einem Unteroffizier bestand, der aus Furcht vor Schwarzwasser kein Chinin zu nehmen wagte, wurde mit Erfolg durch Menthylenblau (0,6 g täglich 1 Woche lang) bekämpft.

Von den 4 Todesfällen trat einer durch Selbstmord (Schuß in die Schläfe) ein, ein anderer Fall war kompliziert durch eine im Kampf mit Eingeborenen erhaltene Schußverletzung an der linken Schulter. 2 Fälle waren Erstlingsfieber in der 1. bzw. 2. Verpflichtung.

1 mal trat der Tod im 3. Rückfall und 1 mal im 4. Rückfall ein bei Personen, die sich in der 2. Dienstverpflichtung befanden.

Alle 4 Fälle wurden ärztlich nicht beobachtet.

Nr. 22. Ruhr. Der Zugang an Ruhr betrug im Berichtsjahre 6. Im ganzen wurden mit dem Bestand 7 Fälle behandelt, die 94 Behandlungstage beanspruchten. Demnach kommen auf jeden Fall 11,4 Behandlungstage. Diese geringe Anzahl Behandlungstage beweist, daß die Ruhr nicht sehr heftig auftritt. Alle Fälle wurden als dienstfähig entlassen.

In einem Falle trat im Laufe der Erkrankung eine entzündliche Infiltration der Blinddarmgegend auf, die nicht vollkommen zurückgegangen ist, sondern jetzt noch, nach 7 Monaten, in geringem Umfang besteht, ohne wesentliche Beschwerden zu machen.

Seit 1900 zeigt die Ruhr folgende Zugangsziffer:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
13 = 16,8 %	4 = 4,7 %	3 = 4,2 %	6 = 7,1 %

Nr. 27. Akuter Gelenkrheumatismus. Mit dieser Erkrankung kamen 3 Fälle in Zugang, die im ganzen 70 Behandlungstage beanspruchten. Auf jeden einzelnen Fall kommen im Durchschnitt 23,3 Behandlungstage. 2 Fälle gingen geheilt in Abgang, der 3. blieb im Bestand. Die ärztlich beobachteten Fälle waren gekennzeichnet durch fieberlosen Verlauf und heftige Schmerzen in vielen Gelenken. Schwellungen waren nicht festzustellen.

Nr. 43. Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen. Mit dieser Erkrankung kamen 2 Fälle in Zugang, die durchschnittlich je 25,5 Behandlungstage beanspruchten.

Es handelte sich in beiden Fällen um anfallsweise auftretende Kopfschmerzen, die schon vor dem Eintritt in die Schutztruppe bestanden und hier eine Verschlimmerung erfahren hatten.

Die Behandlung war ohne dauernden Erfolg. Der eine Fall wurde aus der Behandlung als tropendienstunfähig in die Heimat gesandt. Der andere Fall wurde geheilt entlassen, ging aber später, da die Anfälle sich schnell und intensiver wiederholten, als tropendienstunfähig in die Heimat.

Nr. 148. Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen. Mit Tropenschwellungen gingen 4 Fälle zu, die nach durchschnittlich 11 tägiger Behandlung geheilt entlassen wurden. Über die Ätiologie dieser Krankheiten ist nichts eruiert worden.

Nr. 158. Muskelrheumatismus. Mit Muskelrheumatismus gingen 9 Fälle zu, die nach zusammen 98 tägiger Behandlung (durchschnittlich pro Fall 10,9 Tage) geheilt entlassen wurden.

Einer dieser Fälle bedarf besonderer Erwähnung, da es sich nach meiner Ansicht um Maltafieber handelt, dessen Hauptsymptom in rheumatoiden Schmerzen in der Muskulatur des Rumpfes

und der oberen Gliedmaßen bestand. Es folgt kurz die Krankengeschichte:

Nachdem der Kranke ca. 6 Wochen an zeitweise auftretendem Frösteln und rheumatischen Beschwerden in Rücken und Schulter gelitten hatte, gelangte er in Hospitalbehandlung.

Der kräftig gebaute Mann war in letzter Zeit nicht unerheblich abgemagert und klagte neben geringem Fieber mit starken Schweißausbrüchen über Rheumatismus in Rücken und Schulter. Malaria wurde durch häufige Blutuntersuchungen ausgeschlossen. Die Milz war nicht geschwollen. Die Zunge war belegt, Appetit gering, Stuhl wenig verstopft, ohne besondere Beschaffenheit.

Während der 36 tägigen Behandlungsdauer bestand ca. 30 Tage lang anhaltendes geringes Fieber bis 38,1 mit starken, morgendlichen Remissionen bis unter 37°. Auffallend waren starke Schweißausbrüche, durch die ein Frieselausschlag am Rumpf bedingt war.

Die Behandlung des Rheumatismus, der zwischen Lenden-, Rücken- und Schultermuskeln wanderte, hatte geringen Erfolg.

Nach seiner Entlassung litt er noch häufig an diesen Beschwerden mit geringen Temperatursteigerungen. Erst ein Ortswechsel von der Küste ins Innere befreite ihn von seinen Beschwerden.

Nach meinen Erfahrungen ist das Maltafieber hier nicht so sehr selten. Besonders leidet darunter der eingeborene Arbeiter, der aus dem Innern an die Küste versetzt wird und hier unter ungewohnten Verhältnissen und Lebens- und besonders Ernährungsbedingungen lebt. Von den frischen Arbeitertransporten aus dem Innern erkrankt an Maltafieber eine nicht geringe Anzahl. Die Hauptsymptome sind langdauernde, fieberhafte Darm- und Lungenkatarrhe und rheumatische Beschwerden mit großer allgemeiner Hinfälligkeit und Abmagerung. Die Mortalität ist ziemlich groß. Ich schätze sie auf 5 bis 10%.

Bei den Europäern tritt das Maltafieber in vielerlei Gestalt auf. Von 3 Fällen, die ich zurzeit in Behandlung habe, zeigen 2 fast das vollkommene Bild des Typhus. Indessen fehlen die Roseola.

Bei dem 3. Fall überwiegen rheumatoide Beschwerden in beiden Schultern. Bei 2 ist die Milz geschwollen, beim dritten nicht. Alle drei leiden an einem stark remittierenden Fieber, das

seit ca. 4 bis 6 Wochen besteht und mit mehr oder weniger starken Schweißausbrüchen verbunden ist. Malaria ist ausgeschlossen.

Nr. 185. Schußverletzungen. Durch Schuß wurden im Kampfe mit Eingeborenen 3 Personen verletzt. Die Verletzungen wurden durch kleine Eisenstücke oder Schrote, mit denen der Eingeborene seine Vorderlader vollpfropft, verursacht. In einem Fall trat Schwarzwasser 2 Tage nach der Verletzung auf und führte zum Tode. Die übrigen Fälle wurden zusammen nach 60 tägiger Behandlung geheilt entlassen. Es handelte sich in letzteren Fällen um Verletzungen nichtedler Weichteile.

B. Krankenabgang.

Von den im ganzen behandelten 219 Kranken gingen 204 = 93,2% als geheilt ab, 4 = 1,8% starben und 10 = 4,6% gingen anderweitig ab.

Außerhalb der militärärztlichen Behandlung starb 1 Mann, der auf der Jagd versehentlich durch einen Kameraden erschossen wurde.

Es starben demnach im ganzen 5 Mann = 5,9% der Iststärke.

Als tropendienstunfähig in die Heimat beurlaubt wurden im ganzen 8 Personen = 9,5% der Iststärke.

Als Ganzinvalide wurden 5 entlassen = 5,2% der gesamten Iststärke.

b. Farbige.

A. Krankenzugang.

Vom vorigen Berichtsjahr waren 40 Fälle im Bestand geblieben.

In diesem Berichtsjahre kamen 1534 Fälle = 1721,7% der Iststärke in Zugang (im vorigen Jahre 1556,6%).

Hiervon wurden

958	im Lazarett	=	1075,2 ‰
571	„ Revier	=	640,9 ‰
5	„ Lazarett und Revier	=	5,6 ‰

behandelt.

Bestand und Zugang beanspruchten im ganzen 17 302 Behandlungstage, mithin jeder einzelne durchschnittlich 11 Behandlungstage (im Vorjahre 13,3).

Auf die einzelnen Gruppen verteilen sich die Zugänge wie folgt:

Gruppe	I	298	Zugänge	=	334,5	‰	der	Iststärke
„	II	—	„	=	—	„	„	„
„	III	109	„	=	122,3	„	„	„
„	IV	20	„	=	22,4	„	„	„
„	V	156	„	=	175	„	„	„
„	VI	9	„	=	11,2	„	„	„
„	VII	238	„	=	267,1	„	„	„
„	VIII	39	„	=	43,8	„	„	„
„	IX	12	„	=	13,5	„	„	„
„	X	244	„	=	273,8	„	„	„
„	XI	98	„	=	110	„	„	„
„	XII	311	„	=	349	„	„	„
„	XIII	—	„	=	—	„	„	„
„	XIV	—	„	=	—	„	„	„

Im Vorjahre war der Zugang in Gruppen:

Gruppe	I	222	Zugänge	=	244,2	‰	der	Iststärke
„	II	5	„	=	5,5	„	„	„
„	III	113	„	=	124,3	„	„	„
„	IV	23	„	=	25,3	„	„	„
„	V	190	„	=	209	„	„	„
„	VI	2	„	=	2,2	„	„	„
„	VII	314	„	=	345,4	„	„	„
„	VIII	14	„	=	15,4	„	„	„
„	IX	11	„	=	12,1	„	„	„
„	X	230	„	=	253	„	„	„
„	XI	101	„	=	111,1	„	„	„
„	XII	183	„	=	201,3	„	„	„
„	XIII	—	„	=	—	„	„	„
„	XIV	7	„	=	6,6	„	„	„

Nr. 16. Malaria. Die Malaria weist mit 273 = 30,6% der Iststärke und 17,9% des Gesamtzuganges von allen Krankheiten die meisten Zugänge auf. Mit dem Bestande von 2 beanspruchten 275 Kranke 1495 Behandlungstage. Demnach kommen auf jeden einzelnen Fall 5,43 Behandlungstage.

266 = 96,7% wurden geheilt, 7 = 2,5% starben, 2 = 0,72% gingen anderweitig ab.

Die Verhältnisse, die den Europäer mit Fieber bedrohen, bringen auch dem Schwarzen vermehrte Fiebergefahr. Während auf den Stationen bei der Gleichmäßigkeit des täglichen Dienstes unter guten hygienischen Verhältnissen der Zugang an Malaria kaum 25% der Iststärke beträgt, steigt die Zugangsziffer der Malaria um ein Bedeutendes bei Expeditionen, bei denen der Soldat täglich den Unbilden der häufig sehr nassen und kalten Witterung ausgesetzt und auf eine unregelmäßige Ernährung und schlechte Unterkunft angewiesen ist.

Bei der Bakoko-Expedition betrug der Zugang an Malaria 141,6% und bei der Anyang-Expedition 87,9% der Iststärke.

Wie die Nachweisung des monatsweisen Zugangs zeigt, löst die nasse Jahreszeit beim Neger bedeutend häufiger Fieber aus, als die trockene Zeit. Die Malaria des Negers tritt nicht so lang dauernd auf und läßt sich durch Chinin schneller überwinden, als beim Europäer.

Nr. 22. Ruhr. Die Ruhr ist seit 1900 in der schwarzen Truppe nie in größerem Umfange aufgetreten. Besonders gering ist der Zugang an Ruhr in diesem Jahre. Es erkrankten an Ruhr:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
27 = 2,9	20 = 1,9	21 = 2,3	6 = 0,67

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug für den einzelnen Fall:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
13,8	14,7	14,7	15 Tage.

Von den 6 Fällen dieses Berichtsjahres wurden 5 geheilt entlassen, 1 starb.

Nr. 56 bis 60. Lungenkrankheiten. Akute Erkrankungen der Lunge nehmen in der Morbidität der Schwarzen einen wesentlichen Platz ein.

Es erkrankten an Bronchialkatarrh 82 = 9,2%, an Lungenentzündung 19 = 2,1% der Iststärke. Jeder Bronchialkatarrh beanspruchte im Durchschnitt 6,8, jede Lungenentzündung 22,3 Tage. Es starben 2 an Lungenentzündung Erkrankte.

Nr. 89. Akuter Darmkatarrh. Mit akutem Darmkatarrh gingen 109 Soldaten zu, die sämtlich nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 5,2 Tagen pro Fall geheilt entlassen wurden. Auch hier stellt die Anyang-Expedition den

bei weitem größten Prozentsatz. Auf dieser Expedition erkrankten von 174 Soldaten 50 = 28,7% an akutem Darmkatarrh.

Nr. 112 bis 117. Geschlechtskrankheiten. Die Geschlechtskrankheiten haben seit Bestehen der Truppe beständig von Jahr zu Jahr abgenommen. Indes ist der Prozentsatz noch ein sehr großer.

Es litten an Geschlechtskrankheiten:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
42,9 %	41,3 %	34,5 %	22,3 %

der Iststärke.

Von den Geschlechtskrankheiten überwiegt stark der Tripper, der in diesem Jahre mit 152 Fällen = 17% der Iststärke vertreten ist. Der einzelne Fall beanspruchte durchschnittlich 17 Behandlungstage. Der Tripper verläuft hier sehr milde und ist der üblichen Behandlung durch Einspritzung sehr zugänglich.

Die konstitutionelle Syphilis ist mit 13 Zugängen vertreten. Der einzelne Fall beansprucht durchschnittlich 20,5 Behandlungstage. Ein Fall, der mit Malaria und Ruhr kompliziert war, verlief tödlich.

Nr. 140 bis 148. Krankheiten der äußeren Bedeckungen. Mit Krankheiten der äußeren Bedeckungen kamen 244 Fälle = 27,38% der Iststärke in Zugang.

Diese hohe Krankheitsziffer ist zum Teil dem Klima, zum Teil dem Barfußgehen zuzuschreiben. Sehr häufig ist die Diagnose Cro-Cro vertreten, unter der kein einheitliches Krankheitsbild zu verstehen ist.

Die Zellgewebsentzündungen am Fuß werden häufig durch Sandflöhe verursacht, die in der trockenen Zeit in großen Mengen auftreten.

Guineawurm wurde 10 mal, Framboesia 1 mal und Tropenschwellung 3 mal beobachtet.

Nr. 180 bis 192. Mechanische Verletzungen. Von mechanischen Verletzungen kamen 311 Fälle zur Behandlung. Schußverletzungen waren infolge des langdauernden Anyang-Feldzuges, bei dem der Truppe ein tapferer Feind in sehr unwegsamem Terrain entgegentrat, sehr zahlreich. Es kamen 126 Fälle in Zugang, die zusammen mit dem Bestande von einem Fall 2282 Behandlungstage beanspruchten. Auf jeden einzelnen Fall kamen 17,9 Behandlungstage.

Von den 127 Fällen wurden 104 als geheilt entlassen, 21 starben und 2 blieben im Bestand.

Die Verletzungen wurden ausschließlich durch das Buschgewehr (Vorderlader) verursacht, das mit Eisenstückchen, Schrot oder anderen Metallstückchen geladen, aus nächster Nähe (5 bis 10 m) von dem im Busch versteckten Feind auf die gewöhnlich im Gänsemarsch auf engen Pfaden marschierenden Soldaten abgefeuert wird. Durch diese Nähe wirken die Schüsse, wenn edle Teile getroffen werden, sehr oft sofort tödlich.

Der diesjährige Verlust an im Gefecht gefallenen Soldaten übertrifft die Gefechtsverluste der vorigen Jahre um ein Bedeutendes.

Es fielen im Gefecht bzw. starben infolge der im Gefecht erhaltenen Verletzungen

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04
13 = 1,35 %	14 = 1,3 %	8 = 0,88 %	38 = 4,2 %

der Iststärke.

B. Krankenabgang.

Von den 1574 behandelten Fällen wurden als dienstfähig entlassen 1485 = 94,3%; es starben 39 = 2,48%; es gingen anderweitig ab 20 = 1,27 % und es blieben im Bestand 30 = 1,9 %. Mit den außerhalb der militärärztlichen Behandlung Gestorbenen sind im ganzen 57 durch Tod aus der Truppe geschieden, was 6,39% der Iststärke entspricht.

Die Beobachtung einiger Krankheitsfälle mit Symptomen, die zu keinem der bekannten Krankheitsbilder paßten und den Verdacht auf Gelbfieber erweckten, und die Mitteilung Eingeborener von großen Seuchen, die zeitweise im Graslande auftreten sollen, gab Veranlassung, die Stationen im Graslande und im Busch zu genauen Beobachtungen dieser Krankheitsbilder aufzufordern und die Ärzte anzuweisen, durch Sektionen zur Aufklärung der Krankheit beizutragen. Ein dahin gehöriger Krankheitsfall wurde mir von Jabassi vor längerer Zeit eingeliefert. Es war ein Soldat, der von Bamenda kam, in besinnungslosem Zustande. Derselbe starb unter den Anzeichen einer schweren Gelbsucht am 5. Tage nach seinem Eintreffen hier, ohne die Besinnung wieder erlangt zu haben. Mit diesem Manne war ein anderer Soldat hier eingetroffen, der diese Krankheit unterwegs überstanden hatte und er-

zählte, daß ein dritter Mann an dieser Krankheit unterwegs gestorben sei.

Bei dem hier Verstorbenen wurde durch die Sektion allgemeine Gelbsucht festgestellt, deren Ursache nicht aufgeklärt wurde. Der Urin war dunkelbraun und enthielt Gallenfarbstoff. Ich dachte damals an eine Vergiftung mit irgendwelchen unbekannten giftigen Stoffen.

Die Nachrichten aus dem Graslande und aus dem Hinterlande von Jabassi, wonach dort epidemische Erkrankungen mit dunkelrotem Urin und Benommenheit auftreten, brachten mich zu der Annahme, daß diese von mir hier an den Soldaten beobachtete Erkrankung mit der in den genannten Gebieten beobachteten Erkrankung identisch ist. Einige hielten die Erkrankung wegen des dunklen Urins für Schwarzwasser, andere wegen der Benommenheit für Schlafkrankheit.

Nach meiner Ansicht handelt es sich in all diesen Fällen um eine epidemisch unter dem Bilde einer schweren Gelbsucht auftretende, fast stets tödlich endende Krankheit, die wahrscheinlich mit dem Gelbfieber identisch ist.

4. Generalsanitätsbericht über die Kaiserliche Schutztruppe für Kamerun für das Berichtsjahr 1904/05.

(Erstattet vom Oberstabsarzt Dr. Zupitza.)

I. Allgemeines.

Wissenschaftliche Beobachtungen. Von den nur spärlich vorliegenden Beobachtungen auf wissenschaftlich-praktischem Gebiete verdienen folgende als wichtig hervorgehoben zu werden: Aus Bamenda bzw. Bafuën, Orten auf dem Hochlande von Bali, welches bei einer Höhe von 1300 bis 1500 m ü. M. und bei niederen Nachttemperaturen, die häufig bis auf + 10° C. heruntergehen, vielfach für absolut malariafrei gehalten wird, kam je 1 Kind von 12 bis 13 Jahren unter schweren Allgemeinerscheinungen in Behandlung auf Station. Im Blute der Kranken fand Oberarzt Dr. Handi massenhafte Ringformen der Malaria tropica. Beide Erkrankungen verliefen tödlich.

Da die Kinder bis dahin ihre engere Heimat noch niemals verlassen hatten, so muß die Ansteckung mit Malaria dortselbst erfolgt sein.

Nach Handls Ansicht dürften die Verhältnisse auf dem Balihochlande so liegen, daß das Hochland im allgemeinen malariafrei ist, daß aber die Malariamücken, die bisher auf dem Hochlande noch nicht beobachtet worden waren, in einigen sumpfigen Schluchten vorhanden sind und gelegentlich der Anwesenheit von im Tieflande infizierten Personen infiziert werden und es dann bisweilen (unter zufällig günstigen Temperaturverhältnissen) zur Entwicklung der Malariakeime im Anopheles und somit auch zur Infektion von Eingesessenen kommen kann.

Ferner beobachtete Handl zu Bamenda wie auch im Urwaldgebiete am Fuße des Hochlandes unter den Farbigen eine große Anzahl fieberhafter Erkrankungen, die klinisch das Bild der Malaria tropica, bisweilen das eines schweren Typhoids boten, während wieder andere mit starkem Kopfschmerz und Pupillenstarre auf Meningitis hindeuteten, ohne daß, trotz eifrigen Suchens, hierbei jemals Malariaparasiten nachgewiesen werden konnten.

Im Vorjahr waren auf der Anyang-Expedition mehrere Fälle von akuter Meningitis vorgekommen, deren Diagnose durch die Sektion (in 3 Fällen) bestätigt werden konnte. Es handelte sich durchweg um Convexitäts-Meningitis mit nur ganz geringer Beteiligung der Basis. Malariaparasiten oder Pigment war nicht aufzufinden gewesen.

II. Kranken-Zu- und -Abgang.

a. Deutsche Militärpersonen.

A. Krankenzugang.

Bei einem Bestand aus dem Vorjahr von einem Krankheitsfalle im Lazarett belief sich der Krankenzugang im Berichtsjahre 1904/05 auf 237 Fälle, d. i. 2821‰ der Iststärke, gegen 2986‰ im Berichtsjahr 1902/03 und 2536‰ im Vorjahre.

Von den 237 Zugängen wurden im Lazarett behandelt 170 Fälle = 2023,8‰, im Revier 65 = 773,8‰, im Lazarett und Revier 2 = 23,8‰ der Iststärke.

Alle 238 Krankheitsfälle zusammen (einschließlich des 1 Bestandes) erforderten eine Behandlungsdauer von 1860 Tagen, und zwar 1358 Tage im Lazarett und 502 Tage im Revier (gegen 2548

bzw. 1936 bzw. 612 Tage im Vorjahr), was eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 7,81 Tagen überhaupt, bzw. von 7,85 Tagen im Lazarett und 7,49 Tagen im Revier ergibt.

Von der Iststärke von 84 Köpfen waren somit täglich krank 5,09 Personen (gegen 6,98 im Vorjahr), und zwar 3,72 (gegen 5,3) im Lazarett und 1,37 (gegen 1,68) im Revier, und es entfallen auf jeden Kopf der Iststärke 22 Behandlungstage (gegen 30,3), 16 im Lazarett, 6 im Revier.

Bei erhöhter Anzahl der Zugänge war also die absolute wie durchschnittliche Behandlungsdauer gegenüber dem Vorjahr eine kürzere gewesen.

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Zugänge folgendermaßen:

Gruppe:	Zugänge:	im Vorjahr:
I	151	134
II	3	6
III	2	6
IV	0	10
V	38	25
VI	4	2
VII	0	0
VIII	1	2
IX	5	0
X	17	17
XI	5	10
XII	7	4
XIII	0	0
XIV	1	0
Summe	237	213
Iststärke	84	84

Über die Zugänge an den einzelnen Krankheiten ist zu erwähnen:

Nr. 16. Malaria. Unter allen Krankheiten des europäischen Schutztruppenpersonals weist, wie alljährlich, auch diesmal die Malaria die höchste Ziffer mit 131 Zugängen auf, was 55,27% des Gesamtzugangs (gegen 48,2% bei nur 100 Malariazugängen von der gleichen Iststärke im Vorjahr) bedeutet, oder 1559‰ (gegen 1190‰).

Auf jeden Europäer der Truppe entfallen sonach nahezu 1,6 Malariaerkrankungen (gegen 1,2).

Die Behandlungsdauer aller Fälle insgesamt beträgt 759 (716) Tage, oder durchschnittlich 5,8 Tage (gegen 6,8) im Einzelfall, ist also, auf den Einzelfall bezogen, eine etwas (um 1 Tag) kürzere als im Vorjahr.

Die Zunahme der Malariazugänge gegen das Vorjahr hält sich allem Anschein nach innerhalb der durch äußere rein individuelle Zufälligkeiten gegebenen Schwankungen; teilweise beruht sie wohl auch darauf, daß die Europäer sich daran gewöhnen, auch den leichten Malariaerkrankungen, den sogenannten kleinen Fiebern, immer mehr die verdiente Beachtung zu schenken, sich also öfters (und früher) krank zu melden, als bisher.

Es wäre demnach verfehlt, aus der diesjährigen Zunahme der in Behandlung gekommenen Erkrankungen ohne weiteres auf eine gesteigerte Malariaintensität schließen zu wollen, oder auf einen Rückschlag in bezug auf die Befolgung der Chininprophylaxe.

Hinsichtlich dieser wird sich sogar vielmehr bei Besprechung der Schwarzwasserfieber erfreulicherweise das Gegenteil nachweisen lassen.

Auf die einzelnen Jahreszeiten verteilen sich die Malariazugänge folgendermaßen: Auf die

Zeit der abklingenden Regenfälle		Heiße Trockenzeit		Zeit der zunehmenden Regen		Haupt-Regenzeit	
September		Dezember		März		Juni	
Oktober	34	Januar	32	April	28	Juli	37
November	(31)	Februar	(18)	Mai	(34)	August	(17)

Während im Vorjahr, wie die in Klammern zugefügten Zahlen zeigen, eine beträchtliche, an die Jahreszeiten gebundene Schwankung in den Malariazugängen in die Erscheinung trat, der art, daß Trockenzeit und Regenzeit mit je einem fast gleichen Minimum von Zugängen den Übergangszeiten mit ihrer annähernd gleichen, ganz beträchtlichen Zunahme der Zugänge deutlich gegenüberstehen, ist dieses Verhältnis im Berichtsjahr verwischt und verschoben.

Man wird daher, um einen besseren Überblick über den Gang der Malaria zu erhalten, den monatsweisen Zugang berücksichtigen

müssen unter gleichzeitiger Sonderung der Neuerkrankungen von den Rückfällen, soweit das eben möglich ist.

Es entfallen von den Malariazugängen auf den

Monat	Neuerkrankungen	Rückfälle	Insgesamt
Oktober 1904	4	11	15
November	4	5	9
Dezember	4	4	8
Januar 1905	5	1	6
Februar	6	12	18
März	3	12	15
April	0	7	7
Mai	2	4	6
Juni	9	4	13
Juli	6	9	15
August	6	3	9
September	4	6	10
Summe	53	78	131

Aus vorstehender Tabelle ergibt sich also je ein Minimum an Zugängen überhaupt im November-Dezember-Januar, wie im April-Mai, anderseits zwei Maxima, eines im Februar-März (der Höhe bzw. dem Ende der heißen, trockenen Zeit), und ein längeres in den Monaten Juni-Juli-August-September (05)-Oktober (04), das sich auf die ganze Zeit der stärksten Regenfälle und auf die Übergangszeit zur trocknen erstreckt.

Die Neuerkrankungen weisen ein mäßiges, konstantes Minimum auf in der Zeit von September (05)-Oktober (04)-November-Dezember; darauf folgt mit Einsetzen der heißen Zeit ein kleines Maximum im Januar-Februar, alsdann ein deutliches ausgeprägtes Minimum im März-April-Mai, also bereits in der Zeit der nach der Trockne wieder einsetzenden, allmählich häufiger werdenden Regen, und schließlich ein Maximum im Juni-Juli-August, d. i. von Beginn bis Ende der eigentlichen Regenzeit.

Bei den Rückfällen findet sich ein Minimum, unter progressiver Abnahme der Fälle, im November-Dezember-Januar, nach welchem plötzlich ein starkes Maximum, die Monate Februar-März-April betreffend, einsetzt. Nach einem zweimonatigen Nachlassen im Mai-Juni kommt es auf der Höhe der Regenzeit, im Juli, zu einem erneuten Anstieg, und mit Unterbrechung des Monats August mit einem minimalen Zugang an Rückfällen, im September-Oktober zu einem weiteren Maximum.

Nimmt man nun das kurze einmonatige Minimum der Rückfälle im August als zufällig an, so ergeben sich bei den Rückfällen ebenfalls 2 Maxima gegenüber 2 Minima, und es zeigt sich dann, daß jedes Maximum in den Zugängen mit Neuerkrankungen um einen Monat früher einsetzt, als das betreffende Maximum von Rückfällen.

Die Abhängigkeit der maximalen Zugänge an Neu- wie an Wiedererkrankungen von der Regenperiode, im allgemeinen der Zeit stärkster Moskitovermehrung, ist deutlich zu erkennen.

Im übrigen spielen bei den sonstigen vorliegenden Jahresschwankungen der Malaria noch mancherlei andere Momente mit.

In die Monate September-Oktober-November fällt der Beginn größerer kriegerischer Unternehmungen und anderer Expeditionen, soweit sie irgend auf eine günstigere Jahreszeit aufschiebbar waren.

Es kommt dann also unter Einwirkung der durch die Expeditionen bedingten Schädigungen zu einer Anhäufung von Neu- und Wiedererkrankungen.

Im Laufe der Trockenzeit wird leider immer noch vielfach die Chininprophylaxe als vermeintlich überflüssig ausgesetzt.

Dadurch, wie zugleich unter dem erschlaffenden Einfluß der größten Hitze, läßt sich die Zunahme aller Zugänge von Januar bzw. Februar an erklären.

Endlich mag die kurze Unterbrechung des größeren Maximums an Rückfällen im August auf Zufall beruhen, vielleicht aber auch darauf, daß die Europäer, durch die in dem Vormonat eingetretene Häufung von Malariafällen bzw. durch eigene Erkrankung gewarnt, da eine besonders sorgsame und strenge Chininprophylaxe bzw. Nachkur einhielten.

Ein nachweisbarer Unterschied zwischen den Malariaziffern der Stationen in Gras- und Steppengegenden und denen im Urwaldgebiete besteht nach den vorliegenden Beobachtungen ebensowenig, als zwischen den Malariazugängen auf Stationen in kühlem, relativ gesunden Höhenklima und auf Stationen in den Niederungen. Offenbar sind die Europäer zumeist schon auf dem Hinmarsch im tiefen Urwaldgürtel infiziert, und in der Trockenzeit im Steppenlande, kurz nach Ankunft in vermeintlich gesunder Gegend, wird die immerhin lästige Chininprophylaxe ausgesetzt.

Das Chinin, welches in der Prophylaxe, wie Nachkur zumeist

des Abends genommen wird und zwar nach verschiedenen Methoden, wurde im allgemeinen gut vertragen. Beim abendlichen Einnehmen wirken die üblichen Nebenerscheinungen, wie Ohrensausen, leichte Schwerhörigkeit und Händezittern, weniger störend, seine schlafmachende und bisweilen leicht abführende Wirkung wird sogar als angenehm empfunden.

In einem Falle mußte es wegen Hervorrufens stärkerer Durchfälle längere Zeit ausgesetzt werden; später wurde es wieder gut vertragen.

Von allen 131 Malariafällen gingen 130 als dienstfähig ab, ein Kranker wurde nach dem Erholungsheim Suellaba beurlaubt.

Nr. 16a. Schwarzwasserfieber. Die Zahl der Schwarzwasserfieberfälle weist eine ganz außerordentliche Abnahme gegen das Vorjahr, wie gegen die frühere Zeit überhaupt auf und ist gerade hierin der Segen der Prophylaxe zu erblicken, mag auch die Zugangsziffer in diesem Berichtsjahr zufällig eine so auffallend niedrige sein. Es waren daran erkrankt:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04	1904/05
20	18	21	23	8
= 25,9 %	= 21,1 %	= 29,6 %	= 27,3 %	= 9,5 %

Unter den 8 Zugängen befinden sich 2 Rückfälle, so daß also im Berichtsjahre überhaupt nur 6 Neuerkrankungen vorgekommen sind.

Dem einen Rückfall waren eine Neuerkrankung in diesem, dem andern bereits 2 Vorerkrankungen im vorigen Berichtsjahr voraufgegangen.

Sämtliche 8 Zugänge beanspruchten eine Behandlungsdauer von 121 Tagen, mithin 1 Fall durchschnittlich 15 Tage.

Ärztlich beobachtet wurden 4 Fälle. In einem derselben war der Hämoglobingehalt auf 20 % herabgesunken, hob sich aber bald wieder. Doch mußte der betreffende Kranke wegen Tropenherzens heimgesandt werden.

Die übrigen Kranken wurden wieder dienstfähig.

Nr. 22. Ruhr. An katarrhalischer, unkomplizierter Ruhr verzeichnet das Berichtsjahr 7 Zugänge (gegen 6) mit 105 Behandlungstagen überhaupt oder 15 Tagen im Durchschnitt.

6 Fälle gingen als dienstfähig ab, 1 Fall als tropendienstunfähig.

Nr. 27. Akuter Gelenkrheumatismus. Zu 1 Bestand traten 3 Zugänge hinzu und zwar 2 aus dem Urwaldgebiete, 1 aus dem kühlen Graslande.

Bei einer Gesamtbehandlungsdauer von 40 Tagen gingen sämtliche Fälle als dienstfähig ab.

Nr. 38. Hitzschlag. Im heißen Steppengebiete von Bango kam ein Fall von Hitzschlag in Zugang, mit eintägiger Behandlungsdauer im Revier.

Sicherlich handelte es sich dabei nur um eine (leichte) Insolation, wie sie erfahrungsgemäß bei körperlicher Indisposition (wie leichter Malaria, Darmkatarrh u. a. m.), zumal unter gleichzeitiger Chinineinwirkung, nicht ganz selten ist.

Nr. 52. Andere Krankheiten des Nervensystems. Ein Fall von Schlaflosigkeit im heißen Küstenklima, mit 4 tägiger Revierbehandlung.

Nr. 86 und 89. Akuter Magen- und Darmkatarrh. Akute Magen- und Darmstörungen waren, wie gewöhnlich, auch in diesem Berichtsjahr verhältnismäßig zahlreich vertreten: 7 bzw. 19, in Summa 26 Zugänge mit 108 Behandlungstagen.

Nr. 98. Krankheiten der Leber und Ausführungsgänge. 2 Fälle mit 6 tägiger Behandlungsdauer; ohne nähere Angaben.

Nr. 102. Nierenentzündung. Mit Nierenentzündung kamen 3 Fälle in Zugang. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 10 Tage.

Ein Fall endete unter urämischen Erscheinungen mit dem Tode.

Er betraf eine akute hämorrhagische Nephritis, die durch die Sektion ihre anatomische Bestätigung fand; der Befallene, zum 2. Male in der Kolonie, hatte während seiner ersten Tropendienstzeit 2 Schwarzwasserfieber überstanden. Die Nachwirkungen des letzten hatten ein über 4 monatiges Krankenlager bedingt.

Demnach unterliegt es keinem Zweifel, daß das Nierenleiden dem (2.) Schwarzwasserfieberanfall seine Entstehung verdankt, und nach latentem Fortbestehen später aus irgend einer — nicht bekannten — Ursache zu akutem Ausbruch kam.

Nr. 112 bis 117. Venerische Krankheiten. Wie im Vorjahr, war auch in diesem Berichtsjahr unter den Europäern der Truppe keine Krankmeldung mit Geschlechtskrankheiten zu

verzeichnen gewesen, was bei deren enormer Verbreitung unter der farbigen Bevölkerung auffallen muß.

Nr. 140 bis 148. Krankheiten der äußeren Bedeckungen. Wie gewöhnlich, sind auch in diesem Berichtsjahr aus den bekannten Gründen verhältnismäßig viele Krankheiten der äußeren Bedeckungen in Zugang gekommen: 17 Fälle mit 198 Behandlungstagen. Davon entfallen 2 Fälle auf Nr. 148 des Rapportes, und zwar je 1 Fall mit Tropenschwellungen, durch Filaria loa hervorgerufen, und mit Absceß nach Chinininjektion.

Nr. 158. Muskelrheumatismus. Muskelrheumatismus ist ein unter den Europäern in den Tropen stark verbreitetes Übel. Bei der Lähmung der Hautgefäße, der raschen Abkühlung der stets feuchten Haut und der Dünne der Kleidung traten rheumatische Beschwerden recht häufig auf.

Wenn trotzdem nur 2 Krankmeldungen mit nur 7 Behandlungstagen zu vermerken sind, so liegt das einerseits an der verhältnismäßigen Milde der allerdings meist chronisch werdenden Erkrankungen, bei denen ein geeignetes Verhalten und gelegentliche spirituöse Einreibungen ein rasches Nachlassen oder Schwinden stärkerer Beschwerden herbeizuführen pflegen, wie anderseits wohl auch an der Befürchtung der mit leichterem Muskelrheumatismus (chronisch) Behafteten, bei öfterer Krankmeldung (vorzeitig) für tropendienstunfähig erklärt zu werden.

Es kommen also im allgemeinen nur die akuten, zeitweilig die Dienstfähigkeit in stärkerem Maße behindernden Attacken zur Krankführung.

Nr. 185. Schußwunden. Von den 3 Zugängen, mit 77 tägiger Behandlungsdauer, handelt es sich 2 mal um Schüsse aus Eingeborenengewehren (Vorderladern).

In dem einen Falle war in einem Patrouillengefecht ein Offizier schwer am linken Oberschenkel verwundet worden und starb 17 Tage danach an den Folgen der Verwundung und hinzugetretenem Malariafieber.

Der andere Fall bietet nichts Besonderes.

Der dritte Fall betrifft die Verwundung eines Offiziers durch einen vergifteten Pfeil. Es gelang, die Wirkung des vielleicht an sich schon in gewissem Grade abgeschwächten Giftes abzudämpfen, doch war die Dienstfähigkeit erst nach 79 tägiger Behandlungsdauer wieder hergestellt.

B. Krankenabgang.

Von sämtlichen 238 Krankheitsfällen gingen 230 als dienstfähig ab, = 96,6 % (gegen 93,2 % im Vorjahr), 2 starben = 0,84 % der Krankheitsfälle oder = 2,38 % der Iststärke (gegen 1,8 % bzw. 4,76 %) und 4 Fälle = 1,68 % kamen als anderweitig in Abgang.

Die beiden Todesfälle waren durch eine akute hämorrhagische Nierenentzündung bzw. durch eine Schußverletzung herbeigeführt.

Von den anderweitigen Abgängen wurden 1 in ein Erholungsheim beurlaubt, 1 von einer Innenstation zur Küste gesandt, und 2 als tropendienstunfähig nach der Heimat befördert. Außerhalb militärärztlicher Behandlung wurden noch 2 wegen aufgehobener Tropendienstfähigkeit nach der Heimat gesandt.

Mithin wurden im Berichtsjahr überhaupt tropendienstunfähig 4 Personen = 4,76 % der Iststärke.

4 deutsche Militärpersonen schieden im Laufe des Berichtsjahres als ganzinvalide aus. Sie sind zum Teil im laufenden, zum Teil bereits im vorigen Berichtsjahr als anderweitig in Abgang gebracht worden.

b. Farbige.

A. Krankenzugang.

Zu einem Krankenbestand von 30 Köpfen im Lazarett aus dem Vorjahr kamen im Laufe des Berichtsjahres 1646 Krankheitsfälle in Zugang, was bei einer Iststärke von 974 Köpfen 1689 ‰ derselben bedeutet (bei 1721 ‰ im Vorjahr).

Von den Zugängen wurden behandelt im Lazarett 1241 = 1274,1 ‰ der Iststärke, im Revier 385 = 395,3 ‰ und im Lazarett und Revier 20 = 20,5 ‰.

Sämtliche aus Bestand und Zugang sich ergebenden 1676 Krankheitsfälle nahmen eine Behandlungsdauer von 17 714 Tagen in Anspruch, wovon auf die Behandlung im Lazarett 13 640 und die im Revier 4077 Tage entfallen.

Ein Krankheitsfall erforderte demnach durchschnittlich eine Behandlungsdauer von 10,5 Tagen überhaupt (gegen 13,5 im Vorjahr), bzw. von 11,1 Tagen im Lazarett und 10 Tagen im Revier.

Auf den Kopf der Iststärke entfallen durchschnittlich 18,1 Behandlungstage, davon 14 Tage im Lazarett, 4,1 im Revier.

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Zugänge folgendermaßen:

Auf Gruppe:	Zugänge:	im Vorjahr:	Auf Gruppe:	Zugänge:	im Vorjahr:
I =	358	298	VIII =	19	39
II =	2	0	IX =	18	12
III =	108	109	X =	275	244
IV =	25	20	XI =	117	98
V =	202	156	XII =	307	311
VI =	4	9	XIII =	0	0
VII =	210	238	XIV =	1	0

Über die Zugänge an den einzelnen Krankheiten ist zu bemerken:

Nr. 1. Pocken. Pocken waren im Gebiet der Militärstationen Bamenda, Bango und Dikoa epidemisch aufgetreten. Es erkrankten daran 34 farbige Soldaten (14 bzw. 2, bzw. 18).

23 Mann wurden dienstfähig, 7 starben, 4 blieben im Bestand.

Die Soldaten waren sämtlich, und sogar zumeist mehrfach, „mit Erfolg" geimpft gewesen.

Da beim langwierigen Transport nach oben genannten Stationen die aus der Heimat bezogene, in den Kühlräumen der Schiffe hier anlangende Lymphe, trotz aller möglichen dagegen angeordneten Maßnahmen stark — oft bis zur Unbrauchbarkeit — abgeschwächt zu werden pflegt, so ist der Schutz der mit solcher Lymphe vorgenommenen Impfungen natürlich nur ein sehr geringer, wenn überhaupt vorhanden.

Leider ist auch der durch vollwertige Lymphe verliehene Schutz bei den Farbigen nur von kurzer, auf höchstens 2 Jahre zu bemessender Dauer.

Nr. 13. Unterleibstyphus. Unter der Diagnose Unterleibstyphus kam in Joko ein Fall mit 26 tägiger Behandlungsdauer in Zugang, mit Ausgang in Dienstfähigkeit. Eine Krankengeschichte liegt nicht vor.

Typhusverdächtige Erkrankungen kommen bisweilen auch sonst in der Kolonie zur Beobachtung. Ob es sich aber im Einzelfalle um Abdominaltyphus, um einen Paratyphus, um Maltafieber oder eine sonstige (unbekannte?) „typhöse" Erkrankung handelt, ist bisher nirgends festgestellt worden.

Nr. 16. Malaria. Mit Malariafieber kamen 259 Fälle in Zugang, was 265,9 ‰ der Iststärke (von 974 Köpfen) entspricht, oder 15,7 % aller Zugänge.

Davon wurden 230 im Lazarett bzw. im Lazarett und Revier, 29 im Revier behandelt.

Die Behandlungsdauer betrug insgesamt 1159 Tage oder annähernd 4,5 Tage im Einzelfall.

4 Fälle blieben zu Ende des Rapportjahres im Bestand, alle übrigen gingen als dienstfähig ab.

Auf die einzelnen Stationen verteilen sich die Malariazugänge, im Prozentsatz der Iststärke der farbigen Besatzung ausgedrückt, wie folgt:

Dikoa-Kusseri	6,8 %
Bango	7,5 %
Garua	7,7 %
Ebolova Kam	8,9 %
Tinto-Fontemdorf	15,4 %
9. Expeditions-Kompagnie	20,9 %
Joko	19,1 %
Bamenda-Bascho	31,6 %
Manenguba-Expedition	67,5 %
Anyang-Expedition	83,7 %
Duala	25,3 %
Soppo	35,8 %
Lolodorf	69,0 %

Die Tabelle zeigt, daß die wenigsten Zugänge mit Malaria unter den farbigen Soldaten von Dikoa, Bango und Garua zu verzeichnen sind, in Gegenden mit außerordentlich heißem Klima und zahlreichen Anopheles.

Es schließt sich an das im Urwaldgebiete mit ziemlich gleichmäßigem Klima gelegene Ebolova-Kam.

Die doppelten bis dreifachen prozentuellen Zugangsziffern weisen Tinto-Fontemdorf, die im Osten des Urwaldes stationierte 9. Expeditionskompagnie und Joko auf.

Die Besatzung von Tinto-Fontemdorf bewegte sich viel in bergigem Gelände, im kühleren Grenzgebiete des Urwaldes, wie am Rande vom kalten Grasland selbst. Die 9. Expeditionskompagnie hatte ebenfalls viel Anstrengungen im östlichen Urwalde und

dessen Grenzgebieten zu überwinden. Joko liegt bereits in offenem, bergigen, ziemlich kühlen Graslande.

Malariamücken sind in den genannten Stationsbezirken nicht auffallend häufig, stellenweise sogar recht selten.

Eine weitere beträchtliche Steigerung der Zugänge weist Bamenda auf, das auf dem recht kühlen und durchschnittlich 1300 bis 1500 m hohen, äußerst wenig von Anopheles heimgesuchten Graslande von Bali gelegen ist; nur der Nebenposten Bascho liegt noch in der Urwaldniederung. Die Besatzung war sehr viel und anstrengend in dem schwierigen Gelände des Hochlandes wie seiner Randabfälle beschäftigt gewesen.

Schließlich weisen, wenn man zunächst hier, aus weiter unten zu erörternden Gründen, von Duala, Soppo und Lolodorf absieht, das Maximum an Malariaerkrankungen, das 10 bis 12 fache des Minimums, die Mannschaften der Manenguba- und der Anyang-Expeditionen auf.

Die Manenguba-Expedition hatte ihr Aktionsgebiet in dem gleichnamigen, rauhen, kühlen Berglande, zumeist in offenem Graslande, und sehr große Anstrengungen zu überwinden.

Die Menge der Malaria-Moskitos schwankt in der von der Expedition durchzogenen Gegend: auf den Bergen zumeist fast keine Anopheles, in den tiefen Niederungen zahlreiche Moskitos aller Art.

Noch anstrengender aber und vor allem in jeder Hinsicht aufreibender war die Anyang-Expedition, in der Urwaldgegend am oberen Croßfluß, verlaufen; sie weist die Höchstziffer an Malariaerkrankungen auf.

Aus diesen Betrachtungen heraus folgt der Schluß, daß die Zugangsziffern an Malaria bei den Farbigen proportional zu der Größe der Anstrengungen, der Gelegenheit zu Erkältungen und anderen, die Widerstandskraft des Körpers schädigenden Momenten sich verhält, während die Infektionsmöglichkeit an sich, sofern jene Bedingungen fehlen, keine erkennbare Vermehrung der Zugänge zeitigt.

Die Erklärung hierfür liegt darin, daß unsere farbigen Soldaten sämtlich aus Malariagegenden stammen, gegen das Malariagift relativ, aber nicht absolut immun (in vermehrtem Grade resistent) sind, und eine rationelle Behandlung ihrer latenten, stets vorhandenen oder zeitweise wieder aufgefrischten Malariainfektion

aus leicht verständlichen Gründen nicht durchgeführt wird. Es bedarf also nur einer Schädigung des Körpers und seiner Widerstandskraft, einer stärkeren, wie eine Störung wirkenden Veränderung der Blutzirkulation, um die latente (chronische) Malariainfektion immer wieder zum manifesten Ausbruch zu bringen.

Man wird also, zumal die Feststellung der Neuerkrankungen unter dem hiesigen farbigen Soldatenpersonal kaum möglich ist, die Häufigkeit der Malariaerkrankungen unter den farbigen Soldaten einzig und allein als Gradmesser für Anstrengungen, Aufreibungen und klimatische Schädigungen auffassen können, nie aber für die Beurteilung der Malariaintensität einer Gegend.

In vorstehender Tabelle wurden Duala, Soppo und Lolodorf zu hinterst angesetzt, außerhalb der ihnen zahlengemäß zukommenden Reihe, weil für sie besondere Verhältnisse in Betracht kommen.

Duala stellt das Rekrutendepot für die gesamte Schutztruppe dar. Einstellungen finden das ganze Jahr hindurch statt.

Die den Rekruten ungewohnten Anstrengungen des Drills müssen nun bei diesen öftere Erkrankungen an Malaria hervorrufen.

Hinwiederum findet hier ein ständiger Wechsel in der farbigen Besatzung statt, indem öfters Expeditionen von hier abgehen oder hierher zurückkehren. Vor allem aber treffen allmonatlich mit den aus dem Inneren zurückkehrenden Europäern die ihnen zugewiesenen farbigen Begleitkommandos ein, welche dann in die hiesige Besatzung eingereiht werden.

Die nach monate-, bzw. jahrelanger Abwesenheit von der Küste hierher zurückgekehrten Soldaten geben sich aber nach der langen Entbehrung allen Genüssen der Küstengroßstadt und Küstenkultur rückhaltlos hin.

Der Klimawechsel, der Übergang aus dem Marsche zu einem ruhigeren, geregelten Dienste, kommen noch hinzu, um den Ausbruch von Fiebern zu begünstigen.

Demnach ist die Malariamorbidität unter der farbigen Besatzung von Duala eine beträchtlich höhere, als sie es an sich hätte sein müssen.

Für Soppo kommt das gleiche entsprechend in Betracht, und tritt noch die Einwirkung eines dem Neger aus den Niederungen äußerst unbekömmlichen feuchten, kalt-rauhen Höhenklimas hinzu.

Nur für die hohen Malariaziffern von Lolodorf liegt ein er-

klärlicher Grund nicht offenkundig zutage. Man wird aber in der Annahme nicht fehlgehen, daß entweder wegen häufiger und längerer Abwesenheit jeglichen Sanitätspersonals alle mit Temperatursteigerung einhergehenden, leichteren, kurz dauernden Erkrankungen anderer Art, die nicht augenfällige entgegensprechende Krankheitserscheinungen boten, für Malaria gehalten wurden, oder daß eine außergewöhnliche Anstrengung der farbigen Besatzung durch häufige Botengänge (vielleicht in die gebirgigen Teile des Bezirks) stattgefunden hat.

Der monatsweise Krankenzugang in seiner Gesamtheit weist keine wesentlichen Schwankungen auf. Doch ist, wie auch schon im Vorjahr, gegen Ende der trockenen warmen Jahreszeit, im März und April, ein Niedergang aller Zugänge, die sonst zwischen den Extremen 19 und 28 schwanken, auf 13 und 9 festzustellen, was ebenfalls mit dem Ausbleiben oder doch der Abnahme rein klimatischer Schädigungen zu erklären ist und die oben hinsichtlich der Deutung der Malariazugänge gezogenen Schlüsse bekräftigt.

Die Diagnose „Malaria" pflegt bei den Farbigen gewöhnlich nur aus den klinischen Erscheinungen gestellt zu werden, erscheint aber durch den Erfolg des gegebenen Chinins im allgemeinen hinlänglich gesichert.

Nr. 16a. Schwarzwasserfieber. Da die farbigen Soldaten hiesiger Truppe sich aus Negern aus Malaria-Gegenden rekrutieren, ist unter ihnen Schwarzwasserfieber m. W. bisher noch niemals vorgekommen.

12 Zugänge (gegen 6) = 12,3‰ der Iststärke, mit 170 Behandlungstagen, oder 14,1 Tagen im Einzelfall.

Es kommen:

1 Fall auf Bamenda,
1 „ „ 9. Expeditions-Kompagnie,
2 Fälle „ Duala,
2 „ „ Soppo,
6 „ „ Garua.

Nr. 22. Ruhr ist im ganzen Schutzgebiet endemisch. Die Häufung der Fälle in Garua könnte vielleicht auf infizierte Brunnen zurückzuführen sein. Sämtliche Erkrankungen bis auf eine, die auf die Mitte der Trockenzeit entfällt, kamen in der Zeit vermehrter Regenfälle vor.

Nr. 27. Akuter Gelenkrheumatismus. Mit akutem Gelenkrheumatismus kamen 17 Fälle in Zugang (gegen 11). Sie erforderten zusammen mit 1 Bestand aus dem Vorjahr 306 Behandlungstage, d. h. durchschnittlich 17 Tage.

Nr. 36. Vergiftungen. Von den 3 Zugängen betraf 1 Vergiftung durch Calomel, 1 durch eine Quecksilberkur, 1 durch unbekanntes Gift. Alle 3 Vergiftungen heilten in zusammen 74 Behandlungstagen.

Nr. 40. Andere Allgemeinerkrankungen. Mit Lepra, die im Schutzgebiet endemisch ist, behaftet wurden unter der Besatzung von Bango 2 Mann festgestellt, bei denen die Krankheit vermutlich schon bei ihrer Einstellung bestanden hatte, aber nicht in die Erscheinung getreten bzw. nicht als solche erkannt worden war.

Sie wurden als unheilbar und dienstunbrauchbar entlassen.

Nr. 53 bis 63. Krankheiten der Atmungsorgane. Die gegen Kälte, vor allem gegen naßkalte Witterung und Durchnässungen äußerst empfindlichen farbigen Soldaten weisen dieserhalb einen ungewöhnlich hohen Zugang an Krankheiten der Atmungsorgane auf: 108 Zugänge, welche mit 3 Fällen im Bestand 916 Behandlungstage erforderten. — Im Vorjahr betrug die Zugangsziffer in dieser Krankheitsgruppe 109 mit 1094 tägiger Behandlungsdauer.

Von den diesjährigen Zugängen betrafen 78 Fälle = 8,1 % (gegen 9,2%) der Iststärke, akuten Bronchialkatarrh, mit 474 Behandlungstagen bei Zurechnung von 2 Mann Bestand aus dem Vorjahr, und

24 Zugänge = 2,4% (gegen 2,1%) Lungenentzündung, mit 374 Behandlungstagen insgesamt oder 15,5 Tagen durchschnittlich (gegen 22,3) im Einzelfall.

Es starben an Lungenentzündung 6 Mann = 2,5% der Fälle (gegen 10,5 %). Die übrigen Fälle gingen als dienstfähig ab.

Nr. 60. Brustfellentzündung. 1 Bestand, 3 Zugänge, mit zusammen 43 = durchschnittlich 10,7 Behandlungstagen.

Nr. 75. Krankheiten der Lymphdrüsen. Während Lymphgefäßentzündung nur mit 1 Zugang verzeichnet ist, belaufen sich die Zugänge an Lymphdrüsenerkrankung auf 24 mit 199 Behandlungstagen. Der Grund dafür liegt in der Häufigkeit

von Verletzungen, denen die Haut der zumeist nackten Füße, wie auch der oberen Gliedmaßen ausgesetzt ist. Dazu kommen viele geschwürige Hauterkrankungen.

Die vielfach auf letzteren oder auch auf Filaria beruhenden chronischen indolenten Lymphdrüsenschwellungen, die äußerst häufig vorkommen, führen kaum einmal zur Krankmeldung.

Nr. 86 und 89. Akuter Magenkatarrh und Darmkatarrh. An akutem Magen- bzw. Darmkatarrh sind 12 bzw. 147 Zugänge mit zusammen 504 Behandlungstagen in Zugang gekommen, zum weitaus größten Teile auf Expeditionen, wo Tage der Entbehrungen mit solchen eines Überflusses an Nahrung abwechseln. In solchen Fällen stopfen die Farbigen ganz unglaubliche Mengen vegetabilischer wie animalischer Kost in ganz unsinniger Weise in sich hinein. Gelegentlich tun Erkältungen das Ihrige hinzu, auch wohl mangelhafte Zubereitungsweise der Speisen.

Nr. 102. Nierenentzündung. Wegen Nierenentzündung kamen 2 Fälle in Zugang, deren 1 als dienstunbrauchbar abging. Die Behandlungsdauer betrug zusammen 61 Tage.

Nr. 112 bis 117. Venerische Krankheiten. Die ungeheure Verbreitungsweise venerischer Krankheiten unter der farbigen Truppe spricht aus den Zahlen: 210 Zugänge = 21,5% der Iststärke (gegen 22,3 %), bei 16 Mann überbliebenem Bestand aus dem Vorjahre mit 3999 Behandlungstagen. Mithin kommt auf den Kopf der Iststärke durch Geschlechtskrankheiten ein Dienstausfall von 4,1 Tagen zu Wege.

Das Hauptkontingent der Geschlechtskrankheiten stellt der Tripper mit 150 Zugängen = 15,4% der Iststärke (gegen 17%) zu einem Bestand von 14 Mann. Alle 164 Fälle erforderten insgesamt 2952 Behandlungstage = 18 Tage im Einzelfall.

Der Tripper verläuft im allgemeinen gutartig, doch hat er immerhin 15 mal Hoden- bzw. Nebenhodenentzündung verursacht (mit 229 Behandlungstagen).

Weicher Schanker kam 14 mal in Behandlung und erforderte nebst 1 Bestand eine Behandlungszeit von 302 Tagen = 20,1 Tage auf den Einzelfall.

Mit Bubonen kamen 16 Fälle zu 1 Bestand in Zugang. Die gesamte Behandlungsdauer betrug 233 Tage.

Konstitutionelle Syphilis trat 16 mal in die Erscheinung und erforderte 273 Behandlungstage oder durchschnittlich 17 Tage.

In den früheren Berichtsjahren waren geschlechtskrank (in % der Iststärke) befunden worden:

1900/01	1901/02	1902/03	1903/04	1904/05
42,9 %	41,3 %	34,5 %	22,3 %	21,5 %

Sonach ergibt sich, dank regelmäßiger Untersuchungen der Mannschaften nach heimischem Vorgang, eine ständige Abnahme der Geschlechtskrankheiten gegen früher, und ist von einer Verschärfung der Maßnahmen, wie z. B. unter Ausdehnung der Untersuchungen auch auf die Soldatenweiber und sonstigen Anhang, in späterer Zeit eine weitere Unterdrückung der immer noch kolossalen Durchseuchung der farbigen Truppe zu erhoffen.

Nr. 140 bis 148. Krankheiten der äußeren Bedeckungen. Nach wie vor machen die Krankheiten der äußeren Bedeckungen einen großen Teil aller Erkrankungen aus: 275 Zugänge = 28,2% der Iststärke (gegen 27,3%), welche zusammen mit 4 Mann Bestand eine Behandlungsdauer von 3096 Tagen, d. i. fast 3,2 Tage auf den Kopf der Iststärke, beanspruchten.

Hauptsächlich vertreten sind Hautausschläge spezifisch tropischer Art, die als Cro-Cro bezeichnet werden, mit 43 Zugängen, Furunkel mit 34 Zugängen und vor allem Zellgewebsentzündungen mit 136 Zugängen.

Unter Nr. 148 des Rapportes sind zu erwähnen:

1 Fall von Framboesie,
2 Fälle „ Ekzem,
5 „ „ Tropenschwellungen,
17 „ „ Guineawurm.

Ferner kommt ein unter Nr. 142 geführter Fall von Elefantiasis des Hodensacks hinzu, der als dienstunfähig zur Entlassung kam.

Der Guineawurm ist nur in den Steppengegenden von Adamaua und Bornu endemisch, wo die Wasserverhältnisse großenteils recht schlechte sind. Dorther kommen einzelne Fälle ins Urwaldgebiet, ohne indessen hier, soweit bisher bekannt ist, jemals zur Ansteckung und Weiterverbreitung zu führen.

Nr. 158. Muskelrheumatismus. Die schon mehrfach erwähnte Empfindlichkeit des Negers gegen Witterungseinflüsse äußert sich auch in der Neigung zu Muskelrheumatismus: 66 Zugänge = 6,7% der Iststärke mit 458 Behandlungstagen.

Nr. 163 bis 192. Mechanische Verletzungen. Mit mechanischen Verletzungen kamen 307 Fälle = 31,5% der Iststärke zu 4 Bestand in Zugang. Die Behandlungsdauer aller Fälle zusammen erstreckte sich auf 4577 Tage, was einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 14,7 Tagen im Einzelfall entspricht.

Nr. 185. Schußverletzungen. Besonders zu besprechen sind die im Felde erlittenen Schußverletzungen, mit welchen, zu einem Bestand von 2 Mann, 106 Fälle = 8,6% der Iststärke in Zugang kamen. Alle Schußverletzungen zusammen nahmen 2967 Behandlungstage oder der Einzelfall durchschnittlich 27,4 Tage in Anspruch.

8 Mann erlagen ihren Verletzungen, die übrigen wurden dienstfähig.

Nimmt man zu obigen 8 Toten noch die als außerhalb militärärztlicher Behandlung verstorben geführten 11 im Gefecht Gefallenen hinzu, so beläuft sich der Verlust an Toten aus Gefechten auf 19 Mann = 1,95% der Iststärke.

Von den 8 Schußverletzungen mit tödlichem Ausgang waren 4 durch vergiftete Pfeile bedingt gewesen, 2 weitere durch Vergiftung der Geschosse aus Steinschloßvorderladern mit Pfeilgift.

Nr. 186 und 187. Hieb- und Schnitt- bzw. Stichwunden. Die 30 bzw. 16 Zugänge mit einer Behandlungsdauer von 306 bzw. 156 Tagen betreffen mit wenigen Ausnahmen ebenfalls Verwundungen im Felde durch Hieb- und Stichwaffen (sogenannte Buschmesser und Speere).

Alle Behandelten wurden wieder dienstfähig.

Nr. 192. Andere Verletzungen. 1 Zugang mit 3 tägiger Behandlungsdauer betrifft eine Vergiftung durch Skorpionstich.

Nr. 198. Zur Beobachtung. Ein farbiger Soldat mußte zur Ausschließung von Geisteskrankheit einer 17 tägigen Beobachtung unterzogen werden.

B. Krankenabgang.

Von den 1676 behandelten Krankheitsfällen wurden als dienstfähig zur Truppe entlassen 1587 = 94,6% aller Fälle (gegen 94,3%); anderweitig kamen in Abgang 7 Mann = 0,4% aller Krankheitsfälle (gegen 1,27%) und gestorben sind 23 Mann = 1,36% aller Krankheitsfälle (gegen 2,48%) oder 2,35% der Iststärke.

Außerdem sind noch außerhalb militärärztlicher Behandlung gestorben 16 Mann, und zwar:

an Krankheiten	2	Mann
im Gefecht gefallen	11	„
verunglückt	3	„

(davon 2 ertrunken, 1 ermordet).

Die Gesamtzahl aller Toten betrug somit 39 Mann = 4% der Iststärke (gegen 6,39% im Vorjahr).

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

IX.c.6190

al-Berichte über die Deutschen Schutzgebiete 1905

FG
0600
-1905/
1906